



EMERGENZA COVID-19

FASE 3

Procedura regionale Nuovo Coronavirus

(SARS-CoV-2)

Rev. 04 del 23.07.2020

PREMESSA	3
1. DEFINIZIONI	5
2. INDICAZIONI ALL'EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2	8
2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo	8
2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare	9
3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST	9
4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19	10
4.1 Setting ospedaliero	11
4.2 Setting territoriale	12
5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA	13
5.1 Inchiesta epidemiologica e contact tracing	14
5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti	14
5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva	14
5.4 Modalità quarantena per i contatti stretti nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista	15
6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE	15
7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI	16
7.1 Flusso informativo casi COVID-19	16
7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19	17
8. ESENEZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI	17
9. FORMAZIONE DEL PERSONALE	18
10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE	18
11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI	21
12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE	23
Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI	26
Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3	27
Allegato 3. Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori	32
Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena	34
Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena	36
Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2	37
Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA	38
Allegato 8. Flow chart accoglimento pazienti in Pronto Soccorso Emergenza COVID-19	40
Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center)	41
Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA	42
Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso	43
Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test	44

PREMESSA

Il presente documento, redatto a cura della Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria e sottoposto all'approvazione del Comitato Tecnico-Scientifico della Regione del Veneto, fornisce le linee di indirizzo per la gestione della fase 3 dell'epidemia COVID-19, in cui si evidenzia una ridotta circolazione di SARS-CoV-2, con la finalità di contenere il rischio di trasmissione del virus e di ripresa di focolai epidemici, riducendo l'impatto della pandemia sui servizi socio-sanitari e assicurando il mantenimento dei servizi essenziali.

In considerazione dello scenario epidemiologico attuale e della sua prospettiva di evoluzione nel medio termine, che sarà costante oggetto di attento monitoraggio, la Regione del Veneto fonda la strategia di Sanità Pubblica per la fase 3 su un solido sistema di accertamento diagnostico dei casi sospetti e dei loro contatti, al fine di intercettare e gestire tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus. Viene rafforzata la rete dei laboratori per la diagnosi molecolare di SARS-CoV-2, intensificato il numero di test eseguiti sulla base dell'ampliamento delle indicazioni all'effettuazione del test e perfezionate le piattaforme informatiche di supporto ai flussi informativi per l'emergenza in corso, ottenendo uno stretto monitoraggio dell'andamento della trasmissione del virus sul territorio regionale.

Il presente documento definisce le nuove indicazioni operative regionali per la presa in carico dei casi sospetti, probabili e confermati di infezione da SARS-CoV-2, nonché per l'identificazione dei contatti. Si forniscono le modalità di gestione del paziente sintomatico, che può avere il primo contatto con le strutture del Servizio Sanitario Regionale tramite il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta, il Medico di Continuità Assistenziale, il Pronto Soccorso ospedaliero o il SUEMM 118. Sono, inoltre, riportate le raccomandazioni in caso di isolamento domiciliare fiduciario e quarantena per tutti i contatti, al fine di interrompere tutte le possibili catene di trasmissione virale, in accordo con quanto previsto dal Piano di Sanità Pubblica regionale¹, e le modalità del flusso di notifica per la segnalazione dei casi e dei decessi di COVID-19.

La "Procedura regionale Nuovo Coronavirus - fase 3" si integra alle linee di indirizzo e alle indicazioni contenute, in particolare, nei documenti di seguito elencati, e successive modifiche ed integrazioni:

- **Gestione dell'operatore sanitario contatto di caso confermato di COVID-19, senza i DPI raccomandati:** *"Istruzioni operative per la sorveglianza del personale del Sistema Sanitario Regionale" rev. 02 del 22.04.2020, trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020 e aggiornato, per lo screening periodico del personale sanitario, dalla nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle attività sanitarie:** *"Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2" trasmesso con nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020;*
- **Percorso di diagnosi e cura del bambino e adolescente COVID-19 in ambito ospedaliero:** *"Gestione ospedaliera del bambino con sospetta o accertata infezione da SARS-CoV-2" versione 01 del 28.03.2020;*
- **Indicazioni per la riapertura in sicurezza delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere:** *"Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale - Fase 3", di cui all'Allegato A all'OPGR n. 61 del 22.06.2020 e nota regionale integrativa prot. n. 255090 del 29.06.2020;*
- **Attività di screening per SARS-CoV-2 previste dal Piano di Sanità Pubblica:** *DGR n. 344 del 17.03.2020 "Approvazione del Piano avente ad oggetto "Epidemia COVID-19: interventi urgenti di sanità pubblica" e successivo aggiornamento trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020;*
- **Misure di contenimento e screening rivolte ai soggetti che rientrano dall'estero:** *OPGR n. 64 del 6.07.2020 "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni" e note regionali integrative prot. n. 255145 del 29.06.2020 "Esecuzione del tampone di ricerca SARS-CoV-2 nel personale di assistenza domiciliare di anziani e disabili, di ritorno dall'estero" e prot. n. 289671 del 21.07.2020 "Esecuzione test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 con finalità di screening nel personale sanitario di rientro dall'estero".*

¹ DGR 344 del 17.3.2020 - "Epidemia COVID-19 Interventi urgenti di Sanità Pubblica" e successivo aggiornamento con Nota regionale prot. 247521 del 23.6.2020 "Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici".

Il presente documento costituisce una versione ad interim, che fornisce linee di indirizzo valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutata nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

1. DEFINIZIONI

1.1 Glossario COVID-19

Epidemia²

Aumento, di solito improvviso, nel numero di casi di una specifica malattia superiore a quanto atteso per la popolazione specifica di quell'area geografica.

Focolaio (outbreak)¹

Riprende la stessa definizione di epidemia ma in genere riferito ad un'area geografica più limitata.

SARS-CoV-2

Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2 indica il virus responsabile della malattia.

COVID-19

Coronavirus Disease – 2019, indica la malattia provocata dal virus SARS-CoV-2.

Droplet¹

Goccioline di aerosol eliminate con respiro, starnuto, tosse o con il parlato e che raggiungono una breve distanza da chi le ha prodotte, in ragione della forza di gravità (in genere meno di 1 metro).

Cluster¹

Aggregazione di casi raggruppati in un luogo e in un arco temporale, in numerosità superiore a quanto atteso, anche se il reale numero può non essere noto.

Contumacia³

Per contumacia si intende l'obbligo di permanere in un determinato luogo, ospedale o proprio domicilio per un dato periodo prescritto, osservando le prescrizioni igienico-sanitarie imposte dall'Autorità Sanitaria competente per il territorio.

Quarantena⁴

La quarantena è un insieme di restrizioni e rientra tra i provvedimenti definiti in passato come "misure contumaciali", applicate a **soggetti sani** presumibilmente venuti a contatto con soggetti infetti, volte a prevenire la diffusione di una malattia infettiva nella comunità.

Isolamento⁴

L'isolamento è la separazione per il periodo di contagiosità di **soggetti infetti**, in luoghi o condizioni tali da prevenire o limitare il rischio di trasmissione diretta o indiretta dell'agente infettante dai soggetti infetti a quanti sono potenzialmente suscettibili. Nel contesto del presente documento, si intende il periodo in cui al soggetto viene raccomandato di restare presso il proprio domicilio (**isolamento domiciliare fiduciario**) seguendo tutte le raccomandazioni riportate in Allegato 5.

Sorveglianza attiva

La sorveglianza attiva, durante il periodo di isolamento domiciliare fiduciario o di quarantena, prevede che la persona sorvegliata venga contattata quotidianamente per avere notizie sulle sue condizioni cliniche di salute. Il soggetto è informato di provvedere all'autocontrollo domiciliare della temperatura corporea due volte al giorno e di prestare attenzione all'eventuale comparsa di sintomi (anche lievi).

² Centers for Disease Control and Prevention – "Principles of Epidemiology in Public Health Practice, Third Edition - An Introduction to Applied Epidemiology and Biostatistics" - Page last reviewed: May 18, 2012.

³ Ministero della Salute, *Quesiti scientifici relativi all'infezione da Coronavirus SARS-CoV-2, Documento 26 febbraio 2020.*

1.2 Definizioni di caso

La definizione di caso si basa sulle informazioni attualmente disponibili e può essere modificata in base all'evoluzione delle conoscenze scientifiche.

Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico ⁴

1. Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse, difficoltà respiratoria) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica **e** storia di viaggi o residenza in aree in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
2. Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta **e** che è stata a stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi.
3. Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria) **e** che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) **e** senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

Nell'ambito dell'assistenza primaria o nel Pronto Soccorso ospedaliero, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area o Paese è stata segnalata trasmissione locale.

Si raccomanda di considerare, nell'ambito della valutazione clinica, anche sintomi non esclusivamente respiratori potenzialmente correlati a COVID-19, in relazione alle attuali conoscenze scientifiche disponibili (es. anosmia, ageusia, sintomi gastrointestinali soprattutto in età pediatrica, eruzioni cutanee e congiuntiviti). ⁵

Per l'età **pediatrica** la definizione di caso sospetto si attribuisce ad ogni bambino/adolescente con: febbre (TC >37,5 C ascellare) **e/o** sintomi respiratori (rinite, tosse e dispnea) **e/o** sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea) **e/o** rash cutaneo o congiuntivite, **e** senza un'eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica, **con o senza** contatto stretto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti.

Caso probabile

Un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i Laboratori di Riferimento Regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

Caso confermato

Un caso, indipendentemente dai segni e dai sintomi clinici, con una conferma di laboratorio per infezione da SARS-CoV-2, effettuata presso il Laboratorio di Riferimento Nazionale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), dai Laboratori di Riferimento Regionali e dai Laboratori autorizzati dalla Regione nel rispetto dei criteri ministeriali.

1.3 Definizione di contatto

Un contatto di un caso COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso. Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

1.3.1 Definizione di contatto stretto

Il contatto stretto di un caso possibile o confermato è definito come:

- persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;

⁴ Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7922 del 9.03.2020 "COVID-2019. Aggiornamento della definizione di caso".

⁵ <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19/latest-evidence/clinical>.

- una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un'esposizione ad alto rischio.

Le attività di ricerca e gestione dei contatti possono essere di difficile esecuzione quando la trasmissione del virus è sostenuta, ma dovrebbero essere effettuate quanto più possibile, concentrandosi su:

- contatti familiari;
- operatori sanitari;
- comunità chiuse ad alto rischio (dormitori, strutture per lungodegenti, RSA, ecc.);
- gruppi di popolazione vulnerabile.

1.4 Definizione di contact tracing (rintraccio dei contatti) ⁶

Per contact tracing ci si riferisce all'attività di ricerca e di rintraccio di tutti i possibili contatti con un caso confermato di COVID-19. Tale attività, garantita dai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, è una delle misure essenziali di sanità pubblica finalizzate a contrastare la diffusione di SARS-CoV-2. Il contact tracing deve essere svolto in stretta sinergia con la ricerca attiva dei casi sospetti e l'esecuzione del test di conferma diagnostica. L'applicazione rigorosa e tempestiva del contact tracing durante il periodo caratterizzato dalla presenza di casi sporadici assume un ruolo ancor più rilevante.

1.5 Definizione di paziente guarito da COVID-19 e di paziente che ha eliminato il virus SARS-CoV-2 ⁷

1.5.1 Paziente che dopo essere stato sintomatico può essere considerato guarito da COVID-19

Il paziente **cl clinicamente guarito** da COVID-19 è colui che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.

Il paziente **guarito** da COVID-19 è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione e risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

1.5.2 Paziente con clearance (eliminazione) del virus SARS-CoV-2

La definizione di "clearance" del virus indica la scomparsa di RNA del SARS-CoV-2 rilevabile nei fluidi corporei, sia in persone che hanno avuto segni e sintomi di malattia, sia in persone in fase asintomatica senza segni di malattia. Tale eliminazione solitamente si accompagna alla comparsa di anticorpi specifici di tipo IgG per il virus SARS-CoV-2 prodotti dall'organismo. Per il soggetto asintomatico, si ritiene opportuno suggerire di ripetere il test per documentare la negativizzazione non prima di 14 giorni (durata raccomandata del periodo di isolamento/quarantena) dal riscontro della positività. La definizione di scomparsa dell'RNA virale è attualmente data dall'esecuzione di due test molecolari,

⁶ Circolare del Ministero della Salute prot. n. 18584 del 29.05.2020.

⁷ Parere del Gruppo di lavoro permanente del Consiglio Superiore di Sanità espresso in data 28 febbraio 2020, a cui si rimanda per ulteriori approfondimenti (Circolare del Ministero della Salute prot. n. 6607 del 29.02.2020).

effettuati normalmente a distanza di 24 ore, aventi entrambi esito negativo. La negatività del test deve accompagnarsi alla scomparsa dei sintomi della malattia eventualmente presenti.

Si ritiene ad oggi che due test molecolari consecutivi per il SARS-CoV-2, con esito negativo, accompagnati nei pazienti sintomatici dalla scomparsa di segni e sintomi di malattia, siano indicativi di “clearance” virale dall’organismo. L’eventuale comparsa di anticorpi specifici rinforza la nozione di eliminazione del virus e di guarigione clinica e virologica.

Non è raccomandato effettuare ulteriori test se non in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. Il soggetto con tampone persistentemente positivo (almeno dopo 30 giorni di positività), in assenza di sintomatologia clinica dovrebbe eseguire coltura virale per escludere l’infettività.

2. INDICAZIONI ALL’EFFETTUAZIONE DEI TEST PER SARS-COV-2

2.1 Test diagnostico su tampone nasofaringeo

L’esecuzione del test diagnostico di biologia molecolare è raccomandata per:

- tutti i casi clinici sintomatici o paucisintomatici sospetti per COVID-19⁸;
- tutti i contatti stretti di un caso confermato di COVID-19 (es. conviventi);
- tutti i contatti, anche non stretti, comunque individuati come a rischio durante l’inchiesta epidemiologica, anche se asintomatici;
- tutti i contatti posti in quarantena, prima del termine della stessa;
- soggetti paucisintomatici o asintomatici che possono essere potenzialmente collegati ad un cluster⁹, su valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica per ricostruire le catene di contagio.

Tali indicazioni vanno integrate con le indicazioni all’effettuazione del tampone rinofaringeo per le attività di screening (es. operatori sanitari, ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere, ricoveri ospedalieri, ingressi in Italia dall’estero, ecc.), di cui ai documenti elencati in premessa.

Vanno inoltre sottoposti a tampone tutti i **pazienti ospedalizzati** in accordo con quanto previsto dalle “*Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2*”¹⁰ (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020); si precisa che i tamponi eseguiti in previsione di un ricovero programmato sono da considerarsi validi se effettuati nelle 48 ore precedenti il ricovero. Inoltre, l’accesso ai servizi durante il ricovero non richiede esecuzione di ulteriore test diagnostico per SARS-CoV-2. Per l’età pediatrica la procedura di ricovero deve prevedere l’esecuzione di tampone nasofaringeo anche al caregiver, possibilmente riducendo il numero di persone che si alternano nell’assistenza al bambino.

Per garantire l’efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l’esecuzione, il processamento e la comunicazione dei risultati dei test devono essere tempestivi.

Le indicazioni del Ministero della Salute sono, in caso di necessità, di applicare i seguenti criteri di priorità:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI);
- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e nelle altre strutture di lunga degenza, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19;
- operatori sanitari esposti a maggior rischio, operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici o paucisintomatici, operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;

⁸ Ministero della Salute attraverso la Circolare prot. n. 11715 del 3.04.2020.

⁹ Piano di Sanità Pubblica approvato con DGR n. 344/2020 Regione del Veneto “Epidemia COVID-19: interventi urgenti di Sanità Pubblica”.

¹⁰ “Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2” (nota regionale prot. n. 170839 del 28.04.2020)

- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità (quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione) con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.

2.2 Test sierologici di screening su sangue venoso e capillare

Nell'attuale fase dell'emergenza COVID-19, assume particolare rilevanza la tematica dei test diagnostici di tipo sierologico, che possono essere utilizzati per la rilevazione di eventuali anticorpi diretti contro SARS-CoV-2. I test sierologici sono utili nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale in quanto:

- sono uno strumento importante per stimare la diffusione dell'infezione in una comunità;
- la sierologia può evidenziare l'avvenuta esposizione al virus;
- i metodi sierologici possono essere utili per l'identificazione dell'infezione da SARS-CoV2 in individui asintomatici o con sintomatologia lieve o moderata che si presentino tardi alla osservazione clinica.

Le attuali conoscenze scientifiche relative ai test sierologici per il COVID-19 sono però lacunose relativamente alla capacità di fornire informazioni riguardo la presenza di anticorpi neutralizzanti e la loro persistenza a lungo termine. L'OMS evidenzia che sono necessarie ulteriori evidenze sulla performance e utilità operativa dei test sierologici e, secondo il parere espresso dal Comitato Tecnico Scientifico, **non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei**.¹¹

3. LABORATORI PER L'ESECUZIONE DEI TEST

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia autorizzati dalla Regione del Veneto e riportati in Allegato 12. Le Aziende Ulss, ove lo ritengano necessario al fine di garantire un'analisi tempestiva dei test molecolari effettuati, possono avvalersi di laboratori di Analisi privati accreditati ed autorizzati, sulla base delle indicazioni contenute nella Circolare del Ministero della Salute n. 9774 del 20 marzo 2020, secondo apposita Flow-Chart regionale¹².

Il referto, sia esso positivo o negativo, dovrà essere caricato dal Laboratorio sui sistemi informativi aziendali/regionali preposti ai quali accederanno le strutture sanitarie abilitate. È importante assicurarsi che anche il referto negativo venga comunicato il prima possibile al paziente, indipendentemente da dove quest'ultimo si trovi, per limitare il carico di ansia associato.

Il **Laboratorio di Riferimento Regionale (LRR)** svolge funzione di coordinamento per i laboratori aggiuntivi identificati dalla Regione per effettuare la diagnosi SARS-CoV-2, fornendo il supporto e le indicazioni necessarie. Per ogni quesito specialistico o nel caso di test dubbi i laboratori potranno aprire un confronto con il LRR.

Secondo quanto definito dalla Circolare del Ministero della Salute n. 11715 del 3 aprile 2020:

- quale criterio per la valutazione delle capacità diagnostiche per infezione da COVID-19 dei nuovi Laboratori arruolati dalla Regione, si ritiene sufficiente un riscontro dei risultati di diagnosi riguardanti i loro primi 5 campioni positivi e 10 campioni negativi con quanto rilevato presso il LRR;

¹¹ Ministero della salute attraverso la Circolare prot. n. 16106 del 09.05.2020.

¹² COVID-19 – procedura di "autorizzazione" dei laboratori privati accreditati e delle case di cura accreditate per analisi dei test molecolari per la ricerca del virus sars-cov-2, Regione del Veneto, Rev. 13 maggio 2020.

- in aree con diffusa trasmissione di COVID-19, è considerata sufficiente quale diagnosi di laboratorio la positività al test RT-PCR rilevata su un singolo gene target di SARS-CoV-2 dal Laboratorio di Riferimento Regionale e dai laboratori aggiuntivi individuati dalla Regione;
- viene richiesto il solo invio di un numero rappresentativo di campioni clinici al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS, previo accordo, al fine di monitorare l'epidemiologia molecolare di SARS-CoV-2;
- tutti i campioni risultati positivi SARS-CoV-2 in pazienti deceduti devono essere conservati congelati a -80°C presso la struttura che effettua il prelievo e/o la diagnosi di laboratorio e inviati successivamente al Laboratorio di Riferimento Nazionale in ISS su espressa richiesta;
- si ribadisce, inoltre, che nei laboratori autorizzati per le analisi dei tamponi, la presentazione di campioni afferenti a personale sanitario dovrà ottenere priorità assoluta e la comunicazione del risultato dovrà avvenire in un arco di tempo massimo di 36 ore.

TAMPONI IN POOL E RICERCA CARICA VIRALE

Come indicato nel documento "EMERGENZA COVID-19 - Fase 3 - Aggiornamento delle Azioni del Piano di Sanità Pubblica e dell'Effettuazione dei Test Diagnostici (DGR 344/2020 e successive modifiche ed integrazioni)", trasmesso con nota regionale prot. n. 247521 del 23.06.2020, al fine di ottimizzare l'efficienza dei test diagnostici con tampone, si suggerisce di valutare l'adozione della metodica del *pooling sample* per i campioni effettuati per lo screening.

Per poter effettuare valutazioni specifiche sull'infettività dei nuovi positivi, tutti i laboratori del Veneto abilitati all'effettuazione dei test di biologia molecolare per SARS-CoV-2 dovranno, per ogni nuovo positivo, rilevare ed inviare all'Azienda ULSS 2 Marca trevigiana (UOC Microbiologia, Ospedale di Treviso) i seguenti parametri: i target rilevati, i CT rilevati (cicli nel quale si registra la positività) e un inquadramento sintetico del paziente.

Per tutti i test effettuati deve, inoltre, essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato.

In questa fase epidemiologica caratterizzata da bassa prevalenza, i test positivi al tampone con CT>30 dovrebbero essere considerati dubbi e ripetuti per migliorare il valore predittivo positivo che è in funzione della prevalenza e dei falsi positivi. Allo stesso modo, per i soggetti asintomatici, in caso di tampone positivo si raccomanda di ripetere il test: in caso di test ripetuto positivo si conferma l'esito; in caso di test negativo si ripete un ulteriore test che se positivo confermerà il primo esito.

4. INDICAZIONI OPERATIVE PER LA GESTIONE DI CASI SOSPETTI E CONFERMATI DI COVID-19

Poiché la manifestazione dell'infezione da COVID-19 è talvolta subdola, comprendendo un ampio spettro di segni/sintomi e quadri clinici, che vanno dal paziente completamente asintomatico o con sintomi lievi, al paziente con sintomatologia respiratoria critica con distress respiratorio, ipossiemia severa, shock, disfunzione multiorgano e morte, è di importanza assoluta l'identificazione ed intercettazione dei soggetti in grado di veicolare l'infezione, per evitare che entrino in contatto con quelli a rischio di contrarla, ivi compresi gli operatori sanitari. Tutti gli operatori sanitari operanti nel percorso diagnostico-terapeutico di un caso sospetto o confermato di COVID-19 devono essere muniti degli idonei DPI (Allegato 2). Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare la formazione del personale sanitario sulle corrette metodologie per indossare e rimuovere i DPI (Allegato 1).

4.1 Setting ospedaliero ¹³

4.1.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea al Pronto Soccorso o chiamata al SUEM 118)

All'interno del Pronto Soccorso devono essere mantenuti distinti e funzionalmente separati i percorsi di gestione e cura dei pazienti con e senza sintomi sospetti per COVID-19 (percorso pulito e percorso sporco). Gli utenti e gli eventuali accompagnatori autorizzati devono essere dotati di mascherina chirurgica e deve essere favorita e raccomandata la frequente igienizzazione delle mani. Nelle aree comuni del PS deve essere rispettato il distanziamento sociale di

¹³ nota regionale prot. 170839 del 28.04.20 "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19".

almeno un metro e osservate tutte le misure igienico-comportamentali.

Tutti gli utenti che accedono al PS, come riportato nel diagramma di flusso (Allegato 8), devono transitare in un'area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati attraverso pre-triage i casi sospetti per COVID-19 che verranno avviati alla valutazione all'interno al **percorso compatibile COVID-19**.

Il caso sospetto dovrà essere sottoposto a tampone naso-faringeo e sostare in spazi del PS dedicati e almeno funzionalmente separati, secondo un percorso distinto da quello per gli utenti ordinari fino all'arrivo del referto del tampone, stratificando il rischio del paziente al fine di individuare precocemente gli utenti con alto rischio di sviluppare nel breve periodo un quadro clinico di insufficienza respiratoria acuta:

- nel caso in cui non sia necessario trattenere il paziente in osservazione, lo stesso potrà essere dimesso a domicilio con disposizione di rimanere in isolamento fino a esito del tampone e con indicazione a contattare telefonicamente il proprio Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico con eventuale supporto delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale;
- in caso di emergenza/urgenza che non consente di attendere il referto, la persona va trattata come infetta da COVID-19 e gestita con tutte le precauzioni del caso.

In tutti i casi non sospetti per COVID-19, individuati tramite pre-triage, è invece previsto l'avvio al **percorso standard**. Rimane di fondamentale importanza mantenere un elevato indice di sensibilizzazione da parte del personale sanitario sul riconoscimento e l'intercettazione dei sintomi sospetti per COVID-19, oltre che garantire un elevato standard delle norme di Prevenzione e Controllo delle Infezioni (PCI).

Analogo approccio per i casi sospetti che contattano telefonicamente la Centrale Operativa SUEM 118:

- in caso di sintomatologia lieve che non richiede il ricovero ospedaliero la Centrale Operativa SUEM 118 reindirizza il paziente al proprio Medico di Medicina Generale o al Pediatra di Libera Scelta per la successiva presa in carico.
- in caso di sintomatologia grave che richiede il ricovero ospedaliero il pre-triage va effettuato al momento della chiamata ed eventualmente sul luogo del soccorso. All'arrivo in pronto soccorso si adatterà la procedura descritta al capitolo 4.1.1.

4.1.2 Gestione ospedaliera del caso confermato

Ogni Azienda/struttura sanitaria dovrà dotarsi, secondo propri modelli organizzativi, di aree di degenza COVID-19, per le quali dovranno essere rispettate le seguenti indicazioni:

- l'accesso all'area di degenza dovrà essere strettamente riservato alle sole persone cui sono dedicate;
- i pazienti degenti in questa area non potranno ricevere visite e dovranno sottostare ad isolamento e alle relative misure;
- dovranno essere limitate al minimo le consulenze in presenza e, per quanto possibile, si dovranno utilizzare le risorse della telemedicina;
- la pulizia e la sanificazione degli ambienti dovranno avvenire applicando rigidamente le norme previste.

In alternativa, i casi confermati di COVID-19 che richiedono ospedalizzazione vanno collocati, ove possibile, in stanze d'isolamento singole a pressione negativa, con bagno dedicato e, possibilmente, anticamera. Qualora ciò non sia realizzabile, il caso confermato deve comunque essere ospedalizzato in una stanza singola con bagno dedicato e trasferito quanto prima in una struttura con idonei livelli di sicurezza. Si raccomanda che tutte le procedure che possono generare aerosol siano effettuate in una stanza d'isolamento con pressione negativa. Nel caso in cui quanto descritto non trovasse possibilità di applicazione si procederà all'isolamento per coorte.

4.1.3 Dimissione dall'ospedale

Qualora fossero dimessi casi confermati di COVID-19 senza la prova di avvenuta negativizzazione, questi devono rimanere in isolamento domiciliare fiduciario dal giorno della dimissione per almeno 7 giorni e comunque non meno di

14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo. Si rimanda all'Allegato 4 per la gestione dell'isolamento domiciliare fiduciario. Per tutti i soggetti dimessi dall'Ospedale con diagnosi di COVID-19, la U.O. dimettente provvede a notificare al SISP la dimissione per il seguito di competenza. Le Aziende ULSS definiscono specifici percorsi per la presa in carico domiciliare in stretta collaborazione tra MMG/PLS e USCA, con il coordinamento della COT.

4.2 Setting territoriale

In via transitoria, al fine di evitare le occasioni di contatto, l'accesso degli utenti allo studio medico deve preferibilmente avvenire su appuntamento, previo contatto telefonico con il MMG/PLS/MCA (qui di seguito il Medico). Pertanto, la presentazione spontanea di utenti con sintomi sospetti per COVID-19 presso lo studio medico deve costituire un'eccezione.

4.2.1 Gestione del caso sospetto (presentazione spontanea all'ambulatorio o contatto telefonico)

Se il caso sospetto si presenta in ambulatorio, dev'essere immediatamente dotato di mascherina chirurgica e isolato, se possibile, in un locale separato dagli altri pazienti. Il personale sanitario che entra in contatto stretto con il paziente deve utilizzare gli opportuni DPI e dispositivi medici (Allegato 2).

In caso di sintomatologia grave, il medico deve immediatamente contattare il SUEM 118.

In caso di sintomatologia lieve:

- il **Medico di Medicina Generale**, dopo valutazione:
 - invita il paziente a rimanere presso il proprio domicilio;
 - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
 - dispone l'esecuzione del tampone;
 - rilascia certificato di malattia;
 - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT.

- il **Pediatra di Libera Scelta**, dopo valutazione:
 - invita il paziente a rimanere al proprio domicilio;
 - raccomanda di seguire le indicazioni igienico-comportamentali di cui all'Allegato 5;
 - dispone l'esecuzione del tampone, con priorità nell'effettuazione e refertazione dello stesso in caso di un bambino frequentante una collettività;
 - notifica il caso sospetto al SISP e alla COT;

Il SISP, ricevuta la notifica, valuta le opportune disposizioni di isolamento domiciliare e quarantena per il soggetto e per i contatti a rischio, in attesa di refertazione del tampone per SARS-CoV-2, e pone il paziente in sorveglianza attiva e automonitoraggio, in collaborazione con il MMG/PLS secondo organizzazione aziendale (Allegato 4) e secondo una procedura operativa fornita dal SISP territorialmente competente.

Il Medico di Medicina Generale, per la gestione del caso e l'esecuzione del tampone, potrà avvalersi delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (Allegato 7).

In caso di test diagnostico positivo il caso diventa confermato, in caso di test negativo il medico valuterà come proseguire l'iter diagnostico.

4.2.2 Gestione territoriale del caso confermato da parte del MMG e Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)¹⁴

I **MMG** comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'USCA che opera per le valutazioni dei soggetti con sintomatologia, che devono essere considerati come casi sospetti di COVID-19 o che sono casi confermati di COVID-19.

¹⁴ "Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in RSA" del 1.04.2020.

Al momento dell'attivazione il MMG fornirà al Medico dell'USCA tutte le necessarie informazioni cliniche e anamnestiche del paziente.

Per la gestione domiciliare dei pazienti sospetti o affetti da COVID-19 è necessario che i **medici dell'USCA lavorino in stretta integrazione con i MMG** al fine di assicurare la necessaria continuità dell'assistenza. Pertanto, ciascuna Unità Operativa di Cure Primarie è tenuta ad individuare esattamente l'afferenza di ciascun MMG ad un'unica USCA, prevedendo che ad uno stesso gruppo di MMG possa essere collegato sempre uno stesso medico dell'USCA. L'attività domiciliare dei medici dell'USCA verrà effettuata preferibilmente con accesso congiunto con un infermiere del Servizio di Assistenza Domiciliare del Distretto o della Medicina di Gruppo Integrata qualora insista nel bacino di riferimento. L'accesso congiunto è da preferirsi in quanto permette il supporto e la supervisione per le manovre di vestizione/svestizione dei DPI e l'immediata esecuzione di eventuale attività infermieristica necessaria. Il medico dell'USCA potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento. Spetterà al medico dell'USCA, adeguatamente formato, decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti, quali priorità assegnare all'attività. Durante la visita domiciliare è possibile utilizzare un dispositivo elettronico per effettuare una videochiamata con il MMG, qualora ritenuto necessario.

Il medico dell'USCA, in base al quadro clinico evidenziato ed in accordo con il MMG, potrà decidere se seguire il paziente a domicilio o attivare il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche, con attivazione del 118.

Al termine di ogni visita domiciliare, il medico dell'USCA dovrà compilare apposita modulistica (meglio se informatizzata) con cui comunicare al MMG l'esito dell'intervento effettuato. Sulla base della valutazione, il medico provvederà a **notificare il caso al SISP, se non già notificato**; la notifica dovrà essere aggiornata al momento della conferma diagnostica (tampone nasofaringeo). Il MMG provvede a rilasciare eventuale certificazione di malattia e/o certificazione di isolamento sulla base della disposizione contumaciale rilasciata dal SISP. Non rientra fra i compiti del medico dell'USCA alcun atto certificativo, che deve rimanere in capo al MMG, opportunamente informato. Analoghe modalità organizzative dovranno essere implementate per i pazienti COVID-19 all'interno di RSA o strutture di ricovero intermedie.

4.2.3 Gestione territoriale del caso confermato da parte del PLS e delle U.O. di Pediatria

I **PLS**, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo, seguiranno i casi sospetti e confermati asintomatici o paucisintomatici, eventualmente anche con mezzi di teleconsulto. Nel caso di peggioramento delle situazioni cliniche che necessitino di visita od esami di approfondimento, il bambino sarà inviato presso il reparto di Pediatria di riferimento.

5. CONTACT TRACING, GESTIONE DEI CONTATTI E SORVEGLIANZA ATTIVA

Il rintraccio (contact tracing) e la presa in carico di tutti i contatti di un caso probabile o confermato ha lo scopo di identificare precocemente possibili casi secondari e interrompere le catene di trasmissione virale. Tale obiettivo è realizzabile attraverso le seguenti azioni:

- pronta identificazione dei casi probabili e confermati;
- disposizioni di isolamento domiciliare fiduciario di tutti i casi;
- disposizione di quarantena per tutti i contatti stretti e comunque tutti i contatti a rischio identificati dall'inchiesta epidemiologica;
- comunicazione delle norme di isolamento, delle raccomandazioni igienico-comportamentali e invito all'auto-monitoraggio per la comparsa di eventuali sintomi;
- sorveglianza attiva;
- utilizzo del test di conferma diagnostica.

Le operazioni di contact tracing, inchiesta epidemiologica, disposizioni contumaciali e sorveglianza attiva dei contatti sono affidate al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica in sinergia con gli altri servizi del Dipartimento di Prevenzione, anche avvalendosi della collaborazione di ulteriore personale reclutato in caso di necessità e in funzione dello scenario epidemiologico.

5.1 Inchiesta epidemiologica e contact tracing¹⁵

Il SISP effettua l'inchiesta epidemiologica raccogliendo informazioni sulla storia clinica e su tutti i possibili contatti valutando la tipologia di rischio per il tipo di contatto. L'intervista deve essere prioritariamente condotta a mezzo telefono. In caso di soggetti ricoverati, o comunque se l'intervista telefonica non è possibile, il personale del SISP può avvalersi della collaborazione dei familiari, del personale ospedaliero e/o del medico curante.

- Per identificare la **fonte del contagio**, durante l'intervista con il caso, devono essere raccolti dettagli sulle possibili esposizioni nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi (o della data della raccolta del campione se la persona è asintomatica);
- Per identificare, invece, i **contatti a cui il caso potrebbe avere trasmesso l'infezione**, è necessario considerare il periodo da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'inizio dei sintomi nel caso (o, se la persona è asintomatica, da 48 ore prima a 14 giorni dopo la data della raccolta del campione), ricostruendo meticolosamente le sue attività e spostamenti e individuando gli individui esposti.

Il SISP identifica **tutti i possibili contatti stretti e comunque tutti i contatti considerati a rischio sulla base di quanto emerso dell'inchiesta epidemiologica**. Nella raccolta delle informazioni, si deve prestare attenzione all'appartenenza del contatto a uno dei gruppi a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19 e all'attività lavorativa svolta, quale assistenza ad anziani, a persone immunocompromesse e ad altre popolazioni vulnerabili. La ricerca dei contatti deve focalizzarsi sulle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

- In caso di soggetti afferenti ad altra Azienda ULSS le informazioni devono essere comunicate al SISP territorialmente competente.
- In caso di residenti/domiciliati fuori Regione, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso all'Autorità sanitaria della Regione o Provincia Autonoma di residenza/domicilio e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5.
- In caso di residenti/domiciliati all'estero, le informazioni devono essere comunicate dall'Autorità sanitaria regionale di identificazione del caso al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria - Ufficio 5, che informerà lo Stato coinvolto, attraverso la piattaforma della Commissione Europea EWRS – "Early Warning Response System" o tramite la rete dei "National Focal Point" (NFP) previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005).

5.2 Esecuzione dei test di biologia molecolare nei contatti

A seguito dell'inchiesta epidemiologica effettuata per ogni caso sospetto o confermato di COVID-19, **tutti i conviventi, i contatti stretti, e comunque i contatti considerati a rischio** sulla base della valutazione del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, devono essere tempestivamente sottoposti ad esecuzione del test diagnostico di biologia molecolare al fine di un'identificazione precoce di possibili nuovi casi e per la ricostruzione della catena di contagio (Allegato 4). La priorità sarà rivolta nei confronti di soggetti sintomatici e dei contatti stretti a partire dai conviventi.

5.3 Disposizioni di isolamento e/o quarantena e sorveglianza attiva

Per le definizioni di isolamento e quarantena si rimanda al capitolo 1, paragrafo 1.1.

Il SISP fornisce indicazioni e informazioni chiare, anche in forma scritta, sulle misure precauzionali da attuare (Allegato 5). Il SISP, provvede alla disposizione di isolamento e/o quarantena e informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta (anche ai fini della certificazione INPS¹⁶), informando contestualmente anche la COT, ed

¹⁵ Rapporto ISS COVID-19 n.53/2020 v. del 25 giugno 2020 "Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19".

¹⁶ Circolare INPS HERMES 25 febbraio 2020 0000716 del 25 febbraio 2020.

accerta l'eventuale disponibilità del MMG/PLS ad effettuare la sorveglianza sanitaria del proprio assistito tramite triage telefonico, secondo procedura operativa fornita dallo stesso SISP e sotto il coordinamento di quest'ultimo. Le indicazioni sulla durata dell'isolamento e/o quarantena e sulla sorveglianza attiva sono riportate in Allegato 4. L'Azienda Ulss che adotta il provvedimento di collocazione in isolamento e/o quarantena, in relazione al numero dei conviventi nell'abitazione, può disporre l'effettuazione dell'isolamento e/o quarantena presso strutture alternative individuate dall'Azienda medesima in collaborazione con la Protezione Civile in conformità con le disposizioni regionali¹⁷.

In caso di necessità di certificazione INPS per l'assenza da lavoro, il SISP procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale, informando che per motivi di sanità pubblica il contatto è posto in isolamento e/o quarantena, specificando la data di inizio e di fine.

Per tutta la durata dell'isolamento e/o quarantena, il SISP mantiene la sorveglianza attiva per monitorare le condizioni cliniche del soggetto. Se non ne dispongono, il SISP fornisce ai contatti mascherine chirurgiche e termometro. Con il supporto della COT, dovranno essere attivate forme di supporto d'intesa tra servizi sociali delle amministrazioni comunali, associazioni di volontariato e SISP al fine di garantire, in caso di specifiche necessità, alcune funzioni di supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver ed eventuale supporto psicologico. Qualora le condizioni abitative non siano idonee al periodo di isolamento e/o quarantena, si raccomanda di proporre il trasferimento in strutture di tipo residenziale appositamente dedicate ed attivate.¹⁸

5.4 Modalità attuative della quarantena per i contatti stretti dei casi COVID-19 nel contesto dell'attività agonistica di squadra professionista

Come previsto dalla circolare del Ministero della Salute 21463 del 18/06/2020¹⁹, l'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, nel caso in cui risulti positivo un giocatore, ne dispone l'isolamento ed applica la quarantena dei componenti del gruppo squadra che hanno avuto contatti stretti con un caso confermato. Il Dipartimento di prevenzione può prevedere che, alla luce del citato parere del 12 giugno 2020 n. 88 del Comitato tecnico scientifico nominato con ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020, alla quarantena dei contatti stretti possa far seguito, per tutto il "gruppo squadra", l'esecuzione del test, con oneri a carico delle società sportive, per la ricerca dell'RNA virale, il giorno della gara programmata, successiva all'accertamento del caso confermato di soggetto Covid-19 positivo, in modo da ottenere i risultati dell'ultimo tampone entro 4 ore e consentire l'accesso allo stadio e la disputa della gara solo ai soggetti risultati negativi al test molecolare. Al termine della gara, i componenti del "gruppo squadra" devono riprendere il periodo di quarantena fino al termine previsto, sotto sorveglianza attiva quotidiana da parte dell'operatore di sanità pubblica del Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente, fermi gli obblighi sanciti dalla circolare di questa direzione generale del 29 maggio 2020.

6. STRUTTURE RESIDENZIALI E SEMIRESIDENZIALI EXTRA-OSPEDALIERE

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita. La popolazione ospite delle suddette strutture è costituita da persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute e/o maggior esposizione a fattori di rischio ed è, quindi, da considerarsi potenzialmente a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

All'interno dei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. Pertanto, è essenziale prevedere delle procedure specifiche per l'accesso di nuovi ospiti e delle

¹⁷ Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.64 del 6 luglio 2020.

¹⁸ Circolare del Ministero della Salute prot. n. 7865 del 25.03.2020.

¹⁹ Circolare del Ministero della Salute prot. n. 21463 del 18.06.2020.

persone esterne nonché per diagnosticare tempestivamente i casi sospetti al fine di identificare rapidamente eventuali focolai e garantire adeguate misure di contenimento²⁰.

Per le indicazioni in tali contesti si fa riferimento agli specifici documenti ed in particolare alle “Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale”²¹ del 22 giugno 2020 e alle “Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani”²² del 1 aprile 2020, tenendo conto di possibili successive modificazioni o aggiornamenti.

7. FLUSSI DI NOTIFICA E SISTEMI INFORMATIVI

Si ribadisce che, per tutti i casi con tampone positivo per SARS-CoV-2, ciascuna Azienda Sanitaria provvede ad **alimentare tempestivamente e con completezza gli applicativi regionali**. Tali dati vengono successivamente trasmessi dalla Regione, con cadenza giornaliera, all’Istituto Superiore di Sanità e da questo al Ministero. Sulla base dei dati registrati e sulla loro completezza vengono calcolati gli indicatori previsti nel Monitoraggio del Ministero della Salute in collaborazione con l’Istituto Superiore di Sanità²³.

7.1 Flusso informativo casi COVID-19

Il Medico segnalatore provvede a notificare al SISP tutti i casi COVID-19 confermati o sospetti (in attesa di esecuzione o esito del tampone), in accordo con la procedura aziendale. I casi devono essere segnalati al SISP inviando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3). Per tutti i casi confermati dovranno essere aggiornati gli applicativi regionali:

- piattaforma **PiC-19**²⁴ per i soggetti ricoverati in ospedali per acuti ed in Ospedali di Comunità. Devono essere registrati anche informazioni relative al link epidemiologico con Strutture Residenziali per Anziani o strutture penitenziarie, in qualità di ospiti/detenuti o dipendenti di tali strutture. Nello stesso strumento devono essere registrati anche i decessi avvenuti in ospedale o a domicilio, sia per soggetti positivi che per soggetti negativizzati.
- **SI AVR-Covid** per le attività del SISP di inchiesta epidemiologica, di sorveglianza sanitaria ed isolamento dei soggetti assistiti a domicilio.

I data base si alimentano a partire dai flussi dei referti degli esami di laboratorio per ricerca diretta del virus tramite PCR su tamponi nasofaringei. In caso di positività i referenti aziendali delle suddette piattaforme provvedono ad integrare i campi relativamente a fattori di esposizione, ad eventuale ricovero e decesso. La Piattaforma PIC-19 è inoltre integrata con altri flussi regionali quali l’anagrafe dei dipendenti e convenzionati ed il flusso dei residenti in strutture residenziali per anziani, per automatizzare l’integrazione di tali fattori epidemiologici, e permettere l’identificazione precoce di cluster a carico di operatori sanitari e di ospiti di Case di riposo. Le due piattaforme regionali (PiC-19 e SI AVR-Covid) interagiscono tra loro tramite un flusso informatizzato strutturato dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, al fine di integrare le informazioni inserite relativamente alle indagini epidemiologiche svolte dai servizi territoriali competenti. Si precisano di seguito i **campi, compilati su PIC-19 o su SI AVR-Covid, che assumono particolare rilevanza ai sensi del monitoraggio ministeriale**: data inizio sintomi, stato clinico iniziale e relativa data, mutamenti di stato clinico (diarie per SI AVR-Covid) e relative date, presa in carico di ogni soggetto caricato in SI AVR-Covid tramite lo “Stato Sorveglianza” per identificarne l’approfondimento epidemiologico, “esposizione” per

²⁰ Rapporto ISS COVID-19 n.4/2020 v. del 17 aprile 2020.

²¹ Linee di indirizzo - Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale del 22 giugno 2020, Regione del Veneto.

²² Indicazioni operative per la Presa in Carico del Paziente Sintomatico Sospetto COVID-19 e per la valutazione del Rischio in Strutture Residenziali per Anziani del 1 aprile 2020, Regione del Veneto.

²³ Decreto del Ministro della Salute del 30.04.2020 - Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020; Ministero della Salute, Istituto Superiore di Sanità - Sistema Indicatori di cui al D.M. 30 aprile 2020 Documento metodologico.

²⁴ Note regionali prot n. 111476 del 09.03.2020 e prot n. 127224 del 19.03.2020.

identificare la provenienza del caso. Si sottolinea l'importanza di verificare la coerenza dei dati inseriti e delle date indicate (es. un soggetto con sintomi registrati e la compilazione puntuale della data di inizio sintomi).

Si ricorda che, come già comunicato, l'inserimento dei dati dai SIPS presso la piattaforma regionale PiC-19 ed in SIAVR-Covid ha sostituito l'invio alla Regione delle schede di sorveglianza dei casi positivi di COVID-19 (Schede per la Notifica di casi da Virus Respiratori Allegato 3). Inoltre, nella piattaforma SIMIWEB per la notifica di malattie infettive non vanno inserite le notifiche per COVID-19. Ai sensi del DM 1990, rimane invariato l'obbligo a carico del medico che effettua la diagnosi di segnalare al SISP territorialmente competente ogni caso sospetto o confermato di COVID-19 utilizzando la Scheda per la Notifica di casi da Virus Respiratori (Allegato 3).

7.2 Flusso informativo decessi pazienti positivi COVID-19

Per tutti i soggetti COVID-19 deceduti, deve essere aggiornata tempestivamente la piattaforma regionale **PiC-19**²⁵. Le singole Aziende definiscono i flussi con cui registrare tale informazione.

Per tutti i decessi di paziente deceduti con una diagnosi di COVID-19, indipendentemente dalla data di diagnosi o di negativizzazione²⁶, dovranno essere inviate ad ISS²⁷ attraverso il portale accessibile all'indirizzo <https://w3.iss.it/site/covid19>, tempestivamente e comunque non oltre le 48 ore dal decesso, le seguenti informazioni:

- nel caso di decesso avvenuto in ospedale, dovrà essere caricata la cartella clinica e la copia della relativa scheda di morte ISTAT²⁸ direttamente dalla Struttura Ospedaliera in cui è avvenuto il decesso.
- nel caso di decesso avvenuto sul territorio, è sufficiente il caricamento di copia della scheda di morte ISTAT²⁹ unita ai dati identificativi del paziente, che sarà caricata sul portale a cura del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica di riferimento territoriale.

Ogni struttura ospedaliera e ogni Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dovrà provvedere al proprio accreditamento alla piattaforma ISS per il caricamento della documentazione all'indirizzo indicato. Per necessità è possibile contattare l'Istituto Superiore di Sanità via e-mail all'indirizzo decessicovid-19@iss.it o al n. 06.49903000.

8. ESENZIONE PER LE PRESTAZIONI SPECIALISTICHE AMBULATORIALI

Come disposto dalla DGR n. 567 del 05 maggio 2020 *“Disposizioni relative alla prescrizione di tamponi per la determinazione del virus SARS-CoV-2 a seguito dell'attuale emergenza sanitaria”*:

- la prescrizione del tampone può essere fatta su ricetta dematerializzata utilizzando il codice di prestazione già previsto nel Nomenclatore Tariffario Regionale (NTR) *“91.12.1_0 VIRUS ACIDI NUCLEICI IN MATERIALI BIOLOGICI IBRIDAZIONE NAS (PREVIA RT-PCR) (Inclusa estrazione, amplificazione, rivelazione)”*, specificando nel campo quesito diagnostico *“tampone per ricerca SARS-CoV-2”*;
- è estesa ai Medici di Medicina Generale ed ai Pediatri di Libera Scelta la facoltà di immissione del dato relativo all'esenzione codice 5G1.

Si ribadisce che l'esenzione 5G1, per questa circostanza, non è solo richiedibile su prescrizione del Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva, ma anche da parte di tutti gli Specialisti coinvolti nei percorsi clinici di supporto alle UU.OO. coinvolte nell'inquadramento diagnostico dei casi sospetti.

²⁵ Nota regionale prot. n. 137157 del 30.3.2020.

²⁶ Tali indicazioni derivano dalle attuali raccomandazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.

²⁷ Nota regionale prot. n. 137957 del 30 marzo 2020 - *Indicazioni sul flusso di trasmissione delle schede di notifica dei casi di virus respiratori, schede ISTAT, schede decessi, cartelle cliniche e aggiornamento piattaforma regionale Pic-19. Compiti assegnati all'Istituto Superiore di Sanità (ISS) dall'Ordinanza del Capo della Protezione Civile n. 640 del 27/2/2020 e in base alle indicazioni emanate dal Ministero della Salute con Circolare prot. 5889 del 25 febbraio 2020 avente ad oggetto “Richiamo in ordine a indicazioni fornite con la circolare del 22.2.2020”, la certificazione di decesso a causa di COVID-19 dovrà essere accompagnata da parere dell'ISS.*

²⁸ Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 *“COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte”*.

²⁹ Rapporto ISS COVID-19 n. 49/2020 *“COVID-19: rapporto ad interim su definizione, certificazione e classificazione delle cause di morte”*.

Si raccomanda alle Direzioni Aziendali di comunicare semestralmente alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria le spese sostenute per questa esigenza di Sanità Pubblica (ad es: per acquisto DPI, per prestazioni specialistiche e ricoveri erogati a pazienti sintomatici non iscritti al SSN), al fine di successiva rendicontazione alla Protezione Civile.

9. FORMAZIONE DEL PERSONALE

Per contenere il rischio di trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2 è richiesta la definizione di misure adeguate ed omogenee in tutte le strutture socio-sanitarie regionali, tali da orientare i comportamenti di tutti i soggetti interessati nei processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, attraverso un'adeguata formazione continua di tutto il personale coinvolto (medici, infermieri, operatori sanitari, ecc.) in materia di prevenzione e controllo dell'infezione, cui potrà essere offerta la partecipazione alle numerose FAD prodotte dai diversi organismi istituzionali, reperibili anche al sito web di Azienda Zero al seguente link <https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus>, con modalità di fruizione e riconoscimento dell'impegno orario che ogni Azienda sanitaria stabilirà in proprio.

Il personale suddetto va, inoltre, responsabilizzato sulla necessità di osservare scrupolosamente le disposizioni in materia di contenimento del contagio previste dai provvedimenti in vigore. In ogni reparto/servizio va documentata la presa d'atto di ogni dipendente di queste disposizioni e verificata la sua effettiva comprensione dei comportamenti da adottare in caso di sintomatologia sospetta per COVID-19.

Pertanto, si raccomanda che ogni struttura predisponga momenti formativi interni per il personale, sia via FAD che in presenza, che includano le procedure regionali descritte nel presente documento, le procedure aziendali organizzative interne per la gestione di casi sospetti e confermati di COVID-19, il corretto uso dei DPI, comprese le fasi di vestizione e svestizione, ecc. (Allegato 1).

10. PROCEDURE DI SANIFICAZIONE

10.1 Sanificazione dei locali ospitanti pazienti sospetti o positivi per COVID-19 ³⁰

La contaminazione ambientale deve essere considerata una potenziale modalità di contagio indiretta: l'evidenza emersa da precedenti studi sui coronavirus mostra che questo particolare gruppo è più stabile nell'ambiente degli altri virus con envelope. La pulizia e l'utilizzo delle corrette misure di igiene degli ambienti costruiti rappresentano un punto cardine nella prevenzione della diffusione di SARS-CoV-2. La trasmissione di SARS-CoV-2 avviene principalmente con due modalità: attraverso particelle respiratorie (droplets, > 5 µm) e per contatto, diretto o indiretto. Sono state proposte anche altre vie di trasmissione, come la trasmissione aerea tramite aerosol (particelle < 5 µm) e una trasmissione legata alla eliminazione fecale, che tuttavia non sono state ancora del tutto chiarite. In generale, i coronavirus umani possono rimanere vitali e mantenere la capacità infettante su superfici inanimate a temperatura ambiente per un periodo variabile da 2 ore a 9 giorni, a seconda del contesto analizzato. Trattandosi di virus con envelope, sono i più sensibili all'inattivazione da parte dei disinfettanti, quali ipoclorito di sodio (0.1% - 0.5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0.5%), che compromettono l'integrità del virus e ne neutralizzano la capacità infettiva. Pertanto, in accordo con quanto suggerito dall'OMS, sono procedure efficaci e sufficienti una *"pulizia accurata delle superfici ambientali con acqua e detergente seguita dall'applicazione di disinfettanti"*.

La **sanificazione** è l'insieme dei procedimenti atti ad igienizzare ambienti e superfici mediante l'attività di pulizia e di disinfezione. La **pulizia** rimuove polveri, materiale non desiderato o sporcia dalle superfici, rendendole visibilmente pulite. Con **disinfezione** s'intende il complesso di procedimenti atti a sanificare gli ambienti mediante la distruzione o inattivazione di microrganismi patogeni. I prodotti per la pulizia includono sapone liquido, detersivi enzimatici e detersivi che, combinati con l'acqua, rimuovono il materiale organico (es. sporco, fluidi corporei, ecc.) utilizzando

³⁰ Indicazioni ad interim per la sanificazione degli ambienti interni nel contesto sanitario e assistenziale per prevenire la trasmissione di SARS-CoV 2. Versione del 7 luglio 2020.

l'azione meccanica (es. strofinamento e frizione). I disinfettanti servono solo per la disinfezione dopo la pulizia e non sono sostituti della pulizia. Prima della disinfezione, utilizzare un prodotto di pulizia per rimuovere tutto il materiale organico e lo sporco. I sistemi meccanizzati di pulizia di grandi superfici devono essere evitati perché producono aerosol o disperdono la polvere nelle aree di cura del paziente come pure è sconsigliato spazzare a secco, spruzzare, spolverare. Preferire quindi le metodiche ad umido.

Di seguito verranno presi in esame i seguenti setting in cui sia necessario eseguire un intervento di sanificazione.

10.1.1 Setting ospedaliero

Gli ambienti ospedalieri che ospitano casi sospetti o confermati di COVID-19 (stanze dei pazienti, aree di attesa, sale per le procedure mediche, sale di rianimazione) devono essere puliti e disinfettati almeno due volte al giorno dal personale addetto munito di adeguati DPI e specificamente formato per la bonifica di ambienti a rischio biologico. Prima di procedere alla bonifica, i locali devono essere aerati adeguatamente per almeno un'ora (1-3 ore se eseguite procedure generanti aerosol e non a pressione negativa) tramite ventilazione naturale o tramite l'impianto di ventilazione meccanica controllata (VCM).

Inoltre, per procedere alla sanificazione è necessario definire due squadre oppure due tempi d'intervento: uno dedicato alla rimozione degli effetti lettereschi e della biancheria (dal momento che si tratta di attività a rischio di aerosolizzazione, è necessario non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, sostituendola con quella sanificata) ed uno per la pulizia e disinfezione dei locali, procedendo dalle aree più pulite verso quelle più contaminate.

Le superfici devono essere accuratamente pulite con un detergente neutro e successivamente disinfettate mediante prodotti con attività virucida, con particolare attenzione ai servizi igienici, e alle superfici ad alta frequenza di contatto. È anche possibile effettuare in un tempo unico l'azione di pulizia e disinfezione impiegando prodotti detergenti - disinfettanti con azione virucida. In alternativa, è suggerito, dopo la fase di pulizia, l'utilizzo di soluzioni a base di ipoclorito di sodio di cloro attivo allo 0,1% o 0,5%. Per superfici che possono essere danneggiate dall'ipoclorito di sodio, possono essere utilizzati i prodotti a base di etanolo (almeno il 70%).

Si raccomanda l'uso di dispositivi di pulizia monouso o dedicati; i dispositivi medici e i DPI non monouso devono essere decontaminati utilizzando adeguati prodotti registrati come dispositivi medici, o, in alternativa, ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o etanolo al 70%).

Se si usano prodotti chimici per la pulizia, è importante mantenere l'ambiente arieggiato sia durante che dopo l'uso per proteggere la salute del personale addetto alle pulizie. Il personale che ha effettuato le procedure non va considerato come contatto salvo in caso di mancata osservanza delle misure di protezione o di esposizione accidentale.

10.1.2 Setting assistenziale

Nelle strutture assistenziali e comunitarie, quali indicativamente le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA), comunità terapeutiche, poliambulatori, particolare considerazione dovrebbe essere data all'applicazione di misure di pulizia e disinfezione nelle aree comuni (bagni, sale, corridoi, ascensori, ecc.) come misura preventiva generale durante tutta l'epidemia di COVID-19. Inoltre, devono essere tenuti di conto gli oggetti che vengono toccati frequentemente, come maniglie, pulsanti degli ascensori, corrimano, interruttori, maniglie delle porte, ecc.

Per le stanze o le aree specifiche esposte ai casi di COVID-19 si dovrebbe:

- garantire un buon ricambio dell'aria;
- pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare le superfici che si sporcano con secrezioni respiratorie o altri fluidi corporei (es. toilette, lavandini, ecc.) con un disinfettante (presidio medico-chirurgico PMC) ad azione virucida o con ipoclorito di sodio contenente lo 0,1% di cloro attivo o, se non adatto, utilizzare alcol etilico al 70%. Per superfici porose come

moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;

- risciacquare con acqua pulita dopo 10 minuti di contatto con il cloro;
- raccogliere la biancheria sporca in contenitori chiusi in attesa di lavaggio e sanificazione.

Il personale dedicato alla pulizia ambientale degli spazi pubblici frequentati da una persona sospetta o confermata COVID-19 deve indossare i dispositivi medici e i DPI. Quando possibile, usare solo materiali di pulizia monouso, in alternativa disinfettare adeguatamente gli attrezzi per la pulizia non porosi con una soluzione di ipoclorito di sodio allo 0,5% di cloro attivo o secondo le istruzioni del produttore prima dell'uso per altri ambienti. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito con la spazzatura indifferenziata.

In generale, le aree pubbliche in cui un caso confermato COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

10.1.3 Setting domestico

In ambito domestico si devono rispettare due tempi d'intervento: uno dedicato alla biancheria e uno per la pulizia e disinfezione dei locali. Per la pulizia di una stanza domestica in cui è stato isolato un paziente COVID-19, si applicano le stesse procedure descritte per i setting precedenti:

- la stanza deve essere arieggiata in maniera naturale per almeno un'ora;
- successivamente pulire accuratamente con un detergente neutro;
- disinfettare utilizzando un prodotto efficace contro i virus, con particolare attenzione alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie delle porte, finestre, tavoli, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, scrivanie, sedie, telefoni cellulari, tastiera, telecomandi). Utilizzare panni in microfibra inumiditi con un prodotto detergente-disinfettante o in alternativa con alcol etilico al 70%, con una soluzione di ipoclorito di sodio diluita allo 0,5% di cloro attivo per i servizi igienici e allo 0,1% di cloro attivo per tutte le altre superfici, tenendo in considerazione la compatibilità con il materiale da detergere, l'uso e l'ambiente. I detergenti a base di cloro non sono utilizzabili su tutti i materiali. Per superfici porose come moquette e tappeti, rimuovere la contaminazione visibile, pulire con detergenti e disinfettanti appropriati secondo le istruzioni del produttore;
- non agitare la biancheria durante il cambio e raccoglierla in contenitori chiusi, lavandola con un ciclo ad acqua calda da 60°C a 90°C per almeno 30 minuti con un comune detersivo per il bucato.

La persona che pulisce dovrebbe indossare guanti e una maschera chirurgica. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta dopo aver rimosso guanti o maschera. Si consiglia l'uso di attrezzature monouso per la pulizia. I materiali di scarto prodotti durante la pulizia devono essere collocati in un sacchetto separato e ben chiuso, che può essere smaltito come rifiuti indifferenziati.

10.1.4 Opzioni di sanificazione per tutti i tipi di locali

Durante la pandemia di COVID-19 anche nei locali senza casi confermati di COVID-19 è consigliato:

- Usare attrezzature diverse per pulire spazi frequentati dal pubblico e spazi per i dipendenti.
- Pulire frequentemente le superfici più toccate (almeno giornalmente se possibile). Esempi di queste superfici sono maniglie e barre delle porte, delle finestre, sedie e braccioli, tavoli, interruttori della luce, corrimano, rubinetti dell'acqua, pulsanti dell'ascensore, ecc.

L'uso di un detergente neutro per la pulizia di superfici in locali generali (vale a dire non per i locali che sono stati frequentati da un caso sospetto o confermato di COVID-19) si ritiene sufficiente.

La pulizia di servizi igienici pubblici, lavandini del bagno e servizi igienici utilizzati da più persone (es. nei centri commerciali, stazioni ferroviarie, aeroporti, ecc.) devono essere eseguiti con cura. Considerare l'uso di un disinfettante efficace contro virus, o soluzioni a base di ipoclorito di sodio allo 0,1% di cloro attivo o altri prodotti virucidi autorizzati seguendo le istruzioni per l'uso fornite dal produttore.

Possono essere impiegati strumenti meccanizzati di pulizia quali spazzatrici, lavasciuga pavimenti, aspirapolvere, purché dotati di un sistema efficace di ritenzione polveri e se il flusso di aria e polvere viene filtrato in uscita attraverso un filtro HEPA o ULPA (testato secondo la norma EN1822). Il personale che conduce le macchine deve essere dotato degli adeguati dispositivi di protezione individuale.

Sprayer, nebulizzatori e atomizzatori consentono di spruzzare biocidi (PMC) o disinfettanti, quali perossido di idrogeno, ozono o cloro attivo generati in situ, in forma nebulizzata o atomizzata su superfici anche difficilmente raggiungibili e sugli oggetti presenti nell'ambiente. È necessario che gli operatori siano adeguatamente protetti e formati per utilizzare queste apparecchiature e in grado di verificare la compatibilità delle concentrazioni necessarie per l'attività di sanificazione, se spruzzate con queste strumentazioni. Durante l'uso è fondamentale indossare DPI adeguati. Pertanto, in accordo con la Circolare del Ministero della Salute del 22 maggio 2020, tali procedure possono essere utilizzate per finalità di sanificazione, intesa in questo caso come il complesso di procedimenti e operazioni atti a rendere sani determinati ambienti mediante la pulizia e il controllo e il miglioramento della qualità dell'aria.

Le procedure di utilizzo delle sostanze sanificanti possono essere complementari a procedure di pulizia ambientale, o essere integrate con attività di disinfezione. In questo ultimo scenario, la procedura deve prevedere la preventiva disinfezione diretta delle superfici esposte secondo il seguente ordine:

1. pulizia;
2. disinfezione diretta delle superfici esposte con disinfettanti autorizzati;
3. trattamento di sanificazione con sostanze generate in situ a completamento ed ottimizzazione delle procedure di pulizia e disinfezione;
4. adeguata areazione dei locali.

Il personale impegnato nella pulizia ambientale deve indossare i dispositivi medici e i DPI durante le attività di pulizia. L'utilizzo del solito set di DPI (es. uniforme, che viene rimossa e lavata frequentemente in acqua calda, e guanti) è sufficiente per la protezione durante la pulizia dei locali generali. Il materiale di pulizia deve essere adeguatamente pulito alla fine di ogni sezione di pulizia. L'igiene delle mani deve essere eseguita ogni volta che vengono rimossi DPI come guanti. Il materiale di scarto prodotto durante la pulizia deve essere collocato nei rifiuti indifferenziati.

In occasione del periodo pandemico SARS-COV-2 è importante che l'operatore tenga traccia del processo di sanificazione ambientale, tramite checklist cartacea o elettronica dove controfirma le fasi previste ed eseguite di sanificazione, data e orario.

11. GESTIONE DEI RIFIUTI URBANI ³¹

I rifiuti potenzialmente contaminati devono essere trattati ed eliminati come materiale infetto categoria B (UN3291).

11.1 Soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria (anche in attesa di conferma di positività)

I rifiuti urbani prodotti nelle abitazioni dove soggiornano i soggetti sopracitati, dovrebbero essere considerati equivalenti a quelli che si possono generare in una struttura sanitaria, come definiti dal DPR 254/2003. In tale contesto dovrebbero essere applicate le prescrizioni del DPR. Tuttavia, data la difficoltà di applicazione delle stesse, si raccomanda che nelle abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena

³¹ Gruppo di Lavoro ISS Ambiente e Rifiuti. Indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19, n. 3/2020 Rev. 2).

obbligatoria, sia interrotta la raccolta differenziata, ove in essere, e che tutti i rifiuti domestici, indipendentemente dalla loro natura, includendo fazzoletti di carta, carta in rotoli, teli monouso, mascherine e guanti, siano equiparati a rifiuti indifferenziati e pertanto raccolti e conferiti insieme. Le mascherine e i guanti dovranno, per ulteriore precauzione, essere inseriti in una busta, prima di essere introdotti nel sacco dei rifiuti indifferenziati, per limitare il più possibile errori nella raccolta e nel conferimento dei rifiuti a salvaguardia della sicurezza in ambito domestico e della salute degli operatori ecologici professionali e dei volontari addetti alla raccolta dei rifiuti.

Per la raccolta dovranno essere utilizzati almeno due sacchetti uno dentro l'altro o in numero maggiore in dipendenza della loro resistenza meccanica, possibilmente utilizzando un contenitore a pedale.

Si raccomanda di:

- chiudere adeguatamente i sacchi utilizzando guanti monouso;
- non comprimere i sacchi con le mani;
- non danneggiare e/o contaminare esternamente i sacchi;
- ogni qualvolta siano presenti oggetti taglienti, eseguirne il conferimento con particolare cura (es. avvolgendoli in carta);
- evitare l'accesso di animali da compagnia ai locali dove sono presenti sacchetti di rifiuti;
- far smaltire il rifiuto dalla propria abitazione con le procedure in vigore sul territorio (esporli fuori dalla propria porta negli appositi contenitori o gettarli negli appositi cassonetti condominiali o stradali destinati ai rifiuti indifferenziati);
- i guanti monouso utilizzati per l'operazione dovranno essere rimossi rovesciandoli ed eliminati nel successivo sacco di rifiuti indifferenziati;
- nel caso in cui il soggetto positivo o in quarantena non possa far ritirare i rifiuti da qualcuno che si faccia carico del loro conferimento o con altra modalità prevista sul territorio, si raccomanda di istituire un servizio dedicato di ritiro da parte di operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.).

11.2 Soggetti non positivi e non in isolamento o quarantena obbligatoria

Per i rifiuti urbani prodotti dalla popolazione generale in abitazioni dove non soggiornano soggetti positivi al tampone in isolamento o in quarantena obbligatoria si raccomanda di mantenere le procedure in vigore nel territorio di appartenenza, non interrompendo la raccolta differenziata. A scopo cautelativo fazzoletti o rotoli di carta, mascherine e guanti eventualmente utilizzati, dovranno essere smaltiti nei rifiuti indifferenziati.

11.3 Raccomandazioni per gli operatori del settore di raccolta e smaltimento rifiuti

Per gli operatori del settore della Raccolta e Smaltimento Rifiuti, che dovranno essere adeguatamente formati, si raccomanda l'adozione di DPI, come da gestione ordinaria, in particolare di mascherine (filtranti facciali FFP2 o FFP3), compatibilmente con la valutazione del rischio in essere in azienda. Alla luce delle conoscenze scientifiche attualmente disponibili, le mascherine chirurgiche opportunamente certificate e preferibilmente del tipo IIR o equivalente, in grado di proteggere l'operatore che le indossa da schizzi e spruzzi, rappresentano una protezione sufficiente nella maggior parte dei casi.³²

Esclusivamente nel caso di raccolta presso utenze di soggetti positivi a COVID-19 o in quarantena obbligatoria, si raccomanda l'utilizzo di guanti monouso al di sotto dei normali guanti da lavoro non monouso al fine di prevenire il contatto della pelle con gli indumenti da lavoro e le mascherine; si consiglia, inoltre, agli operatori di procedere alla svestizione a fine turno come di seguito descritto:

- rimuovere la tuta monouso nell'apposito locale e inserirla nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire fornito dalla Azienda e presente nello spogliatoio;
- rimuovere i guanti da lavoro non monouso riponendoli, se sanificabili, in apposito sacco di plastica predisposto, dove verrà eventualmente inserita anche la divisa da lavoro. Nel caso non siano sanificabili, o

³² Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2).

- siano stati manipolati sacchi danneggiati e/o con visibile contaminazione esterna, devono essere conferiti nel contenitore degli indumenti da smaltire;
- rimuovere i copriscarpe monouso e gettarli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
 - procedere alla sanificazione dei guanti monouso ancora indossati, simulando le operazioni di lavaggio delle mani, anche mediante l'apposito disinfettante a base alcolica (75% v/v);
 - rimuovere le calzature antinfortunistiche avendo cura di non farle entrare in contatto con gli altri indumenti ancora indossati;
 - rimuovere la divisa da lavoro senza scuotere gli abiti, avendo cura di non farla entrare in contatto con l'arredo del locale e, secondo le regole aziendali, riporla nell'apposito sacco degli indumenti da inviare a sanificazione;
 - rimuovere i guanti monouso rovesciandoli e inserirli nell'apposito contenitore per gli indumenti da smaltire;
 - dopo aver applicato le consuete obbligatorie norme igieniche alle mani (acqua e sapone e/o gel idroalcolico), procedere alla rimozione dei DPI a protezione delle vie respiratorie avendo cura di non toccare le parti esterne e gettarli nel contenitore per i dispositivi da smaltire.

11.4 Raccomandazioni per i volontari

Poiché esistono sul territorio iniziative di volontariato atte a sostenere le esigenze di persone anziane, sole, o affette da patologie, si raccomanda quanto segue:

- i volontari non possono prelevare rifiuti presso abitazioni in cui siano presenti soggetti positivi al tampone, in isolamento o in quarantena obbligatoria
- nelle abitazioni nelle quali siano presenti soggetti NON positivi al tampone, e non in isolamento o in quarantena obbligatoria, i volontari possono prelevare i rifiuti sulla base delle seguenti precauzioni e osservando norme comportamentali di seguito elencate:
 - utilizzare guanti monouso, che successivamente all'uso dovranno essere smaltiti come rifiuti indifferenziati;
 - non prelevare sacchetti aperti o danneggiati;
 - gettare il sacchetto come da procedure già in vigore (es. apposito cassonetto dell'indifferenziato o contenitore condominiale).

11.5 Raccomandazioni per gli operatori addestrati che svolgono assistenza domiciliare

Agli operatori addestrati (es. Protezione Civile, Esercito, Croce Rossa, ecc.) che svolgono assistenza domiciliare ai soggetti positivi al tampone o in quarantena obbligatoria si raccomanda quanto segue:

- qualora non già fornito dal Gestore della Raccolta Rifiuti, consegnare il materiale necessario al confezionamento del rifiuto quale sacchi, nastro adesivo o lacci per il successivo ritiro del rifiuto indifferenziato;
- ritirare i rifiuti se confezionati come previsto nel presente documento;
- verificare che i sacchi non siano danneggiati e non presentino contaminazioni esterne;
- conferire in cassonetto condominiale o stradale di indifferenziata con frequenza di almeno due volte a settimana (compatibilmente con i giorni di ritiro previsti sul territorio).

11.6 Gestione rifiuti indifferenziati

I rifiuti indifferenziati dovranno essere gestiti come da procedure vigenti sul territorio e, ove siano presenti impianti di termodistruzione, deve essere privilegiato l'incenerimento, al fine di minimizzare ogni manipolazione del rifiuto stesso.

12. INDICAZIONI PER ATTIVITÀ FUNEBRE ³³

In tutti i casi di morte di pazienti positivi COVID-19 e in tutti i casi di morte nei quali non si possa escludere con certezza che la persona fosse affetta da COVID-19, per il principio di precauzione, si applicano le cautele specifiche per defunti già adottate in presenza di sospetta o accertata patologia da microrganismi di gruppo 3 o prioni.

12.1 Precauzioni per tutti i defunti per i quali non si possa escludere la contrazione in vita di Covid-19

Premesso che con il decesso cessano le funzioni vitali e si riduce nettamente il pericolo di contagio (la trasmissione di SARS-CoV-2 è via droplets e per contatto) non essendo, il paziente deceduto, fonte di dispersione del virus nell'ambiente, è tuttavia utile osservare le seguenti precauzioni:

- la manipolazione del defunto antecedente la chiusura nel feretro deve avvenire adottando tutte le misure di sicurezza atte ad evitare il contagio tramite droplets, aerosol o contatto con superfici nonché fluidi e materiali biologici infetti;
- il personale adibito alla manipolazione del cadavere deve adottare DPI appropriati, secondo le indicazioni dei competenti servizi di sicurezza e protezione dei lavoratori, nonché dal medico competente, tenendo conto delle indicazioni fornite per gli operatori sanitari - per procedure con analogo livello di rischio - con circolari del Ministero della Salute;
- garantire un'adeguata aerazione dei locali, al termine delle attività, e un'accurata pulizia con disinfezione delle superfici e degli ambienti adibiti alle attività;
- prima dell'arrivo del personale incaricato del trasporto funebre, il personale sanitario deve provvedere all'isolamento del defunto all'interno di un sacco impermeabile sigillato e disinfettato esternamente per ridurre il rischio di contagio durante le operazioni di incassamento. In caso di decesso al di fuori delle strutture sanitarie, il personale incaricato del trasporto funebre, laddove il defunto non sia già isolato all'interno di sacco impermeabile sigillato, disinfettato, provvede all'incassamento riducendo al minimo le occasioni di contatto, avvolgendo il defunto in un lenzuolo imbevuto di disinfettante;
- sono vietati la vestizione del defunto, la sua tanatocosmesi, come qualsiasi trattamento di imbalsamazione o conservativo, o altri quali lavaggio, taglio di unghie, capelli, barba e di tamponamento;
- dopo l'incassamento il feretro, confezionato diversamente in funzione della destinazione, è chiuso e sottoposto a disinfezione esterna sia superiormente, sia lateralmente che inferiormente
- il feretro e il suo confezionamento dovranno avere le caratteristiche stabilite dall'Allegato 1 della Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020;
- le cerimonie funebri sono consentite purché svolte nei termini previsti dalla normativa vigente.

12.2 Esami autoptici e riscontri diagnostici

1. L'esecuzione di autopsie o riscontri diagnostici nei casi conclamati di COVID-19, sia se deceduti in corso di ricovero presso un reparto ospedaliero sia se deceduti presso il proprio domicilio è svolta, anche in questa terza fase emergenziale, con l'applicazione rigorosa dei protocolli di sicurezza.
2. In caso di esecuzione di esame autoptico o riscontro diagnostico, oltre ad una attenta valutazione preventiva dei rischi e dei vantaggi connessi a tale procedura, devono essere adottate tutte le precauzioni seguite durante l'assistenza del malato. Le autopsie e i riscontri possono essere effettuate solo in quelle sale settorie che garantiscano condizioni di massima sicurezza e protezione infettivologica per operatori ed ambienti di lavoro.
3. Oltre agli indumenti protettivi, l'anatomo patologo e tutto il personale presente in sala autoptica indosseranno un doppio paio di guanti in lattice, con interposto un paio di guanti antitaglio. È obbligatorio l'impiego di dispositivi di protezione delle vie respiratorie (FFP2 o superiori) associati a dispositivi di protezione di occhi e mucose (visiera o schermo facciale).
4. Evitare procedure e strumentario che possono determinare la formazione di aerosol.

³³ Circolare Ministeriale prot. n. 15280 del 2.05.2020 e Circolare Ministeriale prot. n. 18457 del 28.05.2020.

5. Evitare l'irrigazione delle cavità corporee; il lavaggio di tessuti ed organi deve essere eseguito utilizzando acqua fredda a bassa pressione, fatta defluire a distanza ravvicinata in modo da evitare la formazione di aerosol; i fluidi corporei devono essere raccolti per mezzo di materiale assorbente, immesso nelle cavità corporee.
6. Campioni di tessuti ed organi, prelevati per esami istologici, devono essere immediatamente fissati con soluzione di Zenker, formalina al 10% o glutaraldeide per la microscopia elettronica.
7. Al termine dell'autopsia o del riscontro diagnostico, la sala settoria deve essere accuratamente lavata con soluzione di ipoclorito di sodio o di fenolo.
8. Evitare le manipolazioni non necessarie, così come qualsiasi contatto con la salma da parte di parenti, conviventi o altre persone diverse da quelle incaricate delle operazioni necessarie.

12.3 Riduzione dei tempi di osservazione e per eseguire il trasporto funebre in cimitero o crematorio

1. Il primo medico intervenuto, se il decesso avviene all'esterno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, per il principio di precauzione, sospende ogni intervento sul defunto, allontana i presenti e allerta tempestivamente la struttura territoriale competente per l'intervento del medico necroscopo;
2. in caso di decesso sulla pubblica via, in luogo pubblico, o comunque in luoghi diversi da abitazione, strutture di ricovero e cura, RSA e similari, gli operatori intervenuti osservano le precauzioni di massima cautela, comportandosi come se la persona defunta possa essere portatore asintomatico di COVID-19;
3. se il decesso avviene all'interno di strutture sanitarie accreditate o di ricovero e cura, il personale sanitario, attenendosi alle istruzioni puntuali della Direzione sanitaria, allontana i presenti;
4. in caso di decesso presso struttura sanitaria le direzioni di presidio riducono il periodo di osservazione della salma ricorrendo all'accertamento strumentale della morte, ai sensi del D.M. Salute 11 aprile 2008;
5. in caso di decesso al di fuori di strutture sanitarie, i medici necroscopi, constatata la morte mediante visita necroscopica, riducono il periodo di osservazione al tempo dell'esecuzione della loro visita e consentono il più rapido incassamento del cadavere e il successivo trasporto funebre;
6. in assenza di volere degli aventi titolo per il trasporto funebre e la successiva sepoltura o cremazione, decorse al massimo 48 ore dal decesso, la Prefettura può disporre d'ufficio il trasporto funebre, fatta salva una tempistica inferiore disposta dal sindaco (v. OCDPC n.655 del 25 marzo 2020);
7. tutti i defunti di cui al precedente punto 2) sono obbligatoriamente trasportati al Servizio mortuario della struttura sanitaria territoriale di riferimento o all'obitorio, secondo le indicazioni ricevute dall'Autorità intervenuta, sia essa giudiziaria, di polizia giudiziaria, o sanitaria.

I rifiuti sono trattati nel rispetto delle norme applicabili in base alla natura e, laddove se ne ravvisi la necessità, secondo quanto previsto dalla normativa sui rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo di cui al D.P.R. 15 luglio 2003, n. 254.

Allegato 1. Procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI

Negli ambienti ospedalieri, la vestizione e la svestizione devono essere eseguite nell'anti-stanza/zona filtro, prima di entrare nella stanza di degenza del paziente.

Si raccomanda di eseguire le operazioni rispettando scrupolosamente l'ordine sotto indicato.

Procedura di vestizione:

- togliere ogni monile e oggetto personale;
- praticare l'igiene delle mani con acqua e sapone o soluzione alcolica;
- controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
- indossare un primo paio di guanti;
- indossare sopra la divisa il camice monouso, ove indicato;
- indossare mascherina chirurgica o idoneo filtrante facciale, ove indicato;
- indossare gli occhiali di protezione, ove indicato;
- indossare un secondo paio di guanti, ove indicato, avendo cura di coprire il polsino del camice con il secondo paio di guanti.

Procedura di svestizione:

- evitare ogni contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
- i DPI monouso vanno smaltiti in apposito contenitore impermeabile;
- decontaminare i DPI riutilizzabili;
- rispettare la sequenza indicata, cercando di partire dal DPI più contaminato, ossia sovrascarpe se presente e paio di guanti esterno, a seguire camice, ecc.:

1. rimuovere il sovrascarpe se presente,
2. rimuovere i guanti esterni e smaltirli nel contenitore,
3. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
4. rimuovere il camice monouso, arrotolandolo dalla parte interna e smaltirlo nel contenitore,
5. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
6. rimuovere gli occhiali (prendendoli dal laccio posteriore e non dal davanti) e sanificarli (o riporli nell'apposito contenitore per successiva sanificazione),
7. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone,
8. rimuovere la maschera o filtrante facciale maneggiando dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore,
9. rimuovere ultimo paio di guanti,
10. praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

Azienda Zero mette a disposizione dei video tutorial dimostrativi su alcune procedure assistenziali di base utili per la gestione di persone assistite affette da COVID-19, tra le quali le procedure di vestizione e svestizione per il corretto utilizzo dei DPI, al seguente link <https://www.azero.veneto.it/-/emergenza-coronavirus>.

Allegato 2. Protezione degli operatori dei servizi sanitari - FASE 3

È documentato che i soggetti maggiormente a rischio d'infezione da SARS-CoV-2 sono coloro che sono a contatto stretto con un paziente affetto da COVID-19, in primis gli operatori sanitari impegnati in assistenza diretta ai casi, e il personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni biologici di un caso di COVID-19, senza l'impiego e il corretto utilizzo dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei. **Risulta, pertanto, di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito alle modalità e ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.**

Si riporta di seguito la Tabella 1. tratta e adattata dal *Rapporto ISS COVID-19, n. 2/ 2020 Rev. 2, a cura del Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da covid19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2. Versione del 10 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020.*

Si segnala che in caso di utilizzo di dispositivi FFP2 e FFP3 con valvola, è necessario indossare sopra agli stessi anche la mascherina chirurgica.

Tabella 1. DPI e dispositivi medici indicati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2 per contesto lavorativo e destinatari dell'indicazione.

Contesto di lavoro	Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti)	Attività	Tipologia di DPI o misure di protezione
Aree di degenza			
Stanza di pazienti COVID-19³⁴	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Assistenza diretta a pazienti COVID-19	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Procedure o setting a rischio di generazione di aerosol ³⁵	FFP3 o FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esecuzione tampone oro e rinofaringeo (stessi DPI anche per tamponi effettuati in comunità)	FFP2 Camice/grembiule monouso Occhiali di protezione (occhiale a mascherina/visiera)

³⁴ In UTI l'operatore che passa da un paziente ad un altro effettuando procedure differenziate dovrebbe indossare sempre FFP2/FFP3, per un minor consumo di dispositivi o FFP3 o Powered Air Purifying Respirator (PAPR) o sistemi equivalenti.

³⁵ Ad esempio rianimazione cardiopolmonare, intubazione ed estubazione con le relative procedure come ventilazione manuale e aspirazione aperta del tratto respiratorio, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione*, NIV, BiPAP, CPAP, ventilazione ad alta frequenza oscillatoria, ossigenazione nasale ad alto flusso*, tampone nasofaringeo (anche effettuato in comunità), procedure correlate alla tracheotomia/tracheostomia, broncoscopia, chirurgia e procedure autoptiche che includono apparecchiature ad alta velocità*, alcune procedure dentistiche (es. trapanazione ad alta velocità)*, procedure endoscopiche (es. gastrointestinale dove è presente aspirazione aperta del tratto respiratorio superiore)* Le procedure con (*) non sono incluse nella lista di procedure che generano aerosol indicata dall'OMS (vedi "Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (COVID-19) and considerations during severe shortages").

			Guanti
	Addetti alle pulizie (si raccomanda riduzione al minimo del numero di addetti esposti; formazione e addestramento specifici)	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse
	Visitatori (necessario limitare l'accesso) ³⁶	Accesso in stanze dei pazienti COVID-19, qualora eccezionalmente permesso	Mascherina chirurgica Camice monouso Guanti
Altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (es. reparti, corridoi)	Tutti gli operatori inclusi gli operatori sanitari	Nessuna attività che comporti contatto con pazienti COVID-19	Mascherina chirurgica
Aree di degenza senza pazienti COVID accertati o sospetti, incluse unità di lungodegenza, Day Hospital, Day Services	Operatori sanitari	Contatto diretto con pazienti non sospetti COVID-19	DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria attività
Triage (in ambito ospedaliero per accettazione utenti)	Operatori sanitari (si raccomanda riduzione al minimo del numero di esposti; formazione e addestramento specifici)	Screening preliminare che non comporta contatto diretto	Mascherina chirurgica Vetrata, interfono/citofono. In alternativa mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro se possibile
		Screening con contatto diretto paziente COVID 19 positivo o sospetto	FFP2 Camice monouso/grembiule monouso Guanti monouso Occhiali/visiera protettivi
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere una distanza dall'operatore di almeno 1 mt (in assenza di vetrata e interfono) Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente (<i>per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni</i>) Isolamento in stanza singola con porta chiusa e adeguata ventilazione se possibile;

³⁶ I visitatori al momento della redazione di questo documento non sono consentiti in base alla circolare del Ministero della Salute del 24/2/2020. Se i visitatori devono entrare nella stanza di un paziente con COVID-19, devono ricevere istruzioni chiare su come indossare e rimuovere i DPI e sull'igiene delle mani da effettuare prima di indossare e dopo aver rimosso i DPI; questo dovrebbe essere supervisionato da un operatore sanitario.

			alternativamente, collocazione in area separata sempre a distanza di almeno 1 mt
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica (<i>per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni</i>) Mantenere una distanza dagli altri pazienti di almeno 1 metro
Laboratorio locale o di riferimento regionale e nazionale ISS	Tecnici di laboratorio (si raccomanda riduzione al minimo del numero di operatori esposti; formazione e addestramento specifici)	Manipolazione di campioni respiratori	Laboratorio BSL di classe 3 (coltura per isolamento del virus) con procedure e DPI conseguenti Laboratorio BSL di classe 2 (diagnostica con tecniche di biologia molecolare) con procedure e DPI conseguenti
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative che non comportano contatto con pazienti COVID-19	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interpers. di almeno 1 metro

Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19			
Ambulatori	Operatori sanitari	Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori	Mascherina chirurgica
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Addetti alle pulizie	Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso	Mascherina chirurgica Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Sale d'attesa	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica se tollerata (<i>per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni</i>) Isolare immediatamente il paziente in area dedicata o comunque separata dagli altri; se tale soluzione non è adattabile assicurare la distanza di almeno 1 metro dagli altri pazienti
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica Distanza di almeno 1 mt
Aree amministrative	Tutti gli operatori	Attività amministrative	Non sono necessari DPI Mantenere una distanza interspers. di almeno 1 metro
Triage (accettazione utenti)	Operatori sanitari	Screening preliminare che non comporta contatto diretto ³⁷	Mascherina chirurgica e, se possibile, mantenere una distanza dal paziente di almeno 1 metro
	Pazienti con sintomi respiratori	Qualsiasi	Mantenere la distanza dal paziente di almeno 1 metro Mascherina chirurgica se tollerata (<i>per i bambini mascherina chirurgica a partire da 3 anni</i>)
	Pazienti senza sintomi respiratori	Qualsiasi	Mascherina chirurgica
	Accompagnatori	Accesso in stanza del paziente senza prestare cure o assistenza diretta	Mascherina chirurgica
Assistenza al domicilio	Paziente sospetto con sintomi respiratori – paziente COVID-19	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	Mascherina chirurgica se tollerata dal paziente
	Operatori sanitari	Assistenza diretta al domicilio di paziente COVID-19 o di pazienti con sintomi respiratori	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera

Ambulanza o mezzi di trasporto			
Ambulanza o mezzi di trasporto	Operatori sanitari	Trasporto con permanenza con il sospetto caso	FFP2 Camice/grembiule

³⁷ Questa categoria include l'utilizzo di termometri senza contatto, termocamere e la limitazione del tempo di osservazione e di domande, il tutto mantenendo una distanza spaziale di almeno 1 metro.

		COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento	monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
	Addetti alla guida	Solo guida del mezzo con sospetto o confermato caso di COVID-19 a bordo e separazione del posto di guida da quello del paziente senza circuiti di ricircolo dell'aria tra i due compartimenti del mezzo	Mantenere la distanza di almeno 1 metro Non sono necessari DPI
		Assistenza nelle fasi di carico e scarico del paziente sospetto per COVID-19	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera
		Nessun contatto diretto con paziente sospetto COVID-19 ma senza separazione del posto di guida da quello del paziente	Mascherina chirurgica
	Paziente con sospetta infezione da COVID-19	Trasporto alla struttura sanitaria di riferimento	Mascherina chirurgica se tollerata
	Addetti alle pulizie delle autoambulanze	Pulizie dopo e durante il trasporto dei pazienti con sospetta infezione da COVID-19 alla struttura sanitaria di riferimento (alla fine del trasporto del paziente, nel caso in cui sia possibile areare il mezzo, mascherina chirurgica)	FFP2 Camice/grembiule monouso Guanti spessi Occhiali di protezione (se presente rischio di schizzi di materiale organico o sostanze chimiche) Stivali o scarpe da lavoro chiuse

Malattie respiratorie Si|_| No|_| Non noto|_|
 Malattie renali Si|_| No|_| Non noto|_|
 Malattie metaboliche Si|_| No|_| Non noto|_|
 Obesità BMI tra 30 e 40 Si|_| No|_| Non noto|_|
 Obesità BMI>40 Si|_| No|_| Non noto|_|
 Altro, specificare: _____

Dati di Laboratorio

Data prelievo del campione: |_____| Diagnosi per:|_| A(H1N1)pdm09
 |_| A(H3N2)
 |_| A/non sotto-tipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2)
 |_| A/Altro sottotipo |_____|
 |_| B
 |_| nuovo coronavirus (2019 – nCoV)

Data diagnosi del laboratorio: |_____|

Invio del campione al Laboratorio NIC presso ISS: Si|_| No|_| se sì, Data di invio: |_____|

Se presenza complicanze, specificare: |_____|

Data complicanza: |_____| Eseguita radiografia: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite influenzale primaria: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite batterica secondaria: Si|_| No|_| Non noto|_|

Polmonite mista: Si|_| No|_| Non noto|_|

Grave insufficienza respiratoria acuta (SARI)⁴: Si|_| No|_| Non noto|_|

Acute Respiratory Distress Syndrome (ARDS)⁵: Si|_| No|_| Non noto|_|

Altro, specificare: Si|_| No|_| Non noto|_| _____

Link epidemiologico

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso si è recato in un Paese dove siano stati confermati casi di polmonite da nuovo coronavirus? Si|_| No|_| Non noto|_| Se sì,

dove _____ data di arrivo: |_|/|_|/|_| data di partenza: |_|/|_|/|_|

dove _____ data di arrivo: |_|/|_|/|_| data di partenza: |_|/|_|/|_|

dove _____ data di arrivo: |_|/|_|/|_| data di partenza: |_|/|_|/|_|

data di arrivo in Italia: |_|/|_|/|_|

Negli ultimi 15 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi, il caso è stato a contatto con una persona affetta da polmonite da nuovo coronavirus? Si|_| No|_| Non noto|_|

⁴ **Definizione di caso di SARI:** un paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

- almeno un segno o sintomo respiratorio (tosse, mal di gola, difficoltà respiratorie) presenti al momento del ricovero o nelle 48 ore successive all'ammissione in ospedale e
- almeno un segno o sintomo sistemico (febbre o febbre, cefalea, mialgia, malessere generalizzato) o deterioramento delle condizioni generali (astenia, perdita di peso, anoressia o confusione e vertigini).

La data di inizio sintomi (o l'aggravamento delle condizioni di base, se croniche) non deve superare i 7 giorni precedenti l'ammissione in ospedale.

⁵ **Definizione di ARDS:** paziente ospedalizzato di qualsiasi età anni con:

sindrome infiammatoria polmonare, caratterizzata da lesioni alveolari diffuse ed aumento della permeabilità dei capillari polmonari, con incremento

Se sì, specificare dove: _____

data esposizione: |_|/|_|/|_|

Esito e Follow-up

Esito: Guarigione |_| **Data:** |_____|

Decesso |_| **Data:** |_____|

Presenza esiti |_| Specificare _____

Si sottolinea l'importanza di effettuare, al momento del ricovero, i test di laboratorio per l'identificazione dei virus influenzali, inclusa la sottotipizzazione per A(H1N1)pdm09 e A(H3N2), per tutti i pazienti con SARI e con ARDS (secondo le definizioni sopra riportate).

Per i casi con conferma di laboratorio per influenza si raccomanda di far pervenire il campione biologico al Centro Nazionale Influenza (NIC) presso L'ISS, previa comunicazione tramite flulab@iss.it, se da soggetti con età <65 anni e non aventi patologie croniche favorevoli le complicanze. In caso di virus di tipo A non sottotipizzabile come A(H1N1)pdm09 o A(H3N2) e appartenente ad altro sottotipo (es. H5, H7, H9, H1N1v, H3N2v) e in caso di 2019-nCoV, si raccomanda di contattare tempestivamente e far pervenire al NIC il campione biologico.

Allegato 4. Scheda riassuntiva isolamento domiciliare fiduciario e quarantena

CASO CONFERMATO O SOSPETTO

CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data di prelievo del tampone positivo.
	DURATA	14 giorni
	TERMINE	I due tamponi di negativizzazione a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro vengono eseguiti a partire dal 15° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore. L'isolamento termina appena disponibile il referto negativo del secondo tampone.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o altra sintomatologia importante nelle ultime 72 ore del periodo.

CASO SOSPETTO*	INIZIO	Corrisponde inizialmente alla data di inizio sintomi.
	DURATA	fino a esito tampone
	TERMINE	fino a esito tampone
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il caso diventa confermato si seguono le indicazioni per il caso confermato.

* Il caso sospetto, come da indicazioni nazionali e regionali, deve essere sottoposto a test diagnostico.

CASO CONFERMATO DIMESSO SENZA NEGATIVIZZAZIO NE	INIZIO	Corrisponde al giorno della dimissione.
	DURATA	7 giorni dalla data di dimissione e comunque non meno di 14 giorni dalla data di esecuzione del primo tampone positivo.
	TERMINE	All'8° giorno, se il soggetto non accusa febbre e ha un miglioramento degli altri sintomi da almeno 72 ore e abbia eseguito due tamponi risultati negativi effettuati a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Il termine previsto verrà differito di sette giorni in sette giorni, qualora uno dei due tamponi di negativizzazione risulti ancora positivo o qualora il soggetto presenti febbre o non siano migliorati i restanti sintomi da almeno 72 ore dal termine previsto.

CONTATTI DI CASO

Si ricordano le indicazioni all'effettuazione del test diagnostico per SARS-CoV-2 su tampone nasofaringeo per i contatti di caso confermato di COVID-19, di cui al capitolo 2.1.

CONTATTO DI CASO CONFERMATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto con il caso. Se convivente, corrisponde alla data dell'isolamento funzionale a domicilio del caso.
	DURATA	14 giorni <i>N.B. Si ricorda che per il caso confermato non è raccomandato effettuare ulteriori test se non per la negativizzazione o in caso di ricomparsa di quadro clinico sospetto. La durata dell'isolamento del contatto non è comunque influenzata dall'eventuale ripetuta positività al tampone del caso confermato.</i>
	TERMINE	Al 15° giorno se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i contatti stretti, e comunque a tutti i contatti considerati a rischio in base alla valutazione del SISP, anche se asintomatici.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. <i>N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.</i>

* In presenza di contatto di caso sospetto si seguono le indicazioni di isolamento per i contatti in attesa della conferma.

CONVIVENTE DI CASO CONFERMATO AL MOMENTO RICOVERATO	INIZIO	Corrisponde alla data dell'ultimo contatto a rischio con il caso convivente, prima del ricovero di quest'ultimo.
	DURATA	14 giorni <i>N.B. Qualora il caso confermato venisse dimesso con tampone positivo, il periodo di quarantena dei conviventi rimasti asintomatici non verrà prolungato.</i>
	TERMINE	Al 15° giorno, se il soggetto è rimasto asintomatico per tutto il periodo di quarantena. Deve essere eseguito un tampone al termine della quarantena a tutti i conviventi, anche se asintomatici, e deve essere risultato negativo prima del termine dell'isolamento.
	DISPOSIZIONI PER IL PROLUNGAMENTO	Se il soggetto presenta sintomatologia sospetta per COVID-19 durante il periodo di quarantena devono essere osservate le disposizioni per caso sospetto. In caso di tampone positivo eseguito per sintomi comparsi o per controllo al termine della quarantena, si seguono le indicazioni per il caso confermato. <i>N.B. Se durante il periodo di sorveglianza attiva, l'operatore di sanità pubblica rilevasse che l'isolamento non fosse stato condotto correttamente o comunque fossero ipotizzabili dei contatti definiti a rischio, valuta di prolungare l'isolamento.</i>

Allegato 5. Indicazioni per la gestione dei soggetti in isolamento domiciliare e/o quarantena

1. Il soggetto deve rimanere in una **stanza dedicata** e dotata di **buona ventilazione**, possibilmente con **bagno dedicato**, dormire da solo/a. Se disponibile un solo bagno, dopo l'uso pulire con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcool 70%.
2. **Escludere eventuale impianto di ricircolo aria.**
3. **Limitare al massimo i movimenti del soggetto negli spazi comuni della casa.** Assicurarsi che gli **spazi condivisi** (ad es. cucina, bagno) siano **ben ventilati** (es. tenere le finestre aperte). **In presenza di altre persone**, mantenere una distanza di almeno un metro e assolutamente **evitare ogni contatto diretto.**
4. **Evitare ogni possibile condivisione di oggetti.** Il soggetto deve utilizzare **lenzuola, asciugamani, salviette e stoviglie dedicati.** Lavarli con cura con normale detergente prima di permettere il riutilizzo da parte di altre persone.
5. Vi è il **divieto di spostamenti** o viaggio e l'**obbligo** di rimanere **raggiungibile per le attività di sorveglianza.**
6. Vi è il **divieto di ricevere visite** fino al termine del periodo di isolamento e/o quarantena se il soggetto è asintomatico, e comunque fino a guarigione clinica se sintomatico.
7. Il soggetto deve indossare il più possibile una **mascherina chirurgica** per contenere le secrezioni respiratorie. Se questa non dovesse essere tollerata, osservare le norme di **igiene respiratoria** (coprire naso e bocca usando fazzoletti quando starnutisce o tossisce, tossire nel gomito; eliminare i fazzoletti monouso in un doppio sacco impermeabile in una pattumiera chiusa con apertura a pedale; lavarsi immediatamente le mani).
8. Le **persone incaricate di assistere il soggetto dovrebbero essere in buona salute**, non affette da patologie croniche o che compromettono il sistema immunitario.
9. Le **persone che assistono il soggetto devono indossare mascherina chirurgica** monouso (che non deve essere toccata durante l'uso e deve essere cambiata se umida o danneggiata), da eliminare in un doppio sacco impermeabile posto in pattumiera chiusa con apertura a pedale, procedendo successivamente a lavaggio delle mani. Se possibile, mantenere una distanza di almeno 1 metro dal soggetto.
10. I conviventi e le **persone che forniscono assistenza devono evitare ogni contatto diretto con il soggetto.** Se l'assistenza prevede contatto con secrezioni respiratorie, feci o urine è necessario l'utilizzo dei guanti monouso che devono essere poi eliminati con cura in un doppio sacco impermeabile in pattumiera chiusa con apertura a pedale, seguito dal lavaggio delle mani.
11. **Pulire e disinfettare almeno una volta al giorno le superfici** dei locali utilizzati dal soggetto con detergenti e successivamente con prodotti a base di cloro attivo 0.5% oppure con alcool 70%, con particolare attenzione alle superfici toccate di frequente. Indossare un camice monouso (o un grembiule dedicato) e guanti monouso; in caso di guanti domestici in gomma spessa riutilizzabili, questi devono essere puliti e disinfettati dopo l'uso.
12. **Non scuotere la biancheria** del soggetto, deporla in un sacco dedicato, separatamente da quella del resto della famiglia e lavarla in **lavatrice ad almeno 60°** per trenta minuti, usando comune detersivo. Utilizzare mascherina chirurgica e guanti durante queste procedure.
13. I **rifiuti** (guanti, mascherine, fazzoletti, ecc.) prodotti dal soggetto in isolamento o nell'attività di assistenza, devono essere **smaltiti in un doppio sacchetto di plastica chiuso e disposto in pattumiera chiusa.**
14. Sebbene al momento non esistano prove che dimostrino che animali come cani o gatti possano essere una fonte di infezione per l'uomo, a scopo puramente precauzionale, si suggerisce di limitare il contatto con gli animali.
15. **Lavarsi le mani** (con sapone e acqua, per almeno 40 secondi, o con soluzione idroalcolica):
 - dopo contatto col soggetto o il suo ambiente;
 - prima e dopo aver preparato il pasto, usato il bagno, soffiato il naso e comunque in relazione a contatti potenzialmente a rischio;
 - prima e dopo la vestizione/svestizione dei DPI (mascherina, guanti, ecc.).

Il SISP (o in alternativa MMG/PLS secondo l'organizzazione e in funzione dell'evoluzione epidemiologica) provvede a contattare telefonicamente, una volta al giorno, il soggetto in isolamento, il quale è anche invitato a misurare ed annotare la temperatura corporea due volte al giorno e a **contattare solo telefonicamente SISP/118 nel caso di comparsa o peggioramento di febbre o altri sintomi.**

Allegato 6. Misure generali di igiene per la riduzione del rischio di contagio da SARS-CoV-2

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio di infezione da SARS-CoV-2 sia nei contesti sanitari sia di comunità, includono le seguenti azioni:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani con acqua e sapone per almeno 40-60 secondi o con soluzioni/gel a base alcolica e in tutti i momenti raccomandati (prima e dopo il contatto interpersonale, dopo il contatto con liquidi biologici, dopo essersi soffiati il naso o aver tossito o starnutito, dopo l'uso del bagno, dopo il contatto con superfici o oggetti che vengono toccati da molte persone come maniglie, rubinetti, interruttori, banconi, denaro);
- indossare la mascherina o altra idonea protezione delle vie respiratorie ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa ed eliminata;
- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani, senza prima essersele lavate o deterse accuratamente;
- tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o di un fazzoletto, preferibilmente monouso, che poi deve essere immediatamente eliminato;
- evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone, in particolare con quelle con sintomi respiratori;
- in caso di febbre e/o sintomi respiratori (e/o gastrointestinali in particolare nei bambini) non uscire di casa e contattare il proprio medico curante;
- praticare un'accurata igiene degli ambienti e delle superfici con particolare attenzione a quelle che più frequentemente vengono toccate o manipolate o sulle quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- aerare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Tali principi per prevenire la trasmissione e contenere la diffusione di SARS-CoV-2 devono essere divulgati tramite appositi materiali informativi. Inoltre, le attività e gli ambienti in tutte le strutture sanitarie e nei luoghi affollati (ad esempio aeroporti, stazioni ferroviarie, porti, metropolitane, scuole, centri commerciali, mercati, centri congressuali) devono essere riorganizzate nel rispetto delle indicazioni sopra riportate.

Uso della mascherina a protezione delle vie aeree

La mascherina riduce la trasmissione dei patogeni che vengono trasportati dalle goccioline emesse quando si tossisce, si starnutisce o ci si soffia il naso, svolgendo una funzione di barriera meccanica. La mascherina è efficace solo se usata in modo appropriato, altrimenti rischia di essere controproducente diventando un ricettacolo di patogeni e favorendone la trasmissione. Le regole per il corretto uso della mascherina sono:

- prima di indossarla, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica;
- far aderire bene la mascherina al volto in modo che non ci sia spazio libero tra il bordo della mascherina e la pelle;
- mentre si indossa la mascherina, evitare di toccarla con le mani per non rischiare di contaminarla oppure di contaminarsi le mani;
- se la mascherina si inumidisce o danneggia, è necessario cambiarla perché il tessuto di cui è fatta svolge un'efficace funzione di barriera solo quando è asciutto ed integro;
- per togliersi la mascherina, afferrarla per le stringhe o gli elastici evitando di toccare la parte a contatto con il viso, per evitare di contaminarsi le mani con eventuali goccioline depositatesi sulla mascherina;
- dopo essersi tolti la mascherina, gettarla immediatamente in un sacchetto impermeabile ed evitare di lasciarla in giro o di porla a contatto con oggetti e superfici per non contaminare l'ambiente;
- dopo aver gettato la mascherina, lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone oppure con soluzione idroalcolica e non toccare il proprio corpo, gli oggetti o le superfici circostanti finché non ci si è lavati le mani.

Per richieste di informazioni sono disponibili i seguenti numeri:

- numero verde Regione Veneto: 800.462.340
- numero verde Azienda ULSS: _____
- numero di pubblica utilità: 1500

Allegato 7. Disposizioni operative per il Distretto e i MMG/PLS/MCA

Le procedure di gestione dei pazienti in relazione alla epidemia COVID-19, che coinvolgono principalmente i Distretti e i MMG/PLS/MCA, si articolano in percorsi operativi atti a facilitare l'individuazione, attraverso criteri epidemiologici e clinici, dei casi e dei contatti e la relativa presa in carico, nonché le modalità organizzative a supporto.

Sulla base di quanto disposto dal Decreto Legge n.23 dell'8 aprile 2020 – art 38, i MMG/PLS, per le necessità connesse al contenimento dell'emergenza pandemica da COVID-19, per tutta la durata dell'emergenza, devono garantire (comma 3) la reperibilità a distanza (telematica, SMS, Sistemi di messaggistica, sistemi di videocontatto e videoconsulto) per tutta la giornata. I medici si dotano, con oneri a proprio carico, di sistemi di piattaforme digitali che consentano il contatto ordinario e prevalente con i pazienti fragili e cronici gravi e collaborano a distanza nel caso non siano dotati di DPI idonei, per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali (comma 4).

Corretto utilizzo del numero verde della Regione del Veneto: 800462340

Il numero verde regionale è a disposizione dei cittadini per informazioni generali e risponde sulla base dello schema riportato nell'Allegato 9. Si precisa che è un **servizio esclusivamente informativo** e non può in alcun modo attivare l'esecuzione di tamponi a domicilio o altre prestazioni dirette sulla persona chiamante. Le singole Aziende ULSS possono attivare singoli numeri di carattere informativo o a supporto della gestione, la cui organizzazione sarà regolata dalle singole procedure aziendali.

La gestione dei singoli casi spetta al MMG/PLS/MCA. I MMG potranno avvalersi del supporto delle USCA per la gestione dei casi sintomatici segnalati dai SISP o che si rivolgono telefonicamente direttamente al Medico di riferimento. Le USCA garantiscono l'assistenza a domicilio dei pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, ivi compresa l'eventuale effettuazione del tampone, la somministrazione ed il monitoraggio delle terapie a domicilio. Le USCA forniscono supporto anche nella gestione dell'emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle RSA/Ospedali di Comunità, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio.

Per l'età pediatrica il PLS collabora con le U.O. di Pediatria alle quali, dopo preliminare accordo telefonico, potrà essere inviato il bambino COVID-19 positivo in caso di persistenza o aggravamento dei sintomi.

Richiesta da parte del MMG/PLS/MCA di effettuazione tamponi

Qualora, anche a seguito di triage telefonico, il MMG/PLS/MCA ritenga necessaria la raccolta di campione biologico a domicilio (tampone) per la diagnosi di COVID-19, si procederà come segue:

- il MMG/PLS/MCA comunica alla COT la necessità di eseguire la raccolta di un campione biologico fornendo i dati necessari, nel rispetto delle raccomandazioni;
- la COT attiva la Centrale ADI o le USCA per la raccolta del campione biologico a domicilio o in ambulatori dedicati, secondo l'organizzazione aziendale; alternativamente provvederà direttamente il MMG, se necessario supportato dal SISP; per l'età pediatrica la raccolta del campione può essere effettuata presso punti di prelievo distrettuali o aziendali o ospedalieri direttamente con impegnativa del PLS;
- l'operatore sanitario, adottando le precauzioni, i dispositivi di protezione individuale e dispositivi medici utili a minimizzare la possibilità di esposizione ad agenti patogeni, provvede alla raccolta del campione e lo consegna al Laboratorio individuato ai fini della diagnosi, secondo le procedure aziendali.

Comunicazione esiti del tampone effettuato

La UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero rende disponibile l'esito degli esami effettuati direttamente al MMG/PLS/COT.

Dispositivi di protezione individuale nell'ambito dell'Assistenza Primaria

Tutti gli operatori sanitari, compresi MMG/PLS/MCA, devono utilizzare i DPI e dispositivi medici previsti per le finalità di tutela della salute individuale e collettiva, in considerazione del ruolo da essi esercitato nell'ambito di servizi essenziali e visto l'elevato numero di possibili contatti con il virus nello svolgimento delle loro funzioni.

Le Aziende ULSS mettono a disposizione i DPI e dispositivi medici previsti da procedure aziendali o dalla normativa vigente specifici per i setting dell'Assistenza Primaria (Allegato 2) comunicando l'elenco delle sedi in cui è possibile ritirare il materiale nonché le annesse modalità (orari e quantità).

Centrale Operativa Territoriale

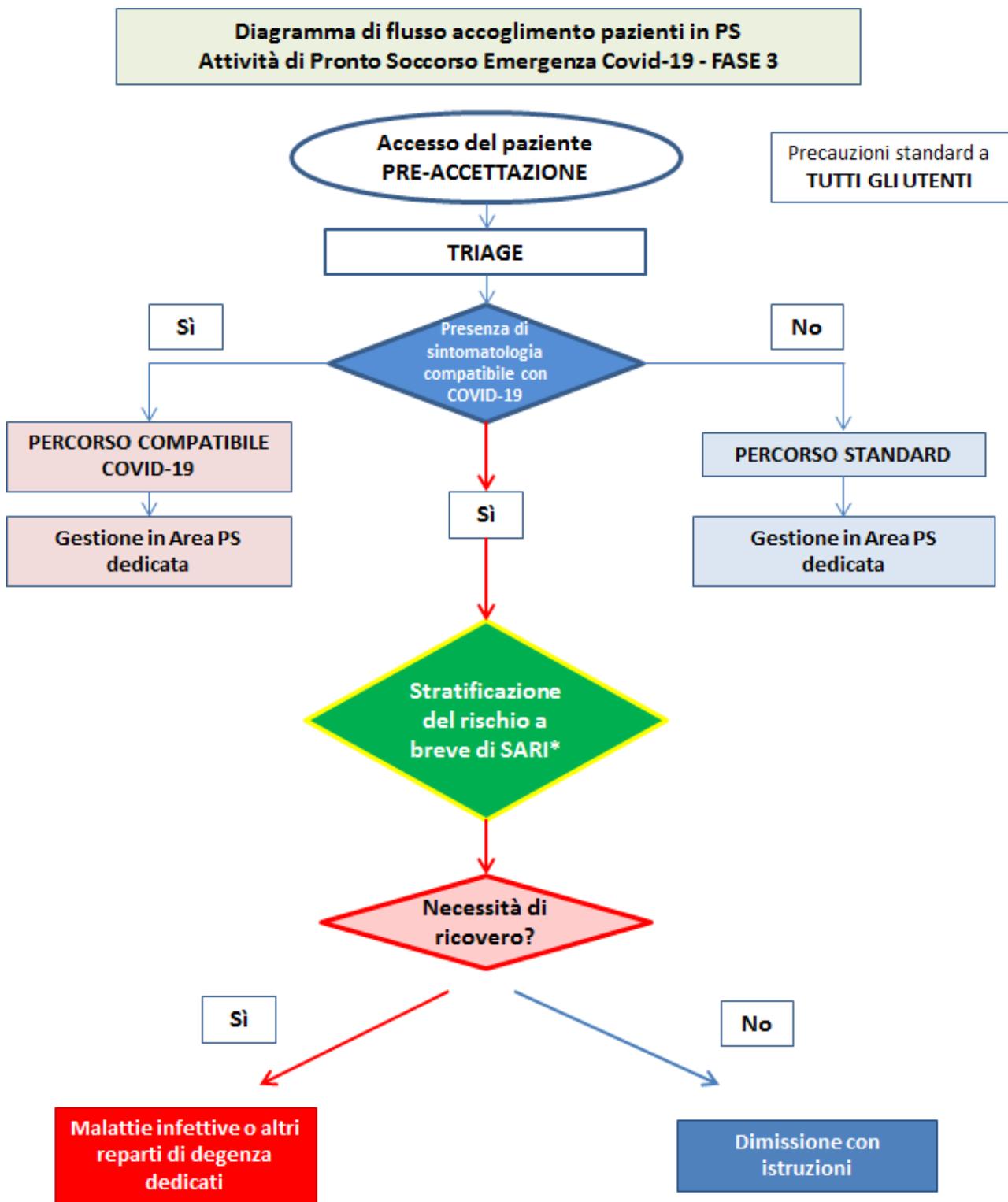
Le funzionalità delle COT dovranno essere opportunamente riorganizzate da parte della Direzione Generale, prevedendo di garantire anche ampliamenti di orario, al fine di poter adeguatamente supportare l'applicazione delle suddette disposizioni. In particolare le attività riguardano:

- verifica dell'esecuzione del tampone a pazienti dimessi verso RSA/strutture intermedie e verso il proprio domicilio, verificando che l'esito sia stato comunicato al MMG/PLS, all'ADI e/o ai vari servizi coinvolti nella presa in carico (es. cure palliative, ecc.);
- supporto alla gestione delle dimissioni/ammissioni o trasferimenti di pazienti COVID-19 verso i Centri COVID-19, ricevendo le richieste di trasferimento, organizzando gli accessi e i trasferimenti, registrando gli ingressi in entrata e uscita;
- supporto alla programmazione dei tamponi a domicilio, negli ambulatori dedicati e in tutte le strutture (sia per ospiti che per dipendenti del SSN);
- supporto all'attività programmatica delle U.S.C.A. anche per la gestione dei tamponi nelle varie dimensioni aziendali (domicilio, strutture residenziali, strutture intermedie, ecc.).

Certificati Malattia

In caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale in cui si dichiara che per motivi di Sanità Pubblica il soggetto è stato posto in quarantena o isolamento domiciliare fiduciario, specificando la data di inizio e fine.

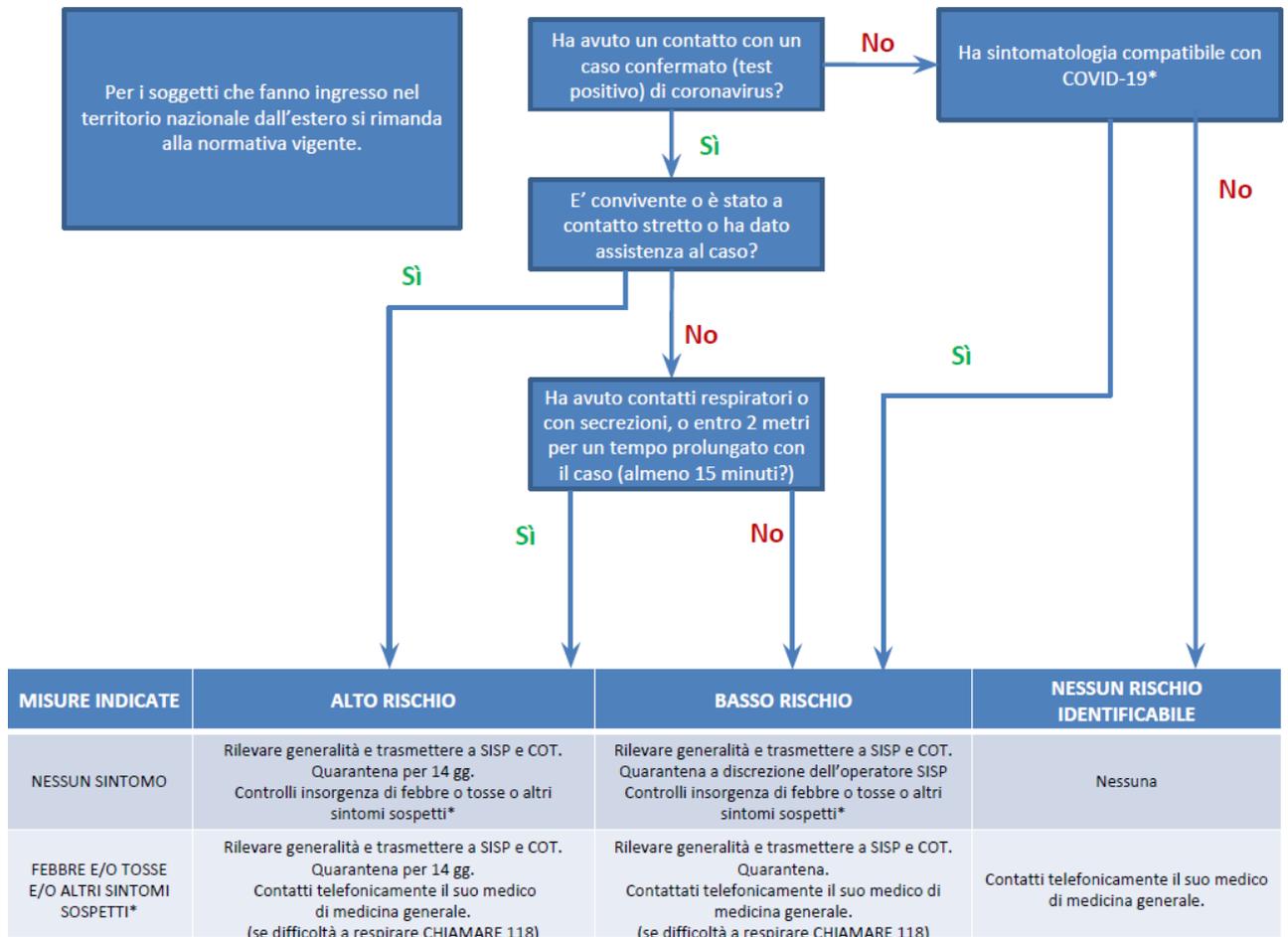
Come previsto dal DPCM del 8 marzo 2020, accertata la necessità di avviare la sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario o la quarantena a domicilio, l'operatore di Sanità Pubblica informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta da cui il soggetto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione INPS (Circolare INPS HERMES 25 n. 716 del 25 febbraio 2020). Al fine di agevolare le misure cautelative per evitare la diffusione di SARS-CoV-2, si chiede ai Medici certificatori di malattia, all'atto della compilazione dei certificati dei soggetti interessati, di apporre chiaramente in diagnosi se si tratta di quarantena, isolamento fiduciario, febbre con sospetto di coronavirus, o in alternativa il codice V29.0 corrispondente a quarantena obbligatoria o volontaria, sorveglianza attiva, ecc.



* SARI: Severe Acute Respiratory Infection

³⁸ Flow-chart tratta dal documento "Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2 - COVID-19"

Allegato 9. Flow-chart per la gestione telefonica (call center)

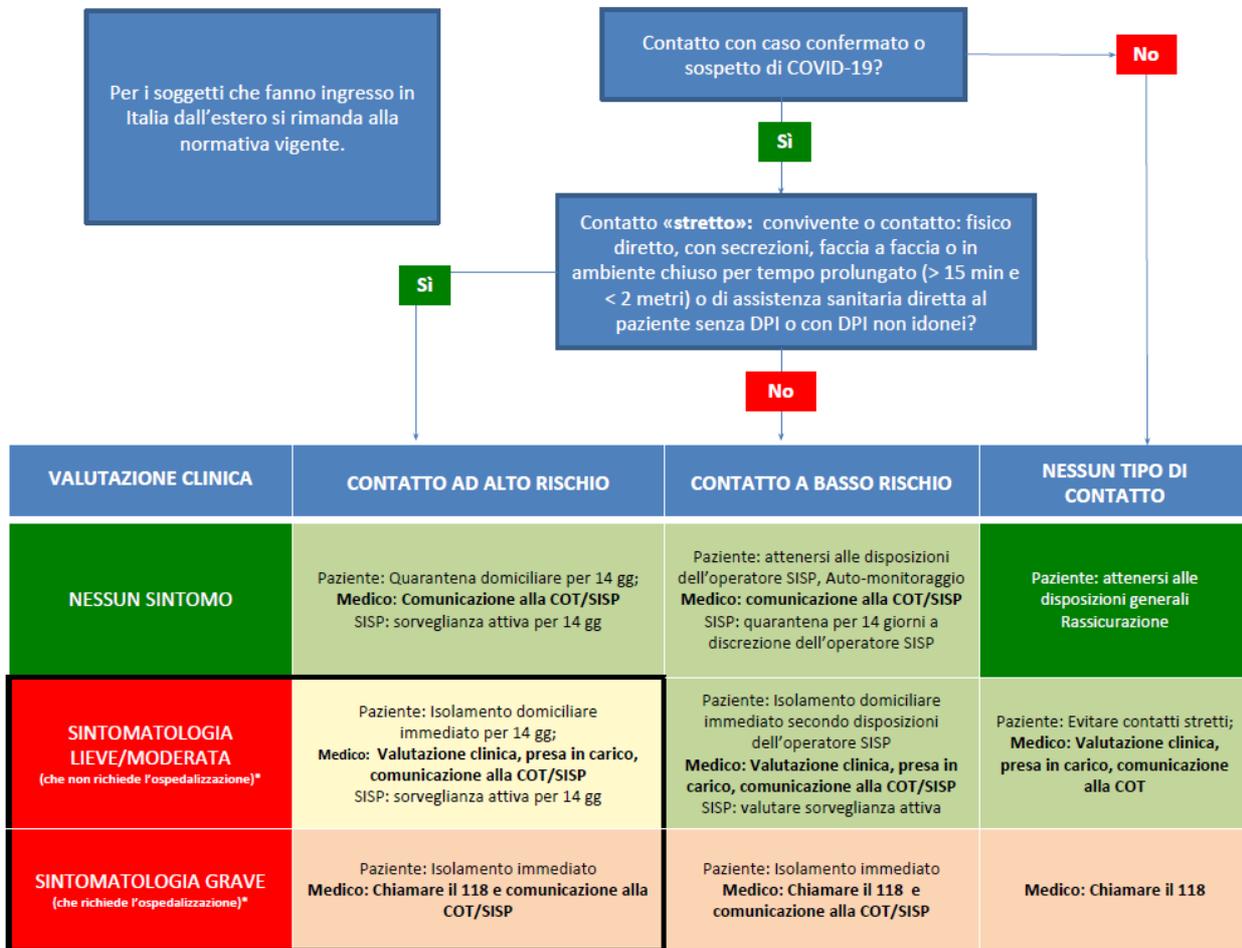


* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 10. Flow-chart Triage MMG/PLS/MCA

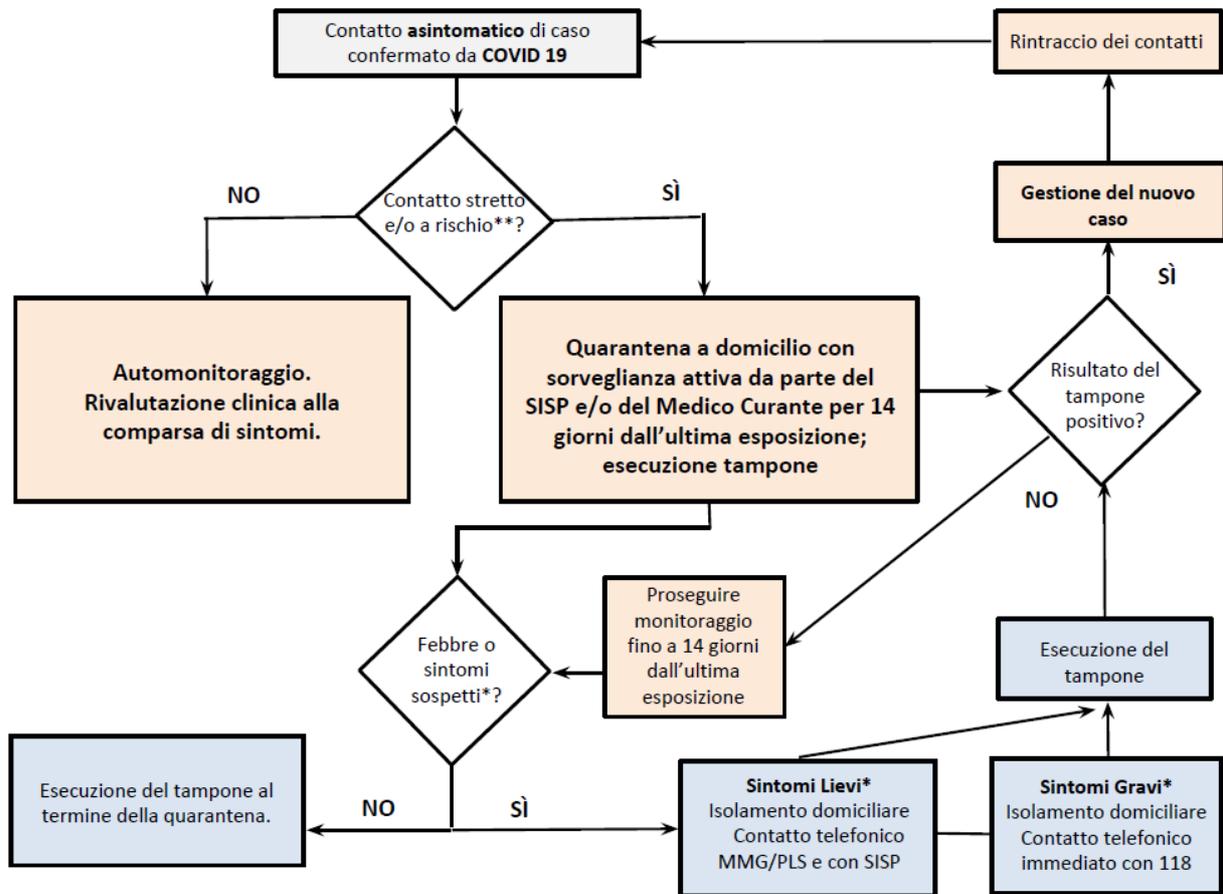


* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

Allegato 11. Flow-chart per la gestione dei contatti asintomatici di caso



Adattata da: Contact tracing: Public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union - second update, 9 aprile 2020

* SINTOMI SOSPETTI DI COVID-19 a titolo di esempio non esaustivo:

- sintomi più comuni: febbre, tosse secca, spossatezza;
- sintomi gravi: difficoltà respiratoria o fiato corto;
- sintomi meno comuni: indolenzimento e dolori muscolari, mal di gola, diarrea, vomito, inappetenza, congiuntivite, mal di testa, perdita di gusto o dell'olfatto.

NB: l'espressività clinica di COVID-19 in età pediatrica si caratterizza principalmente per forme asintomatiche o paucisintomatiche a carico degli apparati respiratorio e gastrointestinale.

** Sulla base delle valutazioni dell'operatore SISP.

Allegato 12. Elenco dei Laboratori di Microbiologia Autorizzati per l'esecuzione dei test

I test microbiologici per la ricerca diretta di SARS-CoV-2 sono effettuati presso i laboratori di Microbiologia delle seguenti Aziende:

- Laboratorio di Virologia, Dip. Medicina Molecolare, Università degli Studi di Padova, via Gabelli 63, Padova
- Microbiologia e Virologia, Az. Universitaria Integrata di Verona, Ospedale Borgo Roma, P.le L.A. Scuro 10, Verona
- UOSD Laboratorio, ULSS 1 Dolomiti, Viale Europa, 22, Belluno
- UOC Microbiologia, ULSS 2 Marca Trevigiana, Piazzale Ospedale, 23, Treviso
- UOC Microbiologia, Ospedale dell'Angelo, ULSS 3 Serenissima, Via Paccagnella 11, Mestre (VE)
- UOC Medicina di laboratorio, ULSS 5 Polesana, Viale Tre Martiri, 140, Rovigo
- UOC Microbiologia, Ospedali Riuniti Padova Sud, ULSS 6 Euganea, Via Albere, 30, Monselice PD
- UOC Medicina di Laboratorio, Osp. San Bassiano, ULSS 7 Pedemontana, Via Dei Lotti, 40, Bassano del Grappa (VI)
- UOC Microbiologia, ULSS 8 Berica, Viale Rodolfi, 37, Vicenza
- UOC Laboratorio Analisi di Legnago, ULSS 9 Scaligera, Via Carlo Gianella, 1, Legnago (VR)
- UOSD Laboratorio Analisi di San Bonifacio, ULSS 9 Scaligera, Via Circonvallazione, 1, San Bonifacio (VR)
- UOS Laboratorio Analisi di Villafranca, ULSS 9 Scaligera, Via Ospedale 2, Villafranca di Verona (VR)
- Laboratorio diagnostica, Istituto Zooprofilattico Sperimentale delle Venezie, Viale dell'Università, 10, Legnaro (PD)
- IRCCS Ospedale Sacro Cuore Don Calabria di Negrar, Via Don A. Sempredoni, 5, San Vito di Negrar (VR)



Data 23/4/2020

| Protocollo n. 17377

Class.

| Allegati n. 1

Oggetto: Documento "Emergenza Covid-19. Fase 3. Procedura regionale nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2)"

Egregio Sig.
Direttore Generale Area Sanità e Sociale
Dott. Domenico Mantoan

Con la presente si trasmette in allegato alla SV il documento "*Emergenza Covid-19. Fase 3. Procedura regionale nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2)*", sottoposto ai componenti del Comitato Tecnico Scientifico COVID-19 ex DGR n. 269 del 2.3.2020 ed approvato telematicamente in data odierna.

Distinti saluti.

Il Direttore Sanitario f.f.

Dott. Mario Saia

Direzione Sanitaria
Direttore f.f. Dott. Mario Saia
Referente istruttoria: Dott. Mario Saia
Tel. 0498778289
Mail. mario.saia@azero.veneto.it
Segreteria direzione.sanitaria@azero.veneto.it

Direzione Sanitaria
Passaggio Gaudenzio 1 - 35131 Padova
pec: protocollo.azero@pecveneto.it