



Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante

“Indicazioni *ad interim* di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale”

Macro Area **SERVIZI SANITARI DI PREVENZIONE**

Documenti attuativi

1. Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica
2. Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione
3. Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio
4. Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali
5. Manuale per l'utilizzo dell'applicativo per le attività di contact tracing
6. Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing
7. Definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione
8. Aggiornamento “Manuale malattie infettive”



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica

Documento Attuativo

INDIRIZZI OPERATIVI PER LA RIORGANIZZAZIONE DEI DIPARTIMENTI DI PREVENZIONE IN CASO DI EMERGENZA PANDEMICA

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica

SOMMARIO

Premessa

Riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in fase di allerta e pandemica

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di origine animale

Servizio Veterinario di Sanità animale e Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche

Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Attività di promozione della salute

Attività certificative e medico legali

Ripresa e recupero delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione

Mappatura

Piani di Recupero

Monitoraggio



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica*

Premessa

Il “Piano Regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)” è uno strumento operativo che traduce le indicazioni del “Piano Strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu) 2021-2023”, fornendo elementi strategici e operativi utili per la sua attuazione a livello della Regione del Veneto e utilizzabili anche per i casi di circolazione di altri agenti patogeni.

Come si è osservato nel corso dell'emergenza da Sars-CoV-2, durante una pandemia si verifica un notevole incremento del carico di lavoro richiesto a tutto il personale sanitario. In particolare, il Dipartimento di Prevenzione svolge un ruolo di primo piano nel coordinamento di tutti gli attori e nella gestione operativa della pandemia.

Al fine di garantire la sostenibilità e la tempestività delle azioni di sorveglianza, prevenzione e controllo dell'epidemia in corso, sarà necessario che, specialmente nella fase di allerta e nella fase pandemica, le Aziende ULSS rafforzino i Dipartimenti di Prevenzione da un punto di vista organizzativo e di personale, con operatori aggiuntivi afferenti anche ad altri servizi dell'Azienda ULSS. Sarà inoltre necessario, all'interno dei Dipartimenti di Prevenzione, riorientare la distribuzione delle attività e del personale, che sarà impegnato prioritariamente in tutte le attività necessarie per far fronte all'emergenza sanitaria. L'emergenza COVID-19 ha evidenziato che l'attività e il carico di lavoro richiesto necessita di adattarsi alle diverse fasi dell'emergenza e la riorganizzazione deve essere flessibile in modo da poter fronteggiare lo scenario in un contesto anche di rapida evoluzione.

Nel processo di riorientamento e riorganizzazione delle attività andrà considerato che dovranno essere altresì garantite anche le attività e i servizi urgenti ed essenziali offerti dal Dipartimento stesso.

Progressivamente, nella fase di transizione e poi nella fase inter-pandemica, dovranno essere intraprese tutte le azioni necessarie per consentire un ritorno alle normali attività, tenendo conto della possibilità di nuove ondate dell'epidemia.

Riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in fase di allerta e pandemica

Nel presente documento si forniscono le indicazioni necessarie per il riorientamento delle attività del Dipartimento di Prevenzione, da pianificare durante la fase di allerta, periodo in cui è necessario aumentare l'attenzione e svolgere una valutazione del rischio, e da attuare fin dalle prime fasi della vera e propria fase pandemica, al fine di garantire sia la gestione dell'emergenza sanitaria, sia le attività e i servizi essenziali.

La riorganizzazione dovrà essere adattata in funzione delle caratteristiche e dell'evoluzione epidemiologica. Di seguito si forniscono quindi i principi per indicare quali attività potranno essere progressivamente sospese e quali dovranno essere mantenute anche durante le fasi più acute.

I Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire lo svolgimento in sicurezza in modalità da remoto o a distanza, con l'ausilio di supporti tecnologici quali videoconferenza, di tutte le attività che possono essere svolte con tale modalità, siano esse incontri interni e riunioni o attività rivolte all'utenza esterna. A titolo di esempio dovranno essere considerate tali modalità per i colloqui pre-vaccinali con i genitori, colloqui informativi, corsi e attività formative rivolti alle aziende, agli operatori sanitari e all'utenza in genere. Per tutte le attività di follow-up andrà valutata sempre la possibilità di esecuzione da remoto e la consultazione di esami non in presenza del paziente.

Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

Al fine di ridistribuire le risorse ed essendo necessario prioritizzare i servizi offerti, si raccomanda di garantire le prestazioni urgenti e non differibili, quali, a titolo esemplificativo e non esaustivo le **vaccinazioni** con carattere di urgenza, le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale pediatrico per la fascia 0-6 anni e le attività volte alla sorveglianza delle malattie infettive.

In base all'andamento epidemico, si valuterà se differire le chiamate vaccinali rivolte ai 12enni e 14enni, nonché ai 65enni, e tutte le attività vaccinali non urgenti a richiesta dell'utenza, incluse le consulenze e le vaccinazioni per viaggiatori internazionali (tranne che per richieste con finalità di sanità pubblica).

Dovranno essere evitati sovraffollamenti delle sale d'attesa ed evitata (o ridotta al minimo) la presenza di accompagnatori.

Al fine di fornire supporto alla gestione della pandemia e per ottimizzare l'impegno orario, gli spostamenti e la presenza del personale su più sedi, si raccomanda di rivedere l'organizzazione aziendale delle sedi vaccinali territoriali



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica*

prevedendo un accorpamento delle stesse e valutando anche spazi alternativi agli ambulatori vaccinali standard, ad esempio scuole (durante i mesi di chiusura) e palestre.

Anche le attività relative allo **screening oncologico** di secondo livello dovranno essere in tempi congrui, mentre in base allo scenario epidemiologico si potrà valutare se differire le attività di screening oncologico di primo livello.

Andrà previsto un distanziamento maggiore degli appuntamenti, cadenzando l'orario di invito in modo da ridurre l'afflusso di persone nelle sale d'attesa, e sarà necessario incrementare il numero di interventi di disinfezione di locali e strumentazione. Andrà data priorità alle sedi di screening presenti sul territorio rispetto alle sedi ospedaliere.

Nel contesto della gestione dell'epidemia, i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica definiranno specifiche procedure per favorire la sinergia con i Servizi Distrettuali, la Centrale Operativa Territoriale (COT), i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera scelta (PLS) e i Medici di Continuità Assistenziale (MCA), garantendo l'integrazione tra la presa in carico territoriale dei casi e le attività di sorveglianza sanitaria coordinata dai SISP.

Inoltre, dovrà essere definita una specifica organizzazione aziendale, a supporto dei SISP e dei MMG, per garantire la campagna vaccinale antinfluenzale, in particolare per i soggetti ad alto rischio e per gli operatori sanitari, prevedendo di anticipare anche la conduzione della stessa, e la campagna vaccinale antipneumococcica, in particolare per i nuovi 65enni, per i soggetti delle coorti di nascita già invitati ma non vaccinati (drop out) e per i soggetti fragili ospiti delle Strutture Residenziali per Anziani.

Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di origine animale

La sicurezza alimentare deve comunque essere garantita ai consumatori attraverso il controllo delle filiere di produzione; pertanto nella necessità di redistribuire le risorse si raccomanda di garantire le attività essenziali e non differibili mentre quelle non urgenti e differibili saranno oggetto di una rimodulazione sulla base del rischio.

Sono considerate indifferibili le seguenti attività:

- controlli correlati ad allerte in alimenti (RASFF);
- ispezioni ante e post mortem negli stabilimenti di macellazione e in caso di Macellazione Speciale d'Urgenza (MSU);
- attività correlate alla gestione di casi di tossinfezione;
- certificazioni;
- verifiche a seguito di NC.

Le attività di controllo saranno organizzate secondo le seguenti indicazioni:

1. laddove possibile dovrà essere data priorità a modalità di verifica ufficiale da remoto anche attraverso i dataset nei Sistemi Informativi Nazionali e/o Regionali, attraverso l'utilizzo di videoriprese (possibilmente in modalità sincrona), attraverso documentazione fotografica e tecnica anche in formato digitale;
2. adottare soluzioni organizzative associando in un unico sopralluogo diverse attività di controllo ufficiale; valutare, in base alle condizioni, se è più opportuno che i sopralluoghi siano eseguiti da una sola persona oppure da più persone in modo da ridurre i tempi di permanenza negli stabilimenti in caso di verifiche complesse.

Inoltre si ritiene opportuna la predisposizione di un documento che riporti modalità pratiche nell'esecuzione dei controlli ufficiali, tenendo conto delle norme eventualmente previste a livello nazionale e regionale (es. distanziamento interpersonale, corretta dotazione di dispositivi di protezione al personale che effettua i sopralluoghi). Tale documento dovrebbe contenere, tra l'altro: tipologia di controllo da privilegiare: ispezione, sorveglianza monitoraggio, audit, campionamento; modalità di controllo: documentale, mediante sistema informatico, in loco; con preavviso/senza preavviso dotazioni di dispositivi di protezione misure di prevenzione/contenimento che possono essere richieste agli operatori economici.

Per quanto riguarda i controlli ufficiali presso gli stabilimenti di macellazione, deve essere garantita la presenza costante del personale dell'autorità competente; le attività di controllo ufficiale previste dai Piani nazionali e Regionali, con particolare riferimento alle ispezioni, alle verifiche e ai campionamenti per le analisi (PNR, Piano campionamento alimenti Intesa CSR/212/2016, Piano ricerca residui di fitosanitari in matrici di o.a., Piano antimicrobico resistenza, Piano verifica criteri microbiologici reg. 2073/2005, Piano contaminanti ecc.), vanno eseguite secondo la programmazione prestabilita, salvo eventuali rimodulazioni, anche temporanee, legate alla variazione della categoria di rischio assegnata allo stabilimento (aumento o diminuzione dell'entità produttiva, sospensione di linee di attività ecc.).



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica*

In relazione alle macellazioni d'urgenza al di fuori del macello, si ricorda che nell'ambito dell'attività ispettiva post mortem che viene eseguita presso il macello, è previsto il campionamento sistematico, per analisi microbiologiche e per la ricerca di residui nelle carni.

Si raccomanda, ove possibile, che qualora il personale dei SIAN e SIOA addetto ai controlli ufficiali esegua sopralluoghi finalizzati al contenimento dei rischi sanitari in imprese del settore alimentare, anche a supporto di altri Servizi del Dipartimento di Prevenzione, colga l'occasione per effettuare un controllo di cui all'art. 14 del regolamento (UE) 2017/625 (es. delle condizioni igieniche nei locali, ispezione dei prodotti, campionamento, ecc.) e documenti l'attività svolta ai sensi dell'art. 13 del regolamento citato (verbale, scheda di controllo ufficiale, report, ecc).

L'organizzazione dei CU va rimodulata in funzione del rischio [attività a rischio molto basso potrebbero non essere soggette a controllo nel corso di pandemia] garantendo, ove possibile, la copertura di tutte le aree e i settori di competenza.

Per quanto possibile devono essere garantiti i piani mirati definiti a livello comunitario e nazionale (es. AMR, additivi, alimentari irradiati, contaminanti diversi da PNR, ecc.), anche previa rimodulazione; si deve invece valutare l'opportunità di sospendere i monitoraggi. Privilegiare il campionamento ufficiale nella fase di produzione, contestualmente alle attività di ispezione. Nella rimodulazione devono essere privilegiati i controlli su quegli aspetti in grado di impattare in modo diretto sulla sicurezza degli alimenti e sulla correttezza delle transazioni commerciali.

Vanno valorizzate le attività di autocontrollo degli operatori del settore alimentare (OSA) che devono comunque essere verificate.

Per garantire la sicurezza degli operatori nel corso delle attività di monitoraggio delle zone di produzione dei molluschi bivalvi vivi, si dovranno perseguire modalità di controllo ufficiale che prevedano la collaborazione con gli OSA.

Servizio Veterinario di Sanità animale e Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche

Nella necessità di ridistribuire le risorse saranno garantite le attività essenziali e non differibili mentre quelle non urgenti e differibili saranno oggetto di una rimodulazione sulla base del rischio.

Tra le attività non differibili che devono essere garantite vi sono:

- sopralluoghi in allevamento in caso di sospetto, e correlata gestione, di focolai di malattie infettive rilevanti/denunciabili degli animali, comprese l'influenza aviaria e la peste suina classica (PSC);
- controlli correlati ad allerte in mangimi (RASFF);
- controlli degli animali morsicatori;
- controlli/altre attività correlate alla movimentazione di animali e relativi prodotti connessa a motivi di approvvigionamento alimentare e/o di benessere degli animali.

Il personale dell'autorità competente deve essere autorizzato a muoversi e ad eseguire le attività di competenza.

Devono essere considerate le necessità di movimento degli operatori economici ed eventuale personale utilizzato nelle attività agrozootecniche.

Le attività di controllo saranno organizzate secondo le seguenti indicazioni:

1. laddove possibile dovrà essere data priorità a modalità di verifica ufficiale da remoto anche attraverso i dataset nei Sistemi Informativi Nazionali e/o Regionali;
2. adottare soluzioni organizzative associando in un unico sopralluogo diverse attività di controllo ufficiale; valutare, in base alle condizioni, se è più opportuno che i sopralluoghi siano eseguiti da una sola persona oppure da più persone in modo da ridurre i tempi di permanenza negli stabilimenti.

Inoltre, si ritiene opportuna la predisposizione di un documento che riporti modalità pratiche nell'esecuzione dei controlli ufficiali, tenendo conto delle norme eventualmente previste a livello nazionale e regionale (es. distanziamento interpersonale, corretta dotazione di dispositivi di protezione al personale che effettua i sopralluoghi).

Tale documento dovrebbe contenere, tra l'altro: tipologia di controllo da privilegiare: ispezione, sorveglianza, monitoraggio, audit, campionamento; modalità di controllo: documentale, mediante sistema informatico, in loco; preavviso/senza preavviso dotazioni di dispositivi di protezione misure di prevenzione/contenimento che possono essere richieste agli operatori economici.

Servizio di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro

Andranno garantite le prestazioni **urgenti o indifferibili** (a titolo esemplificativo e non esaustivo: interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro, richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine, interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente, atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagini giudiziarie, altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio).



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica*

In base alla situazione epidemiologica, andrà valutato se differire le attività ispettive e di vigilanza che non rientrano tra quelle urgenti e indifferibili.

Si raccomanda inoltre che i Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL) diano supporto alle altre strutture del Dipartimento di Prevenzione, sia mediante la condivisione delle informazioni relative alle aziende e al tessuto produttivo del territorio di competenza, sia collaborando alle attività operative necessarie per la gestione della pandemia.

In base al coinvolgimento delle attività economiche e produttive, i Servizi SPISAL forniranno supporto e assistenza alle aziende in materia di contrasto al contagio, misure di prevenzione per le malattie a diffusione respiratoria e corretto utilizzo dei DPI, mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi, preferibilmente con un coinvolgimento simultaneo di più aziende a distanza.

Attività di promozione della salute

Andrà valutato se sospendere le attività di **promozione della salute** durante l'emergenza sanitaria, sia in considerazione dello scenario epidemiologico, che in base alla necessità di coinvolgere il personale normalmente impegnato in tali attività nella gestione dell'emergenza stessa.

Attività certificative e medico legali

Durante la fase pandemica sarà necessario differire tutte le **attività certificative** che non rivestono carattere di urgenza e non rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Dovranno invece continuare ad essere garantite le attività previste nei LEA, incluse commissioni patenti provinciali e commissioni invalidi che, dove possibile, possono essere espletate agli atti attraverso la valutazione documentale da parte delle commissioni preposte, anche in considerazione di evitare gli affollamenti degli spazi comuni, riducendo allo stesso tempo gli spostamenti e gli accessi alle strutture di persone con particolari fragilità.

Le Aziende ULSS, in considerazione dei nuovi carichi di lavoro previsti per i Dipartimenti di Prevenzione, dovranno coinvolgere nelle attività di **medicina necroscopica** altro personale medico afferente ad altri servizi aziendali, a supporto del personale medico dei Dipartimenti di Prevenzione.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica

Tabella. Schematizzazione riassuntiva (a titolo esemplificativo e non esaustivo) delle attività urgenti o indifferibili e di quelle per le quali, negli scenari più acuti dell'emergenza, potrà essere valutato un differimento nel breve termine.

	Attività urgenti o indifferibili anche in fase pandemica	Attività che potrebbe essere valutato di differire/rimodulare nel breve termine nelle fasi più acute dell'emergenza
Vaccinazioni e sorveglianza malattie infettive	<ul style="list-style-type: none"> - vaccinazioni con carattere di urgenza (es. donne in gravidanza, vaccinazioni post-esposizione, vaccinazioni per i soggetti a rischio) - vaccinazioni previste dal calendario vaccinale pediatrico per la fascia 0-6 anni - attività di sorveglianza delle malattie infettive 	<ul style="list-style-type: none"> - chiamate vaccinali rivolte ai 12enni e 14enni - chiamata vaccinale dei 65enni - tutte le attività vaccinali non urgenti a richiesta dell'utenza - consulenze e vaccinazioni per viaggiatori internazionali (tranne che per richieste con finalità umanitarie o di sanità pubblica)
Screening oncologici	<ul style="list-style-type: none"> - screening oncologico di secondo livello deve essere garantito in tempi congrui 	<ul style="list-style-type: none"> - screening oncologico di primo livello
Servizio Igiene degli Alimenti e della Nutrizione e Servizio Veterinario di Igiene degli Alimenti di origine animale	<ul style="list-style-type: none"> - controlli correlati ad allerte in alimenti (RASFF) - ispezioni ante e post mortem negli stabilimenti di macellazione e in caso di macellazione speciale d'urgenza (MSU) - attività correlate alla gestione di casi di tossinfezione - certificazioni - verifiche a seguito di NC 	<ul style="list-style-type: none"> - attività non urgenti e differibili saranno oggetto di una rimodulazione sulla base del rischio
Servizio Veterinario di Sanità animale e Servizio Veterinario di Igiene degli Allevamenti e delle produzioni zootecniche	<ul style="list-style-type: none"> - sopralluoghi in allevamento in caso di sospetto, e correlata gestione, di focolai di malattie infettive rilevanti/denunciabili degli animali, comprese l'influenza aviaria e la peste suina classica (PSC) - controlli correlati ad allerte in mangimi (RASFF) - controlli degli animali morsicatori - controlli/altre attività correlate alla movimentazione di animali e relativi prodotti connessa a motivi di approvvigionamento alimentare e/o di benessere degli animali 	<ul style="list-style-type: none"> - attività non urgenti e differibili saranno oggetto di una rimodulazione sulla base del rischio
Servizio di Prevenzione, Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro	<ul style="list-style-type: none"> - interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro - richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine - interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente - atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria - altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio 	<ul style="list-style-type: none"> - attività ispettive e di vigilanza che non rientrano tra quelle urgenti e indifferibili
Attività certificative e medico legali	<ul style="list-style-type: none"> - attività certificative urgenti e connesse ai LEA 	<ul style="list-style-type: none"> - attività certificative che non rivestono carattere di urgenza e non rientrano tra i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) - commissioni patenti provinciali e commissioni invalidi che, dove possibile, possono comunque essere espletate agli atti attraverso la valutazione documentale da parte delle commissioni preposte
Attività di promozione della Salute		<ul style="list-style-type: none"> - interventi di promozione della salute - Screening Cardiovascolare (Cardio 50)



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica

Ripresa e recupero delle attività dei Dipartimenti di Prevenzione

Durante i momenti meno acuti della fase pandemica e comunque nella fase di transizione, il calo della pressione sul Servizio Sanitario Regionale, associato ad una generalizzata diminuzione del rischio di diffusione virale, consente una *de-escalation* delle risposte emergenziali attuate, con la graduale ricollocazione delle risorse umane e materiali verso la ripresa delle attività ordinarie. In questo contesto andrà previsto il recupero delle attività non erogate durante la fase emergenziale, tenendo conto che il ritorno alle normali attività potrebbe essere accompagnato da possibili nuove ondate della pandemia.

Di seguito si forniscono le principali indicazioni necessarie per la pianificazione del recupero delle attività differite e per la ripresa delle attività ordinarie dei Dipartimenti di Prevenzione, a seguito delle fasi acute dell'emergenza pandemica e in particolare a partire dalla fase di transizione. La fase di pianificazione dovrà procedere prevedendo:

1. una **mappatura** della situazione con un'analisi delle prestazioni differite o comunque non erogate in fase pandemica,
2. la definizione e la stesura di **piani di recupero**,
3. il **monitoraggio** periodico dell'attuazione dei piani di recupero.

Mappatura

Le Aziende ULSS effettuano una mappatura delle prestazioni differite o comunque non erogate in fase pandemica, al fine di rilevare le azioni prioritarie da condurre e le prestazioni da recuperare. Tale mappatura deve analizzare le risorse disponibili e le prestazioni già erogate durante il periodo emergenziale. Dovranno inoltre essere valutati gli indicatori relativi agli obiettivi di salute raggiunti durante la pandemia rispetto ai livelli raggiunti prima della pandemia per valutare interventi integrativi o ulteriori iniziative.

Tale mappatura viene trasmessa alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria dalle singole Aziende ULSS, per definire strategie di rientro ad hoc, anche individualizzate in funzione delle peculiarità del territorio locale.

Piani di Recupero

Sulla base delle analisi condotte e della rilevazione delle attività da erogare, e secondo le necessità di recupero prioritariamente delle prestazioni connesse ai LEA e secondo eventuali criteri di priorità forniti dalla Regione, ciascuna Azienda ULSS dovrà pertanto predisporre un Piano di Recupero, programmando e definendo la ripresa dell'erogazione delle prestazioni. Il Piano di Recupero dovrà considerare le attività dei diversi Servizi e le priorità, così che, alla ripresa dei servizi, venga garantito il rispetto dell'equa accessibilità ai servizi e alle cure. Conseguentemente, anche in fase di transizione, è fondamentale che le Aziende ULSS garantiscano una flessibilità di personale per garantire in modo efficiente e sostenibile le attività prioritarie, legate sia alla transizione da fase pandemica a fase inter-pandemica, e per consentire il recupero delle attività e la ripresa dell'ordinario.

Particolare attenzione dovrà essere posta anche alle attività di promozione della salute, in considerazione degli effetti della pandemia sugli stili di vita e delle conseguenze sul piano fisico e psicologico. Pertanto è necessario che i Piani di Recupero considerino il ruolo dei Servizi di Prevenzione Malattie Croniche Non Trasmissibili (MCNT) e Promozione della Salute nella sensibilizzazione degli operatori sanitari e prestino particolare attenzione alle fasce d'età maggiormente penalizzate durante la pandemia, dal punto di vista del benessere psico-fisico, quali infanzia, adolescenza, malati cronici e anziani, operatori sanitari, attraverso l'utilizzo di strumenti di comunicazione e informazione rivolti sia alla popolazione scolastica che ai gruppi target. Tali azioni possono essere attuate tramite gli strumenti già disponibili, come il Programma delle attività congiunte - Strumenti didattici multimediali, Video per la promozione della prescrizione dell'esercizio fisico, FAD specifiche.

La Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria fornisce le principali indicazioni e criteri per la definizione di Piani di Recupero delle singole Aziende ULSS, individuando le priorità per la ripresa e il recupero delle prestazioni.

Monitoraggio

Andrà condotto un monitoraggio periodico, sia a livello locale che a livello regionale, dell'andamento della ripresa e del recupero delle attività e andranno diffuse prontamente eventuali *best practice* individuate localmente.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

Documento Attuativo

INDIRIZZI OPERATIVI REGIONALI PER L'ORGANIZZAZIONE DI UNA CAMPAGNA VACCINALE DI POPOLAZIONE

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

SOMMARIO

Premessa

Obiettivi ed azioni del Piano di offerta vaccinale

Stesura e coordinamento del Piano di offerta vaccinale

Coordinamento della campagna vaccinale

Logistica, approvvigionamento, stoccaggio e trasporto

Pianificazione ed elementi di prioritarizzazione dell'offerta

Elementi per l'organizzazione dell'offerta

Vaccinazione degli esercenti le professioni sanitarie e degli operatori di interesse sanitario operanti presso le strutture ospedaliere

Vaccinazione degli esercenti le professioni sanitarie e degli operatori di interesse sanitario operanti presso le strutture territoriali

Vaccinazione operatori e ospiti delle strutture residenziali

Vaccinazione dei lavoratori dei Servizi Essenziali

Modelli di offerta e promozione della vaccinazione

Setting per la vaccinazione della popolazione generale

Centro di Vaccinazione di Popolazione (CVP)

Ambulatori vaccinali

Attività vaccinale in auto (drive-through)

Attività vaccinale presso "Punti testing"

Punti di Vaccinazione ospedalieri (PVO)

Vaccinazione presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

Vaccinazione domiciliare

Vaccinazione presso le aziende economiche e produttive

Vaccinazione presso le sedi dei Servizi Essenziali

Vaccinazione presso le Farmacie

Vaccinazione "on-site"

Sistema informativo e monitoraggio

Vaccinogilanza e sorveglianza immunologica

Formazione del personale

Campagna informativa e comunicativa

Appendice A - DGR n. 239 del 02.03.2021, Allegato A *"Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)"*

Appendice B - Nota Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria Prot. n. 194763 del 28.04.2021 *"Manuale per la Vaccinazione anti-COVID19 a domicilio - Aprile 2021"*

Appendice C - Documento Tecnico Indicazioni ad interim per la Vaccinazione anti-COVID19 in Azienda



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

Premessa

Il presente documento fornisce indirizzi operativi per la stesura di un Piano di offerta vaccinale e per l'organizzazione di una campagna vaccinale di popolazione, modello che andrà adattato individuando i criteri e le modalità attuative più appropriate alle specificità dei singoli ambiti territoriali, al fine di massimizzare l'efficacia di tale azione di prevenzione e l'efficienza nell'utilizzo delle risorse.

In particolare, il documento definisce:

- obiettivi ed azioni del Piano di offerta vaccinale;
- soggetti coinvolti e loro ruoli e responsabilità;
- modalità di stoccaggio e distribuzione;
- organizzazione e funzionamento dei centri vaccinali nei diversi contesti (ospedaliero/territoriale);
- campagna di comunicazione per la popolazione;
- risorse umane, personalità coinvolte, formazione e competenze.

Il presente documento è stato predisposto sulla base dell'esperienza maturata negli anni in Regione Veneto e alla luce delle attività e delle strategie sviluppate per la Campagna Vaccinale anti-COVID19. Tali strategie per l'emergenza COVID-19 sono riassunte principalmente nei seguenti documenti e atti programmatori:

- DGR n. 1801 del 22.12.2020, Allegato A "Linee di indirizzo Organizzazione del Piano di Vaccinazione anti-COVID19";
- DGR n. 308 del 18.03.2021, Allegato B "Aggiornamento Indicazioni ad interim per la campagna di vaccinazione anti-COVID19 in Regione Veneto";
- DGR n. 239 del 02.03.2021, Allegato A "Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)";
- Nota Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria Prot. n. 194763 del 28.04.2021 "Manuale per la Vaccinazione anti-COVID19 a domicilio - Aprile 2021";
- DGR n. 280 del 12.03.2021, Allegato A "Protocollo di intesa finalizzato all'estensione della campagna di vaccinazione anti-COVID19 alle attività economiche e produttive";
- Documento tecnico "Indicazioni ad interim per la Vaccinazione anti-COVID19 in Azienda" del 25 marzo 2021.

Tali documenti, realizzati durante l'emergenza pandemica, sono stati sviluppati in stretta collaborazione con tutti gli attori del Servizio Sanitario Regionale coinvolti a vario titolo nelle attività vaccinali. Alcuni degli elementi dei modelli organizzativi previsti e descritti qui e nei documenti allegati potranno essere aggiornati ed integrati, a seguito delle analisi e delle riflessioni che andranno condotte nella fase di transizione e in fase inter-pandemica dell'attuale emergenza da COVID-19.

Obiettivi ed azioni del Piano di offerta vaccinale

1. Definire i possibili modelli organizzativi per la gestione della vaccinazione che siano applicabili nei diversi contesti, anche su base modulare, e nelle diverse fasi di una campagna vaccinale di popolazione, perseguendo i principi di sicurezza, qualità, efficienza ed equità.
2. Somministrare il vaccino alla popolazione target nel più breve tempo possibile, seguendo le priorità definite dal Ministero della Salute, mantenendo garanzie di efficienza e sicurezza.
3. Assicurare che il vaccino sia stoccato e distribuito in maniera sicura.
4. Garantire la registrazione di tutti i dati relativi alle vaccinazioni eseguite.
5. Monitorare la sicurezza e l'efficacia della campagna vaccinale.
6. Organizzare la formazione degli operatori per garantire l'uniformità delle procedure e l'intercambiabilità degli operatori presso i diversi servizi coinvolti nella vaccinazione.
7. Organizzare una campagna informativa rivolta alla popolazione.

Stesura e coordinamento del Piano di offerta vaccinale

Il coordinamento del Piano di offerta vaccinale è in capo alla Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto. Le Strutture coinvolte contribuiscono alla definizione e alla realizzazione del piano ognuna per l'ambito di competenza.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

Linee di lavoro	Obiettivo	Strutture coinvolte
LOGISTICA, APPROVVIGIONAMENTO, STOCCAGGIO E TRASPORTO	Definizione, coordinamento e pianificazione delle attività di approvvigionamento, stoccaggio, distribuzione e monitoraggio della disponibilità delle dosi vaccinali; allestimento di sedi e punti vaccinali ad hoc.	<ul style="list-style-type: none"> ● Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto ● Direzione Protezione Civile, Regione del Veneto ● Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi Medici, Regione del Veneto ● Direzione Risorse Strumentali SSR, Regione del Veneto ● Struttura di Progetto Potenziamento straordinario della rete ospedaliera e grandi strutture di cura, Regione del Veneto ● UOS Ingegneria clinica, Azienda Zero ● UOC Centrale Regionale Acquisti per la Regione del Veneto, Azienda Zero
COORDINAMENTO CAMPAGNA VACCINALE, ORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE E FORMAZIONE	Definizione del modello organizzativo per il coordinamento dell'attuazione locale della campagna vaccinale; pianificazione, organizzazione e individuazione dei punti di vaccinazione per la popolazione generale; formazione degli operatori.	<ul style="list-style-type: none"> ● Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto ● Fondazione Scuola di Sanità Pubblica ● Aziende SSR: Dipartimenti di Prevenzione, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
VACCINAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI OSPEDALIERI	Definizione del modello organizzativo, individuazione dei punti vaccinali, pianificazione e organizzazione dell'attività di vaccinazione degli operatori sanitari ospedalieri, con eventuale prioritizzazione attraverso stratificazione del rischio.	<ul style="list-style-type: none"> ● Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto ● UOC Screening e VIS, Azienda Zero ● Aziende SSR: Direzioni Generali, Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, Medici Competenti, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
VACCINAZIONE DEGLI OPERATORI SANITARI E STRUTTURE RESIDENZIALI TERRITORIALI	Definizione del modello organizzativo, individuazione dei punti vaccinali, pianificazione e organizzazione dell'attività di vaccinazione di: <ul style="list-style-type: none"> ● operatori sanitari del territorio; ● operatori sanitari e ospiti delle strutture residenziali extra-ospedaliere e delle strutture residenziali per anziani e non autosufficienti. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto ● UO Cure primarie e Strutture socio-sanitarie territoriali, Direzione Programmazione - LEA, Regione del Veneto ● Direzione Servizi Sociali, Regione del Veneto ● Aziende SSR: Direzioni Generali, Direzioni Distretto, Cure Primarie, Servizi di Igiene e Sanità Pubblica
VACCINAZIONE DEI LAVORATORI DEI SERVIZI ESSENZIALI	Definizione del modello organizzativo e pianificazione dell'attività di vaccinazione dei lavoratori dei Servizi Essenziali.	<ul style="list-style-type: none"> ● Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto ● Aziende SSR: Servizi Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

SISTEMA INFORMATIVO, MONITORAGGIO, VACCINOVIGILANZA E SORVEGLIANZA IMMUNOLOGICA	Definizione e organizzazione delle modalità e degli applicativi per la registrazione e la tracciabilità dei dati vaccinali; definizione e pianificazione del monitoraggio dell'andamento della campagna; valutazione dell'adesione e delle coperture; monitoraggio delle segnalazioni di reazioni avverse.	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto • Direzione Farmaceutico - Protesica - Dispositivi Medici, Regione del Veneto • UOC Sistemi Informativi, Azienda Zero • Dipartimento di Scienze Cardio-Toraco-Vascolari e Sanità Pubblica, Università di Padova • Canale Verde, Università di Verona • Centro Regionale di Farmacovigilanza, Università di Verona
COMUNICAZIONE E INFORMAZIONE	Pianificazione e coordinamento delle strategie di comunicazione; supporto per l'organizzazione delle attività di formazione per gli operatori coinvolti nell'attività vaccinale.	<ul style="list-style-type: none"> • Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto • Ufficio Stampa, Regione del Veneto • Azienda Zero • Aziende SSR: Servizi di Igiene e Sanità Pubblica

Coordinamento della campagna vaccinale

Il coordinamento delle attività a livello territoriale (programmazione, distribuzione, somministrazione e tracciamento, formazione del personale, chiamata attiva) relative alla campagna di vaccinazione sono affidate ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) dei Dipartimenti di Prevenzione.

I SISP, oltre ad avere istituzionalmente il compito di coordinare a livello territoriale le azioni di sanità pubblica per il contrasto alla diffusione delle malattie infettive, presentano al proprio interno le competenze e la professionalità per svolgere tale attività. In particolare sono i professionisti che operano in tali servizi (medici specialisti in igiene e medicina preventiva e assistenti sanitari), impegnati quotidianamente nell'attività di pianificazione, organizzazione, effettuazione e monitoraggio delle attività vaccinali, ad essere professionalmente formati e possedere conoscenze, competenze ed esperienza per coordinare una campagna vaccinale di popolazione.

La campagna vaccinale richiederà il coinvolgimento di diverse figure professionali anche non coinvolte normalmente nell'attività vaccinale. Per tale ragione, il coordinamento, la supervisione e il supporto dei SISP dei Dipartimenti di Prevenzione riveste un ruolo fondamentale per la sua pianificazione, che necessiterà del coinvolgimento attivo di diversi soggetti: Strutture dell'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto, Azienda Zero, Aziende ULSS, Aziende Ospedaliere, Università degli Studi di Padova e di Verona, Strutture Ospedaliere (Direzione Medica Ospedaliera), Distretti Sanitari e UOC Cure Primarie delle Aziende ULSS, Strutture Intermedie Extra-Ospedaliere, Strutture Residenziali per anziani e non autosufficienti, Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale, Medici Competenti dei Servizi Pubblici Essenziali, Servizi di Primo Soccorso (es. Croce Rossa/Verde ecc.), Protezione Civile, Forze dell'ordine, Associazioni di Volontariato ed altri enti e soggetti coinvolti per specifici aspetti di competenza nello sviluppo e nell'attuazione del piano di vaccinazione.

Logistica, approvvigionamento, stoccaggio e trasporto

Gli aspetti relativi alla logistica e al processo di approvvigionamento, stoccaggio e trasporto prevedono diversi livelli di coordinamento, ciascuno preposto al presidio degli aspetti di competenza per lo svolgimento complessivo della campagna di vaccinazione:

- coordinamento nazionale: Ministero della Salute, Commissario per l'emergenza e loro strutture;
- coordinamento regionale: Regioni e Province Autonome e loro strutture;
- coordinamento locale: Aziende ULSS territorialmente competenti.

In base alle differenti caratteristiche dei vaccini disponibili, il processo di distribuzione e conservazione ha previsto per i vaccini contro Sars-CoV-2 due modelli organizzativi: modello *freeze* (per la conservazione dei vaccini a mRNA) e modello *cold* (catena del freddo standard).

- **Modello freeze:** il produttore, sulla base del piano di distribuzione definito dal Commissario per l'emergenza, spedisce i vaccini direttamente ai punti individuati a livello regionale (Hub locali) per lo stoccaggio, la somministrazione o la ulteriore distribuzione a differenti punti di somministrazione. Gli Hub locali custodiscono i vaccini, secondo le specificazioni tecniche fornite, in congelatori operanti a -80/-20 °C per la successiva distribuzione ai punti di somministrazione.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

- **Modello cold:** il produttore spedisce ad un Hub unico nazionale. Gli Hub locali, sulla base dell'andamento delle scorte, richiedono progressivamente il quantitativo di vaccini necessari. Gli Hub locali custodiscono i vaccini, secondo le specificazioni tecniche fornite, in frigoriferi operanti a +2/+8 °C per la successiva distribuzione ai punti di somministrazione.

Nella Regione del Veneto, per assicurare il funzionamento della distribuzione secondo entrambi i modelli organizzativi, sono stati predisposti e forniti di idonei dispositivi di conservazione 7 Hub locali (1 per ciascuna provincia), individuati nelle farmacie ospedaliere. Ogni Hub locale ha costituito la base per la distribuzione ai punti di somministrazione, in un'azione coordinata dai SISP dei Dipartimenti di Prevenzione. Per ogni Azienda ULSS, il bacino di utenza è costituito dall'insieme di soggetti, enti, popolazione insistenti nel territorio di riferimento, incluse strutture sanitarie e socio-sanitarie private, Servizi Essenziali, e ogni soggetto potenzialmente interessato dalla campagna di vaccinazione. Infine, devono essere stabilite anche le modalità di fornitura dei dispositivi per la somministrazione (siringhe, aghi, diluente) e dei dispositivi essenziali per lo svolgimento delle sedute vaccinali.

Pianificazione ed elementi di prioritizzazione dell'offerta

La disponibilità di un vaccino durante una pandemia impone un'organizzazione vaccinale ad hoc che deve realizzarsi nel più breve tempo possibile e raggiungere una grande parte della popolazione. Si evidenzia la necessità di garantire equità d'accesso alla vaccinazione per tutta la popolazione, privilegiando prioritariamente le categorie di individui con aumentato rischio clinico, nel rispetto delle indicazioni del Ministero della Salute.

Durante la pandemia da Sars-CoV-2, sulla base delle indicazioni ministeriali fornite in materia di priorità e considerata la disponibilità graduale delle dosi e le caratteristiche dei diversi target di popolazione, è stato possibile individuare i seguenti contesti in cui garantire l'attività vaccinale:

- vaccinazione degli esercenti le professioni sanitarie e operatori di interesse sanitario,
- personale non sanitario delle strutture sanitarie e socio-sanitarie,
- vaccinazione degli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani e non autosufficienti,
- vaccinazione di lavoratori dei Servizi Essenziali, a prescindere dall'età e dalle condizioni patologiche,
- vaccinazione di soggetti con condizioni di fragilità (es. persone vulnerabili, soggetti con disabilità grave),
- vaccinazione della popolazione generale a partire dai soggetti più anziani.

Esercenti le professioni sanitarie e operatori di interesse sanitario

Sono inclusi in questa categoria gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali, pubbliche e private, nelle farmacie, parafarmacie e negli studi professionali. Per quanto riguarda gli operatori sanitari e socio-sanitari, si raccomanda di includere tutti i soggetti che operano presso strutture sanitarie e sociosanitarie, compresi i soggetti neo-assunti, con le tempistiche e le modalità previste dal modello organizzativo aziendale.

Esercenti le professioni sanitarie	Operatori di interesse sanitario
<ul style="list-style-type: none"> • professioni sanitarie: farmacista, odontoiatra, medico chirurgo (inclusi studenti dei corsi di laurea e medici in formazione), veterinario, biologo, fisico, chimico, psicologo • professioni sanitarie infermieristiche: infermiere, infermiere pediatrico (inclusi studenti dei corsi di laurea) • professione sanitaria ostetrica: ostetrica/o (inclusi studenti dei corsi di laurea) • professioni tecnico sanitarie: tecnico sanitario di radiologia medica, tecnico audiometrista, tecnico sanitario di laboratorio biomedico, tecnico di neurofisiopatologia, tecnico ortopedico, tecnico audioprotesista, tecnico della fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare, igienista dentale, dietista (inclusi studenti dei corsi di laurea) • professioni sanitarie della riabilitazione: podologo, fisioterapista, logopedista, ortottista 	<ul style="list-style-type: none"> • massofisioterapisti • operatori socio-sanitari (OSS) • assistenti di studio odontoiatrico (ASO)



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

<p>- assistente di oftalmologia, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, terapeuta occupazionale, educatore professionale (inclusi studenti dei corsi di laurea)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● <u>professioni sanitarie della prevenzione</u>: tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro, assistente sanitario (inclusi studenti dei corsi di laurea) 	
---	--

Personale non sanitario delle strutture sanitarie e socio-sanitarie

Rientra nella categoria il personale dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo operante presso le strutture sanitarie e socio-sanitarie del Servizio Sanitario Regionale, indipendentemente dall'inquadramento contrattuale. In particolare, ad esempio, personale amministrativo delle strutture ospedaliere e territoriali (compresi il personale non sanitario operante presso gli studi dei MMG/PLS), personale delle strutture sanitarie private (es. strutture ambulatoriali, studi odontoiatrici, centri diagnostici).

Soggetti con condizioni di fragilità

Si evidenzia la necessità di garantire equità d'accesso alla vaccinazione per tutta la popolazione, privilegiando prioritariamente le categorie di individui con aumentato rischio clinico, nel rispetto delle indicazioni del Ministero della Salute. Durante la campagna vaccinale contro il Covid-19, all'interno della popolazione generale, sono state individuate categorie prioritarie in base all'età e alla presenza di condizioni patologiche, poiché questi due fattori hanno rappresentato le variabili principali di correlazione con la mortalità per Covid-19 (*Documento tecnico "Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti SARS-CoV-2/COVID-19" del 10 marzo 2021 e ss.mm.ii., Circolare del Ministero della Salute n. 41416 del 14/09/2021*). Nel caso di minori che rientrano nella definizione di estremamente vulnerabili e che non possono essere vaccinati per mancanza di vaccini indicati per la loro fascia di età, andranno vaccinati i relativi genitori/tutori/affidatari.

Lavoratori dei Servizi Essenziali

Con il progressivo aumento delle dosi di vaccino, successivamente alle categorie prioritarie individuate dal Ministero della Salute (operatori sanitari e socio-sanitari, personale e residenti delle strutture residenziali per anziani, ecc.), si inizierà a sottoporre a vaccinazione le altre categorie di popolazione, tra le quali rientrano i lavoratori dei Servizi Essenziali, quali:

- forze dell'ordine,
- forze armate,
- vigili del fuoco,
- protezione civile,
- addetti ai trasporti pubblici e addetti al trasporto di prodotti di prima necessità,
- donatori di sangue ed emocomponenti,
- insegnanti e personale scolastico e universitario,
- addetti ai servizi postali,
- personale dei servizi penitenziari e dei luoghi di comunità,
- addetti ad altri servizi di pubblica utilità (es. rifiuti, acqua).

In ogni caso, si potrà attuare una strategia di tipo adattativo, sulla base dell'identificazione di particolari categorie a rischio o di gruppi di popolazione in grado di sostenere la trasmissione dell'infezione nella comunità.

Popolazione generale

Nel contesto della popolazione generale, la campagna vaccinale va avviata secondo una prioritizzazione che considera il fattore di rischio anagrafico. Per tale regione dovrà essere avviata partendo dalle fasce di età più anziana (≥ 80 anni), procedendo progressivamente alle altre fasce di età più giovani. In genere l'offerta potrà procedere con il criterio della coorte di nascita in accordo con la disponibilità delle dose e in base alle indicazioni tecniche dei vaccini disponibili. Tale prioritizzazione sulla base del criterio anagrafico deve integrare l'offerta basata sulle condizioni di rischio clinico (es. comorbidità, vulnerabilità) e sull'attività professionale (es. operatori sanitari, lavoratori dei Servizi Essenziali).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

Elementi per l'organizzazione dell'offerta

Vaccinazione degli esercenti le professioni sanitarie e degli operatori di interesse sanitario operanti presso le strutture ospedaliere

La prima fase della campagna richiede un modello per la vaccinazione degli operatori che garantisca i seguenti principi:

- prossimità, per favorire l'adesione del personale e per ridurre il più possibile gli impatti organizzativi sui servizi e sulla turnistica, con l'attivazione di un Punto di Vaccinazione per ogni Struttura Ospedaliera;
- rispetto delle tempistiche del calendario vaccinale;
- rispetto della continuità del servizio e dell'assistenza considerando i turni di lavoro del personale;
- prioritizzazione attraverso una stratificazione del rischio interna, realizzata in accordo tra Direzione Sanitaria e Direzione Medica, Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP), Medico Competente e SISP;
- rispetto delle misure di prevenzione e distanziamento.

I principi standard del modello devono poi essere adeguati al contesto locale, considerando percorsi e spazi al fine di garantire il regolare flusso degli operatori sanitari, e il numero e le sedi dei punti vaccinali saranno definiti considerando anche le necessità logistiche del vaccino. Ogni Azienda Sanitaria attiverà i Punti di Vaccinazione ospedalieri inserendoli nella rete della campagna vaccinale, organizzata con il SISP territorialmente competente.

L'attività vaccinale di ogni Punto di Vaccinazione ospedaliero sarà organizzata come di seguito riportato:

- Direzione Medica: responsabile organizzativo che dirige e organizza le attività del Punto di Vaccinazione, definisce la programmazione alla luce della stratificazione del rischio.
- Medico Competente: supporta la Direzione Medica, in particolare nella prioritizzazione e nella stratificazione del rischio.
- Farmacia Ospedaliera: garantisce il supporto nella definizione, organizzazione e formazione delle attività di preparazione (diluizione e ricostituzione) del vaccino.

Il personale coinvolto nell'attività di vaccinazione sarà individuato dall'Azienda prioritariamente tra il personale afferente ai Servizi della Struttura Ospedaliera, e comunque in base all'organizzazione aziendale.

L'attività sarà organizzata in:

- Gruppi Vaccinali (GV). Un Gruppo Vaccinale assicura fino a 5 Unità Vaccinali ed è composto da un medico vaccinatore responsabile e 10 operatori sanitari vaccinatori (assistenti sanitari e infermieri). Il medico vaccinatore sovrintende ed è responsabile delle Unità Vaccinali di riferimento e le supporta nella raccolta anamnestica pre-vaccinale, nelle eventuali valutazioni cliniche e nella sorveglianza post-vaccinale.
- Unità Vaccinali (UV). Ogni unità vaccinale è costituita da 2 operatori (di cui almeno 1 operatore sanitario vaccinatore), garantisce la raccolta dell'anamnesi pre-vaccinale, la preparazione (ricostituzione) delle dosi, la somministrazione del vaccino e la registrazione del dato negli applicativi regionali, le informazioni sulla gestione degli eventuali effetti collaterali. Per la diluizione e ricostituzione del vaccino è raccomandabile la predisposizione di specifiche procedure con l'individuazione di personale ad hoc a supporto delle Unità Vaccinali.

Il SISP territorialmente competente dà supporto per le attività di formazione del personale coinvolto e per l'utilizzo degli applicativi per la registrazione dei dati. Inoltre individua, a supporto dell'attività del Punto di Vaccinazione:

- un medico di riferimento: è un medico esperto di vaccinazioni e può fornire eventuale consulenza per quanto concerne gli elementi di carattere tecnico-scientifico, nel rispetto della buona pratica vaccinale;
- un assistente sanitario/infermiere di riferimento: è un assistente sanitario/infermiere esperto vaccinatore e può fornire eventuale consulenza per quanto concerne gli elementi relativi ad organizzazione delle sedute, allestimento e logistica (conservazione dei vaccini, controllo lotti, presidi medici per l'emergenza, smaltimento dei rifiuti sanitari).

Il numero di vaccinazioni eseguite per ogni Unità Vaccinale in unità di tempo dovrà essere calcolato in funzione della specificità del contesto e adeguato in funzione degli spazi e del personale. Pertanto la numerosità del personale attivato per svolgere l'attività vaccinale, il numero di Unità Vaccinali e la loro composizione dovranno essere definiti specificatamente per ogni Punto di Vaccinazione.

Vaccinazione degli esercenti le professioni sanitarie e degli operatori di interesse sanitario operanti presso le strutture territoriali

La prima fase della campagna richiede un modello per la vaccinazione degli operatori che garantisca i seguenti principi:

- centralizzazione in Punti di Vaccinazione territoriali, individuando spazi adeguati in funzione delle dimensioni aziendali a garanzia di efficienza e sicurezza;



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

- rispetto delle tempistiche del calendario vaccinale;
- rispetto della continuità del servizio e dell'assistenza considerando i turni di lavoro del personale;
- prioritizzazione attraverso una stratificazione del rischio interna, realizzata in accordo tra Direzione Sanitaria, Direzioni Distrettuali, RSPP, Medico Competente e SISP;
- rispetto delle misure di prevenzione e distanziamento.

I principi standard del modello devono poi essere adeguati al contesto locale, considerando percorsi e spazi al fine di garantire il regolare flusso degli operatori sanitari, e il numero e le sedi dei punti vaccinali territoriali saranno definiti considerando anche le necessità logistiche del vaccino. Gli operatori sanitari territoriali operano in strutture disperse nel territorio, nelle quali spesso il personale sanitario è rappresentato da un numero limitato di operatori. Pertanto appare appropriato individuare nel territorio alcune sedi aziendali che dispongano di ampi spazi dove centralizzare l'attività di vaccinazione secondo una pianificazione con calendarizzazione dei servizi via via coinvolti. Le sedi con ampi spazi permettono la vaccinazione e il distanziamento fisico durante il tempo di sorveglianza post-vaccinale di molti operatori sanitari per ciascuna giornata di vaccinazione. Potrà essere valutata, per situazioni specifiche, anche la modalità *drive-through*. L'individuazione dei punti vaccinali e la programmazione delle attività sarà a carico delle Direzioni dei Distretti Sanitari. Ogni Azienda Sanitaria attiverà i Punti di Vaccinazione territoriali inserendoli nella rete della campagna di vaccinazione, organizzata con il coordinamento del SISP territorialmente competente.

L'attività vaccinale di ogni Punto di Vaccinazione territoriale sarà organizzata come di seguito riportato:

- Distretto: responsabile organizzativo che dirige e organizza le attività del punto di vaccinazione, definisce la programmazione.
- Medico Competente: supporta il Distretto, in particolare nella prioritizzazione e nella stratificazione del rischio.
- Farmacia: garantisce il supporto nella definizione, organizzazione e formazione delle attività di preparazione (diluizione e ricostituzione) del vaccino.

Il personale coinvolto sarà individuato dall'Azienda prioritariamente tra il personale dei Servizi Distrettuali e dei Dipartimenti di Prevenzione, e comunque in base all'organizzazione aziendale.

L'attività sarà organizzata in:

- Gruppi Vaccinali (GV). Un Gruppo Vaccinale assicura fino a 5 Unità Vaccinali ed è composto da un medico vaccinatore responsabile e 10 operatori sanitari vaccinatori (assistenti sanitari e infermieri). Il medico vaccinatore sovrintende ed è responsabile delle Unità Vaccinali di riferimento e le supporta nella raccolta anamnestica pre-vaccinale, nelle eventuali valutazioni cliniche e nella sorveglianza post-vaccinale.
- Unità Vaccinali (UV). Ogni unità vaccinale è costituita da 2 operatori (di cui almeno 1 operatore sanitario vaccinatore), garantisce la raccolta dell'anamnesi pre-vaccinale, la preparazione (ricostituzione) delle dosi, la somministrazione del vaccino e la registrazione del dato negli applicativi regionali, le informazioni sulla gestione degli eventuali effetti collaterali. Per la diluizione e ricostituzione del vaccino è possibile la predisposizione di specifiche procedure con l'individuazione di personale ad hoc a supporto delle Unità Vaccinali.

Il SISP territorialmente competente fornisce supporto per le attività di formazione del personale coinvolto e per l'utilizzo degli applicativi per la registrazione dei dati. Inoltre individua, a supporto dell'attività del Punto di Vaccinazione:

- un medico di riferimento: è un medico esperto di vaccinazioni e può fornire eventuale consulenza per quanto concerne gli elementi di carattere tecnico-scientifico, nel rispetto della buona pratica vaccinale;
- un assistente sanitario/infermiere di riferimento: è un assistente sanitario/infermiere esperto vaccinatore e può fornire eventuale consulenza per quanto concerne gli elementi relativi a organizzazione delle sedute, allestimento e logistica (conservazione dei vaccini, controllo lotti, presidi medici per l'emergenza, smaltimento dei rifiuti sanitari).

Il numero di vaccinazioni eseguite per ogni Unità Vaccinale in unità di tempo dovrà essere calcolato in funzione della specificità del contesto e adeguato in funzione degli spazi e del personale. Pertanto la numerosità del personale attivato per svolgere l'attività vaccinale, il numero di Unità Vaccinali e la loro composizione dovranno essere definiti specificatamente per ogni Punto di Vaccinazione territoriale.

Vaccinazione operatori e ospiti delle strutture residenziali

L'attività di vaccinazione dei dipendenti e degli ospiti delle strutture residenziali per anziani e per persone non autosufficienti dovrà essere garantita presso la struttura stessa, prevedendo dei Punti Vaccinali in Struttura Residenziale (PVSR). In base alla capacità organizzativa della stessa struttura e con la supervisione del Centro Vaccinale di riferimento, i PVSR saranno costituiti, ove necessario, da personale dei Centri Vaccinali e/o delle ULSS di riferimento organizzato in team mobili, supportato e integrato dal personale sanitario, OSS e amministrativo delle strutture residenziali socio-assistenziali. Il responsabile medico coordinatore, o suo delegato, con il supporto del SISP, garantirà



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione*

la programmazione e l'organizzazione delle sedute vaccinali, avvalendosi della collaborazione della figura infermieristica individuata dalla struttura quale referente interno del medico coordinatore. L'attività vaccinale di ogni PVSR sarà organizzata come di seguito riportato:

- Medico coordinatore: responsabile organizzativo che pianifica e organizza le attività, definisce la programmazione.
- Struttura residenziale: individua un infermiere che svolge un ruolo di referente interno del medico coordinatore e coadiuva il medico coordinatore nell'organizzazione (referente previsto dall'art. 3, Allegato A della DGR n. 1231/2018).
- Personale:
 - personale delle strutture residenziali (infermieri, OSS e amministrativi) integrato da personale delle Aziende ULSS di riferimento organizzato in team mobili, che supporteranno il personale della struttura con particolare attenzione alle fasi di preparazione (diluizione e ricostituzione) del vaccino e di registrazione dei dati;
 - medico responsabile di seduta, identificato prioritariamente nel medico già operante presso la struttura stessa; ogni medico può essere responsabile di più Unità Vaccinali presso la stessa struttura, nel rispetto delle buone pratiche vaccinali;
 - l'attività sarà organizzata in Unità Vaccinali (UV). Ogni unità vaccinale è costituita da 2 operatori (di cui almeno 1 operatore sanitario vaccinatore), garantisce la raccolta dell'anamnesi pre-vaccinale, la preparazione (ricostituzione) delle dosi, la somministrazione del vaccino e la registrazione del dato negli applicativi regionali, le informazioni sulla gestione degli eventuali effetti collaterali. Per la diluizione e ricostituzione del vaccino è possibile la predisposizione di specifiche procedure con l'individuazione di personale ad hoc a supporto delle Unità Vaccinali.

Il SISP territorialmente competente: fornisce supporto per le attività di formazione del personale coinvolto e per la formazione circa l'utilizzo degli applicativi per la registrazione dei dati. Inoltre individua, a supporto dell'attività del PVSR:

- un medico di riferimento: è un medico esperto di vaccinazioni e può fornire eventuale consulenza per quanto concerne gli elementi di carattere tecnico-scientifico, nel rispetto della buona pratica vaccinale;
- un assistente sanitario/infermiere di riferimento: è un assistente sanitario/infermiere esperto vaccinatore e può fornire eventuale consulenza per quanto concerne gli elementi relativi a organizzazione delle sedute, allestimento e logistica (conservazione dei vaccini, controllo lotti, presidi medici per l'emergenza, smaltimento dei rifiuti sanitari).

Per le altre strutture (es. centri diurni, centri sollievo per anziani, disabili, salute mentale, dipendenze, case di riposo per autosufficienti, comunità educative per i minori) saranno individuate, da parte delle Aziende ULSS, modalità organizzative ad hoc.

Vaccinazione dei lavoratori dei Servizi Essenziali

Oltre alla tutela e al funzionamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, tra le attività da considerare in caso di pandemia, e più specificamente nella campagna di vaccinazione, riveste un ruolo significativo il personale appartenente ai servizi pubblici essenziali.

Per le categorie dotate di strutture sanitarie interne, il vaccino può essere reso disponibile dalle Aziende ULSS di riferimento e somministrato a cura dei rispettivi Medici Competenti e/o dai servizi sanitari interni, ove presenti, in ambienti idonei nell'ambito delle strutture di appartenenza (o individuate in accordo con l'Azienda ULSS di riferimento); alternativamente l'attività di vaccinazione dei lavoratori dei Servizi Essenziali sarà effettuata nei Centri di Vaccinazione di Popolazione (CVP).

In ogni caso, la campagna richiede un modello per la vaccinazione degli operatori che garantisca i seguenti principi:

- rispetto delle indicazioni tecniche e delle buone pratiche relative alla preparazione e somministrazione del vaccino;
- rispetto delle tempistiche del calendario vaccinale;
- rispetto della continuità del servizio considerando i turni di lavoro del personale;
- prioritizzazione attraverso una stratificazione del rischio interna, realizzata in accordo tra RSPP e Medico Competente (es. priorità per il personale a contatto col pubblico);
- rispetto delle misure di prevenzione anti-contagio durante tutte le fasi della vaccinazione, da adattare ad ogni contesto locale al fine di individuare percorsi e spazi per garantire il regolare flusso degli operatori;
- rispetto delle indicazioni regionali per l'alimentazione dei flussi informativi; per i servizi che procederanno autonomamente alla somministrazione del vaccino mediante il Medico Competente e/o i servizi sanitari



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

interni, dovranno essere messe a disposizione soluzioni informatiche per la registrazione di tutti i dati obbligatori per assolvere al debito informativo nei confronti delle strutture centrali (regionali/nazionali).

Modelli di offerta e promozione della vaccinazione

Nel corso di una campagna vaccinale di popolazione la modalità di offerta e di promozione della vaccinazione deve essere flessibile e adattarsi al contesto della campagna stessa, al tipo di vaccino offerto, al target di popolazione, all'adesione e alla disponibilità di dosi. Ogni modello presenta degli elementi di forza e dei limiti, pertanto anche nel corso della stessa campagna vaccinale, è opportuno mantenere una flessibilità organizzativa.

Tabella. Sintesi di alcuni vantaggi e limiti dei principali modelli di offerta e promozione della vaccinazione.

	VANTAGGI	LIMITI
Chiamata attiva mediante invito da parte dell'Azienda ULSS (es. SISP, Centri Specialistici Ospedalieri)	<ul style="list-style-type: none"> - Modello già in uso per gli inviti ai programmi di screening e alle principali campagne vaccinali ordinarie - Iniziative di recupero di chi non ha aderito ad altre modalità di offerta - Invito esteso a di tutti gli assistiti, residenti e domiciliati in un'ottica di equità di offerta - Può essere indirizzata con priorità ad alcuni target di popolazione (es. per condizione di fragilità, fascia di età, ecc.) - Predisposizione di liste di riserva per ottimizzare le dosi disponibili 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà di comunicazione diretta per la popolazione e possibili barriere linguistiche (ad esempio difficoltà di spostamento o annullamento degli appuntamenti) - Richiede aggiornamento costante dell'anagrafe sanitaria dei cittadini per assicurare il recapito degli inviti a tutta la popolazione interessata
Chiamata attiva del MMG/PLS	<ul style="list-style-type: none"> - Garantisce capillarità della somministrazione - Iniziative di recupero di chi non ha aderito a modelli di accesso libero - Invito esteso a di tutti gli assistiti, residenti e domiciliati in un'ottica di equità di offerta - Rapporto di fiducia tra assistito e medico curante - Principio di prossimità al luogo di domicilio 	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore complessità nella logistica e nella conservazione e preparazione del vaccino - Necessaria integrazione tra i sistemi informativi in uso ai MMG/PLS e i sistemi regionali o nazionali - Adesione non uniforme da parte di MMG/PLS - Modalità non sempre omogenea nella chiamata attiva
Accesso libero	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore flessibilità per la popolazione - Maggiore facilità di accesso per categorie svantaggiate - Possibilità di promozione e informazione tramite i <i>media</i>, enti e istituzioni locali - Possibilità di accedere facilmente anche per chi non è domiciliato, residente o assistito 	<ul style="list-style-type: none"> - Scarso controllo dell'afflusso di persone - Possibilità di code e difficoltà di mantenimento delle misure di distanziamento interpersonale - Difficoltà di approvvigionamento delle quantità di vaccino necessario in caso di afflussi importanti - Difficoltà nella previsione del corretto numero di dosi (es. scongelamento di quantitativi eccessivi)
Auto-prenotazione	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore flessibilità per la popolazione - Facilità di accesso per le persone con familiarità con gli strumenti tecnologici - Regolamentazione dei flussi e modulazione delle sedute e del personale coinvolto - Pianificazione più efficiente delle sedute in funzione delle scorte disponibili - Realizzabile tramite strumenti diversi (es. portale online, <i>call center</i>, prenotazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Difficoltà di accesso e di prenotazione tramite portale online per soggetti con difficoltà nell'uso delle tecnologie (es. anziani) - Difficoltà di accesso per soggetti "<i>hard to reach</i>" - Necessità di attivare modelli di prenotazione diversi, integrati e complementari (portale online, <i>call center</i>, ecc.)



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

	presso Farmacie oppure altri Enti, ecc.) - Rischio di sottoutilizzo delle agende disponibili e di ridotta efficienza delle risorse umane	
Vaccinazione "on-site"	- Possibilità di raggiungere popolazioni "hard to reach" - Maggiore adesione alla vaccinazione da parte di gruppi target di popolazione - Campagna di comunicazione e di informazione ad hoc rispetto al target	- Dispendiosa in termini organizzativi - Maggiori risorse necessarie (personale, tempo, carburante, ecc.) - Necessario il coordinamento con le comunità e gli <i>stakeholders</i> - Barriere linguistiche e comunicative

Setting per la vaccinazione della popolazione generale

In considerazione dell'eccezionalità delle dimensioni della popolazione destinataria e della concentrazione temporale dell'intervento, vengono individuati diversi possibili setting per l'effettuazione delle vaccinazioni, al fine di allargare la rete dell'offerta vaccinale e di raggiungere il maggior numero di persone, garantendo la capillarità della somministrazione. La complessità della campagna vaccinale di popolazione impone un'organizzazione vaccinale ad hoc che deve realizzarsi secondo i criteri e i modelli organizzativi più appropriati, al fine di promuovere l'adozione di comportamenti omogenei nell'intero territorio regionale, nel rispetto delle indicazioni tecniche e delle buone pratiche relative alla preparazione e alla somministrazione del vaccino, a tutela della sicurezza e a garanzia dell'efficacia dell'attività vaccinale sia per il vaccinato sia per l'operatore sanitario. Insieme al ruolo fondamentale di coordinamento e operativo svolto dai SISP dei Dipartimenti di Prevenzione, saranno coinvolti nella campagna vaccinale anche altri attori, ad esempio i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta, i Centri Specialistici Ospedalieri, i Medici Competenti, le aziende produttive, i Servizi Essenziali, ecc.

A prescindere dal setting, l'attività sarà erogata nel rispetto delle indicazioni di sicurezza e di tutela degli operatori e dei soggetti da vaccinare, con particolare riferimento a:

- informazione circa la somministrazione del vaccino e sue conseguenze;
- raccolta dell'anamnesi;
- acquisizione del consenso informato;
- verifica delle condizioni di salute ai fini di un'appropriata somministrazione del vaccino;
- tempestiva registrazione dei dati relativi alle singole vaccinazioni espletate;
- vigilanza di eventuali reazioni avverse a breve termine successive alla somministrazione del vaccino;
- registrazione delle reazioni avverse e successivo invio ai sistemi di gestione della farmacovigilanza.

Si evidenzia che, dopo l'esecuzione delle vaccinazioni, il personale vaccinatore deve invitare il vaccinato a sostare, di norma, per 15 minuti circa negli spazi d'attesa della sede vaccinale, allo scopo di intervenire immediatamente nel caso di reazioni avverse a rapida insorgenza. Il periodo di osservazione va prolungato a 60 minuti in caso di anamnesi positiva per gravi allergie a sostanze non presenti nei vaccini (alimenti, farmaci, ecc.).

Il medico che presiede la seduta vaccinale assume la responsabilità generale in ordine alla gestione della stessa; verifica quindi la corretta conduzione dell'operatività (adesione ai protocolli, applicazione delle regole di buona pratica vaccinale, ecc.), garantisce l'approfondimento informativo e la decisione relativamente alla praticabilità della vaccinazione, dirige il pronto intervento in caso di emergenza dovuta a reazione a vaccino a rapida insorgenza o altro e comunque esercita ogni altra funzione che contribuisca ad assicurare il regolare svolgimento dell'attività.

Per garantire la somministrazione del vaccino nel rispetto degli standard qualitativi fondamentali e dei requisiti minimi strutturali e tecnologici per le attività vaccinali previsti dalle normative regionali, gli ambienti destinati a tale attività dovranno disporre di dispositivi medici adeguati al tipo di vaccinazione previsto nella seduta, di materiali per la disinfezione e di kit di primo soccorso per eventuali reazioni allergiche gravi/gravissime.

Nel rispetto delle buone pratiche vaccinali, il mantenimento della catena del freddo per la corretta e sicura conservazione delle dosi vaccinali è in capo agli operatori sanitari coinvolti, ognuno per il proprio ambito di competenza (operatori sanitari vaccinatori e medico responsabile di seduta vaccinale).

Le risorse umane costituiscono l'elemento cardine per l'attuazione della vaccinazione di popolazione, con particolare riferimento ai profili professionali richiesti, in termini qualitativi e quantitativi. La disponibilità di personale durante una pandemia costituisce altresì un elemento di criticità che deve essere considerato anche nella scelta dei diversi modelli organizzativi.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

Tabella. Sintesi di alcuni vantaggi e limiti dei diversi setting e modalità per l'erogazione dell'attività vaccinale.

	VANTAGGI	LIMITI
Centro di Vaccinazione di Popolazione (CVP)	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di afflusso di un grande numero di utenti in un breve arco temporale - Modello organizzativo indirizzato a fasce di popolazione (per età o categoria professionale) - Possibilità di organizzare delle giornate dedicate a particolari target di popolazione - Maggiore efficienza nell'utilizzo delle risorse e del personale - Può essere promossa un'attività su fasce orarie molto estese (anche 24 ore su 24) - Concentrazione di tutti i servizi e attività della filiera vaccinazione di popolazione in un'unica sede e in un'unica organizzazione - Struttura dedicata stabile (non necessita di allestire e disallestire più volte) - Organizzazione stabile delle attività - Possibilità di presenza di personale dedicato all'ordine e alla sicurezza degli operatori 	<ul style="list-style-type: none"> - Numero limitato di CVP nel territorio - Viabilità più difficile da gestire ed organizzare - Distanze e tempi di percorrenza lunghi per una parte della popolazione (difficoltà nel raggiungerli per le popolazioni più fragili) - Organizzazione complessa che necessita di tempo e del coinvolgimento di istituzioni esterne (gestori strutture, forze dell'ordine, protezione civile, enti per l'emergenza)
Ambulatori vaccinali	<ul style="list-style-type: none"> - Punti già attivi per altre attività - Materiali e attrezzature già predisposti - Organizzazione e postazioni già strutturate - Coinvolgimento del personale già operante presso le strutture - Personale già formato perché coinvolto nelle campagne vaccinali ordinarie - Ampliamento della rete di offerta, con maggiore capillarità sul territorio regionale 	<ul style="list-style-type: none"> - Spazi ridotti e viabilità non prevista per un grande afflusso di persone - Necessaria attrezzatura aggiuntiva per garantire la catena del freddo - Necessari inviti cadenzati per evitare sovraffollamenti
Vaccinazione in modalità drive-through	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di garantire il distanziamento interpersonale e la sicurezza per il personale - Fruizione facilitata da parte di persone con difficoltà nella deambulazione - Possibilità di presenza di personale dedicato all'ordine e alla sicurezza degli operatori 	<ul style="list-style-type: none"> - Condizioni ambientali non uniformi nel territorio regionale - Possibili disagi nel caso di condizioni meteorologiche sfavorevoli o incerte - Necessario gestire la viabilità e l'eventuale formazione di code e di traffico
Attività vaccinale presso "Punti testing"	<ul style="list-style-type: none"> - Punti già attivi per le altre attività connesse all'emergenza in corso - Organizzazione e postazioni già strutturate - Viabilità già prevista e strutturata - Fasce orarie dedicate per alcuni target di popolazione - Possibilità di presenza di personale dedicato all'ordine e alla sicurezza degli operatori 	<ul style="list-style-type: none"> - Rischio di intersezione tra le popolazioni target (soggetti che si recano al "Punto testing" per fini diagnostici e soggetti che vi si recano per la vaccinazione)
Punti di Vaccinazione	<ul style="list-style-type: none"> - Modello organizzativo indirizzato a fasce di popolazione (fragili e operatori) 	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso limitato ai soli assistiti - Minore efficienza e maggiori risorse



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

ospedalieri (PVO)	<p>sanitari)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ambienti protetti per vaccinazioni più a rischio 	necessarie (personale, tempo, ecc.)
Vaccinazione presso gli studi dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliamento della rete di offerta - Conoscenza diretta dei propri assistiti - Rapporto di fiducia tra medico curante e paziente - Prossimità e capillarità sul territorio regionale - <i>Counselling</i> dedicato - Possibilità di svolgere un'azione di promozione allargata ai familiari - Vicinanza alla residenza dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> - Accesso limitato ai soli assistiti - Necessità di garantire una informazione/formazione/aggiornamento capillare a tutti i Medici coinvolti - Adesione non omogenea e uniforme da parte di tutti gli MMG/PLS - Servizio non uniforme sul territorio - Possono risultare complesse la gestione della fornitura, la catena del freddo e la manipolazione dei vaccini - Maggiore complessità nella logistica e nella distribuzione dei vaccini
Vaccinazione presso le strutture residenziali per anziani e non-autosufficienti	<ul style="list-style-type: none"> - Coinvolgimento del personale già operante presso le strutture - Personale già formato perché coinvolto nelle campagne vaccinali ordinarie (Influenza, Pneumococco) - Completamento tempestivo della vaccinazione di tutti gli ospiti e del personale ivi operante - Rapida gestione reazioni avverse 	<ul style="list-style-type: none"> - Il coinvolgimento di personale operante presso le strutture può richiedere interventi di formazione specifica in tema vaccinale
Vaccinazione domiciliare	<ul style="list-style-type: none"> - Fruizione da parte di persone allettate o con gravi difficoltà nella deambulazione - Possibilità di programmazione (riduzione dei tempi di attesa) 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di formazione ad hoc del personale che effettua la vaccinazione a domicilio - Maggiori risorse necessarie (personale, tempo, carburante, ecc.) - Possono risultare complesse la gestione della fornitura, la catena del freddo e la manipolazione dei vaccini - Necessaria sempre presenza di personale medico
Vaccinazione presso le aziende economiche e produttive	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore tempestività, efficacia e livello di adesione - Vicinanza al luogo di lavoro dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di spazi idonei per la somministrazione del vaccino, spazi per accessi scaglionati e spazi per la permanenza post-vaccinazione - Possono risultare complesse la gestione della fornitura, la catena del freddo e la manipolazione dei vaccini
Vaccinazione presso le sedi dei Servizi Essenziali	<ul style="list-style-type: none"> - Maggiore tempestività, efficacia e livello di adesione - Vicinanza al luogo di lavoro dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di spazi idonei per la somministrazione del vaccino, spazi per accessi scaglionati e spazi per la permanenza post-vaccinazione - Possono risultare complesse la gestione della fornitura, la catena del freddo e la manipolazione dei vaccini
Vaccinazione presso le Farmacie	<ul style="list-style-type: none"> - Ampliamento della rete di offerta vaccinale in funzione della disponibilità di dosi vaccinali - Prossimità e capillarità sul territorio regionale - Vicinanza alla residenza dei cittadini 	<ul style="list-style-type: none"> - Necessità di formazione ad hoc di personale non coinvolto normalmente in attività vaccinale - Possono risultare complesse la gestione della fornitura, la catena del freddo e la manipolazione dei vaccini



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

Vaccinazione "on-site"	<ul style="list-style-type: none"> - Possibilità di raggiungere popolazioni "hard to reach" - Principio di prossimità al luogo di vita dei cittadini - Campagna di comunicazione e di informazione ad hoc rispetto al target di popolazione 	<ul style="list-style-type: none"> - Possono risultare complesse la gestione della fornitura, la catena del freddo e la manipolazione dei vaccini - Dispendiosa in termini organizzativi - Maggiori risorse necessarie (personale, tempo, carburante, ecc.)
-------------------------------	--	--

Centro di Vaccinazione di Popolazione (CVP)

L'offerta vaccinale per la popolazione generale dovrà prevedere un'organizzazione indirizzata all'attivazione di Centri di Vaccinazione di Popolazione, in numero adeguato al territorio e alla popolazione di riferimento. Il CVP rappresenta un modello organizzativo che risponde alla necessità di garantire la somministrazione di un vaccino ad un grande numero di persone nel più breve tempo possibile, mantenendo livelli ottimali di efficienza e di sicurezza.

Nel corso dell'emergenza da Sars-CoV-2, con DGR n. 239 del 02 marzo 2021, la Regione del Veneto ha approvato il **"Manuale per l'organizzazione di un Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)" allegato in Appendice A**, che definisce e delinea le principali attività e gli elementi utili da considerare nella gestione di un CVP, considerando tre diverse dimensioni delle sedi (strutture di medie dimensioni, grandi strutture, macro strutture) e due diversi modelli organizzativi del percorso vaccinale. Le indicazioni riportate nel presente documento e nel Manuale citato dovranno essere adattate alle specifiche realtà e alle modalità organizzative che saranno ritenute più opportune dai servizi vaccinali nei diversi contesti territoriali. Il Manuale individua gli elementi organizzativi, le necessità in risorse umane con i diversi profili professionali, le risorse strumentali e i requisiti della struttura sede di un CVP, quali elementi cardine per l'attuazione di una campagna di vaccinazione della popolazione generale. In particolare, la disponibilità di personale sanitario durante l'emergenza pandemica costituisce un elemento di criticità per cui, in concomitanza all'attività straordinaria di vaccinazione di popolazione, alcune attività di routine potranno essere rimodulate in modo da poter disporre e riorientare il personale necessario alla campagna di vaccinazione. Inoltre sarà necessario il reclutamento di un numero rilevante di volontari e/o di personale aggiuntivo non coinvolto routinariamente nelle attività vaccinali o assunto con modalità straordinarie. Il coordinamento, la supervisione e il supporto tecnico-scientifico dei SISP rappresentano i cardini per la gestione complessiva della campagna vaccinale.

Ogni CVP è definito come un modello organizzativo standard, attivabile anche modularmente; l'allestimento dovrà essere sostanzialmente uguale nei diversi CVP, definendo protocolli standardizzati per permettere l'intercambiabilità degli operatori. Si prevede l'istituzione di un CVP ogni 20.000-100.000 abitanti, da valutare sulla base del bacino di utenza così da permettere un facile accesso alla vaccinazione e una più rapida conduzione della campagna. Tale attività, e i relativi volumi, possono essere attivati ed organizzati su base "modulare" in funzione della disponibilità di spazi e per ottimizzare l'organizzazione locale. La scelta e l'allestimento dei siti in cui organizzare il CVP devono avvenire in funzione del numero di persone da vaccinare, della loro collocazione geografica (raggiungibilità, parcheggi) e della struttura dell'edificio identificato (volumi, sicurezza, accessibilità, area per lo stoccaggio, ecc.).

Qualora per la convocazione delle persone da vaccinare non sia possibile utilizzare inviti personali, dovrà essere data ampia comunicazione tramite i *media* delle specifiche popolazioni target per le diverse giornate di vaccinazione, delle modalità di vaccinazione e della dislocazione dei CVP.

Personale coinvolto nell'organizzazione e nello svolgimento della campagna vaccinale all'interno di un CVP:

1. Responsabile sanitario del CVP: il Responsabile sanitario del CVP è un medico specialista in igiene e medicina preventiva esperto di vaccinazioni. Dirige la attività vaccinali del CVP, è il riferimento tecnico-scientifico, è garante della buona pratica vaccinale, si rapporta con i soggetti esterni coinvolti a vario titolo nella campagna vaccinale (Direzione strategica ULSS, Direttore SISP, Sindaci dei comuni interessati, organismi di supporto, ecc.).
2. Responsabile organizzativo del CVP: è un assistente sanitario esperto vaccinatore; svolge funzioni organizzative e di coordinamento del personale vaccinatore. E' responsabile dell'allestimento e della logistica del CVP. E' responsabile in particolare della conservazione dei vaccini, controllo lotti, presidi medici per l'emergenza, smaltimento dei rifiuti sanitari.
3. Gruppo Vaccinale (GV): un Gruppo Vaccinale assicura 5 Unità Vaccinali ed è composto da un medico vaccinatore responsabile e 10 operatori sanitari vaccinatori (assistenti sanitari/infermieri). Il medico vaccinatore sovrintende ed è responsabile delle Unità Vaccinali di riferimento e le supporta nella raccolta anamnestica pre-vaccinale, nelle eventuali valutazioni cliniche e nella sorveglianza post-vaccinale. Per ogni Gruppo vaccinale è identificata una corrispondente Area Triage (AT) a cui fa riferimento un operatore.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione

4. Unità Vaccinali (UV): ogni unità vaccinale è costituita da 2 operatori sanitari, garantisce la raccolta dell'anamnesi pre-vaccinale, la preparazione (ricostituzione) delle dosi, la somministrazione del vaccino e la registrazione del dato negli applicativi regionali, le informazioni sulla gestione degli eventuali effetti collaterali. Di norma ogni CVP prevede l'attivazione di 10 Unità Vaccinali (UV); per tutti gli operatori, sotto il coordinamento del SISP territorialmente competente, dovrà essere prevista una formazione e, nel caso di impiego di operatori sanitari o studenti senza pregressa esperienza vaccinale, si raccomanda un periodo di affiancamento presso una sede vaccinale territoriale.
5. Personale di supporto: in ogni CVP vanno previsti operatori addetti al controllo esterno del flusso e triage al varco, addetti al controllo del flusso interno delle persone verso le postazioni vaccinali, operatore per la prima sorveglianza post-vaccinale, operatori con ambulanza per le emergenze. Per i centri vaccinali con un maggior numero di Unità Vaccinali, è indicata la presenza di altro personale di supporto (volontari Protezione Civile e/o Esercito) per la gestione all'esterno di grandi flussi di persone e di auto.

Ambulatori vaccinali

L'attività vaccinale può essere svolta anche presso gli ambulatori vaccinali già esistenti nelle strutture dell'Azienda ULSS o delle Aziende Ospedaliere. Particolare attenzione dovrà essere posta per evitare sovraffollamenti delle sale d'attesa, anche rivalutando gli spazi e il numero di ambulatori affinché possa essere garantito il corretto distanziamento. Andrà evitata (o ridotta al minimo) la presenza di accompagnatori e saranno necessari appuntamenti cadenzati. Tali ambulatori possono integrare l'offerta vaccinale garantita dai Centri di Vaccinazione di Popolazione per garantire criteri di prossimità e per favorire l'accesso di soggetti che potrebbero avere maggiori difficoltà nel raggiungere il CVP.

Attività vaccinale in auto (*drive-through*)

L'attività vaccinale potrà essere garantita anche in modalità *drive-through*. Si ritiene opportuno che tale servizio, ove possibile, sia organizzato contestualmente al CVP, in contiguità con il punto di sosta dell'ambulanza, prevedendo spazi sosta per le auto, dedicata al periodo di sorveglianza post-vaccinale. L'organizzazione di tale modalità dovrà considerare con attenzione gli spazi e la viabilità al fine di evitare il formarsi di code e congestioni del traffico. La vaccinazione in modalità *drive-through* rappresenta una strategia operativa rapida e sicura a fronte di grandi numeri di soggetti da vaccinare. Questa modalità esecutiva è stata messa a punto sulla base di alcune esperienze internazionali, mutuando il modello gestionale di esecuzione dei tamponi per Covid-19, per garantire ad utenza e operatori massimi livelli di sicurezza preventiva nei riguardi del rischio di contagio, considerata l'operatività all'aperto e l'assoluto distanziamento sociale tra i singoli utenti, i quali, salvo condizioni di grave necessità, restano a bordo della propria vettura.

Attività vaccinale presso "Punti testing"

Alcuni "Punti testing" (es. i Punti Tampone per l'emergenza COVID-19) coinvolti nelle attività di effettuazione di test diagnostici attivati nel corso dell'emergenza pandemica, possono essere riconvertiti, anche per frazioni di tempo della giornata, in punti per la vaccinazione. Tale riconversione potrebbe, in base alle esigenze specifiche essere rivolta prioritariamente a specifici gruppi target di popolazione (es. bambini, gruppi fragili con particolari condizioni di disabilità per i quali potrebbe non essere indicato l'accesso ad un CVP). Deve comunque essere garantita la netta separazione delle fasce orarie e dei percorsi di accesso previsti per l'attività vaccinale e l'attività di effettuazione di test per evitare ogni possibile rischio di incrocio delle diverse popolazioni target. L'attività vaccinale richiede la presenza di 2 operatori sanitari vaccinatori e un medico responsabile di seduta vaccinale.

Punti di Vaccinazione ospedalieri (PVO)

L'offerta vaccinale per alcune categorie target di popolazione può avvenire prioritariamente nei Punti di Vaccinazione attivati all'interno delle strutture ospedaliere. In particolare, per molte delle persone rientranti nelle aree di elevata fragilità (persone estremamente vulnerabili), l'offerta vaccinale può avvenire prioritariamente presso i Centri Specialistici Ospedalieri di riferimento, al fine di facilitare e prioritizzare l'accesso alla vaccinazione.

Inoltre, per rafforzare ulteriormente l'offerta vaccinale, le strutture ospedaliere individuano modalità organizzative ad hoc per garantire la vaccinazione di tutti i soggetti ricoverati (degenza ordinaria e in regime di day-hospital) al



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione*

momento della dimissione, se le condizioni cliniche lo consentono. Allo stesso tempo, nel contesto delle strutture ospedaliere, si raccomanda di attivare dei percorsi per offrire la vaccinazione alle stesse popolazioni target in tutte le occasioni opportune.

Inoltre, i Punti di Vaccinazione ospedalieri attivati presso le Aziende Ospedaliere, supportano la campagna di vaccinazione della Azienda ULSS di riferimento, con modalità da concordare in considerazione delle specificità di ciascun ambito territoriale.

Vaccinazione presso gli ambulatori dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta

Data l'eccezionalità delle dimensioni della popolazione destinataria e la concentrazione temporale dell'intervento vaccinale durante una pandemia, la relazione del MMG e del PLS con i propri assistiti costituisce un pilastro fondamentale per il buon esito della campagna vaccinale, sia per il rapporto fiduciario che lega l'assistito al suo medico curante, sia per la conoscenza che il medico stesso ha dei suoi assistiti, anche per il contributo informativo e di sensibilizzazione che ne deriva, al fine di garantire una buona copertura vaccinale decentrata e capillare.

Sulla base di quanto sopra, ogni Azienda ULSS:

- organizza la campagna e la distribuzione dei vaccini ai MMG/PLS;
- raccoglie le disponibilità dei MMG/PLS per svolgere l'attività presso le sedi organizzate dall'Azienda stessa e ne prevede il tempestivo coinvolgimento;
- prevede la somministrazione dei vaccini da parte dei MMG/PLS a determinate categorie, individuate dalla stessa Azienda secondo la programmazione regionale e le indicazioni nazionali.

Il vaccino potrà essere somministrato da parte dei MMG/PLS direttamente a domicilio del paziente, nel suo ambulatorio o in strutture messe a disposizione da Comune/enti (con organizzazione da parte del medico stesso) oppure in strutture messe a disposizione dalle Aziende ULSS stesse.

Vaccinazione domiciliare

Le persone che per età o per grave patologia sono allettate o hanno gravi difficoltà di deambulazione oppure sono costrette a casa perché estremamente vulnerabili per condizione clinica e ad alto rischio di forme gravi di malattia se contagiate, saranno vaccinate a domicilio.

L'Azienda ULSS monitora e supporta l'offerta vaccinale alla popolazione in Assistenza Domiciliare Integrata quale target prioritario dell'offerta vaccinale domiciliare.

L'attività vaccinale, anche a domicilio, deve sempre essere garantita nel rispetto delle buone pratiche vaccinali a garanzia di sicurezza ed efficacia dell'attività vaccinale per il vaccinato e per l'operatore. A seconda dell'organizzazione locale e della fase della campagna vaccinale, il medico coinvolto nella vaccinazione a domicilio potrà essere il MMG/PLS, un medico delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) o un altro medico arruolato ad hoc per tale attività.

Per ulteriori indicazioni si rimanda all'**Appendice B "Manuale per la Vaccinazione anti COVID-19 a domicilio - Aprile 2021"**, redatta durante la pandemia da Sars-CoV-2 al fine di supportare la campagna vaccinale contro il Covid-19.

Vaccinazione presso le aziende economiche e produttive

Qualora le dosi di vaccino disponibili lo permettano, sarà possibile vaccinare anche all'interno dei posti di lavoro, da parte di sanitari ivi disponibili, al fine di realizzare un notevole guadagno in termini di tempestività, efficacia e livello di adesione. La vaccinazione potrà essere avviata, compatibilmente con la disponibilità di vaccino, nelle aziende dotate di struttura organizzativa adeguata che garantisca spazi idonei per la somministrazione del vaccino, spazi per accessi scaglionati e spazi per la permanenza post-vaccinazione. Il vaccino sarà reso disponibile dalle Aziende ULSS di riferimento e somministrato in ambienti idonei nell'ambito delle strutture di appartenenza. Per esigenze di natura logistica e/o organizzativa potranno anche essere utilizzati ai fini della vaccinazione spazi esterni all'azienda, purché adeguatamente attrezzati.

Inoltre, a seconda delle esigenze e coerentemente con la necessità di realizzare un notevole guadagno in termini di tempestività, efficacia e livello di adesione, gli spazi ritenuti idonei (interni o esterni all'azienda) potranno essere utilizzati per la vaccinazione di lavoratori appartenenti ad una o più aziende aderenti all'iniziativa (della stessa area, dello stesso comparto, per la vaccinazione delle medesime categorie/funzioni aziendali, etc.), nonché, con modalità



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione*

organizzative da definire, l'iniziativa potrà essere estesa ai familiari dei lavoratori aderenti che per età o per categoria di rischio rientrano nel piano nazionale e regionale.

La supervisione dell'intero processo rimane in capo al Servizio Sanitario Regionale, per il tramite dell'Azienda ULSS di riferimento.

Per ulteriori indicazioni si rimanda all'**Appendice C "DOCUMENTO TECNICO Indicazioni ad interim per la Vaccinazione anti-COVID19 in Azienda"**, redatta durante la pandemia da Sars-CoV-2 al fine di supportare la campagna vaccinale contro il Covid-19.

Vaccinazione presso le sedi dei Servizi Essenziali

La vaccinazione dei lavoratori dei Servizi Essenziali potrà essere organizzata anche presso le strutture stesse se dotate di strutture sanitarie interne. In tali casi il vaccino potrà essere reso disponibile dalle Aziende ULSS di riferimento e somministrato a cura dei rispettivi Medici Competenti e/o servizi sanitari interni, ove presenti, in ambienti idonei nell'ambito delle strutture di appartenenza (o individuate in accordo con l'Azienda ULSS di riferimento). L'Azienda ULSS potrà garantire l'eventuale supporto formativo.

Vaccinazione presso le Farmacie

Previa stipulazione di specifici accordi con le organizzazioni sindacali rappresentative, sarà possibile l'effettuazione della vaccinazione presso le Farmacie, secondo programmi di individuazione della popolazione target e criteri di priorità, con esclusione dei soggetti estremamente vulnerabili o con anamnesi positiva per pregressa reazione allergica grave/anafilattica.

Vaccinazione "on-site"

Al fine di garantire il principio di equità di accesso alla vaccinazione, per aumentare la tempestività e il livello di adesione, e per raggiungere più facilmente le popolazioni "hard to reach", è necessario organizzare specifici interventi finalizzati al raggiungimento di tali gruppi target. Modalità specifiche, ad esempio, sono la vaccinazione "on-site", ovvero nei luoghi di vita di persone con elevata marginalità sociale. Tali modalità organizzative prevedono di attivare iniziative di collaborazione delle associazioni e degli Enti locali. Potranno quindi essere organizzate iniziative di vaccinazione dedicate ad esempio a persone ospitate presso i centri di accoglienza, persone senza dimora (es. mense popolari) nonché altri luoghi di frequentazione di specifici gruppi target.

Sistema informativo e monitoraggio

I sistemi informativi già normalmente utilizzati dalle singole Regioni/Province Autonome sono essenziali per una gestione operativa efficace di tutte le fasi della campagna vaccinale: pianificazione, elaborazione degli elenchi dei soggetti da vaccinare, automatizzazione delle lettere di invito secondo gli intervalli di somministrazione previsti. L'Anagrafe Vaccinale regionale viene resa operativa per la gestione e registrazione delle vaccinazioni proposte ad ampie coorti di soggetti in tutti i contesti regionali. L'applicativo deve consentire di registrare puntualmente tutte le informazioni necessarie alla gestione della campagna vaccinale, sia attraverso un'interfaccia web sia attraverso un'apposita app fruibile dagli operatori, inoltre deve consentire la programmazione delle sedute vaccinali tenendo conto sia dei cicli vaccinali previsti per lo specifico principio attivo del farmaco sia della disponibilità degli ambulatori/centri vaccinali. Inoltre deve permettere la produzione del certificato vaccinale e la registrazione dell'anamnesi prevaccinale secondo le indicazioni del Ministero della Salute e del flusso informativo verso il Ministero della Salute.

L'accesso al sistema, coordinato per competenza territoriale dalle Aziende ULSS ed in particolare dai relativi SISP dovrà prevedere l'accesso per la registrazione dei dati utili alla campagna da parte dei possibili attori coinvolgibili nella vaccinazione: direttamente o con l'integrazione con il flusso ACN per l'attività dei Medici di Medicina Generale e/o Pediatri di Libera Scelta. La registrazione della vaccinazione, o dell'eventuale dissenso a questa, avverrà in concomitanza dell'attività vaccinale, per garantire un monitoraggio puntuale dell'andamento della campagna, dei tassi di adesione e delle stime di copertura. Azienda zero garantisce la disponibilità e il funzionamento di tali aspetti.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di una Campagna Vaccinale di Popolazione*

La registrazione puntuale e tempestiva della somministrazione e di tutte le informazioni ad essa correlata, è necessaria sia per l'invio dei flussi con la periodicità dettata dal Ministero della Salute, sia per le funzioni di monitoraggio, strategia e programmazione in capo alla Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, che si avvale di appositi strumenti di supporto di *Business Intelligence*, predisposti e aggiornati da Azienda Zero sulla base delle esigenze specifiche della Direzione Regionale competente, con la visibilità di dati aggregati standardizzati. Gli strumenti sono inoltre a disposizione delle Aziende ULSS (ognuno per i dati di propria competenza) per le finalità di gestione e organizzazione oltre al monitoraggio sullo stato di avanzamento della campagna vaccinale.

Vaccinovigilanza e sorveglianza immunologica

L'introduzione dei vaccini che saranno disponibili a seguito dell'approvazione da parte delle Agenzie regolatorie, richiede un'attenta e puntuale attività di monitoraggio di tutte le possibili reazioni avverse. Per tale ragione devono essere sensibilizzati adeguatamente gli operatori sull'importanza della tempestiva segnalazione di eventi avversi, con il coinvolgimento del responsabile aziendale della farmacovigilanza. Gli applicativi di cui al paragrafo precedente, già normalmente utilizzati per la segnalazione delle reazioni avverse, garantiscono uno strumento fondamentale per l'attività regionale di farmacovigilanza. Saranno inoltre predisposte modalità di rinforzo del sistema di farmacovigilanza, anche in sinergia con iniziative di carattere nazionale ed internazionale, al fine di rilevare gli eventi avversi, mediante la proposta anche di modalità telematiche di rilevazione. Tali informazioni confluiranno negli applicativi regionali per la vaccinovigilanza e successivamente nel flusso nazionale. L'avvio della campagna di vaccinazione prevederà un'attività di monitoraggio e valutazione, anche in termini immunologici e di *effectiveness* a medio e lungo termine, con la partecipazione e l'avvio di studi ad hoc per l'analisi dei titoli anticorpali raggiunti (anche in relazione allo stato basale) dopo l'esecuzione del ciclo vaccinale e la valutazione della loro persistenza nel tempo.

Formazione del personale

Particolare attenzione sarà posta alla formazione del personale coinvolto nelle attività di vaccinazione, nel rispetto di tutte le evidenze scientifiche di volta in volta disponibili, anche attraverso la predisposizione di materiale informativo, in stretta collaborazione con gli organismi nazionali ed internazionali. E' importante la diffusione capillare tra il personale sanitario delle informazioni disponibili sul vaccino e sulle evidenze scientifiche disponibili, sia per una maggiore consapevolezza del personale stesso sia in considerazione dell'importante ruolo rivestito nei confronti della popolazione quale riferimento per l'autorevolezza delle informazioni scientifiche. A tale scopo dovrà essere predisposto un modulo formativo, che dovrà poter essere fruibile anche a distanza, rivolto a tutto il personale sanitario della Regione del Veneto, afferente alle strutture pubbliche, convenzionate e private. Il suddetto piano formativo dovrà sviluppare i temi inerenti le caratteristiche dell'agente responsabile della pandemia in corso, e le sue conseguenze in termini di esiti di salute, definire gli obiettivi della vaccinazione, illustrare il piano vaccinale predisposto dalla Regione del Veneto, far conoscere i principi del vaccino che verrà utilizzato, approfondendo le conoscenze disponibili. E' prevista inoltre la formazione del personale incaricato della somministrazione del vaccino, in particolare sulla modalità di preparazione delle dosi e sulle modalità organizzative. Anche tale formazione sarà sviluppata in modalità a distanza, con l'ausilio di video e tutorial predisposti ad hoc.

Campagna informativa e comunicativa

E' prevista la realizzazione di una campagna informativa e comunicativa rivolta ai diversi target di popolazione individuati, in affiancamento a quella predisposta a livello nazionale. La campagna avrà l'obiettivo di sostenere la motivazione personale per la scelta vaccinale, differenziata per target (operatore sanitario, personale dei servizi di pubblica utilità, *care givers*, anziani, ecc.). Per la popolazione generale verranno realizzati uno o più tutorial al fine di illustrare le modalità organizzative della somministrazione del vaccino, anche considerando le diverse scelte organizzative locali. La campagna informativa avrà carattere di diffusione regionale e locale e si avvarrà di tutti gli strumenti di comunicazione disponibili (siti internet, *social*, ecc.). Si evidenzia la necessità di attuare una campagna di comunicazione chiara, finalizzata al governo del sistema, anche in considerazione dell'effettiva disponibilità del vaccino, legata alle possibilità di produzione, e della conseguente individuazione di gruppi di popolazione target secondo livelli sequenziali di priorità.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di Campagna vaccinale di Popolazione

Appendice A

MANUALE PER L'ORGANIZZAZIONE DI UN CENTRO DI VACCINAZIONE PER LA POPOLAZIONE (CVP)

(DGR n. 239 del 02.03.2021, Allegato A)





EMERGENZA COVID-19

Manuale per l'organizzazione di un

Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)

Campagna di vaccinazione anti-COVID19



Versione:

Rev. 00 di febbraio 2021

Regione del Veneto

Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Direttore: dott.ssa Francesca Russo

Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica

Direttore: dott. Michele Mongillo

Il presente documento è stato redatto a cura di:

Anna Pupo¹, Elisa Ros¹, Michele Tonon¹

Con la collaborazione di:

Debora Ballarin¹, Donatella Indiano³, Alessandra Schiavinato³, Anna Ferraresso⁵, Nadia Raccanello¹, Gaia Lattavo¹, Francesco Paolo De Siena¹, Giuseppe De Luca¹, Benedetta Sforzi¹, Giovanni Venturato¹, Donatella Rizzato², Erica Artosi⁷, Alessandro Brioni⁷, Maria Teresa Padovan⁶, Sandro Cinquetti², Vittorio Selle⁴, Anna De Polo².

Regione del Veneto - ¹Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria, ²Azienda ULSS 1 dolomitica, ³Azienda ULSS 2 marca trevigiana, ⁴Azienda ULSS 3 serenissima, ⁵Azienda ULSS 6 euganea, ⁶Azienda ULSS 8 berica, ⁷Azienda ULSS 9 scaligera



SOMMARIO

PREMESSA	5
GLOSSARIO	6
1. CENTRO DI VACCINAZIONE DI POPOLAZIONE: DIVERSE DIMENSIONI PER DIVERSI MODELLI DI FUNZIONAMENTO	7
1.1 Strutture di medie dimensioni	7
1.2 Grandi strutture	7
1.3 Macro strutture	8
2. RUOLI E RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE	9
2.1 Referente aziendale della campagna vaccinale di popolazione	9
2.2 Team aziendale per la campagna vaccinale di popolazione	9
2.3 Responsabile sanitario del CVP	10
2.4 Responsabile organizzativo del CVP	10
3. ELEMENTI CONSIDERATI NELLA COSTRUZIONE DEL MODELLO	10
4. MODELLI ORGANIZZATIVI DEL PERCORSO VACCINALE IN UN CVP	11
4.1 Unità Vaccinali (UV)	12
4.2 Gruppo Vaccinale (GV)	12
4.3 Postazione preparazione delle fiale di vaccino (PI)	13
4.4 Personale di supporto	13
5. ORGANIZZAZIONE E ALLESTIMENTO DELL'AREA INTERNA	14
5.1 Modello a 4 step	14
5.2 Modello a 3 step	19
5.3 Altri modelli organizzativi	23
6. ORGANIZZAZIONE DELL'AREA ESTERNA	24
7. DOTAZIONE ORGANICA	26
8. REQUISITI DELLA STRUTTURA SEDE DI CVP	30
9. ATTIVITÀ VACCINALE IN AUTO (DRIVE-THROUGH)	31
10. REGISTRAZIONE ATTIVITÀ NEI SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI	33
11. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	35
ALLEGATO 1. RUOLI E COMPITI SPECIFICI	36
ALLEGATO 2. CHECK LIST REQUISITI DEL CVP	40
ALLEGATO 3. SCHEDA UTENTE	41
ALLEGATO 4. CHECK LIST DOTAZIONE FARMACOLOGICA E STRUMENTALE BORSA EMERGENZA	43





PREMESSA

Il Centro di Vaccinazione di Popolazione rappresenta un modello organizzativo di vaccinazione che risponde alla necessità di garantire la somministrazione di un vaccino ad un grande numero di persone nel più breve tempo possibile, mantenendo livelli ottimali di efficienza e di sicurezza.

Nell'ambito della campagna vaccinale anti-COVID19, tale modello organizzativo si inserisce nel piano complessivo di offerta vaccinale predisposto dalla Regione del Veneto in accordo con le indicazioni del Ministero della Salute e del Commissario Straordinario per l'Emergenza COVID-19.

Il presente Manuale propone un modello organizzativo definendo e delineando le principali attività e gli elementi utili da considerare nella gestione di un **Centro di Vaccinazione per la Popolazione (CVP)** e considera tre diverse dimensioni dei siti sedi di CVP e due diversi modelli organizzativi del percorso vaccinale. Le indicazioni qui riportate dovranno essere adattate alle specifiche realtà e alle modalità organizzative che saranno ritenute più opportune dai servizi vaccinali nei diversi contesti territoriali.

Il Manuale individua gli elementi organizzativi, le necessità in risorse umane con i diversi profili professionali, le risorse strumentali e i requisiti della struttura sede di un CVP, quali elementi cardine per l'attuazione di una campagna di vaccinazione della popolazione generale. In particolare, la disponibilità di personale sanitario durante l'emergenza pandemica costituisce un elemento di criticità per cui, in concomitanza all'attività straordinaria di vaccinazione di popolazione, alcune attività di routine potranno essere rimodulate in modo da poter disporre riorientare il personale necessario alla campagna di vaccinazione. Inoltre sarà necessario il reclutamento di un numero rilevante di volontari e/ o di personale aggiuntivo non coinvolto routinariamente nelle attività vaccinali o assunto con modalità straordinarie.

Si sottolinea, infine, che il coordinamento, la supervisione e il supporto tecnico-scientifico dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dei Dipartimenti di Prevenzione rappresentano *i cardini* per la gestione complessiva della campagna vaccinale.



GLOSSARIO

Amm.: Amministrativo
AS: Assistente Sanitario
AT: Area Triage
CVP: Centro di Vaccinazione per la Popolazione
Farm.: Farmacista
Inf.: Infermiere
GV: Gruppo Vaccinale
Med.: Medico
MMG: Medico di Medicina Generale
OSS: Operatore Socio Sanitario
PI: Postazione preparazione delle fiale di vaccino
PLS: Pediatria di Libera Scelta
PSP: Postazioni screening prevaccinale
SIAvr: Sistema Informativo di Anagrafe Vaccinale regionale
SISP: Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
ULSS: Unità Locale Socio Sanitaria
URP: Ufficio Relazioni con il Pubblico
UV: Unità Vaccinali



1. CENTRO DI VACCINAZIONE DI POPOLAZIONE: DIVERSE DIMENSIONI PER DIVERSI MODELLI DI FUNZIONAMENTO

L'attività vaccinale di una campagna vaccinale di popolazione, rivolta alla popolazione generale, richiede un'organizzazione fortemente improntata sull'attivazione di Centri di Vaccinazione di Popolazione (CVP), in numero adeguato al territorio e alla popolazione di riferimento.

Un Centro di Vaccinazione di Popolazione (CVP) è definito come un modello organizzativo standard, attivabile anche modularmente, che utilizza una struttura di grandi o grandissime dimensioni (es. auditorium, scuola, palestra, palazzetto dello sport, strutture per fiere, etc.) all'interno della quale è possibile organizzare la vaccinazione rapida e sicura di un elevato numero di persone. La standardizzazione dell'allestimento delle strutture, dell'organizzazione, dei percorsi e dei protocolli del CVP agevolerà l'attivazione degli stessi nei tempi e nel numero necessari e l'intercambiabilità degli operatori. Tale attività, e i relativi volumi, possono essere attivati ed organizzati su base "modulare" in funzione della disponibilità di spazi per ottimizzare l'organizzazione locale. La scelta e l'allestimento dei siti in cui organizzare il CVP deve avvenire in funzione del numero di persone da vaccinare, delle loro caratteristiche sociali (anziani, persone con difficoltà allo spostamento, popolazione generale), della collocazione geografica dell'edificio (raggiungibilità, parcheggi) e delle sue caratteristiche strutturali (volumi, sicurezza, accessibilità, area per lo stoccaggio, etc.). Un altro elemento importante da considerare è la previsione della fornitura delle dosi di vaccino: quantità, frequenza delle forniture e tipo di prodotto.

Sulla base dei criteri sopra esposti, la classificazione principale per definire gli standard di funzionamento di un CVP è basata sulle dimensioni del sito di vaccinazione:

1. strutture di medie dimensioni (es. sala comunale o parrocchiale, centro sociale, scuola);
2. grandi strutture (es: palestra);
3. macro strutture (centri fieristici, palazzetti dello sport).

1.1 Strutture di medie dimensioni

Le strutture di medie dimensioni (es. poliambulatori riconvertiti, sale parrocchiali, centri sociali, sale comunali, scuole, ecc.) sono ben distribuite nel territorio e generalmente di facile disponibilità. Per queste loro caratteristiche sono siti preferenziali quando il target della vaccinazione sono persone con difficoltà ai grandi spostamenti (anziani, persone con disabilità, ecc.), o la comunità è piccola e isolata (comuni di piccole dimensioni e isolati), o laddove c'è una forte identità della comunità di cittadini con il comune di appartenenza, o qualora la disponibilità di vaccini e il numero di persone vaccinabili non raggiunge un numero elevato e l'attività vaccinale è limitata nel tempo. L'organizzazione è di solito gestita a livello comunale con il supporto delle istituzioni locali (sindaco, altri rappresentanti delle amministrazioni comunali, associazioni di volontariato locali, ecc.), e il coordinamento delle attività rimane in capo all'azienda ULSS.

1.2 Grandi strutture

Le grandi strutture, come le palestre comunali, sale convegni, ecc. sono più adatte per attività vaccinali rivolte ad un numero elevato di persone, organizzate in "giornate di vaccinazione", con una capacità vaccinale di circa 1.500-2.500 persone al giorno per sito e un raggio di azione territoriale sovracomunale. E'



necessario, pertanto, un'organizzazione gestita centralmente dall'Azienda ULSS, riguardo per esempio le modalità di chiamata e di gestione degli appuntamenti, i rapporti con i soggetti istituzionali e di volontariato sociale esterni alla ULSS. Tali strutture sono siti preferenziali per alti volumi di attività vaccinale, che prevede la vaccinazione di un gran numero di persone (popolazione per fascia di età o categorie professionali con un gran numero di lavoratori come ad esempio insegnanti e forze dell'ordine) e la disponibilità di grandi quantità di vaccini.

1.3 Macro strutture

Le macro strutture, come centri fieristici o grandi palazzetti dello sport, permettono la vaccinazione di un elevato numero di persone ogni giorno (anche oltre 5.000 vaccinazioni/die). Le ampie dimensioni degli spazi necessitano di un gran numero di operatori sanitari e non sanitari e di un'organizzazione molto articolata, permettendo di attivare numerose postazioni vaccinali. Pertanto queste strutture sono da prediligere nella vasta campagna di vaccinazione della popolazione generale e quando c'è ampia disponibilità di vaccino, rappresentando il modello organizzativo più efficiente che permette una rapida vaccinazione con il miglior rapporto tra numero di dosi somministrate e unità di personale impiegato.

Un centro di vaccinazione di così vaste dimensioni può rappresentare anche l'unico nel territorio dell'azienda ULSS, attivo 24 ore su 24, con turni di attività di 6 ore, con personale sanitario di diversa provenienza (personale dipendente ULSS di servizi territoriali e ospedalieri, personale convenzionato, MMG e PLS, personale arruolato dalla Protezione civile, personale volontario) che si turna nel corso delle ore, dei giorni e della settimana. Un centro così strutturato necessita di un team organizzativo stabile, esclusivamente dedicato, che si occupi di tutti gli aspetti del programma vaccinale (amministrativi, comunicativi, logistica, emergenza, sicurezza, rapporti con enti istituzionali esterni e gli stakeholder, reclutamento e turnazione del personale, convocazione alla vaccinazione, monitoraggio attività, ecc.).

	VANTAGGI	SVANTAGGI
Strutture di medie dimensioni	<ul style="list-style-type: none"> - sede di facile disponibilità e facile accesso; - vicinanza alla residenza dei cittadini; - maggiore stimolo alla partecipazione da parte dei cittadini; - coinvolgimento delle istituzioni locali; - attivazione e organizzazione del CVP veloci e snelle. 	<ul style="list-style-type: none"> - ridotto numero di persone vaccinate per giornata (max qualche centinaio); - coordinamento di più centri da parte del SISP - organizzazione meno standardizzata (opportunità/esigenze locali diverse); - gestione fornitura, catena del freddo e manipolazione dei vaccini complesse
Grandi Strutture	<ul style="list-style-type: none"> - vaccinazione di un numero elevato di persone al giorno (1.500-2.500); - modello organizzativo indirizzato a fasce di popolazione (per età o categoria professionale); - organizzazione standardizzata. 	<ul style="list-style-type: none"> - necessità di allestimento e disallestimento più volte nel corso della campagna vaccinale; - coordinamento di più centri da parte del SISP; - gestione fornitura, catena del freddo e manipolazione vaccini complesse; - organizzazione complessa che necessita di tempo e del coinvolgimento di istituzioni esterne (gestori strutture, forze dell'ordine, protezione civile, enti per l'emergenza).
Macro Strutture	<ul style="list-style-type: none"> - vaccinazione veloce di un grandissimo numero di persone; - miglior efficienza; 	<ul style="list-style-type: none"> - impianto organizzativo articolato e complesso che necessita di tempo e del coinvolgimento di istituzioni esterne (gestori strutture, forze



	<ul style="list-style-type: none"> - struttura dedicata stabile (non necessita di allestire e disallestire più volte); - organizzazione attività stabile; - concentrazione di tutti i servizi e attività della filiera vaccinazione di massa in un'unica sede e in un'unica organizzazione; - apertura 24 ore su 24. 	<ul style="list-style-type: none"> - dell'ordine, protezione civile, enti per l'emergenza). - distanze e tempi di percorrenza lunghi per una parte della popolazione.
--	--	---

2. RUOLI E RESPONSABILITÀ ORGANIZZATIVE

2.1 Referente aziendale della campagna vaccinale di popolazione

Ogni azienda ULSS individua un referente aziendale per la campagna vaccinale di popolazione, di norma il direttore o un medico esperto dell'UOC Igiene e Sanità Pubblica.

2.2 Team aziendale per la campagna vaccinale di popolazione

Può essere istituito un team vaccinazione aziendale in ogni azienda ULSS composto da:

- Direttore sanitario e/o direttore del Dipartimento di Prevenzione,
- Direttore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica,
- Referente Profilassi Vaccinale e Malattie Infettive,
- Coordinatori attività vaccinali del SISP,
- Direttore, o suo delegato, della farmacia territoriale,
- Direttore, o suo delegato, di uno dei Distretti socio-sanitari,
- Referente dei sistemi informativi,
- Referente del servizio tecnico,
- Referente dell'URP e/o della comunicazione,
- Rappresentante dei Medici di Medicina Generale e/o Pediatri di Libera Scelta.

Il team aziendale per la campagna vaccinale di popolazione, coordinato dal referente aziendale della campagna vaccinale, programma e organizza l'attività vaccinale sulla base della pianificazione regionale, del numero di dosi e dei prodotti vaccinali disponibili. In particolare, coordina e organizza:

- individuazione dei siti di vaccinazione sulla base dei requisiti necessari,
- attivazione dei Punti Vaccinali e dei Centri di Vaccinazione di Popolazione,
- necessità di personale (in base al numero delle persone da vaccinare e al tipo di organizzazione) identificando ruoli e responsabilità funzionali,
- formazione e addestramento del personale sanitario,
- attività amministrative di supporto,
- logistica, supporti informatici, dispositivi medici e altro, compresi i DPI,
- disponibilità, trasporto e conservazione delle dosi vaccinali,
- servizio di emergenza sanitaria,
- servizio per la sicurezza,
- convocazione e chiamata alla vaccinazione della popolazione target.
- informazione e comunicazione sul funzionamento e sulle modalità di accesso alla vaccinazione.



2.3 Responsabile sanitario del CVP

Il Responsabile sanitario del CVP è un medico specialista in Igiene e Sanità Pubblica esperto di vaccinazioni. Egli rappresenta il riferimento tecnico-scientifico e il garante della buona pratica vaccinale, dirige l'attività vaccinali del CVP e si rapporta con i soggetti esterni coinvolti a vario titolo nella campagna vaccinale (Direzione strategica ULSS, Direttore SISP, sindaci dei comuni interessati, organismi di supporto, ecc.).

2.4 Responsabile organizzativo del CVP

E' un Assistente Sanitario esperto vaccinatore. Svolge funzioni organizzative e di coordinamento del personale vaccinatore. E' responsabile dell'allestimento e della logistica del CVP, in particolare della conservazione dei vaccini, controllo lotti, presidi medici per l'emergenza, smaltimento dei rifiuti sanitari.

3. ELEMENTI CONSIDERATI NELLA COSTRUZIONE DEL MODELLO

Il presente documento analizza il percorso vaccinale partendo dall'accesso alla struttura, considerando le fasi che compongono il percorso del soggetto da vaccinare che sono dettagliate di seguito. La definizione del percorso vaccinale in step, ognuna delle quali con una specifica azione, unita alla presenza di due operatori vaccinali per le postazioni di somministrazione del vaccino (Unità Vaccinali), con organizzazione delle attività diversa a seconda del modello previsto, consente di contrarre i tempi necessari per ogni singola vaccinazione. Il tempo medio per ogni vaccinazione considera non solo la somministrazione ma anche tutte le attività propedeutiche e successive alla vaccinazione, la preparazione, somministrazione del vaccino e la registrazione puntuale dei dati (*data entry*). L'analisi condotta e qui descritta è basata sul tempo medio di assistenza per paziente, dove quest'ultimo è stato calcolato in base alle evidenze circa i tempi di vaccinazione rilevati per tipologie di accesso simili.

Per il calcolo del tempo medio di vaccinazione, in assenza di tempi standard per l'attività di vaccinazione ad oggi definiti su base nazionale e regionale, si è provveduto a considerare:

- un'analisi organizzativa condotta in Regione del Veneto, frutto di una rilevazione a campione e di una successiva analisi, discussione e condivisione con i referenti delle attività vaccinali delle aziende ULSS; i risultati di tale analisi sono in corso di elaborazione per la definizione delle dotazioni standard di personale vaccinatore per le attività vaccinali ordinarie;
- l'esperienza accumulata dai Servizi Vaccinali delle Aziende ULSS del territorio regionale in occasione delle attività vaccinali di popolazione condotte a partire da giugno 2020 per garantire il recupero delle vaccinazioni sospese a causa della fase 1 dell'emergenza pandemica e per la vaccinazione anti-influenzale stagionale;
- le peculiarità legate alla somministrazione del vaccino anti-COVID rispetto ai vaccini già in uso da tempo che determina un allungamento dei tempi medi con particolare attenzione alle necessità per alcuni prodotti di ricostituzione del vaccino e dell'infialamento e tempi più lunghi per il counselling e l'anamnesi a causa delle conoscenze in costante aggiornamento su malattia e vaccini disponibili.

Definito il modello e i tempi necessari per l'attività, è stato possibile calcolare il numero di persone che è possibile vaccinare in un unità di tempo. Tali tempi forniscono degli elementi utili per l'organizzazione delle



attività ma devono comunque essere considerati con attenzione nella pianificazione in funzione del singolo contesto organizzativo, degli spazi e del personale a disposizione.

Altri elementi da considerare nell'organizzazione di un CVP sono:

- operatori a supporto della parte organizzativa (predisposizione degli inviti e delle chiamate, pianificazione strategica delle attività, campagna informativa) da considerare aggiuntive rispetto alle figure previste per il Centro di Vaccinazione di Popolazione.
- formazione per gli operatori sanitari senza esperienza vaccinale impegnati nelle Unità Vaccinali; il percorso formativo dovrà essere definito sotto il coordinamento del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica prevedendo, per quanto possibile, un periodo di affiancamento presso una sede vaccinale territoriale.
- modalità di invito alla vaccinazione che consentano di stimare in maniera precisa, per quanto possibile, il numero di accessi nel tempo alla struttura per evitare assembramenti a causa di un afflusso eccessivo di persone, sottoutilizzo delle agende disponibili e consentire un utilizzo efficiente delle risorse umane e di vaccino disponibile.

4. MODELLI ORGANIZZATIVI DEL PERCORSO VACCINALE IN UN CVP

Il modello considerato definisce il percorso vaccinale in un CVP come l'insieme della fasi in sequenza necessarie per garantire la vaccinazione di un soggetto convocato presso un CVP nel rispetto delle buone pratiche vaccinali e dei principi di sicurezza ed efficacia:

1. entrata nel CVP,
2. riconoscimento anagrafico: verifica documentazione per l'accesso (Check-in),
3. valutazione idoneità alla vaccinazione attraverso lo screening prevaccinale,
4. somministrazione del vaccino,
5. registrazione del vaccino nell'applicativo regionale SIAVr,
6. attesa/osservazione post-vaccinazione,
7. uscita dal CVP.



E' possibile individuare due modelli organizzativi che determinano due diversi percorsi vaccinali all'interno di un CVP. La scelta di uno o l'altro modello dipende essenzialmente dalla disponibilità di personale, dalle figure professionali e dalla loro esperienza vaccinale. Tali elementi incidono necessariamente in maniera significativa sul modello organizzativo e di conseguenza sul numero di persone vaccinabili nell'unità di tempo.



	Percorso a 3 step	Percorso a 4 step
Step del percorso vaccinale	1. identificazione e riconoscimento 2. acquisizione consenso + screening prevaccinale + somministrazione vaccino + registrazione vaccinazione 3. osservazione post-vaccinazione.	1. identificazione e riconoscimento 2. acquisizione consenso + screening pre-vaccinale 3. somministrazione vaccino + registrazione vaccino 4. osservazione post-vaccinazione
Caratteristiche	Il numero di personale necessario è minore rispetto al percorso a 4 step, ma la quota di esperti vaccinatori è maggiore.	Il numero di personale necessario è maggiore rispetto al percorso a 3 step, ma la quota necessaria di esperti vaccinatori, è minore.

Il nucleo di base dell'attività vaccinale è la postazione vaccinale, nel presente documento denominata Unità Vaccinale (UV), e dal Gruppo Vaccinale (GV) di riferimento. Di seguito sono precisate le funzioni, le attività e il coinvolgimento del personale nei diversi modelli organizzativi di CVP.

4.1 Unità Vaccinali (UV)

Ogni unità vaccinale è costituita da 2 operatori sanitari oppure da 1 sanitario e 1 operatore non sanitario (OSS, amministrativo, tecnico). Ciascuna Unità Vaccinale può essere così composta:

- Prima scelta: n. 2 operatori sanitari, di cui almeno uno con esperienza in attività vaccinale;
- Seconda scelta: n. 1 operatore sanitario con esperienza in attività vaccinale e n. 1 operatore sanitario non esperto (anche studente corso di laurea sanitaria);
- Terza scelta: n. 1 operatore sanitario esperto che raccoglie l'anamnesi e somministra il vaccino e n. 1 OSS/amministrativo/tecnico che supporta nell'attività di registrazione informatica del dato.

Unità Vaccinale	Percorso a 3 step	Percorso a 4 step
Attività	acquisisce consenso, garantisce la raccolta dell' anamnesi pre-vaccinale, la somministrazione del vaccino, la registrazione del dato nell'applicativo regionale SIAVr e le informazioni sulla gestione degli eventuali effetti collaterali	acquisisce consenso, garantisce la somministrazione del vaccino, la registrazione del dato nell'applicativo regionali SIAVr e le informazioni sulla gestione degli eventuali effetti collaterali
numero vaccinazioni per unità di tempo	3 persone ogni 10 minuti oppure 1 persona ogni 3 minuti (18-20 vaccinazioni ogni ora)	5 persone ogni 10 minuti (30 vaccinazioni ogni ora)

4.2 Gruppo Vaccinale (GV)

Un Gruppo Vaccinale assicura 5 Unità Vaccinali ed è composto da un medico vaccinatore responsabile e 10 operatori sanitari oppure da 5 operatori sanitari (AS/Inf.) e 5 operatori non sanitari. Il medico vaccinatore sovrintende ed è responsabile delle Unità Vaccinali di riferimento e le supporta nella raccolta anamnestica pre-vaccinale, nelle eventuali valutazioni cliniche e nella sorveglianza post-vaccinale. Per ogni



Gruppo Vaccinale è identificata una corrispondente Area Triage (AT) e Area per il check-in, a cui fanno riferimento i relativi operatori.

4.3 Postazione preparazione delle fiale di vaccino (PI)

Per i vaccini non pronti in fiala deve essere prevista per ogni Gruppo Vaccinale (GV) una postazione con due operatori sanitari (anche personale di farmacia) per la ricostituzione e la preparazione del vaccino in fiala pronto per l'uso.

4.4 Personale di supporto

Per ogni Gruppo Vaccinale (GV) il personale di supporto minimo è composto come di seguito riportato:

- n. 2 addetti al controllo esterno del flusso e al triage al varco,
- n. 1 addetto al check-in,
- n. 1 addetti al controllo del flusso interno delle persone verso le postazioni vaccinali,
- n. 1 operatore per la prima sorveglianza post-vaccinale,
- n. 2 operatori con ambulanza per le emergenze,
- n. 3 medici/AS esperti per valutazione idoneità alla vaccinazione (solo per il percorso a 4 step).

Inoltre, per i centri vaccinali con un maggior numero di unità vaccinali, è indicata la presenza di altro personale di supporto (volontari protezione civile e/o dell'esercito) per la gestione all'esterno di grandi flussi di persone e di auto.

Il numero di persone vaccinabili in un'ora in un CVP dipende dal modello organizzativo del percorso vaccinale (a 3 o 4 step) e dal numero di postazioni attivate.



5. ORGANIZZAZIONE E ALLESTIMENTO DELL'AREA INTERNA

5.1 Modello a 4 step

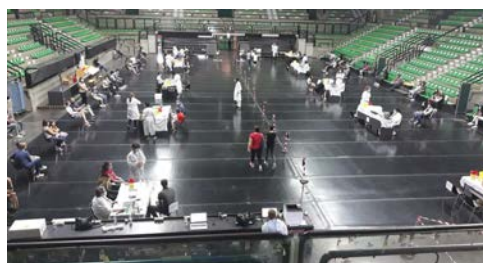
Area Interna 150 vaccinazioni/ora/GV		
Entrata Controllo accesso con triage	n. 2-4 operatori (in base al flusso di persone previste - numero di GV attivati) <i>volontari/ protezione civile</i>	<p>A tutte le persone che entrano nella struttura deve essere misurata la temperatura e deve essere fornita una mascherina chirurgica, se mancante. Deve essere assicurato che questa sia indossata correttamente (naso e bocca coperti e ben aderente al volto).</p> <p>Deve essere assicurato l'accesso con un flusso regolare in modo da evitare assembramenti durante il percorso all'interno della struttura.</p> <p>Deve quindi essere assicurata una distanza tra le persone di almeno un metro in tutte le fasi del percorso e conseguentemente devono essere segnalati sul pavimento tutti i punti di sosta, distanziati di 1 metro, delle diverse code che si formano ad ogni stazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attività: questa stazione ha la funzione di garantire un regolare flusso di ingresso al CVP, di separare i sospetti malati (temperatura superiore a 37.5°) dal resto delle persone presenti nel sito ➤ Personale: personale volontario o della protezione civile. ➤ Materiali e arredi per ogni postazione: tavolo, cestino per rifiuto secco. E' opportuno che la postazione del triage sia all'esterno oppure allestita in un'area separata, dove presente (es. l'atrio di un palasport), per garantire la separazione dei soggetti con sintomatologia sospetta dal resto degli utenti. ➤ Azioni: controllo flusso di persone e distanziamento, controllo mascherina, misurazione temperatura, domande sulle condizioni di salute ("Come sta?, Ha avuto febbre o tosse negli ultimi giorni?"), separazione dei sospetti sintomatici. I sintomatici vengono invitati a rientrare a domicilio e contattare il medico curante. ➤ Il personale del triage deve poter vedere la situazione della fila in attesa del check-in (stazione 1 all'interno della struttura) in modo da regolare il flusso di ingresso al CVP.
Step 1: check-in	n. 1 operatore ogni GV <i>volontario/ protezione civile/ figura tecnica o amministrativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deve essere prevista una stazione di check-in per ogni Gruppo Vaccinale, che garantisce un flusso di 150 persone all'ora. ➤ Attività: Questa stazione ha il compito di verificare la documentazione di accesso alla vaccinazione (prenotazione, appartenenza ad una specifica categoria professionale, ecc..) ed eventualmente l'identificazione anagrafica per disporre un elenco degli accessi al CVP. ➤ Personale: amministrativo (anche volontario) controlla i documenti anagrafici e la documentazione richiesta per l'accesso e fornisce le informazioni preliminari. ➤ Azioni: I non aventi diritto alla vaccinazione vengono accompagnati fuori dal CVP dagli addetti al flusso. Potrebbe essere opportuna la presenza della forza pubblica. ➤ Opzionale è la consegna della Scheda Utente (cfr. Allegato 3) che comprende dati anagrafici e sezione screening prevaccinale che gli stessi utenti compileranno nella stazione successiva. <p>Scheda Utente La scheda utente viene rilasciata dal check-in e ritirata al check-out ed accompagna la persona lungo tutte le tappe del CVP permettendo la trascrizione</p>



		<p>di tutte le informazioni acquisite lungo il percorso prevaccinale. La scheda utente è costituita da:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sezione 1: anagrafica - Sezione 2: anamnesi prevaccinale - Sezione 3: ok alla vaccinazione ed eventuali prolungamenti del periodo di osservazione
Step 2: acquisizione consenso + screening pre-vaccinale	n. 3 postazioni ogni GV <i>AS esperto/ Medico</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Attività: acquisizione del consenso. Effettuazione dello screening prevaccinale per la verifica dell'idoneità alla vaccinazione e l'eventuale rilevamento di condizioni sanitarie che necessitano di prolungamento del periodo di osservazione post vaccinale. > Personale: Medico o AS/Inf. esperto vaccinatore > Materiali e arredi per ogni postazione: tavolo, sedia, scheda plastificata con flow-chart screening, pennarello rosso per evidenziare il prolungamento del periodo di osservazione, contenitore rifiuto cartaceo e secco. > Azioni: In caso di prolungamento del periodo di osservazione post-vaccinale deve essere evidenziato con colore evidente la prescrizione, provvedendo ad informare l'individuo della necessità di un periodo d'attesa post-vaccinale più lungo. In caso di anamnesi dubbia o con controindicazioni, l'utente sarà inviato alla valutazione medica dell'idoneità alla vaccinazione per un'ulteriore verifica.
Postazione per valutazione medica idoneità alla vaccinazione	n. 1 postazione ogni 2 GV <i>Medico</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Attività: Postazione con un medico addestrato, anche volontario, che valuta l'idoneità alla vaccinazione in caso di storia di allergie, reazioni avverse a vaccini precedenti o situazioni cliniche particolari che possono controindicare la vaccinazione. > Materiali e arredi: postazione che garantisca la privacy (possono essere utilizzati dei paraventi), attrezzata con tavolo, almeno 2 sedie, guida NIV alle controindicazioni alla vaccinazione, etc. > Azioni: L'utente valutato come idoneo sarà reintrodotta nel flusso (il medico darà l'ok per la vaccinazione con una nota sulla scheda utente, su cui segnalerà con colore evidente anche eventuali opportuni prolungamenti del periodo di osservazione post-vaccinale). L'utente valutato non idoneo sarà accompagnato all'uscita con attestazione di non idoneità. All'utente con inidoneità temporanea sarà dato, se possibile, un appuntamento per una data successiva (il dato di "controindicazione temporanea" potrà essere registrato nell'applicativo regionale SIAVr).
Step 3: somministrazio ne e registrazione della vaccinazione	n. 5 postazioni ogni GV <i>AS/Inf./Med. + AS/Inf./Amm.</i>	<ul style="list-style-type: none"> > Attività: In questa stazione avviene la somministrazione e la registrazione della vaccinazione, secondo le indicazioni evidenziate dalla valutazione dello screening prevaccinale. > Personale: AS/Inf. somministrazione e informazioni post vaccinazione + AS/Inf./Amm. vaccinati per registrazione. > Materiali e arredi: per ogni postazione occorrono un tavolo e 3 sedie (due per gli operatori e una per l'utente). Ogni postazione deve essere dotata dei presidi sanitari per la somministrazione del vaccino, di una postazione pc/tablet per la registrazione contestuale della vaccinazione eseguita nell'applicativo regionale SIAVr per garantire la tracciabilità del dato. Devono essere previsti, inoltre, raccoglitori per rifiuti separati per ogni postazione, in particolare per carta, plastica, secco, speciale (lo smaltimento dei primi 3 seguirà il flusso di raccolta del comune in cui ha sede il CVP; dei rifiuti speciali si occuperanno gli operatori ULSS). E' previsto inoltre un contenitore per gli opuscoli "cosa fare dopo" da consegnare ai vaccinati. > Azioni: oltre alla somministrazione e alla registrazione del vaccino, viene consegnato ed illustrato brevemente l'opuscolo delle indicazioni sul "cosa



		fare dopo”, raccomandato il rispetto del periodo di 15 minuti di attesa per l’osservazione post-vaccinale, eventualmente allungato a 30 o 60 minuti.
Postazione per la ricostituzione dei vaccini	<i>AS/Inf./Farm.</i>	Nel caso di prodotti vaccinali da ricostituire deve essere prevista 1 postazione per ogni GV (5 UV) per la ricostituzione e inzialamento dei vaccini. Ogni postazione per la ricostituzione e inzialamento necessita di 2 operatori sanitari addetti a questa mansione.
Step 4: monitoraggio post vaccinale – check-out	n. 1 ogni GV <i>volontario/ protezione civile/OSS</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ E' la zona dove le persone vaccinate attendono per il tempo di osservazione post-vaccinazione (15 minuti, prolungato a 30 o 60 minuti in casi segnalati), presidiata da volontari eventualmente coadiuvati dal personale dell’ambulanza. ➤ <u>Attività:</u> Sorveglianza dell’insorgenza di reazioni avverse e controllo del rispetto dei tempi di attesa. Eventuali reazioni avverse saranno segnalate nell’applicativo regionale SIAVr. ➤ <u>Personale:</u> Volontari o personale della protezione civile (1 ogni GV). ➤ <u>Materiali e arredi:</u> area dotata di 40-50 postazioni a sedere per ogni GV (per GV che somministra 150 vaccini all’ora) sufficientemente distanziati tra loro (sedie o postazioni sugli spalti, contrassegnate in modo ben visibile, distanziate di un raggio di almeno 1 metro). In particolare dove prevista la presenza di accompagnatori considerare un numero di sedie aggiuntivo. Inoltre sono previsti almeno un tavolo con contenitori per raccogliere le Schede Utente, un cestino per rifiuto secco e cartaceo e alcune sedie per gli operatori. ➤ <u>Azioni:</u> Controllo delle persone in attesa. Se previste, raccolta delle scheda utente, prendendo visione di eventuali indicazioni sul prolungamento del periodo di osservazione. Consegna a chi ne ha bisogno dell’attestazione che giustifica l’assenza dal lavoro nell’orario della vaccinazione. ➤ Deve essere tenuta in considerazione la possibilità di cadute causate da eventuali lipotimie post-vaccinali, specialmente nell’ipotesi dell’utilizzo degli spalti. ➤ All’ingresso e all’interno dell’area di check-out deve essere segnalata la necessità che eventuali malori siano tempestivamente segnalati al personale per evitare ulteriori problemi (es. cadute).
Area con brandine o lettini		Dovrà essere prevista un’area protetta da paraventi dotata di almeno 2 materassini/brandine per GV, su cui distendere le persone che lamentino eventuali malori o altri eventi avversi successivi alla vaccinazione e fornire loro le cure adeguate.
Uscita Controllo flusso uscita		Dovrà essere prevista un’adeguata segnaletica che garantisca il flusso regolare delle persone verso l’uscita del CVP prevenendo la formazione di assembramenti.



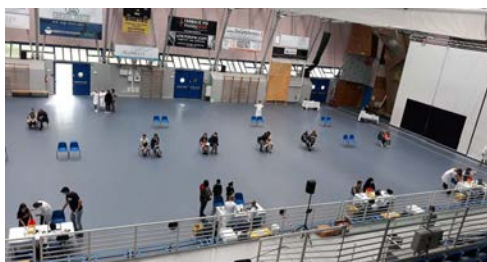
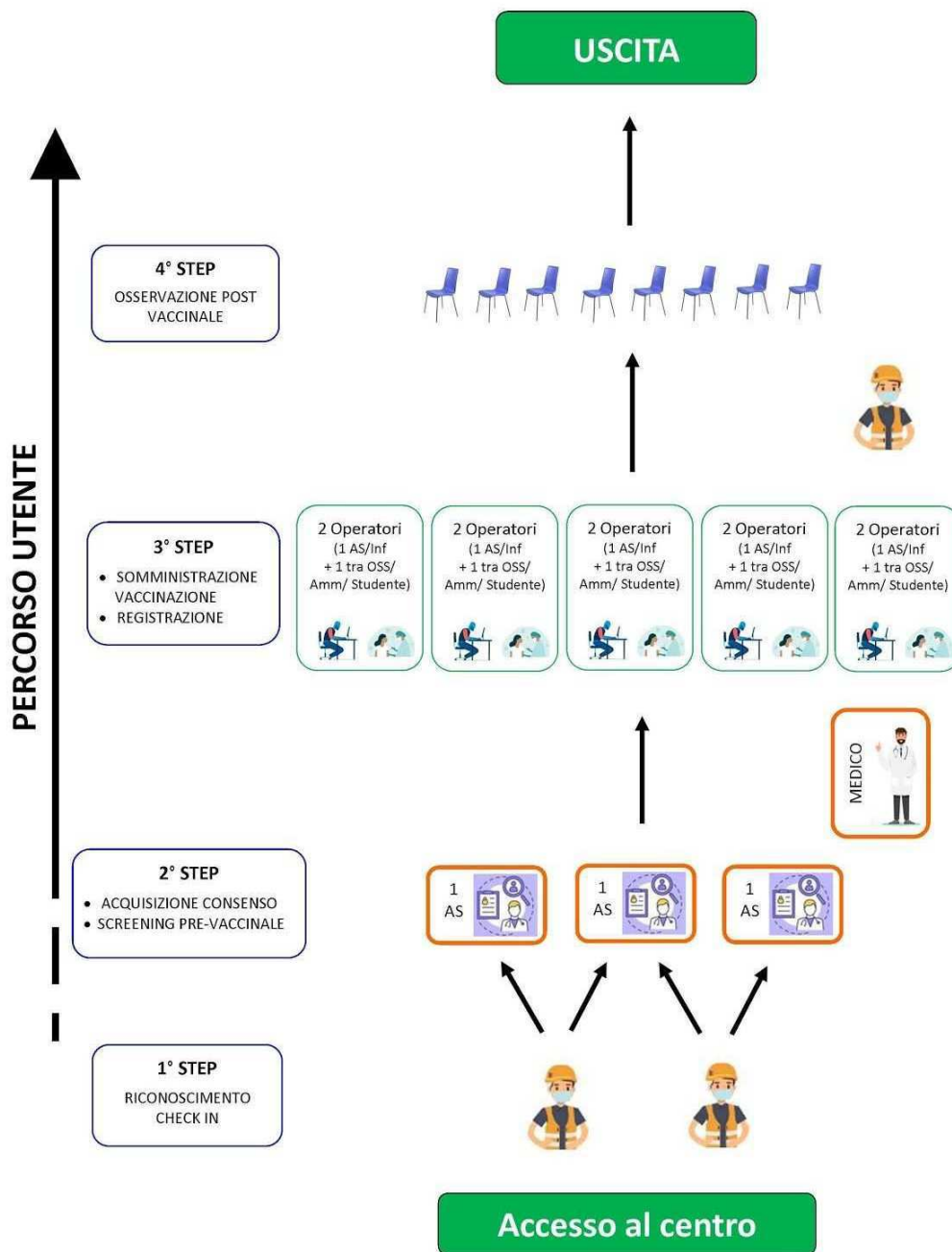


Figura. Schema esemplificativo del modello a 4 step



5.2 Modello a 3 step

Area Interna 100 vaccinazioni/ora/GV		
Entrata: Controllo accesso con trriage	n. 2-4 operatori (in base al flusso di persone previste - numero di GV attivati) <i>volontari/ protezione civile</i>	<p>A tutte le persone che entrano nella struttura deve essere misurata la temperatura e, in caso di mancanza, deve essere fornita una mascherina chirurgica. Deve essere assicurato che questa sia indossata correttamente (copra naso e bocca e ben aderente al volto).</p> <p>Deve essere assicurato l'accesso con un flusso regolare in maniera da evitare assembramenti durante il percorso all'interno della struttura.</p> <p>Deve quindi essere assicurata una distanza tra le persone di almeno un metro in tutte le fasi del percorso e conseguentemente devono essere segnalati sul pavimento tutti i punti di sosta, distanziati di 1 metro, delle diverse code che si formano ad ogni stazione.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Attività: questa stazione ha la funzione di garantire un regolare flusso di ingresso al CVP, di separare i sospetti malati (temperatura superiore a 37,5) dal resto delle persone presenti nel sito ➤ Personale: personale volontario o della protezione civile. ➤ Materiali e arredi per ogni postazione: tavolo, cestino per rifiuto secco. <p>E' opportuno che la postazione del triage sia all'esterno oppure allestita in un'area separata, dove presente (es. l'atrio di un palasport), per garantire la separazione dei soggetti con sintomatologia sospetta dal resto degli utenti.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Azioni: controllo flusso di persone e distanziamento, controllo mascherina, misurazione temperatura, domande sulle condizioni di salute ("Come sta?, Ha avuto febbre o tosse negli ultimi giorni?"), separazione dei sospetti sintomatici. I sintomatici vengono invitati a rientrare a domicilio e contattare il medico curante. ➤ Il personale del triage deve poter vedere la situazione della fila in attesa del check-in (stazione 1 all'interno della struttura) in modo da regolare il flusso di ingresso al CVP.
Step 1: check-in	n. 1 operatore ogni GV <i>volontario/ protezione civile/figura tecnica o amministrativa</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Deve essere prevista una stazione di check-in per ogni Gruppo Vaccinale, che garantisce un flusso di 100 persone all'ora. ➤ Attività: Questa stazione ha il compito di verificare la documentazione di accesso alla vaccinazione (prenotazione, appartenenza ad una specifica categoria professionale, ecc..) ed eventualmente l'identificazione anagrafica per disporre un elenco degli accessi al CVP. ➤ Personale: amministrativo (anche volontario) controlla i documenti anagrafici e la documentazione richiesta per l'accesso e fornisce le informazioni preliminari. ➤ Azioni: I non aventi diritto alla vaccinazione vengono accompagnati fuori dal CVP dagli addetti al flusso. Potrebbe essere opportuna la presenza della forza pubblica. ➤ Opzionale è la consegna della Scheda Utente (cfr. Allegato 3) che comprende dati anagrafici e sezione screening prevaccinale che gli stessi utenti compileranno prima di accedere alla vaccinazione. <p>Scheda Utente</p> <p>La scheda utente viene rilasciata al check-in e ritirata al check-out ed accompagna la persona lungo tutte le tappe del CVP permettendo la trascrizione di tutte le informazioni acquisite lungo il percorso prevaccinale. La scheda utente è costituita da:</p>



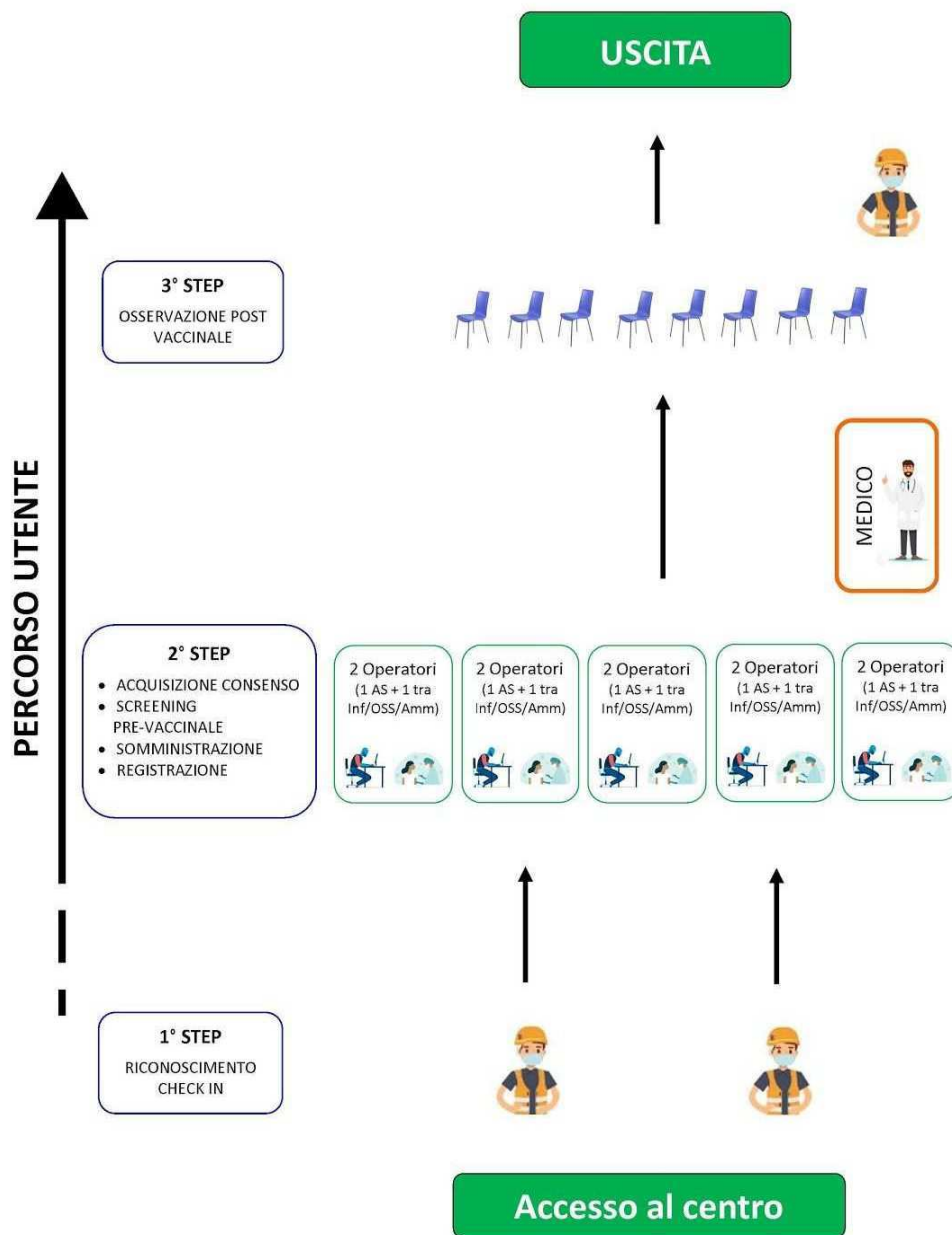
		<ul style="list-style-type: none"> - Sezione 1: anagrafica - Sezione 2: anamnesi prevaccinale - Sezione 3: ok alla vaccinazione ed eventuali prolungamenti del periodo di osservazione
Step 2: acquisizione consenso, screening prevaccinale, somministrazione e registrazione vaccino	n. 5 postazioni ogni GV <i>AS/Inf./Med. esperti</i> + <i>AS/Inf./Amm.</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attività: acquisizione del consenso. Effettuazione della screening prevaccinale per la verifica dell' idoneità alla vaccinazione e l'eventuale rilevamento di condizioni sanitarie che necessitano di prolungamento del periodo di osservazione post vaccinale, somministrazione e la registrazione della vaccinazione. ➤ Personale: AS/Inf. esperti vaccinatori + AS/Inf./Amm. ➤ Materiali e arredi: per ogni postazione serve un tavolo, 3 sedie (due per gli operatori e una per l'utente). Ogni postazione deve essere dotata dei presidi sanitari per la somministrazione del vaccino, di una postazione pc/tablet per la registrazione contestuale della vaccinazione eseguita nell'applicativo regionale SIAVr per garantire la tracciabilità del dato vaccinale. Devono essere previsti, inoltre, raccoglitori per rifiuti separati per ogni postazione, ed in particolare per carta, plastica, secco, speciale (lo smaltimento dei primi 3 seguirà il flusso di raccolta del comune in cui ha sede il CVP; dei rifiuti speciali si occuperanno gli operatori ULSS). E' previsto inoltre un contenitore per gli opuscoli "cosa fare dopo" da consegnare ai vaccinati. ➤ Azioni: Somministrazione dell'anamnesi pre-vaccinale (eventualmente invio al medico per approfondimento e valutazione dell' idoneità alla vaccinazione), somministrazione e registrazione del vaccino, comunicazione delle informazioni sul post-vaccinazione raccomandando il rispetto del periodo di 15 minuti di attesa per l'osservazione post vaccinale, eventualmente allungato a 30 o 60 minuti e consegna materiale informativa a supporto con le indicazioni sul "cosa fare dopo". ➤ In caso di anamnesi dubbia o con controindicazioni l'utente sarà inviato alla valutazione medica dell' idoneità alla vaccinazione per un'ulteriore verifica.
Postazione per valutazione medica idoneità alla vaccinazione	n. 1 postazione ogni 2 GV <i>Medico</i>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Attività: Postazione con un medico addestrato, anche volontario, che valuta l' idoneità alla vaccinazione in caso di storia di allergie, reazioni avverse a vaccini precedenti o situazioni cliniche particolari che possono controindicare la vaccinazione. ➤ Materiali e arredi: postazione che garantisca la privacy (possono essere utilizzati de paraventi) attrezzata con tavolo, almeno 2 sedie, guida NIV alle controindicazioni alla vaccinazione, etc. ➤ Azioni: L'utente valutato come idoneo sarà reintrodotta nel flusso (il medico darà l'ok per la vaccinazione annotando sulla scheda utente su cui segnalerà (con colore evidente) la necessità di un eventuale prolungamento del periodo di osservazione post vaccinale). L'utente valutato non idoneo sarà accompagnato all'uscita con attestazione di non idoneità. All'utente con inidoneità temporanea sarà, se possibile, dato un appuntamento per una data successiva.
Postazione ricostituzione dei vaccini	<i>AS/Inf./Farm.</i>	Nel caso di prodotti vaccinali da ricostituire deve essere prevista 1 postazione per ogni GV (5UV) per la ricostituzione e infialamento dei vaccini. Ogni postazione per la ricostituzione e infialamento necessita di 2 operatori sanitari addetti a questa mansione.
Step 3: monitoraggio post	n. 1 ogni GV <i>volontario/</i>	➤ E' la zona dove le persone vaccinate attendono per il tempo di osservazione post-vaccinazione (15 minuti, prolungato a 30 o 60 minuti in casi segnalati), presidiata da volontari eventualmente coadiuvati dal personale



vaccinale – check-out	protezione civile/OSS	<p>dell'ambulanza.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Attività</u> Sorveglianza dell'insorgenza di reazioni avverse e controllo del rispetto dei tempi di attesa. ➤ <u>Personale</u>: Volontari o personale della protezione civile (1 ogni GV). ➤ <u>Materiali e arredi</u>: area dotata di 30-40 postazioni a sedere per ogni GV (per GV che somministra 100 vaccini all'ora) sufficientemente distanziati tra loro (sedie o postazioni sugli spalti, contrassegnate in modo ben visibile, distanziate di un raggio di almeno 1 metro). <p>Inoltre sono previsti almeno un tavolo con contenitori per raccogliere le Schede Utente; un cestino per rifiuto secco e cartaceo e alcune sedie per gli operatori.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <u>Azioni</u>: Controllo delle persone in attesa. Se prevista, raccolta della scheda utente, prendendo visione di eventuali indicazioni sul prolungamento del periodo di osservazione. Consegna, se necessaria, l'attestazione che giustifica l'assenza dal lavoro nell'orario della vaccinazione. ➤ Deve essere tenuta in considerazione la possibilità di cadute conseguenti alle lipotimie post vaccinali, specialmente nell'ipotesi dell'utilizzo degli spalti. All'ingresso e all'interno dell'area di check-out deve essere segnalata la necessità che eventuali malori siano tempestivamente segnalati al personale per evitare ulteriori problemi (es. cadute).
Area con brandine o lettini		Dovrà essere prevista un'area protetta da paraventi dotata di almeno 2 materassini/brandine per GV su cui distendere le persone che lamentino eventuali malori o altri eventi avversi successivi alla vaccinazione e fornire loro le cure adeguate.
<u>Uscita</u> Controllo flusso uscita		Dovrà essere prevista un'adeguata segnaletica che garantisca il flusso regolare delle persone verso l'uscita del CVP prevenendo la formazione di assembramenti.



Figura. Schema esemplificativo del modello a 3 step



5.3 Altri modelli organizzativi

Esistono ulteriori esperienze con altri modelli organizzativi del percorso vaccinale, oltre a quelli descritti in dettaglio nei paragrafi precedenti (modello a 3 o modello a 4 step).

Nella stesura del presente documento appare utile citare lo sviluppo di un modello organizzativo (**modello a 5 step**), specificamente adattato al contesto dell'offerta vaccinale anti-COVID19 e relativamente alle vaccinazioni che prevedono un ciclo di due dosi. Tale modello si caratterizza per la suddivisione dei seguenti step:

1. riconoscimento (check-in),
2. acquisizione consenso, screening pre-vaccinale e registrazione,
3. somministrazione,
4. assegnazione dell'appuntamento per la 2° dose (quando prevista),
5. attesa post vaccinale,

L'esperienza in corso di tale modello prevede un rapporto di 5:2:1 tra le seguenti figure:

- a) operatori sanitari che raccolgono l'anamnesi e registrano la vaccinazione (5),
- b) operatori sanitari che vaccinano (2),
- c) operatore che assegna l'appuntamento per la seconda dose (1).

Si sottolinea ancora una volta che l'attuale situazione epidemiologica pandemica sta comportando una riorganizzazione dell'offerta vaccinale ordinaria e straordinaria con lo sviluppo e la ricerca di nuove soluzioni. Tali soluzioni devono consentire, anche in funzione del tipo di vaccino da somministrare, del personale a disposizione e della popolazione target della fase vaccinale, di favorire lo sviluppo di modelli più efficienti e adattabili al contesto specifico.

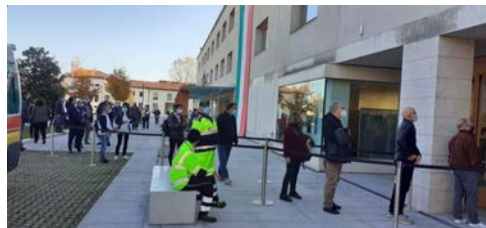


6. ORGANIZZAZIONE DELL'AREA ESTERNA

Area Esterna	
1) Area parcheggio e viabilità esterna	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Il parcheggio dovrà essere contiguo o situato nelle immediate vicinanze del CVP. Il CVP dovrà essere raggiunto dal parcheggio attraverso percorsi privi di barriere architettoniche. ➤ Dovrà essere garantito il parcheggio di un numero di mezzi doppio rispetto al numero di persone che si prevede siano vaccinate in 15 minuti (es. se previste 50 vaccinazioni ogni 15 minuti, sono necessari 100 posti auto). ➤ La gestione del parcheggio è affidata a personale volontario che faciliterà i flussi verso le aree di sosta libere e potrà offrire alcune indicazioni relative alla logistica generale. ➤ Dovrà essere verificata la viabilità interna al parcheggio, con indicazioni dei percorsi di transito, delle vie di uscita, dei posti riservati alle persone disabili e, qualora ritenuto opportuno, dei posti riservati al personale. ➤ Dovrà essere studiata la viabilità esterna in collaborazione con la polizia locale che presiederà il sito durante le giornate di vaccinazione. ➤ Se possibile, devono essere disponibili trasporti alternativi al mezzo privato: possibilmente il CVP deve essere servito da mezzi pubblici di linea oppure da navette attivate ad hoc.
2) Segnaletica	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le informazioni, bene evidenti all'ingresso del parcheggio e ripetute in più siti dell'area esterna, dovranno essere adeguatamente brevi ed avere dimensioni tali da essere ben leggibili anche dalle persone che sono in auto e circolano nel parcheggio. ➤ E' consigliabile disporre di totem, lavagne di grandi dimensioni etc., per installare la segnaletica necessaria.
3) Ambulanza	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Dovrà essere individuato uno specifico spazio per la sosta dell'ambulanza prevista a sostegno dell'attività del CVP. E' opportuno prevedere il punto di sosta dell'ambulanza in prossimità dell'uscita dal CVP, in genere quindi prossima all'area di monitoraggio post vaccinale. Di consueto questo servizio è svolto da personale volontario.
4) Punto di vaccinazione in auto	<ul style="list-style-type: none"> ➤ E' bene prevedere che in contiguità con il punto di sosta dell'ambulanza siano previsti posti macchina per la vaccinazione in auto delle persone con grave difficoltà di movimento o con grave immunodeficienza per cui sia difficile o sconsigliato l'ingresso al CVP.
5) Area carico-scarico	<ul style="list-style-type: none"> ➤ In vicinanza di uno degli accessi al CVP è inoltre opportuno prevedere un punto di sosta riservato al carico-scarico dei materiali di approvvigionamento.
6) Zona di attesa esterna - prima dell'entrata	<ul style="list-style-type: none"> ➤ In contiguità all'ingresso al CVP deve essere prevista un'area esterna dove si possono raccogliere in modo ordinato e sicuro le persone in attesa di entrare nel CVP. ➤ L'area di attesa esterna dovrà essere organizzata in percorsi che permettano un flusso ordinato dell'utenza, sull'esempio di quelli utilizzati per accedere alle biglietterie dei musei o alle attrazioni dei grandi parchi di divertimento, in modo da impedire tagli di percorso e assembramenti. ➤ In questi percorsi va garantito il rispetto della distanza di protezione tra le persone di almeno 1 metro e l'utilizzo obbligatorio della mascherina. Per garantire la distanza di un metro potranno essere segnalati al suolo i punti dove le persone dovranno sostare, distanziati di almeno 1 metro, per garantire un regolare e sicuro flusso verso l'entrata del CVP. ➤ Anche i diversi percorsi di coda tra loro paralleli dovranno essere distanziati di 1 metro. ➤ Sarà necessaria la presenza di personale che faciliti il flusso, controlli il rispetto delle distanze e controlli il rispetto delle buone norme per la tosse (agenti e volontari). ➤ All'interno del percorso va predisposta della segnaletica (su totem, lavagne sandwich, etc.) che ricordi: a) raccomandazioni di igiene respiratoria b) rispetto della distanza di protezione c) di



	preparare i documenti necessari al check-in (documento identità e documentazione richiesta per attestare l'appartenenza al proprio specifico target), etc.
--	--



7. DOTAZIONE ORGANICA

Rispetto ai modelli sopra esposti è possibile stimare le dotazioni organiche e le diverse figure professionali coinvolte nell'attivazione di un CVP. Le stime qui riportate dovranno essere adattate alle specifiche realtà e alle modalità organizzative che saranno ritenute più opportune dai servizi vaccinali nei diversi contesti territoriali anche in considerazione della popolazione target da vaccinare e dal personale coinvolto in termini di numerosità, figure professionali coinvolte e pregressa esperienza in materia vaccinale.

Nello specifico della campagna vaccinale anti-COVID19, la somministrazione del vaccino anti-COVID presenta peculiarità che vanno tenute in considerazione nella definizione degli standard organizzativi e di dotazione organica. In particolare, le conoscenze in costante aggiornamento su malattia e vaccini necessitano di tempi più lunghi per counselling ed anamnesi. Inoltre, alcune formulazioni prevedono ricostituzione e infialamento delle dosi.

Tabella. Dotazione organica standard per singolo modello a 3 o a 4 step

Standard Gruppo Vaccinale (GV)	modello a 3 step	modello a 4 step
n. vaccinazioni per ora	100	150
n. Unità Vaccinali (UV)	5	5
n. postazioni screening prevaccinale (PSP)	-	3
n. postazioni per infialamento (PI)	1	1
n. medici	1	1
n. sanitari esperti vaccinatori	5	3
n. sanitari (di cui per la preparazione fiale)	2 (2)	7 (2)
n. altri operatori (sanitari o non sanitari)	5	5
n. addetti al controllo flusso	4	4

Tabella. Dotazione organica standard in base al numero di Gruppi Vaccinale e al modello a 3 o 4 step

Standard dotazione organica CVP	modello a 3 step		modello a 4 step	
	1 GV	2 GV	1 GV	2 GV
n. vaccinazioni per ora	100	200	150	300
n. Unità Vaccinali (UV)	5	10	5	10
n. postazioni screening prevaccinale (PS)	-	-	3	6



n. postazioni per infialamento (PI)	1	2	1	2
responsabile sanitario CVP	1	1	1	1
responsabile organizzativo CVP	1	1	1	1
n. medici	1	2	1	2
n. sanitari esperti vaccinatori	5	10	3	6
n. sanitari (di cui per la preparazione infialamento)	2 (2)	4 (4)	7(2)	14 (4)
n. altri operatori (sanitari o non sanitari)	5	10	5	10
n. addetti al controllo flusso interno	4	8	4	8
n. addetti controllo flusso esterno	2	4	2	4
operatori sanitari ambulanza	2	2	2	2

Di seguito si riporta un esempio di modello a 3 e a 4 step per un Centro di Vaccinazione di Popolazione che considera 6 ore di attività vaccinale garantito da turni di personale di 7 ore per turno, comprensivo delle attività di apertura e chiusura delle sedute vaccinali.

Tabella. Esempio di dotazione organica per CVP con 2 Gruppi Vaccinali e 10 Unità Vaccinali

	modello a 3 step	modello a 4 step
capacità attività vaccinale (n. dosi somministrate)	1.200	1.800
Responsabile sanitario CVP	1	1
Responsabile organizzativo CVP	1	1
n. medici	2	2
n. sanitari <u>esperti</u> vaccinazioni	10	6
n. sanitari (di cui per infialamento)	4 (4)	14 (4)
n. altri operatori sanitari o non sanitari	10	10
n. operatori volontari, protezione civile per gestione e controllo movimento persone	10	10
n.operatori sanitari con ambulanza	2	2
Totale operatori (di cui per la preparazione fiale)	40 (4)	46 (4)



Tabella. Schema esemplificativo per l'organizzazione del CVP con modello a 3 step

CENTRO DI VACCINAZIONE DI POPOLAZIONE (CVP) Responsabile: Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Responsabile Sanitario del CVP: un Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva del SISP Responsabile Organizzativo del CVP: Coordinatore o Assistente Sanitario del SISP										
Attività organizzata su 14 ore: 2 turni di 7 ore (di cui 12 ore di attività vaccinale, 1 ora di preparazione e 1 ora di chiusura della seduta) 2 Gruppi Vaccinali (GV) = 10 Unità Vaccinali(UV) 1 vaccinazione ogni 3 minuti per Unità Vaccinale fino a 2.400 vaccinazioni/giornata										
Totale personale al giorno nel CVP (sui due turni) 4 medici responsabili di Gruppo Vaccinale (1 medico ogni 5 UV) 20 operatori per controllo flusso 44 operatori vaccinatori (infilamento + valut idoneità+somministrazione+registrazione) 4 addetti ambulanza										
AREA ESTERNA										
AREA PARCHEGGIO Numero di posti pari al doppio delle persone che si prevede di vaccinare ogni 15 minuti (100 posti auto) Personale volontario che faciliterà i flussi verso le aree di sosta libere e potrà offrire indicazioni										
ZONA DI ATTESA ESTERNA Personale (volontari, protezione civile, agenti, etc.) per controllare e regolare il flusso										
AREA INTERNA										
1 Assistente Sanitario referente operativo di Seduta Vaccinale (1 ogni 10 UV)										
AREA TRIAGE (AT) 2 operatori (es. volontari, protezione civile, etc.) 12 ore di attività di check-in (suddivisi in 2 turni) Flusso: 2.400 persone/die - 200 persone/ora - 10 persone/3 minuti										
Stazione 1: check-in	GRUPPO VACCINALE (GV) 1 medico responsabile di seduta Flusso: 1.200 vaccinazioni/die					GRUPPO VACCINALE (GV) 1 medico responsabile di seduta Flusso: 1.200 vaccinazioni/die				
	14 ore di lavoro (2 turni da 7 ore) 6 ore di attività vaccinale + 1 ora di preparazione e chiusura seduta					14 ore di lavoro (2 turni da 7 ore) 6 ore di attività vaccinale + 1 ora di preparazione e chiusura seduta				
	5 UNITÀ VACCINALI (UV) 2 operatori per ogni UV per ogni turno (di cui almeno 1 operatore vaccinatore sanitario ¹) (2 operatori ogni turno da 7 ore) Flusso: 1 vaccino ogni 3 minuti					5 UNITÀ VACCINALI (UV) 2 operatori per ogni UV per ogni turno (di cui almeno 1 operatore sanitario) (2 operatori ogni turno da 7 ore) Flusso: 1 vaccino ogni 3 minuti				
	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die	240 vacc/die
Stazione 3: monitoraggio post vaccinale										
AREA DI MONITORAGGIO POST VACCINALE 2 operatori (es. volontari, protezione civile, etc.) <i>coadiuvati, al bisogno, dal personale del Servizio di Soccorso (ambulanza)</i>										

¹ Uno dei due operatori che costituiscono un Unità Vaccinale dovrà essere in possesso di esperienza in ambito di vaccinazione.

Tabella. Schema esemplificativo per l'organizzazione del CVP con modello a 4 step

CENTRO DI VACCINAZIONE DI POPOLAZIONE (CVP) Responsabile: Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) Responsabile Sanitario del CVP: un Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva del SISP Responsabile Organizzativo del CVP: Coordinatore o Assistente Sanitario del SISP										
Attività organizzata su 14 ore: 2 turni di 7 ore (di cui 12 ore di attività vaccinale, 1 ora di preparazione e 1 ora di chiusura della seduta) 2 Gruppi Vaccinali (GV) = 10 Unità Vaccinali(UV) 1 vaccinazione ogni 2 minuti per Unità Vaccinale fino a 3.600 vaccinazioni/giornata										
Totale personale al giorno nel CVP (sui due turni) 4 medici responsabili di Gruppo Vaccinale (1 medico ogni 5 UV) 20 operatori per controllo flusso 50 operatori vaccinatori (infiammazione + valutazione idoneità + somministrazione + registrazione) 4 addetti ambulanza										
AREA ESTERNA										
AREA PARCHEGGIO Numero di posti pari al doppio delle persone che si prevede di vaccinare ogni 15 minuti (150 posti auto) Personale volontario che faciliterà i flussi verso le aree di sosta libere e potrà offrire indicazioni										
ZONA DI ATTESA ESTERNA Personale (volontari, protezione civile, agenti, etc.) per controllare e regolare il flusso										
AREA INTERNA										
1 Assistente Sanitario referente operativo di Seduta Vaccinale (1 ogni 10 UV)										
AREA TRIAGE (AT)										
Stazione 1: check-in	2 operatori (es. volontari, protezione civile, etc.) 12 ore di attività di triage (suddivisi in 2 turni) Flusso: 3.600 persone/die - 300 persone/ora - 10 persone/2 minuti									
Stazione 2 : screening prevaccinale e Stazione 3: somministrazioni della vaccinazione (data entry)	GRUPPO VACCINALE (GV) 1 medico responsabile di seduta Flusso: 1.800 vaccinazioni/die					GRUPPO VACCINALE (GV) 1 medico responsabile di seduta Flusso: 1.800 vaccinazioni/die				
	14 ore di lavoro (2 turni da 7 ore) 6 ore di attività vaccinale + 1 ora di preparazione e chiusura seduta					14 ore di lavoro (2 turni da 7 ore) 6 ore di attività vaccinale + 1 ora di preparazione e chiusura seduta				
	3 POSTAZIONI SCREENING PREVACCINALE (PSP) 1 sanitario esperto per ogni PV per turno Flusso: 5 ogni 6 minuti					3 POSTAZIONI SCREENING PREVACCINALE (PS) 1 sanitario esperto per ogni PV per turno Flusso: 5 ogni 6 minuti				
	5 UNITÀ VACCINALI (UV) 2 operatori per ogni UV per ogni turno (di cui almeno 1 operatore sanitario ²) (2 operatori ogni turno da 7 ore) Flusso: 1 vaccino ogni 2 minuti					5 UNITÀ VACCINALI (UV) 2 operatori per ogni UV per ogni turno (di cui almeno 1 operatore sanitario) (2 operatori ogni turno da 7 ore) Flusso: 1 vaccino ogni 2 minuti				
	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die	360 vacc/die
Stazione 4: monitoraggio post vaccinale	AREA DI MONITORAGGIO POST VACCINALE 2 operatori (es. volontari, protezione civile, etc.) coadiuvati, al bisogno, dal personale del Servizio di Soccorso (ambulanza)									

² Uno dei due operatori che costituiscono un Unità Vaccinale dovrà essere in possesso di esperienza in ambito di vaccinazione.

8. REQUISITI DELLA STRUTTURA SEDE DI CVP

Nella scelta della sede di un CVP è necessario tener conto di alcuni requisiti strutturali (volumi, sicurezza; accessibilità; area per lo stoccaggio; etc.) e geografici, indispensabili per la conduzione delle attività di vaccinazione:

- disponibilità di ampio parcheggio (vedi sopra);
- zona servita da mezzi pubblici;
- possibilità di flusso in ingresso e in uscita distinti;
- ampio spazio interno: calcolato in circa 30 metri quadri per postazione. La postazione comprende: tavolo di lavoro, due sedie per operatori, una sedia per vaccinando, area per 5/10 sedie per attesa dopo vaccinazione;
- area per postazioni lettini/barelle (2 lettini/barelle per GV);
- servizi igienici distinti per utenti e per operatori;
- locali di servizio: spogliatoio operatori, locale magazzino, locale per i rifiuti, locale come sala ristoro, locale ufficio;
- accessibilità ad internet veloce con accesso alla VPN (Virtual Private Network) per utilizzo SIAVR web interface.

E' importante eseguire un sopralluogo congiunto con l'ente gestore, l'ufficio tecnico e il sistema informativo dell'ULSS, il servizio organizzatore delle vaccinazioni per la valutazione degli spazi, individuazione delle linee elettriche, la verifica delle linea internet e l'individuazione dei percorsi e il posizionamento delle postazioni.

Sarà utile reperire una piantina del locale principale per individuare la collocazione delle postazioni.

Arredi minimi per l'allestimento: scrivanie/tavoli (1 per UV, 1 per ogni PSP, 1 per PI, 1 per rilascio certificazioni, ecc.), sedie (3 per ogni UV, 1 per ogni PSP, 2 per ogni PI, 20-30 per ogni GV), transenne, ecc.

Inoltre sono da attivare alcuni servizi:

- servizio asporto rifiuti urbani
- servizio asporto rifiuti speciali
- servizio pulizia e sanificazione ambientale
- eventuale servizio ristoro per il personale in base all'organizzazione della turnistica.

Per ulteriori elementi si rimanda all'Allegato 2 - Check List Requisiti CVP.



9. ATTIVITÀ VACCINALE IN AUTO (DRIVE-THROUGH)

La vaccinazione in modalità *“drive-through”* (o *“drive-in”*), rappresenta una strategia operativa rapida e sicura a fronte di grandi numeri di soggetti da vaccinare. Questa innovativa modalità esecutiva è stata messa a punto sulla base di alcune esperienze internazionali, mutuando il modello gestionale, ormai ubiquitario, di esecuzione dei tamponi per COVID-19, per garantire ad utenza e operatori massimi livelli di sicurezza preventiva nei riguardi del rischio di contagio da covid-19, considerata l’operatività all’aperto e l’assoluto distanziamento sociale tra i singoli utenti, i quali, salvo condizioni di grave necessità, restano a bordo della propria vettura. Il modello operativo di vaccinazione in modalità *“drive-through”* è già stato sperimentato nel periodo estivo nel territorio dell’Ulss 1 Dolomiti per il recupero delle vaccinazioni contro l’encefalite da morso di zecca ed antipneumococcica del sessantacinquenne. L’operazione si è provata vincente, efficace e sicura ed appare totalmente applicabile anche nel contesto della vaccinazione di massa contro il covid-19.

L’attività vaccinale può essere garantita anche in modalità **drive-through**. Si ritiene opportuno che tale servizio, ove possibile, sia organizzato contestualmente al Centro di Vaccinazione di Popolazione, in contiguità con il punto di sosta dell’ambulanza, prevedendo spazi sosta per le auto, dedicata al periodo di sorveglianza post-vaccinale. L’organizzazione di tale modalità dovrà considerare con attenzione gli spazi e la viabilità al fine di evitare il formarsi di code e le congestioni del traffico.

Per quanto concerne le modalità operative, la convocazione per la somministrazione del vaccino è attiva, mediante invito telefonico o cartaceo, nel quale si informa l’utenza circa: giorno ed ora dell’appuntamento; sede del *“drive-in”* vaccinale e percorso esatto che l’utente deve seguire all’arrivo (specificatamente con la propria vettura); abbigliamento preferibile (maglietta a maniche corte o altri indumenti che rendano semplice la somministrazione del vaccino sul deltoide); necessità di sosta nell’area dedicata alla vaccinazione per almeno 15 minuti. Il calendario delle sedute vaccinali e la tempistica di accesso vanno stabiliti in precedenza.

L’area vaccinale *“drive-through”* (generalmente in forma di *“tenda”* o container in ampio piazzale) dev’essere dotata di: frigorifero (o simile) per la corretta conservazione del vaccino per tutta la durata dell’attività giornaliera; sedie, scrivania, postazione di lavoro per registrazione nel SIAVr e schede cartacee di triage pre-vaccinale; carrelli di appoggio per il materiale necessario all’operatività in seduta vaccinale; lettino e sedia a rotelle pronti in caso sia necessario trasportare un utente fuori dall’automobile; contenitori per rifiuti; contenitori rigidi per aghi; bacinelle reniformi; gel sanificante; cotone; disinfettante.

Va predisposta una scheda di *“trriage pre-vaccinale”* al fine di eseguire un’anamnesi efficiente e mirata, riducendo al minimo le domande da rivolgere ad ogni candidato alla vaccinazione. Il medico dovrà garantire la sua presenza in quanto responsabile della seduta vaccinale presso l’area dedicata al *“drive-through”* o nella struttura ospedaliera/sanitaria (in caso questa sia adiacente all’area *“drive-through”*). Dopo la somministrazione del vaccino, gli utenti devono sostare in un’area di parcheggio dedicata adiacente all’area *“drive-through”* ed attendere almeno 15 minuti (cfr. DGRV n°4057 del 22/12/2004).



Un operatore sanitario incaricato della sorveglianza verifica che sia rispettato tale tempo ed allerta tempestivamente il medico responsabile e gli operatori presenti in seduta in caso di reazioni avverse post-vaccinali. Nel caso queste ultime dovessero destare preoccupazione, viene prontamente attivato il 118.



10. REGISTRAZIONE ATTIVITÀ NEI SISTEMI INFORMATIVI REGIONALI

La tracciabilità di tutte le attività vaccinali è un elemento imprescindibile per garantire:

- il costante aggiornamento della storia vaccinale del soggetto e conseguentemente la disponibilità di un certificato vaccinale sempre aggiornato,
- la tracciabilità di tutte le attività svolte, anche relativamente alle tipologie e ai lotti di vaccino somministrato per le necessarie attività di farmacovigilanza,
- l'interscambio informativo tra diversi operatori sanitari coinvolti nell'attività di vaccinazione,
- la corretta valutazione delle coperture vaccinali, utile sia a monitorare l'attuazione dei programmi vaccinali in atto su tutto il territorio nazionale, coerentemente con il calendario vaccinale nazionale vigente, sia a fornire informazioni agli organi nazionali, comunitari ed internazionali nell'ambito dello svolgimento di funzioni e compiti correlati alla tutela della salute, anche mediante l'elaborazione di indicatori a fini comparativi.

L'anagrafe nazionale vaccini istituita con Decreto del ministero della Salute 17 settembre 2018 è alimentata con le informazioni che tutte le Regioni e Province Autonome devono fornire al ministero della Salute e, come previsto dal Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, sono registrati nella medesima Anagrafe i dati relativi a: *i soggetti vaccinati, i soggetti da sottoporre a vaccinazione, i soggetti immunizzati (art. 1, comma 2, Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73), i soggetti per i quali le vaccinazioni possono essere omesse o differite solo in caso di accertato pericolo per la salute (art. 1, comma 3, Decreto legge 7 giugno 2017, n. 73), le dosi e i tempi di somministrazione delle vaccinazioni effettuate e gli eventuali effetti indesiderati.*

Relativamente alle campagne di vaccinazione di popolazione risulta particolarmente importante la tempestiva e completa registrazione nell'applicativo regionale di tutta l'attività svolta. Tale registrazione deve sempre essere effettuata contestualmente alla vaccinazione a garanzia di una qualità e tempestività delle informazioni raccolte. Per assicurarsi di poter procedere ad una registrazione puntuale è necessario aver predisposto le corrette configurazioni dei CVP e aver richiesto e ricevuto le abilitazioni per gli operatori all'utilizzo del SIAVr o della APP, nonché l'inserimento nelle anagrafiche del vaccinatore responsabile. La scheda di anamnesi prevaccinale può essere registrata attraverso l'interfaccia web del SIAVr ed è comprensiva del consenso alla somministrazione con possibilità di prevalorizzazione con valori di default per favorire l'attività registrativa da parte degli operatori.

E' sempre necessario registrare la somministrazione completa di: data di somministrazione, dose, lotto, medico responsabile della seduta e vaccinatore, via di somministrazione, sito di inoculo e la categoria di rischio del soggetto vaccinato. In caso di rifiuto alla vaccinazione è possibile registrare il dissenso, mentre in caso di non idoneità alla vaccinazione è possibile registrare l'esclusione temporanea o definitiva specificando la motivazione. La registrazione puntuale di questi campi è fondamentale per tutte le attività di monitoraggio e programmatorie.

Relativamente alla specifica campagna vaccinale anti-COVID19 ad esempio, al fine di adempiere al debito informativo quotidiano nei confronti del Ministero della Salute e del Commissario Straordinario per l'emergenza COVID-19, è indispensabile la registrazione tempestiva nell'applicativo regionale SIAVr attraverso l'interfaccia Web o l'apposita APP di registrazione. Tale applicativo consentire di poter produrre



il certificato vaccinale in tempo reale. L'attività può essere monitorata da ogni singola azienda attraverso il cruscotto QLIK-SarsCov2 che espone le somministrazioni erogate da ogni Azienda Sanitaria.



11. RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. NAISS: Tools to Assist Satellite, Temporary, and Off-Site Vaccination Clinics
<https://www.izsubmitpartners.org/naiis-workgroups/influenza-workgroup/off-site-clinic-resources/>
2. Network italiano vaccinazioni: "Manuale per l'organizzazione di un centro di vaccinazione di massa"- 1° edizione , agosto 2009 <https://www.epicentro.iss.it/focus/h1n1/17-09-2009#manuale>
3. Illinois Department of public health: SARS-CoV-2/COVID-19 Mass Vaccination Planning Guide
<https://www.dph.illinois.gov/covid19/vaccination-plan>
4. CDC: Guidance for Planning Vaccination Clinics Held at Satellite, Temporary, or Off-Site Locations
<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/admin/mass-clinic-activities/index.html>
5. WHO: Framework for decision-making: implementation of mass vaccination campaigns in the context of COVID-19 - Interim guidance - 22 May 2020
https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332159/WHO-2019-nCoV-Framework_Mass_Vaccination-2020.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y
6. IAC (Immunization Action Coalition): Resources for Developing Mass Vaccination Clinics
<https://www.mass-vaccination-resources.org/>
7. ECDC: "Overview of the implementation of COVID-19 vaccination strategies and vaccine deployment plans in the EU/EEA" - 1 feb 2021
<https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/overview-implementation-covid-19-vaccination-strategies-and-vaccine-deployment>
8. Anna De Polo et. all: "Drive-through vaccinations prove successful in immunizing mountain communities against tick-borne encephalitis during the COVID-19 pandemic" J PREV MED HYG 2020; 61: E497-E500
9. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): COVID-19 Vaccination Program, Interim Playbook for Jurisdiction Operations; October 29, 2020, Version 2.0
10. Centers for Disease Control and Prevention (CDC): Check list of Best Practices FOR Vaccination Clinics Held at Satellite, Temporary, or Off-Site Locations; This document was created by the Influenza Work Group of the National Adult and Influenza Immunization Summit. Version 9 (Updated August 18, 2020).
11. Massachusetts Department of Public Health: COVID-19 Vaccination Plan; October 2020| V1.0.
12. Defense Health Agency Immunization Healthcare Division DHA-IHD: Recommendations for mass immunization events during pandemic conditions, 5 August 2020.



ALLEGATO 1. RUOLI E COMPITI SPECIFICI

Di seguito si riportano alcune indicazioni su ruoli e compiti delle diverse figure professionali citate nel documento. Tali indicazioni al fine di fornire un utile supporto all'organizzazione del CVP, pur non sostituendo o alterando ruoli, compiti e responsabilità previste delle normative vigenti.

Responsabile aziendale campagna vaccinale COVID-19 (Direttore o Dirigente Medico del Servizio Igiene e Sanità Pubblica)
<ul style="list-style-type: none"> - Sovrintende all'insieme delle attività di vaccinazione di tutti i CVP dell'Azienda Sanitaria. - Coordina il team aziendale vaccinazione COVID-19. - Mantiene i contatti con il livello centrale (Direzione Generale ULSS e Regione). - Coordina lo staff dei Responsabili Sanitari e Organizzativi dei CVP e supervisiona l'attività complessiva. - Segnala al responsabile del CVP la necessità di aggiustamenti per il mantenimento degli standard funzionali e di sicurezza previsti. - Riceve i rapporti dai responsabili dei CVP al termine delle attività. - Stabilisce la catena di comando, i ruoli e le responsabilità e le performances attese per l'intero staff. - Incontra i responsabili della logistica, della sicurezza, della farmacia e della comunicazione. - Assicura che in tutte le stazioni operative siano fornite adeguate informazioni al pubblico. - Fa rapporto sull'avanzamento delle attività vaccinali all'organizzazione locale di riferimento e assicura i debiti informativi alle autorità centrali. - Al termine delle attività assicura che sia documentato un rapporto finale sull'attività e partecipa alla sua stesura. - Si rapporta con i soggetti esterni coinvolti a vario titolo nella campagna vaccinale (Direzione strategica ULSS, Direttore SISP, sindaci dei comuni interessati, organismi di supporto riferimento tecnico scientifico).
Responsabile sanitario del CVP (Dirigente Medico del Servizio Igiene e Sanità Pubblica)
<ul style="list-style-type: none"> - Dirige ed è responsabile delle attività vaccinali del CVP. - E' il riferimento tecnico scientifico del CVP. - E' responsabile del controllo delle infezioni (training staff; monitoraggio applicazione misure prevenzione); - Coordina lo staff sanitario del CVP, in collaborazione con il Responsabile Organizzativo. - Assiste il coordinatore organizzativo nell'attribuzione dei compiti di tutto lo staff. - Incontra i membri dello staff e condivide le informazioni più aggiornate, verifica la conoscenza sui compiti assegnati, sui rischi e la sicurezza dei lavoratori, verifica l'adeguatezza dell'equipaggiamento. - Definisce le procedure e supervisiona il check-in, le stazioni cliniche, il check-out e le controlla periodicamente; - Verifica i presidi di emergenza. - Revisiona compiti specifici e tempistica di lavoro del personale, in collaborazione con il Resp. Organizzativo. - Mantiene i contatti con le forze dell'ordine locali, in collaborazione con il Responsabile Organizzativo. - Gestisce i problemi e le lamentele dell'utenza, in collaborazione con il Responsabile Organizzativo. - Fa rapporto sull'avanzamento delle attività vaccinali all'organizzazione locale di riferimento. - Al termine delle attività fa rapporto al responsabile aziendale. - Insieme al responsabile della logistica sanitaria al termine dell'attività del sito, assicura che i vaccini siano stoccati e trasportati appropriatamente e che tutto l'equipaggiamento (kit emergenza, box rifiuti, modulistica) sia rimosso dal sito.
Responsabile organizzativo del CVP (Coordinatore o un Assistente Sanitario/Infermiere del Servizio Igiene e Sanità Pubblica)
E' responsabile della sicurezza del CVP <ul style="list-style-type: none"> - Garantisce la sicurezza per personale, delle dotazioni e dell'edificio nel suo complesso.



<ul style="list-style-type: none"> - Controlla gli affollamenti che potrebbero interferire con lo svolgimento delle attività. - Supervisiona l'attuazione del piano anti-assembramento (corsie, spartitraffico, etc.). - Verifica tutte le aree non appena sono state allestite. - Supervisiona lo smantellamento delle stazioni. <p>E' responsabile dell'ordinato svolgimento delle attività</p> <ul style="list-style-type: none"> - Arriva 1 ora prima al sito e vi si trattiene 1 ora dopo la fine dell'attività o fino a quando lo staff abbia lasciato il sito (a meno di diversa indicazione da parte del coordinamento generale). - Garantisce che il personale sia numericamente adeguato a dimensione e attività vaccinali programmate. - Assegna i compiti specifici al personale dello staff, le stazioni e l'eventuale turnazione e rotazione. - Programma pause e pause pranzo, ruotandoli a turno, garantendo il mantenimento dei livelli di attività. - Assicura l'ordinato svolgimento delle attività. - Presidia tutte le stazioni. <p>E' responsabile della logistica del CVP</p> <ul style="list-style-type: none"> - E' responsabile dell'apertura/chiusura del sito e del rispetto dei tempi di attività. - E' responsabile dell'efficienza dei flussi di utenti. - Assicura che tutte le attrezzature e le dotazioni sanitarie siano presenti ed adeguate per quantità e ne gestisce l'inventario e la distribuzione. - E' responsabile della custodia dei vaccini/farmaci e del mantenimento della catena del freddo. - Collabora all'allestimento delle stazioni e provvede alle necessità logistiche. - Supervisiona l'attuazione del piano anti-assembramento (corsie, spartitraffico, etc.). - Si accerta che la segnaletica e le via di fuga siano note a tutti. - Garantisce che tutti gli eventuali incidenti siano riportati e documentati. - Organizza i pasti e le bevande per tutto lo staff. - Assicura il rientro di tutte le dotazioni non "a perdere". - Assicura e monitora i servizi esterni essenziali: servizio asporto rifiuti urbani, servizio asporto rifiuti speciali, servizio pulizia e sanificazione ambientale, servizio ristoro per il personale. <p>È responsabile del monitoraggio continuo dell'affluenza e dell'orientamento degli utenti nel sito</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica l'installazione dei sistemi di definizione dei percorsi. - Effettua monitoraggio continuo dell'affluenza. - Aggiorna sull'entità dell'utenza in attesa, in modo da consentire di commisurarvi la preparazione di vaccini e altri presidi. - In caso di congestione in una stazione, ridistribuisce l'utenza o il personale per ottimizzare il lavoro. - Assicura che tutti membri dello staff indossino badge di riconoscimento. - Collabora ad indirizzare gli utenti con quesiti verso la persona appropriata a rispondere.
<p>Referente/coordinatore del GV (Assistente Sanitario/Infermiere del Servizio Igiene e Sanità Pubblica)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - Verifica che tutte le dotazioni sanitarie di ogni postazione vaccinale siano presenti ed adeguate per quantità (vaccini e farmaci, aghi, disinfettante, ecc. dotazioni di emergenza, strumenti). - Garantisce che ogni punto vaccinale abbia l'allestimento previsto. - Sovrintende alle attività delle postazioni vaccinali. - Istruisce il personale amministrativo al data entry specifico. - Assicura che il rifiuto speciale sia maneggiato e smaltito appropriatamente.
<p>Medico responsabile del GV (Medico vaccinatore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica)</p>
<ul style="list-style-type: none"> - E' responsabile della somministrazione dei vaccini secondo la regole della buona pratica vaccinale nelle postazioni che compongono il Gruppo Vaccinale. - Effettua la valutazione medica per l'idoneità alla vaccinazione per le persone con possibili controindicazioni o precauzioni alla vaccinazione. - Interviene per la prima assistenza medica in caso di malessere post vaccinazione. - Interviene per la prima assistenza medica in caso di malessere degli utenti all'interno o nei pressi della struttura in collaborazione con il personale addetto all'emergenza medica.



Operatore addetto al controllo dell'accesso con triage (Volontario protezione civile)
<ul style="list-style-type: none"> - Collabora all'allestimento dell'area di triage. - Controlla i requisiti di accesso degli utenti: temperatura e corretto utilizzo della mascherina. - Conduce un esame visivo sull'utente e gli pone poche semplici domande al fine di escludere che presenti segni di malattia infettiva (COVID-19 nello specifico). - Risponde ai primi quesiti dell'utenza. - Informa l'utenza che ulteriori approfondimenti potranno essere affrontati col personale dello screening. - Segnala immediatamente ogni problema di sicurezza.
Operatore addetto al check in (volontario/protezione civile/figura tecnica-amministrativa)
<ul style="list-style-type: none"> - Consegna ad ogni utente la scheda personale (se previsto). - Istruisce brevemente gli utenti sulla modulistica da leggere e riempire durante l'attesa (se previsto). - Prepara in anticipo la modulistica. - Segnala immediatamente ogni problema di sicurezza. - Informa l'utenza che ulteriori approfondimenti potranno essere affrontati nell'area sanitaria e che nel sito è presente personale specialistico. - Risponde ai quesiti di propria competenza. - Indirizza gli utenti all'area screening o di vaccinazione.
Operatore addetto allo screening prevaccinale (Medico/AS/Inf. esperti vaccinatori)
<p>Il personale addetto allo screening prevaccinale deve saper effettuare un'anamnesi accurata e conoscere approfonditamente: caratteristiche vaccino; indicazioni e controindicazioni; effetti collaterali; rapporto rischio/beneficio in casi specifici.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verifica i dati anagrafici. - Effettua lo screening prevaccinale. - Invia alla valutazione medica in caso di sospetta controindicazione o precauzione che richiede una valutazione più approfondita. - Risponde ai quesiti clinici. - Rilascia la scheda personale dell'utente (se prevista), contrassegnandola secondo procedura e indirizza l'utente alla stazione di vaccinazione. - Contribuisce all'allestimento dell'area screening.
Operatore addetto alla somministrazione del vaccino (AS/Inf.)
<p>Deve conoscere la corretta tecnica di somministrazione del vaccino e avere conoscenze generali sulle caratteristiche del vaccino, indicazioni, controindicazioni; effetti collaterali. Inoltre deve essere preparato ad affrontare le emergenze.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prepara il vaccino informando rapidamente il destinatario sul vaccino che sta per essere somministrato. - Somministra il vaccino. - Sorveglia per eventuali reazioni immediate. - Consegna e illustra rapidamente l'informativa su "cosa fare dopo". - Raccomanda il tempo per l'attesa post-vaccinazione.
Operatore addetto alla registrazione del vaccino (AS/Inf./Amministrativo)
<ul style="list-style-type: none"> - Provvede al data entry (registrazione) della vaccinazione somministrata nell'applicativo regionale SIAVr. - Fissa prossimo appuntamento (se previsto).



Operatore addetto alla al monitoraggio post vaccinale e check-out (Volontari o personale della protezione civile)
<ul style="list-style-type: none">- Controlla il rispetto del tempo di monitoraggio post vaccinale.- Effettua la sorveglianza degli eventi avversi immediati.- Avverte il medico o il personale di emergenza in caso di evidenza dei primi segni di malessere.- Presta la prima assistenza in caso di malessere.- Indirizza all'interlocutore appropriato coloro che avessero ulteriori quesiti o preoccupazioni.



ALLEGATO 2. CHECK LIST REQUISITI DEL CVP

REQUISITI	DISPONIBILITÀ		COMMENTI
	si	no	
parcheggio	si	no	n° posti macchina: _____
parcheggio alternativo	si	no	n° posti macchina: _____
servizio trasporto pubblico nelle vicinanze	si	no	
entrata e uscita separate	si	no	
struttura accessibile a portatori di handicap	si	no	
ventilazione adeguata	si	no	
riscaldamento	si	no	
bagni per utenti	si	no	n° _____
bagni per operatori	si	no	
accesso internet veloce	si	no	
sistema di allarme	si	no	
prese elettriche	si	no	
gruppo di continuità	si	no	
area adeguata per l'attesa esterna	si	no	possibilità di copertura?
area per il triage separata	si	no	
area adeguata per lo screening prevaccinale	si	no	n° max postazioni allestibili: _____
area adeguata per l'attesa prima della vaccinazione	si	no	
area adeguata per postazioni vaccinali	si	no	n° max UV allestibili: _____
tavoli e sedie già nel sito	si	no	n° tavoli: _____ n° sedie: _____
area per la preparazione dei vaccini	si	no	
area adeguata per il monitoraggio post-vaccinazione	si	no	n° posti a sedere utilizzabili: _____
area di gestione degli eventi avversi separata	si	no	
materassini (per post-vaccinazione) già nel sito	si	no	numero materassini: _____
stanza o area di stoccaggio per le forniture	si	no	
disponibilità di depositi refrigerati	si	no	
possibilità di garantire la sicurezza zona stoccaggio	si	no	
area separata di riposo per il personale e per gli effetti personali degli operatori	si	no	



ALLEGATO 3. SCHEDA UTENTE

CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID 19



DATA ____/____/____

Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI	
Cognome Nome _____	nato il ____/____/____
Residente a _____	
Attività lavorativa _____	

Sezione 2 - ANAMNESI PREVACCINALE	
Oggi è in buone condizioni di salute?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha febbre?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di allergie al latte, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? se sì, specificare: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es patologia tumorale, leucemia, linfoma, hiv/aids, trapianto)	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha ricevuto vaccinazioni nelle ultime 4 settimane? se sì, specificare:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
E' incinta o sta programmando una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Sta allattando?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>



Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID-19?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta tosse/raffreddore/ febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta dolore addominale/ diarrea?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Ha effettuato un test COVID-19? se si, specificare quando:	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute: _____ _____	si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>
Firma dell'operatore sanitario _____	

Sezione 3 - RISERVATA AL MEDICO O ALL'OPERATORE SANITARIO	
PUÒ ESEGUIRE LA VACCINAZIONE?	
	
PERIODO DI OSSERVAZIONE DOPO LA VACCINAZIONE	
attendere 15 minuti <input type="checkbox"/> attendere 30 minuti <input type="checkbox"/> attendere 60 minuti <input type="checkbox"/>	
Firma dell'operatore sanitario _____	



ALLEGATO 4. CHECK LIST DOTAZIONE FARMACOLOGICA E STRUMENTALE BORSA EMERGENZA

materiali/farmaci	n	ok	manca	scadenza	sostituiti
Adrenalina fl					
Antistaminico: Trimeton (Clorfenamina)					
Broncovaleas (Salbutamolo spray)					
Cortisone: Urbason (metilprednisolone) (1 confezione: 3 fiale da 20mg)					
Guanti non sterili di varie misure					
siringhe da 5cc					
Siringhe da 10 cc					
Ago cannula					
Cerotto di carta					
Cerotti					
Laccio emostatico					
Abbassalingua					
Aghi per prelievi					
Sacca di fisiologica da 500ml					
Fiale di fisiologica da 10 ml					
Pallone Ambu per adulti					
Pallone Ambu per bambini					
Mascherine Ambu (5 misure – n. 1 per misura)					
Fonendoscopio pediatrico					
Fonendoscopio adulti					
Sfigmomanometro con fascia per adulti					
Sfigmomanometro con fascia per pediatrica					



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di Campagna vaccinale di Popolazione

Appendice B

MANUALE PER LA VACCINAZIONE ANTI-COVID19 A DOMICILIO APRILE 2021

(Nota Direttore Direzione Prevenzione, Sicurezza alimentare, Veterinaria Prot. n. 194763 del 28.04.2021)





EMERGENZA COVID-19

Campagna di vaccinazione anti COVID-19

DOCUMENTO TECNICO

Manuale per la Vaccinazione anti COVID-19 a domicilio

Aprile 2021

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria - Area Sanità e Sociale



Versione:

Rev. Aprile 2021

Regione del Veneto

Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Direttore: dott.ssa Francesca Russo

Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica

Direttore: dott. Michele Mongillo

Il presente documento è stato redatto a cura di:

Anna Pupo⁴, Elisa Ros¹, Michele Tonon¹, Mariasole Migliorni³, Giuseppina Napoletano³, Milena Bano², Anna Ferraresso⁵, Nadia Raccanello¹, Gaia Lattavo¹

Regione del Veneto - ¹Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare Veterinaria, ²Azienda ULSS 6 euganea, ³Azienda ULSS 9 scaligera, ⁴Azienda ULSS 4 Veneto Orientale, ⁵Azienda ULSS 8 berica



PREMESSA

Il presente documento contiene le principali istruzioni pratiche per il medico che effettua la vaccinazione anti-COVID 19 a domicilio del paziente. **Le indicazioni nel tempo potranno essere modificate o integrate sulla base di nuove conoscenze riguardo ai vaccini già disponibili o alla disponibilità di nuove formulazioni di vaccino.** L'attività vaccinale, anche a domicilio, deve sempre essere garantita nel rispetto delle buone pratiche vaccinali a garanzia di sicurezza ed efficacia dell'attività vaccinale per il vaccinato e per l'operatore.

A seconda dell'organizzazione locale e della fase della campagna vaccinale, il medico coinvolto nella vaccinazione a domicilio potrà essere il medico di medicina generale, un medico USCA o un altro medico arruolato ad hoc per tale attività.

L'attività di vaccinazione domiciliare si inserisce nella pianificazione generale della campagna di vaccinazione anti-COVID19 coordinata dal Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, che pertanto svolge un ruolo di coordinamento e di pianificazione delle diverse fasi anche relativamente alla priorità d'utilizzo delle dosi di vaccino via, via disponibili. Per la programmazione delle attività domiciliari, il SISP, secondo specifica organizzazione aziendale, collabora con gli altri servizi aziendali coinvolti, in particolare con i Distretti, con la rete dei Servizi Sociali e con la Medicina Generale.

L'attività di somministrazione dei vaccini a domicilio è a favore delle persone che per età o per grave patologia sono allettate o hanno gravi difficoltà di deambulazione oppure, in specifiche condizioni, per le persone costrette a casa perché estremamente vulnerabili per condizione clinica e ad alto rischio di forme gravi di COVID se contagiate.



SOMMARIO

VACCINI CONTRO SARS-CoV-2	4
ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ	6
EQUIPAGGIAMENTO PER LA VACCINAZIONE A DOMICILIO	6
GESTIONE DEL CONSENSO	7
ELEMENTI DI BUONA PRATICA VACCINALE A DOMICILIO	7
4.1 Vaccini disponibili per la vaccinazione domiciliare	7
4.2 Gestione del vaccino	7
4.3 Somministrazione del vaccino	8
4.4 Controindicazioni e precauzioni alla vaccinazione	9
4.5 Situazioni particolari	10
4.6 Osservazione post vaccinazione	12
4.7 Programmazione della seconda dose	12
4.8 Registrazione della vaccinazione	13
FASI DELLA VACCINAZIONE DOMICILIARE	15
GESTIONE REAZIONI AVVERSE A RAPIDA INSORGENZA	15
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI	18
ALLEGATO 1. SOSTANZE CHE CONTENGONO PEG (Macrogol) E/O POLISORBATO	19
ALLEGATO 2. ANAMNESI PRE-VACCINALE	22
ALLEGATO 3. ISTRUZIONI REGISTRAZIONE VACCINAZIONE in APP o PORTALE DEDICATO	24
ALLEGATO 4. SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DIAGNOSI DIFFERENZIALE ANAFILASSI	27
ALLEGATO 5. SCHEMA RIASSUNTIVO GESTIONE REAZIONE ANAFILATTICA A DOMICILIO	29



VACCINI CONTRO SARS-CoV-2

Si riportano di seguito i vaccini attualmente autorizzati in Italia con alcune caratteristiche legate al loro utilizzo.

Tabella. SARS-CoV-2 Vaccines¹

Vaccine	Type	Dosage	Age	Storage	Antigen
<i>Moderna</i> mRNA-1273	mRNA	2 Doses 28 d apart	> 18 anni	-25° to -15 °C; 2-8 °C for 30 d; room temperature ≤12 h	<i>Full-length spike (S) protein with proline substitutions</i>
<i>Pfizer-BioNTech</i> BNT162b2	mRNA	2 Doses 21 d apart	> 16 anni	-80° to -60 °C; 2-8 °C for 5 d; room temperature ≤2 h	<i>Full-length S protein with proline substitutions</i>
<i>AstraZeneca</i> ChAdOx1 (AZS1222)	Viral vector	2 Doses 28 d apart (intervals >12 wk studied)	<i>uso preferenziale</i> > 60 anni ² scheda tecnica ≥ 18 anni ³	2-8 °C for 6 month	<i>Replication-deficient chimpanzee adenoviral vector with the SARS-CoV-2 S protein</i>
<i>Johnson & Johnson</i> Ad26.COV2-S (ricombinante)	Viral vector	1 dose	<i>uso preferenziale</i> > 60 anni ⁴ scheda tecnica ≥ 18 anni ⁵	2-8 °C for 3 month	<i>Type 26 adenovirus encoding SARS-CoV-2 spike glycoprotein</i>

¹ Tabella adattata da C. Buddy et al. SARS-CoV-2 Vaccines. *JAMA Insights*. Published online February 26, 2021.

² Circolare Ministero della Salute n. 5079 del 09.02.2021 "Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato."

³ Circolare Ministero della Salute n. 14358 del 07/04/2021 - "Vaccino Vaxzevria (precedentemente denominato COVID-19 Vaccine AstraZeneca). Aggiornamento raccomandazioni."

⁴ Circolare Ministero della Salute n. 5079 del 09.02.2021 "Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e chiarimenti sul consenso informato."

⁵ Circolare Ministero della Salute n. 16722 del 21.04.2021 "Aggiornamento vaccini disponibili contro SARS-CoV-2/COVID-19 e aggiornamento note informative del consenso"



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni ad interim per la somministrazione dei vaccini anti-COVID19

I vaccini oggi disponibili sono considerati inattivati (incluso il vaccino a vettore virale)⁶.

Vaccine	Eccipienti
<i>Moderna</i> mRNA-1273	1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolina (DSPC), 1,2-dimiristoil-rac-glicero-3-metossipolietilenglicole-2000 (PEG2000 DMG), Lipide SM-102, Colesterolo, Trometamolo, Trometamolo cloridrato, Acido acetico, Sodio acetato triidrato, Saccarosio, Acqua per preparazioni iniettabili
<i>Pfizer-BioNTech</i> BNT162b2	((4-idrossibutil)azanedii)bis(esano-6,1-diil)bis(2-esildecanoato) (ALC-0315), 2-[(polietilenglicole)-2000]-N,N-ditetradecilacetammide (ALC-0159), 1,2-distearoil-sn-glicero-3-fosfolina (DSPC), Colesterolo, Potassio cloruro, Potassio diidrogeno fosfato, Sodio cloruro, Fosfato disodico diidrato, Saccarosio, Acqua per preparazioni iniettabili
<i>AstraZeneca</i> ChAdOx1 (AZS1222)	L-istidina, L-istidina cloridrato monoidratom, Magnesio cloruro esaidrato, Polisorbato 80 (E 433), Etanolo, Saccarosio, Sodio cloruro, Disodio edetato (diidrato), Acqua per preparazioni iniettabili
<i>Johnson & Johnson</i> Ad26.COV2-S (ricombinante)	2-idrossipropil- β -ciclodestrina (HBCD), Acido citrico monoidrato, Etanolo, Acido cloridrico, Polisorbato 80, Sodio cloruro, Sodio idrossido, Citrato trisodico diidrato, Acqua per preparazioni iniettabili

⁶ NHS. *The Green Book, Chapter 14a. Covid-19 SARS-CoV-2. Provisional guidance subject to MHRA approval of each vaccine: "As both of the early COVID-19 vaccines are considered inactivated (including the nonreplicating adenovirus vaccine)".*



ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ

Le attuali procedure vaccinali nazionali e della Regione Veneto richiedono sempre la presenza del medico nella sede di somministrazione del vaccino. Per tali ragioni, anche la vaccinazione anti-COVID a domicilio deve essere effettuata con la presenza del medico, che in genere sarà l'unico operatore sanitario presente.

L'utilizzo di vaccini ad mRNA (*Pfizer-BioNTech* o *Moderna*), che devono essere ricostituiti, infialati e somministrati entro 6 ore, necessita che il medico vaccinatore pianifichi l'attività giornaliera coordinandosi con il servizio vaccinale di riferimento, il quale, secondo specifica organizzazione aziendale, si occupa di far consegnare ed eventualmente far predisporre le stesse in fiale già pronte.

Di norma, il medico incaricato per la somministrazione a domicilio, acquisisce i nominativi delle persone da vaccinare dal servizio di assistenza domiciliare (oppure prepara la lista dei propri assistiti), verifica che non siano in isolamento o quarantena, verifica l'opportunità secondo le indicazioni nazionali di vaccinare anche i familiari conviventi, e pianifica il giro della giornata concordando con il servizio vaccinale il numero di dosi necessarie e le modalità di ritiro delle stesse, tenendo presente che dovrà somministrare tutte le dosi entro sei ore dalla consegna delle fiale quando già infialate.

Le fiale di vaccino possono essere mantenute a temperatura ambiente e devono essere consegnate e trasportate in appositi contenitori e modalità che evitino il più possibile gli scossoni dell'auto.

EQUIPAGGIAMENTO PER LA VACCINAZIONE A DOMICILIO

DPI	Mascherina FFP2, visiera, camice monouso e guanti (quando necessari)
Materiale per la vaccinazione	<ul style="list-style-type: none"> - Contenitore con fiale di vaccino - Materiale sanitario per l'effettuazione dell'iniezione (vassoio, batuffoli di contenitore, cerotti, disinfettante per la cute, disinfettante mani).
Kit con i presidi per l'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> - Almeno n. 3 fiale di adrenalina (fiale 1:1000, fl. 1 ml = 1 mg) - Siringhe e aghi - laccio emostatico - sfigmomanometro - stetoscopio - eventuale saturimetro <p><u>Farmaci di supporto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Antistaminico i.m. (clorfenamina 0,3 mg/kg max 10 mg) - Cortisonico i.m. (metilprednisolone 2 mg/kg) - Beta 2-agonista in spray (salbutamolo)
Smaltimento rifiuti	Contenitore rigido per taglienti e sacco per rifiuti sanitari
Registrazione	Smartphone, tablet o laptop con connessione ad internet



GESTIONE DEL CONSENSO

Il medico vaccinatore informa il soggetto sulla vaccinazione, illustra i contenuti dell' Informativa ministeriale (vedi allegato) e acquisisce il consenso alla vaccinazione in forma scritta e va firmato. Nel caso in cui il paziente sia incapace, in linea con le indicazioni regionali riguardo la raccolta del consenso delle persone ospiti nelle strutture residenziali, il medico raccoglierà il consenso del tutore o amministratore di sostegno, se nominato, utilizzando:

- *Pfizer-BioNTech*: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_3_file.pdf
- *Moderna*: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_1_file.pdf
- *AstraZeneca*: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_5_file.pdf
- *Johnson & Johnson*: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_12_file.pdf

ELEMENTI DI BUONA PRATICA VACCINALE A DOMICILIO

4.1 Vaccini disponibili per la vaccinazione domiciliare

Il presente documento considera prioritariamente i due vaccini ad mRNA attualmente disponibili ed autorizzati in Italia. Tale scelta in considerazione delle raccomandazioni nazionali circa l'utilizzo di tale tipologia di vaccino, allo stato attuale, per la vaccinazione di soggetti affetti da particolari situazioni di estrema vulnerabilità, così come indicati dai documenti di riferimento⁷.

Viste le raccomandazioni nazionali circa l'utilizzo delle tipologie di vaccino, allo stato attuale, per la vaccinazione dei soggetti anziani, così come indicati dai documenti di riferimento possono essere utilizzati sia vaccini ad mRNA (*Moderna e Pfizer*) che a vaccini a vettore virale (*AstraZeneca e Johnson & Johnson*) a seconda delle condizioni cliniche del soggetto da vaccinare. Per le persone affette da particolari situazioni di estrema vulnerabilità i vaccini da preferire sono quelli a mRNA.

4.2 Gestione del vaccino

Il vaccino può essere fornito al medico in fiale multidose o già pronto per la somministrazione.

Quando consegnate già pronte per la somministrazione, le fiale sono consegnate al medico in una busta dotata di un'etichetta che riporta il numero di lotto e il tempo (ora e minuti) entro il quale le dosi devono essere somministrate rispetto al momento in cui è avvenuta la ricostituzione e/o estrazione delle dosi. Le indicazioni in etichetta sono a cura dell'operatore che ha ricostituito/estratto secondo specifiche procedure aziendali.



⁷ Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19.



Pfizer-BioNTech: Il vaccino in fiala da 0,3 mL, deve essere somministrato entro 6 ore dalla ricostituzione e mantenuto a temperatura compresa tra 2°C e 30°C.

Moderna: Il vaccino in fiala da 0,5 mL, deve essere somministrato entro 6 ore e mantenuto a temperatura compresa tra 2°C e 25°C.

AstraZeneca: Il vaccino in fiala da 0,5 mL. Una volta aperto il flaconcino deve essere somministrato entro 48 ore se mantenuto in frigo tra 2-8°C. Durante questo intervallo può essere conservato e utilizzato a temperature fino a 30° per un unico periodo di tempo fino a 6 ore.

Johnson & Johnson: Il vaccino in fiala da 0,5 mL, deve essere somministrato entro 6 ore e mantenuto a temperatura compresa tra 2°C e 25°C. Dopo la prima perforazione del flaconcino può essere conservato a una temperatura compresa tra 2 °C e 8 °C per un massimo di 6 ore oppure rimanere a temperatura ambiente (non superiore a 25 °C) fino a 3 ore dopo la prima perforazione del flaconcino.

4.3 Somministrazione del vaccino

Non è necessario indossare i guanti per la somministrazione dei vaccini, a meno che la cute non presenti delle lesioni oppure ci sia un rischio concreto di contaminazione con i liquidi corporei del paziente. Il vaccino va somministrato per via intramuscolare profonda nel deltoide con l'ago che forma un angolo di 90°C rispetto al piano della cute. Il sito di preferenza è il deltoide, l'alternativo il vasto laterale della coscia.



Non è necessaria l'aspirazione prima della iniezione (cioè tirare indietro lo stantuffo della siringa dopo l'inserimento dell'ago) poichè nel sito di iniezione non ci sono grossi vasi sanguigni.

In caso di perdita di liquido dalla siringa al momento dell'iniezione:

- se è stata somministrata meno di metà dose (oppure non è possibile fare una stima), ripetere la dose immediatamente nel deltoide controlaterale;
- se è stata somministrata più di metà dose, non ripetere la dose.



4.4 Controindicazioni e precauzioni alla vaccinazione

Si riportano di seguito le controindicazioni e le precauzioni alla vaccinazione rispetto alle evidenze scientifiche disponibili al momento della redazione del presente documento. Tali indicazioni potranno essere oggetto di modifiche o integrazioni alla luce di nuove evidenze scientifiche.

Può essere, a livello locale, definita una specifica organizzazione che valuti preventivamente la presenza di tali controindicazioni o precauzioni, al fine di ottimizzare i tempi di vaccinazione domiciliare.

Controindicazione	<p>Reazione allergica grave (anafilassi) o reazione allergica immediata (reazione allergica comparsa entro le 4 ore dalla somministrazione del vaccino) dopo una precedente dose dello stesso vaccino o di un suo componente (in particolare il PEG o il polisorbato).</p> <p>Anafilassi idiopatica: necessaria consulenza allergologica.</p> <p>N.B. Confronta la lista degli eccipienti del vaccino (paragrafo 6.1 delle schede tecniche) e la lista dei farmaci che contengono PEG e/o polisorbato (Allegato 1).</p>
Controindicazione temporanea	<p>Malattia di media o grave entità con febbre. La vaccinazione va rimandata a dopo la guarigione.</p>
Precauzioni alla vaccinazione	<p>Storia di reazione allergica immediata a qualsiasi altro vaccino, terapia iniettabile (cioè, vaccini o terapie intramuscolari, endovenose o sottocutanee) che non contengono componenti del vaccino COVID-19. Storia di reazione allergica grave a sostanza non nota o a sostanza nota non contenuta nel vaccino l'osservazione va prolungata per 60 minuti.</p> <p>Altre situazioni che necessitano di un periodo di sorveglianza oltre i 15 minuti.</p>

La precauzione è una condizione nel ricevente che può aumentare il rischio di reazioni avverse gravi o che può compromettere la capacità del vaccino di indurre un'adeguata risposta immunitaria. La precauzione alla vaccinazione non è una controindicazione ma una situazione che necessita di una attenta valutazione del rapporto tra rischio e beneficio (es. valutazione del rischio di reazione allergica grave e il beneficio di essere protetti in una situazione che per età o malattia o esposizione professionale aumenta il rischio di malattia COVID). Al fine di una completa valutazione, è opportuno sospendere la vaccinazione e consultare il medico specialista vaccinatore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica ed eventualmente chiedere una consulenza allergologica.



4.5 Situazioni particolari

Si riportano di seguito alcune situazioni particolari per il contesto del setting domiciliare, con le relative indicazioni formulate nel rispetto delle indicazioni degli organismi internazionali e nazionali e alle evidenze scientifiche disponibili al momento della redazione del presente documento. Tali indicazioni potranno essere oggetto di modifiche o integrazioni alla luce di nuove evidenze scientifiche.

Vista la finalità di questo documento in rapporto al setting operativo sono state inserite tra le precauzioni anche le condizioni che necessitano di un prolungato periodo di osservazione post vaccinale, spesso non compatibile con il setting domiciliare. Al fine di garantire il miglior livello di sicurezza per l'eventuale gestione in caso di anafilassi, in caso di giudizio di idoneità alla vaccinazione la somministrazione va effettuata in accordo con le procedure aziendali, ricorrendo anche all'ambiente protetto, se indicato.

Rispetto alle indicazioni di seguito riportate, se la vaccinazione a domicilio è l'unica opzione o comunque la più appropriata sulla base della valutazione individuale in accordo con l'organizzazione aziendale, è possibile attivare una specifica procedura con il Servizio Vaccinale di Riferimento⁸.

Situazione	Decisione per la vaccinazione a domicilio	
ALLERGIA GRAVE (anafilassi) o orticaria generalizzata immediata (entro le 4 ore) a farmaci, alimenti o altri allergeni	Non a domicilio	Nel caso di anamnesi positiva per allergia grave o orticaria generalizzata non ad una precedente dose di vaccino o comunque ad un allergene non contenuto nella vaccinazione, pur non essendo una controindicazione, è necessario un tempo di sorveglianza post-vaccinale di 60 minuti. Pertanto <u>è opportuno eseguire la vaccinazione in un altro setting (non a domicilio) concordando le modalità con il Servizio Vaccinale del SISP di riferimento.</u>
ALLERGIA AL LATTICE	Valutare	Non è contenuto nel tappo siringhe o nei flaconcini dei vaccini oggetto del presente documento. Non rappresenta controindicazione o precauzioni alla vaccinazione. Nel caso di una storia di reazione allergica grave (anafilassi) è necessario un tempo di sorveglianza post-vaccinale a 60 minuti, pertanto <u>è opportuno eseguire la vaccinazione in un altro setting (non a domicilio) concordando le modalità con il Servizio Vaccinale del SISP di riferimento.</u>
MASTOCITOSI	Non a domicilio	Tale situazione necessita di premedicazione e un tempo di sorveglianza post-vaccinale di 60 minuti.

⁸ CDC. "If home vaccination is the only option for these people and, through risk assessment, it is determined that the benefits of vaccination outweigh the potential risk for anaphylaxis, home vaccination providers should ensure they are able to manage anaphylaxis. This includes appropriate screening; post-vaccination observation; medications and supplies; staff qualifications for recognition and treatment of anaphylaxis; ability to call for EMS; and location in an area where EMS is available.



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni ad interim per la somministrazione dei vaccini anti-COVID19

		Pertanto <u>è opportuno eseguire la vaccinazione in un altro setting (non a domicilio) concordando le modalità con il Servizio Vaccinale del SISP di riferimento.</u>
VACCINI, interazione con altri vaccini	Valutare	<p>In assenza di dati sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini COVID-19, quando co-somministrati con altri vaccini, è raccomandato un intervallo di 7 giorni⁹ dalla somministrazione di altri vaccini, prima e dopo il ciclo completo anti COVID-19. Tale raccomandazione anche al fine di evitare la non corretta attribuzione di potenziali eventi avversi.</p> <p>Tuttavia, in caso di necessità, cioè quando i benefici della vaccinazione superano possibili rischi della co-somministrazione (es. necessità di vaccinazione post esposizione per tetano, Epatite A), oppure quando possono esserci difficoltà nel posticipare la vaccinazione anti COVID-19 (es. residenti di strutture di assistenza a lungo termine), il medico vaccinatore valuta l'opportunità di ridurre tale intervallo.</p>
SARS-CoV-2, infezione in atto	No	<p>Rinviare l'accesso in casa per la vaccinazione domiciliare dopo il termine del periodo di isolamento/quarantena del paziente e/o dei familiari conviventi.</p> <p>Vedere "SARS-CoV-2, infezione pregressa"</p>
SARS-CoV-2, infezione pregressa	Valutare	<p>Le persone con pregressa infezione da SARS-CoV-2 confermata da test molecolare o antigenico, indipendentemente se con COVID-19 sintomatico o meno, possono essere vaccinate con un'unica dose, purché la vaccinazione venga eseguita ad almeno 3 mesi di distanza dalla documentata infezione e preferibilmente entro i 6 mesi dalla stessa. Tranne: a) i soggetti con immunodeficit (anche coloro che ricevono terapia immunosoppressiva), che devono essere vaccinati con un ciclo vaccinale completo di due dosi entro i primi 3 mesi dalla diagnosi di infezione da SARS-CoV-2; b) Coloro che sviluppano infezione da SARS-CoV-2 dopo la prima dose di vaccino, in quanto non devono ricevere la seconda dose nei tempi prestabiliti.</p> <p>Non sono indicati test sierologici o molecolari prima e dopo la vaccinazione.</p>

⁹ Green book... "Based on current information about the first COVID-19 vaccines being deployed, scheduling should ideally be separated by an interval of at least 7 days to avoid incorrect attribution of potential adverse events".



		In caso di trattamenti con plasma o con anticorpi monoclonali è indicato attendere almeno 90 giorni dalla somministrazione della terapia specifica per evitare possibile interferenza con il vaccino. Nessun intervallo minimo raccomandato dalla somministrazione di terapie anticorpali non specifiche per il trattamento COVID-19.
CONTATTO STRETTO di un caso confermato di COVID-19	No	Attendere la fine del periodo di quarantena per evitare di esporre potenzialmente il personale sanitario al SARS-CoV-2 durante la visita di vaccinazione.

4.6 Osservazione post vaccinazione

Dopo la somministrazione del vaccino, è necessario un tempo di osservazione di 15 minuti, periodo entro il quale si sviluppa la maggior parte degli episodi di reazioni allergiche gravi.

In presenza di anafilassi da farmaci non contenenti PEG, anafilassi da alimenti, lattice, imenotteri e di asma severa in controllo terapeutico, il tempo di osservazione dovrà essere protratto a 60 minuti.

Il medico fornisce informazioni all'utente ed eventualmente ai familiari sulla gestione dei più frequenti effetti collaterali.

4.7 Programmazione della seconda dose

I vaccini non sono intercambiabili e la seconda dose deve essere effettuata con lo stesso vaccino utilizzato per la prima dose.

Le persone che hanno manifestato una reazione grave, allergica e non, alla prima dose, NON devono sottoporsi alla seconda dose prima di aver eseguito una consulenza allergologica. Le persone che hanno manifestato una reazione locale a insorgenza ritardata (ad es. eritema, indurimento, prurito) intorno all'area del sito di iniezione dopo la prima dose POSSONO ricevere la seconda dose, preferibilmente nel braccio controlaterale a quello utilizzato per la prima dose. Di seguito si riportano alcune indicazioni relative ai comportamenti da adottare in base a determinate situazioni occorse in seguito alla prima dose somministrata.



Dopo la prima dose	Decisione su prosecuzione ciclo	
Anafilassi dopo 1° dose	No	Raccogliere documentazione e verificare che sia stata fatta la segnalazione di reazione avversa.
Reazione allergica immediata (entro 4 ore) dopo 1° dose, anche se non anafilattica (ad es: orticaria, angioedema, distress respiratorio)	No	Raccogliere documentazione e verificare che sia stata fatta la segnalazione di reazione avversa. Prendere contatti con il Servizio Vaccinale del SISP per la valutazione del proseguimento del ciclo vaccinale anche attraverso una consulenza allergologica.
Reazione grave (ad es: Paralisi Bell, Guillain Barrè,...) dopo 1° dose	No	Raccogliere documentazione e verificare che sia stata fatta la segnalazione di reazione avversa. Prendere contatti con il Servizio Vaccinale del SISP per la valutazione del proseguimento del ciclo vaccinale.
Infezione da SARS-CoV-2 accertata dopo la 1° dose	No	Si sospende ciclo come da indicazioni di AIFA. L'infezione naturale fa da effetto booster che si somma alla prima dose di vaccino; verranno valutati eventuali richiami alla luce di maggiori dati disponibili

4.8 Registrazione della vaccinazione

La registrazione del vaccinazione domiciliare deve essere effettuata subito dopo la somministrazione, direttamente al domicilio, durante il periodo di osservazione post vaccinazione. La registrazione può avvenire nei seguenti modi:

- utilizzando l'app mobile "**VaccinAZIONI Veneto**" (accessibile sia su dispositivi SMARTPHONE che su dispositivi TABLET e può essere scaricata dagli store di riferimento dei principali sistemi operativi ad oggi esistenti sul mercato).
- accedendo al portale dedicato al link <https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/home>
- direttamente negli **applicativi dei Medici di Medicina Generale** con le consuete modalità, in cooperazione applicativa con i gestionali e con l'anagrafe vaccinale regionale.

E' importante registrare che la vaccinazione sia eseguita a domicilio:

- per i MMG nel portale specifico alla voce "setting" è da scegliere la voce "a domicilio";
- per i SISP creazione del CVP ad Hoc per la somministrazione delle vaccinazioni a domicilio.

Si ricorda che l'accesso all'app o al portale dedicato, ai fini della registrazione delle vaccinazioni, è possibile solo previa richiesta di credenziali che avviene con specifica procedura del Servizio Vaccinale dell'Azienda ULSS, attraverso la compilazione di apposito modulo di richiesta.



Per la registrazione di un eventuale reazione avversa si procederà con le consuete modalità (es. per gli operatori del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica utilizzando il SIAVr, per il Medico di Medicina Generale attraverso la piattaforma *Vigifarmaco* www.vigifarmaco.it, www.vigicovid.it).



FASI DELLA VACCINAZIONE DOMICILIARE

1. Indossare mascherina FFP2, la visiera e il camice monouso.
2. Informare l'utente sulla vaccinazione e acquisire il consenso informato:
 - a. Pfizer-BioNTech: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_3_file.pdf
 - b. Moderna: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_1_file.pdf
 - c. AstraZeneca: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_5_file.pdf
 - d. Johnson & Johnson:
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_5452_12_file.pdf
3. Raccogliere l'anamnesi pre vaccinale sottoponendo le domande di screening compilando e firmando la scheda cartacea (Allegato 2).
4. Raccogliere il consenso informato e firmato dal paziente.
5. Preparare in un vassoio adeguatamente sanificato la fiala di vaccino, batuffoli di cotone e cerotto disinfettato.
6. Posizionare a portata di mano il contenitore per aghi e oggetti taglienti.
7. Eseguire l'igiene delle mani con una soluzione idroalcolica.
8. Eseguire la vaccinazione.
9. Smaltire correttamente la siringa (contenitore per taglienti) e il materiale utilizzato per la vaccinazione (sacchetto per rifiuti sanitari).
10. Registrare la vaccinazione nell'app "VaccinAZIONI Veneto" o nel Portale dedicato; nel caso di vaccinazione eseguita dal Medico di Medicina Generale la vaccinazione può essere registrata nel proprio gestionale in cooperazione applicativa con l'Anagrafe Vaccinale Regionale.
11. Rimanere presso il domicilio del paziente per tutto il periodo di osservazione (in genere 15 minuti dal momento della somministrazione del vaccino).

GESTIONE REAZIONI AVVERSE A RAPIDA INSORGENZA

Le reazioni avverse a rapida insorgenza¹⁰ che si possono osservare dopo la somministrazione di vaccino necessitano di essere adeguatamente valutate ed eventualmente trattate, e possono avere base:

- **non allergica**, quali crisi d'ansia, lipotimie o sincopi. Se il soggetto manifesta apertamente ansia o riferisce precedenti episodi di lipotimia in occasione di prelievi o procedure, eseguire la vaccinazione in posizione supina e far mantenere questa posizione anche per i successivi 15 minuti dopo la vaccinazione, al fine di evitare traumi secondari alla caduta,
- **allergica**, quali orticaria, angioedema, broncospasmo ed anafilassi.

L'**anafilassi** è caratterizzata dall'insorgenza acuta di sintomi cutanei e/o mucosi (orticaria, prurito, flushing, edema di labbra, lingua, ugola) associati ad almeno uno dei seguenti:

- Compromissione respiratoria (voce rauca, stridore, dispnea, asma, cianosi).
- Compromissione cardiovascolare (tachicardia, ipotensione, ipotonia, collasso).

¹⁰ Deliberazione Giunta Regionale del Veneto n. 1935 del 26 nov 2016 - Allegato A "Procedure Operative per le Vaccinazioni"



Sono possibili inoltre sintomi gastrointestinali (crampi, vomito, secchezza fauci).

In caso di anafilassi a domicilio:

1. **Stendere il paziente** sul dorso sollevandogli le gambe in posizione antishock, allo scopo di ridistribuire la massa circolante e favorire la perfusione degli organi vitali. Se non vi è dispnea porre il paziente in Trendelenburg. Tenere sollevato il paziente potrebbe diminuire il ritorno venoso e causare un arresto cardiaco.
2. **Chiamare il 118.**
3. **Garantire l'ABC primario.**
4. **Somministrare adrenalina:** somministrare per via intramuscolare 0,5 ml di adrenalina 1:1000 (1/2 fiala da un ml). La dose è 0.01 ml/kg di una soluzione acquosa di adrenalina 1:1000 per via intramuscolare fino a 0,5 ml. L'adrenalina rappresenta la terapia di prima scelta per l'anafilassi, ha un'azione rapida e una durata d'azione breve. La somministrazione precoce di adrenalina è importante perché può prevenire la progressione rapida dell'anafilassi verso l'ostruzione delle vie aeree e lo shock. Ogni vaccinatore deve essere consapevole che è più pericoloso non somministrare l'adrenalina immediatamente che somministrare in maniera impropria. Se il quadro non migliora ripetere la somministrazione di adrenalina dopo 5-15 min.
5. **Monitorare** continuamente i segni vitali (attività cardiaca e respiratoria e pressione arteriosa) e assicurarsi di mantenere la pervietà delle vie aeree, poiché la sintomatologia può peggiorare rapidamente verso un'ostruzione completa delle vie aeree e/o uno stato di shock fino all'arresto cardio-respiratorio.
6. **Posizionare un laccio** al di sopra del punto di iniezione e allentarlo per un minuto ogni tre minuti allo scopo di rallentare l'assorbimento del vaccino.
7. **Ospedalizzare:** tutti i casi di anafilassi devono essere inviati in ospedale, per la possibilità di forme bifasiche. Il personale del servizio vaccinale deve comunicare al personale del servizio di emergenza tutte le informazioni necessarie per la corretta continuazione dell'assistenza del paziente.

Prosecuzione delle vaccinazioni: la reazione anafilattica rappresenta una controindicazione al proseguimento del ciclo vaccinale e alla somministrazione di qualsiasi vaccino contenente gli stessi componenti. L'evento va annotato sulla scheda anamnestica e sul libretto personale dell'utente. Deve essere inoltre predisposto un rapporto che descriva in dettaglio le modalità di insorgenza e l'evoluzione dell'evento, il trattamento somministrato e le manovre effettuate.

Manifestazioni che non presentano i criteri diagnostici per anafilassi, con sintomi solo cutanei o accompagnati da iniziale lieve compromissione delle alte vie respiratorie (rinite o starnuti) o dell'apparato gastrointestinale (prurito orale) ma senza difficoltà respiratoria o ipotensione, possono essere trattati con antiistaminici e cortisonici.

- Antistaminici (es. clorfeniramina maleato): IM, 0,3 mg/Kg (ripetere a intervalli regolari fino a un massimo di 10 mg),
- Broncodilatatori (es. salbutamolo),
- Corticosteroidi (es. metilprednisolone, idrocortisone, IM, 10 mg/kg, massimo 500 mg)



Questi farmaci hanno minore rapidità di azione ed efficacia rispetto all'adrenalina, sono indicati come intervento di supporto aggiuntivo. La loro somministrazione è finalizzata a prevenire le manifestazioni bifasiche e protratte.

Va monitorato il soggetto per la progressione dei sintomi o la mancanza di risposta al trattamento, reindirizzandosi in questo caso al trattamento di emergenza dell'anafilassi.

Si ricorda che le reazioni a rapida insorgenza devono essere segnalate alla farmacovigilanza attraverso i consueti canali (es. piattaforma Vigifarmaco, SIAVr).



RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

CDC. "Interim Clinical Considerations for Use of mRNA COVID-19 Vaccines Currently Authorized in the United States" <https://www.cdc.gov/vaccines/covid-19/info-by-product/clinical-considerations.html>

CDC. "General Best Practice Guidelines for Immunization". November 20, 2020
<https://www.cdc.gov/vaccines/hcp/acip-recs/general-recs/index.html>

NHS. The Green Book, Chapter 14a. Covid-19 SARS-CoV-2. Provisional guidance subject to MHRA approval of each vaccine.
<https://www.gov.uk/government/publications/covid-19-the-green-book-chapter-14a>

ACIP. Key COVID-19 Vaccine Resources. Last access: 23/2/2021
<https://www.immunize.org/covid-19/>

AIFA. Domande e risposte si vaccini COVID-19 ad mRNA <https://www.aifa.gov.it/domande-e-risposte-su-vaccini-mrna>

AAIITIO SIAAIC. "Linee di indirizzo per la gestione da parte degli allergologi di pazienti a rischio di reazioni allergiche ai vaccini per COVID-19" - Versione 15/01/2021; <http://www.siaaic.org/?p=5569>

SCOTTISH GOVERNMENT, "Coronavirus (COVID-19): guidance for use of Pfizer BioNTech vaccine in care homes".
<https://www.gov.scot/publications/coronavirus-covid-19-guidance-for-use-of-pfizer-biontech-vaccine-in-care-homes/>

REGIONE DEL VENETO. Sistema informativo anagrafe regionale vaccinale. Note operative per la registrazione delle vaccinazioni.

ISS. Guida alle Controindicazioni alle Vaccinazioni, edizione 2018.
https://www.iss.it/rapporti-istisan/-/asset_publisher/Ga8fOpveOfNN/content/id/5179385



ALLEGATO 1. SOSTANZE CHE CONTENGONO PEG (Macrogol) E/O POLISORBATO

Fonte: Società Italiana di Allergologia, Asma ed Immunologia Clinica e Associazione Allergologi ed Immunologi Italiani Territoriali ed Ospedalieri

Principio Attivo (Nome Commerciale)	Sostanza sensibilizzante	Categoria farmacologica
Metilprednisolone acetato (Depomedrol)	PEG 3350	Corticosteroide
Medrossiprogesterone acetato (Depoprovera)	PEG 3350	Progestinico
Fosfolipidi esafluoruro di zolfo (SonoVue)	PEG 4000	Agente di contrasto per ultrasuoni
Trastuzumab (Ogivri)	PEG 3350	Monoclonale per K mammario
Rilonacept (Arcalyst)	PEG 3350	Inibitore dell'interleuchina 1
Liposomi Perfluoropropano (Definity)	PEG 5000	Agente di contrasto per ultrasuoni
Cetirizina compresse (Zirtec)	PEG 400	Antistaminico
Paclitaxel (Taxolo)	PEG 80	Antitumorale
Trastuzumab (Herceptin, Herzuma, Kanjinti, Ontruzant)	PEG 3350	Monoclonale per K mammario
Metossipolietilenglicole-epoetina beta (Mircera)	30 kD Metossipolietilenglicole-acido butanoico	Eritropoietina – simile
PEG-asparaginasi (Oncaspar)	Monometossipolietilenglicole	Antitumorale
Pegfilgrastim (Neulasta)	20 kD Metossipolietilenglicole	Fattore stimolante granulociti
IFN- α pegilato (PegIntron, Pegasys)	Monometossi polietilenglicole + Polisorbato 80	Immunomodulatore

Si fa presente che si tratta di elenchi che potrebbero essere incompleti per l'ampia diffusione del PEG e dei polisorbati e per l'immissione in commercio di nuovi medicinali non disponibili al momento della preparazione del presente manoscritto

Nome del Vaccino	Tipo di Vaccino	Eccipiente
AVAXIM	Vaccino Epatite A	Polisorbato 80
FLUAD	Vaccino influenzale inattivato	Polisorbato 80
GARDASIL 9	Vaccino del Papillomavirus Umano 9-valente	Polisorbato 80
PREVENAR 13	Vaccino pneumococcico polisaccaridico coniugato	Polisorbato 80
REVAXIS	Vaccino difterico, tetanico e della poliomielite (inattivato).	Polisorbato 80
ROTATEQ	Vaccino del rotavirus (vivo)	Polisorbato 80
TRUMENBA	Vaccino anti meningococco di gruppo B	Polisorbato 80
	Sars-CoV-2 (Astrazeneca)	Polisorbato 80
	Sars-CoV-2 (Johnson&Johnson)	Polisorbato 80
	Sars-CoV-2 (Moderna)	PEG 2000
COMINARTY	Sars-CoV-2 (Pfizer)	PEG 2000

Si fa presente che si tratta di elenchi che potrebbero essere incompleti per l'ampia diffusione del PEG e dei polisorbati e per l'immissione in commercio di nuovi medicinali non disponibili al momento della preparazione del presente manoscritto



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni ad interim per la somministrazione dei vaccini anti-COVID19

Erythropoietin (Retacrit)	Polisorbato 20	Fattori di crescita ematopoietica
Pegfilgrastim (Neulasta)	Polisorbato 20	
Romiplostim (Nplate)	Polisorbato 20	
Darbepoetina alfa (Aranesp)	Polisorbato 20	
Filgrastim (Accofil, Nivestim, Granix, Zarzio ecc)	Polisorbato 80	
Peginterferon (Pegasys Pegintron)	Polisorbato 80	Antivirali
Interferon beta-1a (Avonex)	Polisorbato 20	Immunomodulatori
Sarilumab (Kevzara)	Polisorbato 20	Inibitori dell'interleuchina
Dupilumab (Dupixent)	Polisorbato 80	
Mepolizumab (Nucala)	Polisorbato 80	
Secukinumab (Cosentyx)	Polisorbato 80	
Aflibercept (Eylea)	Polisorbato 20	Trattamento della degenerazione maculare
Ranibizumab (Lucentis)	Polisorbato 80	
Brolucizumab (Beovu)	Polisorbato 80	



ALLEGATO 2. ANAMNESI PRE-VACCINALE

CAMPAGNA VACCINALE ANTI COVID 19 DATA ____/____/____
 VACCINO SOMMINISTRATO _____

Sezione 1 - DATI ANAGRAFICI

Cognome Nome _____ nato il ____/____/____

Residente a _____

Attività lavorativa _____

Sezione 2 - ANAMNESI PREVACCINALE

Oggi è in buone condizioni di salute?	si no
Ha febbre?	si no
Soffre di allergie al lattice, a qualche cibo, a farmaci o ai componenti del vaccino? se sì, specificare: _____ _____	si no
Ha mai avuto una reazione grave dopo aver ricevuto un vaccino?	si no
Soffre di malattie cardiache o polmonari, asma, malattie renali, diabete, anemia o altre malattie del sangue?	si no
Si trova in una condizione di compromissione del sistema immunitario? (es patologia tumorale, leucemia, linfoma, hiv/aids, trapianto)	si no
Negli ultimi 3 mesi ha assunto farmaci che indeboliscono il sistema immunitario (es cortisone, prednisone o altri steroidi) o farmaci antitumorali, oppure ha subito trattamenti con radiazioni?	si no
Durante lo scorso anno, ha ricevuto una trasfusione di sangue o prodotti ematici, oppure le sono stati somministrati immunoglobuline (gamma) o farmaci antivirali?	si no
Ha avuto attacchi di convulsioni o qualche problema al cervello o al sistema nervoso?	si no

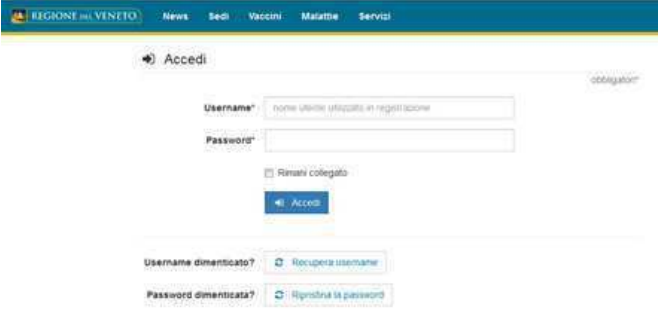
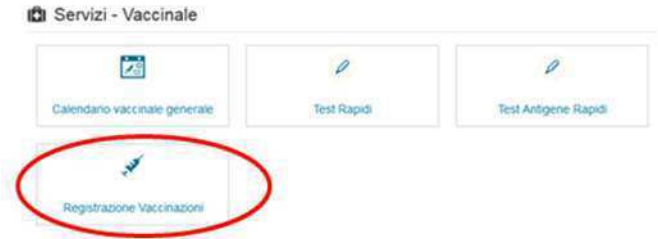

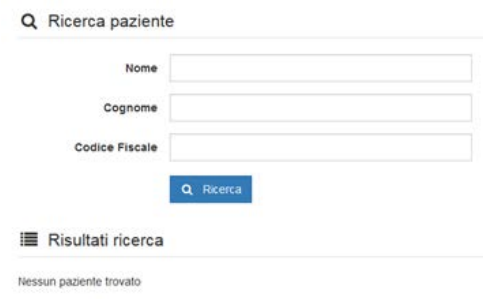


DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni ad interim per la somministrazione dei vaccini anti-COVID19

Ha ricevuto vaccinazioni negli ultimi 14 giorni? se si, specificare:	si no
E' incinta o sta programmando una gravidanza nel mese successivo alla prima o alla seconda somministrazione?	si no
Sta allattando?	si no
Specifichi di seguito i farmaci, ed in particolare quelli anticoagulanti, nonché gli integratori naturali, le vitamine, i minerali o eventuali medicinali alternativi che sta assumendo: _____ _____	si no
Nell'ultimo mese è stato in contatto con una persona contagiata o affetta da COVID-19?	si no
Manifesta tosse/raffreddore/ febbre/dispnea o sintomi simil influenzali?	si no
Manifesta mal di gola/perdita dell'olfatto o del gusto?	si no
Manifesta dolore addominale/ diarrea?	si no
Manifesta lividi anormali o sanguinamento/arrossamento degli occhi?	si no
Ha fatto qualche viaggio internazionale nell'ultimo mese?	si no
Ha effettuato un test COVID-19? se si, specificare quando:	si no
Riferisca eventuali altre patologie o notizie utili sul suo stato di salute: _____ _____	si no
Firma del soggetto _____	
Firma e Timbro dell'operatore sanitario _____	








ALLEGATO 3. ISTRUZIONI REGISTRAZIONE VACCINAZIONE in APP o PORTALE DEDICATO

<p>aprire l'app "VaccinAZIONI Veneto" o accedere al link dedicato</p>	<p>APP mobile: "VaccinAZIONI Veneto" link: https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/Login</p>
<p>effettuare il login</p>	
<p>selezionare "Registrazione vaccinazioni"</p>	
<p>selezionare il centro vaccinale "Ricerca RSA"¹¹</p>	
<p>ricercare il paziente con nome e cognome o codice fiscale e cliccare ricerca ("nome" e "cognome" possono essere inseriti parzialmente invece il "codice fiscale" deve essere inserito per esteso)</p>	

¹¹ Questo strumento inizialmente è stato creato per agevolare la registrazione nelle RSA, quindi anche se è rimasto "Ricerca RSA" nel menù a tendina si trovano i centri vaccinali che sono stata abilitati all'utenza con la quale si effettua il login.

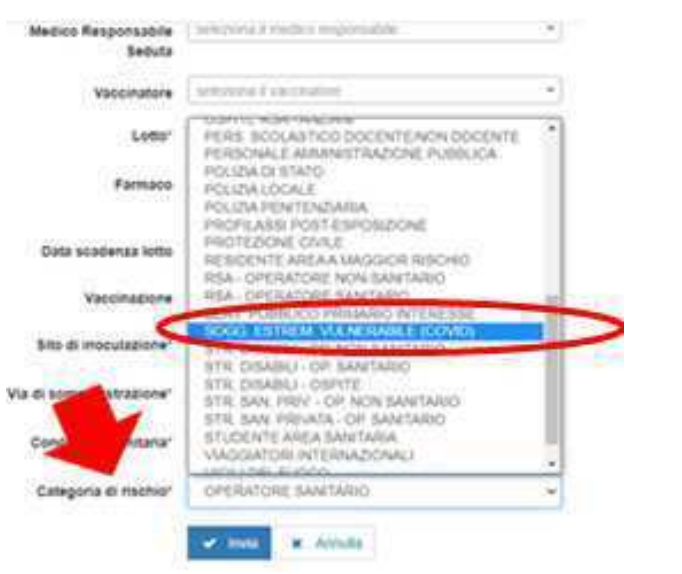


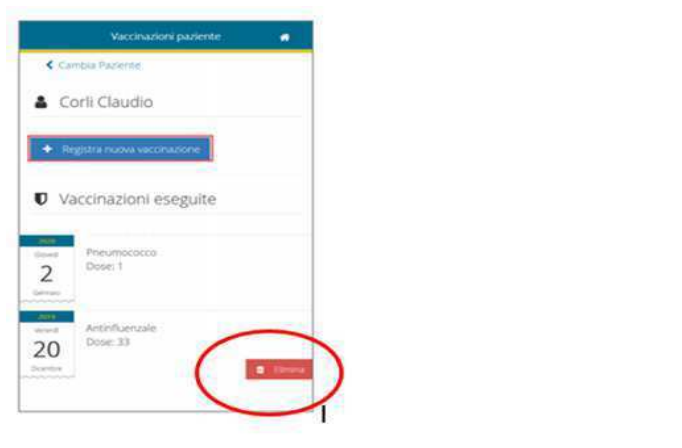


DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni ad interim per la somministrazione dei vaccini anti-COVID19

<p>selezionare l'utente di interesse tramite la freccia blu</p>	
<p>la pagina mostra lo storico delle vaccinazioni eseguite. In questa pagina è possibile inserire il rifiuto "inserisci dissenso covid" oppure l'esclusione "vaccinazione non prevista"</p>	
<p>clickare "registra nuova vaccinazione" per inserire una nuova vaccinazione</p>	
<p>si apre la maschera di registrazione con data di registrazione preimpostata a quella odierna</p>	
<p>inserire tutti i dati, compreso il lotto utilizzato (una volta selezionato il lotto, il campo "farmaco" e il campo "scadenza farmaco" si compilano di default)</p>	



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni ad interim per la somministrazione dei vaccini anti-COVID19

<p>specificare la “categoria di rischio” per cui viene effettuata la vaccinazione anti-COVID.</p> <p>NB: per i soggetti per cui la principale ragione è una condizione sanitaria di “estrema vulnerabilità” selezionare la corrispondente voce.</p>	
<p>specificare la “condizione sanitaria” per cui viene effettuata la vaccinazione anti-COVID.</p> <p>NB: se è stata selezionata la voce “sogg. estremamente vulnerabile” indicare sempre la condizione sanitaria più importante.</p>	
<p>clickare “invia” per confermare la registrazione</p>	
<p>clickare “elimina” per cancellare la vaccinazione registrata</p>	



ALLEGATO 4. SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DIAGNOSI DIFFERENZIALE ANAFILASSI

	Anafilassi	Svenimento	Crisi d'ansia
Definizione	Grave reazione acuta generalizzata di ipersensibilità, potenzialmente fatale, che necessita di trattamento di emergenza	Temporanea perdita di coscienza conseguente ad una ipoperfusione cerebrale conseguente a stimolo doloroso o reazione emotiva	Reazione di protezione in seguito a paura, apprensione, preoccupazione
Esordio	Generalmente nei primi 30 minuti dopo la vaccinazione	Improvviso, si verifica prima, durante, o poco dopo la vaccinazione, recupero avviene entro 1-2 minuti	Improvviso, si verifica prima, durante, o poco dopo la vaccinazione, recupero avviene entro 1-2 minuti
Cute e mucose	-eritema, orticaria -purito -formicolio volto e bocca -edema progressivo volto, bocca, lingua	-pallore -sudorazione profusa -cute fredda	-pallore -sudorazione profusa -cute fredda
Respiro	-affannoso, starnuti, tosse dispnea -raucedine o difficoltà alla deglutizione (da edema delle vie aeree fino all'ostruzione)	normale o superficiale irregolare affannoso	rapido e superficiale (iperventilazione)
Polso	rapido, debole	lento, costante	rapido
Pressione	diminuita	Diminuita	normale o elevata
Sintomi e comportamento	-inquietudine, irrequietezza e agitazione -ipotensione con progressione lenta verso il collasso e shock -non tutti i segni/sintomi possono essere presenti	-aspetto impaurito -confusione, sensazione di testa vuota -vertigini -debolezza, intorpidimento -a volte clonie	-aspetto impaurito -confusione, sensazione di testa vuota -vertigini -debolezza, intorpidimento -formicolio bocca -contrattura estremità associate all'iperventilazione
Apparato gastrointestinale	-nausea e vomito -dolore addominale, diarrea	-nausea	-nausea
Altri sintomi	-perdita di coscienza		



Anafilassi

Risposta allergica immediata ad una sostanza in un organismo già sensibilizzato alla sostanza stessa. Le cause comuni di anafilassi includono le punture di api o vespe (nelle persone che sono allergiche a questi insetti), l'ingestione di alcuni alimenti (nelle persone che sono allergiche a tali alimenti), e le reazioni a farmaci e vaccini.

E' possibile porre diagnosi di anafilassi in presenza di uno dei seguenti 3 criteri, anche allo scopo di distinguere la anafilassi da reazioni allergiche non pericolose per la vita.

Criterio 1.

Esordio acuto (da minuti a alcune ore) con coinvolgimento della cute o delle mucose o di entrambe (es. orticaria generalizzata, prurito o flushing, rigonfiamento di labbra, lingua, ugola) e almeno uno dei seguenti quadri:

- a) Compromissione respiratoria (es. dispnea, broncospasmo, stridore, riduzione del PEF, ipossiemia)
- b) Riduzione della pressione arteriosa o sintomi associati (es. ipotonia [collasso], sincope, incontinenza).

Criterio 2.

Due o più dei seguenti quadri che si verificano rapidamente dopo l'esposizione a un probabile allergene per quel paziente (da minuti a alcune ore):

- a) Interessamento della cute-mucose (come sopra)
- b) Compromissione respiratoria (come sopra)
- c) Riduzione della pressione arteriosa o sintomi associati (come sopra)
- d) Sintomi gastrointestinali persistenti (dolori addominali crampiformi, vomito).

Criterio 3.

Riduzione della pressione arteriosa dopo esposizione a un allergene conosciuto per quel paziente (da minuti a alcune ore):

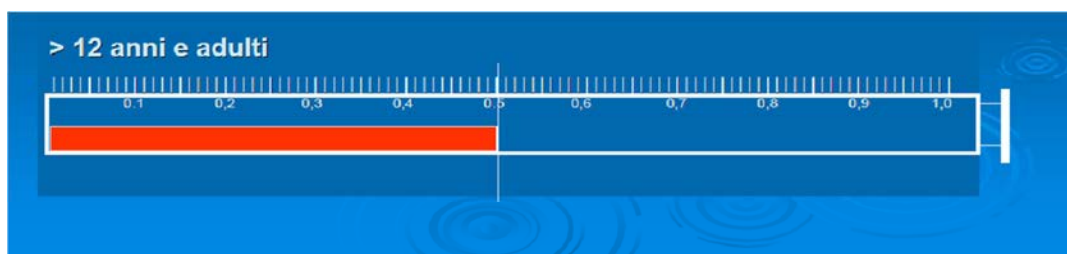
- a) nei lattanti e bambini: bassa pressione sistolica (per l'età) o diminuzione di oltre il 30% della pressione sistolica [una bassa pressione sistolica è definita come inferiore a 70 mmHg nei bambini tra 1 mese ed 1 anno, inferiore a (70 mmHg + [2 x età]) tra 1 e 10 anni, e inferiore a 90 mmHg tra 11 e 17 anni]
- b) adulti: pressione sistolica inferiore a 90 mmHg o riduzione di oltre il 30% della pressione basale della persona.

Tempi di inizio e durata dell'anafilassi: di regola, il tempo di latenza tra il contatto con l'allergene e la comparsa delle manifestazioni cliniche varia da pochi secondi a un massimo di 2 ore, anche se di solito è inferiore ai 10 minuti. In genere la brevità dell'intervallo lascia presagire una reazione più severa. Comunque potrebbero ancora essere attribuibili al vaccino reazioni anafilattiche insorte entro le 24 ore.



ALLEGATO 5. SCHEMA RIASSUNTIVO GESTIONE REAZIONE ANAFILATTICA A DOMICILIO

1. Posizionare il paziente	
2. Chiamare il 118	
3. Garantire l'ABC primario	
4. Monitorare continuamente i segni vitali	
5. Somministrare adrenalina (Allegato 5)	->
	<p style="text-align: center;">Adrenalina</p> <p style="text-align: center;">0.01 ml/kg, i.m. (massimo 0,5 ml)</p> <p style="text-align: center;">Somministrare per via i.m. nel muscolo vasto laterale della coscia o sull'arto opposto a quello dove si è somministrato il vaccino</p> <p style="text-align: center;">Se quadro non migliora ripetere adrenalina dopo 5-10 minuti</p>
6. Ossigenare il paziente	->
7. Ospedalizzare	Mantenere la pervietà delle vie respiratorio

**Farmaci di supporto:**

- **Antistaminico** i.m. (clorfenamina 0,3 mg/kg max 10 mg)
- **Cortisonico** i.m. (metilprednisolone 2 mg/kg)

In caso di broncospasmo severo e non rispondente al trattamento con adrenalina può essere utilizzato un beta 2-agonista come il salbutamolo in spray.

In caso di stato di shock con compromissione delle funzionalità vitali avviare una rianimazione cardio-respiratoria.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'organizzazione di Campagna vaccinale di Popolazione

Appendice C

**DOCUMENTO TECNICO INDICAZIONI
AD INTERIM PER LA VACCINAZIONE
ANTI-COVID19 IN AZIENDA**





EMERGENZA COVID-19

Campagna di vaccinazione anti COVID-19

DOCUMENTO TECNICO

Indicazioni *ad interim* per la Vaccinazione anti-COVID19 in Azienda

Rev. 25 marzo 2021

Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria - Area Sanità e Sociale



Versione:

Rev. 25 marzo 2021

Regione del Veneto

Direzione Prevenzione Sicurezza Alimentare, Veterinaria

Direttore: dott.ssa Francesca Russo

Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica

Direttore: dott. Michele Mongillo

Il presente documento è stato redatto a cura di:

Vera Comiati¹, Giangiacomo Marchesan¹, Alberto Zardetto¹

¹*Regione del Veneto - Unità Organizzativa Prevenzione e Sanità Pubblica*



PREMESSA

Il presente Manuale integra il documento *“Estensione della campagna vaccinale anti-COVID19 alle attività economiche e produttive”*, parte integrante della DGR n. 280 del 12 marzo 2021.

Principali riferimenti:

- *“Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19”* (Ministero della Salute, Commissario straordinario per l'emergenza COVID-19, Istituto Superiore di Sanità, AGENAS, AIFA - aggiornamento del 10 marzo 2021);
- *“Schema di protocollo d'intesa per l'estensione della campagna vaccinale anti-COVID19 alle attività economiche e produttive”*, DGR n. 280 del 12 marzo 2021 (Allegato A).

La vaccinazione anti-COVID19 effettuata nell'ambiente di lavoro, anche se affidata al Medico Competente, rappresenta una iniziativa di sanità pubblica, finalizzata alla tutela della salute della collettività, e non attiene strettamente alla prevenzione nei luoghi di lavoro. Pertanto la responsabilità generale e la supervisione dell'intero processo rimane in capo al Servizio Sanitario Regionale, per il tramite dell'Azienda ULSS di riferimento.

Sono sempre possibili modulazioni dell'attività, che potranno rendersi necessarie in qualsiasi momento in considerazione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico.

Costituiscono presupposti imprescindibili:

- 1. la disponibilità di vaccini**
- 2. la disponibilità dell'impresa**
- 3. la disponibilità del Medico Competente**
- 4. l'adesione volontaria da parte del Lavoratore**
- 5. la sussistenza delle condizioni di sicurezza per la somministrazione di vaccini**

Qualora non sia disponibile il Medico Competente (es. lavoratori non soggetti a sorveglianza sanitaria), l'attività potrà essere condotta anche con personale sanitario adeguatamente formato messo a disposizione da parte di altre strutture sanitarie (pubbliche/private), sotto la responsabilità del Datore di Lavoro.

Si precisa che la vaccinazione in azienda rappresenta una opportunità aggiuntiva rispetto alle modalità ordinarie dell'offerta vaccinale, rappresentate in questa fase da Azienda ULSS e Medico di Medicina Generale, che sono e saranno sempre garantite, nel rispetto delle tempistiche dettate dal piano nazionale di vaccinazione, qualora il lavoratore non intenda aderire alla vaccinazione in azienda.

Infine, coerentemente con la necessità di favorire l'accelerazione della campagna di vaccinazione di massa e garantire tempestività, efficacia e livello di adesione, gli spazi destinati all'attività, anche appositamente allestiti presso HUB vaccinali territoriali, potranno essere utilizzati per la vaccinazione di lavoratori appartenenti anche ad altre aziende (es. lavoratori che prestano stabilmente servizio per



l'azienda utilizzatrice, lavoratori di altre aziende del medesimo territorio, etc), nonché per la vaccinazione dei familiari dei lavoratori aderenti che per età o categoria di rischio rientrano nel piano nazionale e regionale (in questa fase, età \geq 60 anni). A tal proposito si precisa che il piano nazionale, declinato in fasce di popolazione prioritarie per patologie o per età, prevede che la vaccinazione in azienda possa procedere indipendentemente dall'età dei lavoratori.



SOMMARIO

ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ	5
Reclutamento	5
Requisiti preliminari	5
Equipaggiamento minimo per la vaccinazione in Azienda	5
Formazione	6
Organizzazione della seduta vaccinale	6
Gestione del consenso	6
Registrazione della vaccinazione	7
Osservazione post vaccinazione	7
Programmazione della seconda dose	7
Monitoraggio e controllo	7
Oneri	8
RIEPILOGO DELLE FASI PER LA VACCINAZIONE IN AZIENDA	8
ALLEGATO 1. MODULO DI ADESIONE CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 IN AZIENDA	9
ALLEGATO 2. INDICAZIONI TECNICHE PER LA VACCINAZIONE IN AZIENDA	10
ALLEGATO 3. ISTRUZIONI REGISTRAZIONE VACCINAZIONE in APP o PORTALE DEDICATO	18



ORGANIZZAZIONE ATTIVITÀ

Reclutamento

L'azienda che intende aderire all'iniziativa ne dà comunicazione all'Associazione di riferimento. L'Associazione, verificati i principali requisiti previsti, ne dà comunicazione all'Azienda ULSS di riferimento con congruo anticipo, trasmettendo il modello di cui all'**Allegato 1**.

Requisiti preliminari

Per l'avvio dell'attività, è necessario che l'azienda sia in possesso dei seguenti requisiti:

- popolazione lavorativa sufficientemente numerosa. Per non escludere imprese con pochi lavoratori o altre forme di attività (es. artigianato, agricoltura), sono possibili modalità organizzative promosse da associazioni di categoria, o nell'ambito della bilateralità, destinate a coinvolgere lavoratori di più imprese.
- sede nel territorio della Regione del Veneto (almeno un'unità produttiva). Resta inteso che il lavoratore può aderire alla vaccinazione indipendentemente dalla propria residenza, che può essere anche fuori Regione o in altra Nazione;
- struttura organizzativa e risorse adeguate, in grado di garantire il regolare svolgimento dell'attività;
- ambienti idonei per l'attività, sia per le fasi preparatorie (accettazione), sia per la vera e propria seduta vaccinale (ambiente idoneo: es. ambulatorio/infermeria), sia per le fasi successive (osservazione post-vaccinazione). Resta inteso che gli ambienti dedicati all'attività, purchè adeguatamente attrezzati, possono essere interni, esterni o mobili, in considerazione di specifiche esigenze di natura organizzativa. L'idoneità degli ambienti destinati all'attività è valutata con l'eventuale contributo e supporto dell'Associazione di categoria di riferimento.

Equipaggiamento minimo per la vaccinazione in Azienda

DPI	Mascherina FFP2, visiera, camice monouso e guanti (quando necessari)
Materiale per la vaccinazione	<ul style="list-style-type: none"> - Contenitore con fiale di vaccino - Materiale sanitario per l'effettuazione dell'iniezione (vassoio, batuffoli di contenitore, cerotti, garze, disinfettante per la cute, disinfettante mani).
Kit con i presidi per l'emergenza	<ul style="list-style-type: none"> - Siringhe monouso e aghi - laccio emostatico - sfigmomanometro - fonendoscopio - pallone AMBU per adulti - saturimetro <p><u>Farmaci di supporto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Almeno n. 3 fiale di adrenalina (fiale 1:1000, fl. 1 ml =1 mg)/adrenalina jet 2 fl - Antistaminico i.m. (clorfenamina 0,3 mg/kg max 10 mg) - Cortisonico i.m. (metilprednisolone 2 mg/kg) - Beta 2-agonista in spray (salbutamolo)
Smaltimento rifiuti	Contenitore rigido per taglienti e sacco per rifiuti sanitari
Registrazione	Smartphone, tablet o laptop con connessione ad internet



Formazione

Si rende disponibile, da parte del Servizio Sanitario Regionale, l'accesso a specifici materiali formativi/informativi predisposti a livello nazionale e regionale.

Inoltre, il Servizio Sanitario Regionale assicura la formazione necessaria per l'utilizzo della App per PC/smartphone, essenziale per la registrazione puntuale di ogni singola somministrazione.

Organizzazione della seduta vaccinale

L'adesione da parte del lavoratore è volontaria ed è raccolta a cura del Medico Competente, eventualmente con il supporto delle competenti strutture aziendali (es. risorse umane).

Il vaccino previsto (che in questa fase non è rappresentato da vaccini a mRNA, destinati ad altre categorie di rischio) viene fornito dall'Azienda ULSS di riferimento in base al numero di persone aderenti alla campagna, con modalità da concordare (ritiro presso l'Azienda ULSS o consegna presso il punto di vaccinazione). L'Azienda ULSS può valutare di suddividere il totale del vaccino richiesto in più consegne in base alla disponibilità delle dosi previste per la campagna di vaccinazione ordinaria.

In ogni caso, il vaccino fornito deve essere somministrato tempestivamente senza alcuna possibilità di accantonamento presso le strutture aziendali.

La campagna di vaccinazione negli ambienti di lavoro deve avvenire secondo modalità che garantiscano:

- pianificazione dell'attività con adeguato anticipo, in considerazione della complessità organizzativa;
- rispetto delle misure di prevenzione anti-contagio;
- adeguata informazione ai soggetti partecipanti circa le modalità organizzative e, più specificamente, sulla somministrazione del vaccino previsto;
- accettazione dei lavoratori aderenti assicurata da personale incaricato (interno/esterno);
- rispetto della modulistica predisposta a livello nazionale relativa a scheda anamnestica e consenso informato;
- rispetto delle indicazioni tecniche e delle buone pratiche relative a conservazione, preparazione e somministrazione del vaccino;
- rispetto delle indicazioni regionali per l'alimentazione dei flussi informativi. A tal proposito, sono rese disponibili soluzioni digitali (App per PC/smartphone) per la puntuale registrazione in tempo reale di tutti i dati obbligatori nell'Anagrafe Vaccinale Regionale.

Gestione del consenso

Il medico vaccinatore informa il soggetto in merito alla vaccinazione, illustra i contenuti dell'Informativa ministeriale e acquisisce il consenso alla vaccinazione, utilizzando la modulistica unificata predisposta a livello nazionale.

Nel caso in cui il lavoratore sia soggetto incapace, in linea con le indicazioni regionali riguardo la raccolta del consenso delle persone ospiti nelle strutture residenziali, il medico raccoglierà il consenso del tutore o amministratore di sostegno, se nominato.



Registrazione della vaccinazione

La registrazione della vaccinazione in azienda deve essere effettuata subito dopo la somministrazione, direttamente in azienda, durante il periodo di osservazione post vaccinazione. La registrazione deve essere effettuata nel seguente modo:

- utilizzando l'app mobile "**VaccinAZIONI Veneto**" (accessibile sia su dispositivi SMARTPHONE che su dispositivi TABLET e può essere scaricata dagli store di riferimento dei principali sistemi operativi ad oggi esistenti sul mercato - **Allegato 3**).

Si ricorda che l'accesso all'app, ai fini della registrazione delle vaccinazioni, è possibile solo previa richiesta di credenziali che avviene con specifica procedura del Servizio Vaccinale dell'Azienda ULSS, attraverso la compilazione di apposito modulo di richiesta.

Per la registrazione di un eventuale reazione avversa si potrà usufruire della WebApp VigiCOVID (<https://www.vigicovid.it>).

Osservazione post vaccinazione

Si evidenzia che dopo l'esecuzione delle vaccinazioni il personale vaccinatore deve invitare il vaccinato a sostare, di norma, per 15 minuti circa negli spazi d'attesa della sede vaccinale, allo scopo di intervenire immediatamente nel caso di reazioni avverse a rapida insorgenza. Il periodo di osservazione va prolungato a 60 minuti in caso di anamnesi positiva per gravi allergie a sostanze non presenti nei vaccini (alimenti, farmaci, ecc.). Si raccomanda in ogni caso che eventuali soggetti a rischio siano indirizzati all'Azienda ULSS di riferimento ai fini della vaccinazione in ambiente protetto.

Programmazione della seconda dose

I vaccini non sono intercambiabili e la seconda dose deve essere effettuata con lo stesso vaccino utilizzato per la prima dose.

Le persone che hanno manifestato una reazione grave, allergica e non, alla prima dose, NON devono sottoporsi alla seconda dose. Le persone che hanno manifestato una reazione locale a insorgenza ritardata (ad es. eritema, indurimento, prurito) intorno all'area del sito di iniezione dopo la prima dose POSSONO ricevere la seconda dose, preferibilmente nel braccio controlaterale a quello utilizzato per la prima dose. Per indicazioni relative a comportamenti da adottare in situazioni particolari occorse in seguito alla prima dose si veda l'Allegato 2 (Indicazioni Tecniche per la vaccinazione in azienda).

Monitoraggio e controllo

Trattandosi di una iniziativa a tutela della salute pubblica, l'intero processo è sotto la supervisione dell'Azienda ULSS di riferimento, che per il tramite del Dipartimento di Prevenzione può effettuare controlli sullo stato dei luoghi, sui requisiti essenziali e sulla correttezza delle procedure adottate per l'effettuazione dell'attività.

Anche le Associazioni di categoria promuovono l'adozione di comportamenti corretti e aderenti alle modalità organizzative previste dal presente documento.



La cabina di regia di cui alla DGR n. 280 del 12 marzo 2021, infine, è incaricata delle azioni di indirizzo e monitoraggio dell'iniziativa, nonché di operare un confronto periodico sull'andamento dell'attività.

Oneri

Sono a carico del Servizio Sanitario Regionale: vaccini, dispositivi per la somministrazione (siringhe/aghi), soluzioni digitali per la registrazione dell'attività e formazione; ogni altro onere è a carico delle aziende o delle Associazioni di categoria.

RIEPILOGO DELLE FASI PER LA VACCINAZIONE IN AZIENDA

1. Indossare mascherina FFP2, la visiera e il camice monouso.
2. Informare l'utente sulla vaccinazione e acquisire il consenso informato:
3. Raccogliere l'anamnesi pre vaccinale sottoponendo le domande di screening compilando e firmando la scheda cartacea (**Allegato 2**).
4. Preparare in un vassoio adeguatamente sanificato la fiala di vaccino, batuffoli di cotone e cerotto disinfettato.
5. Posizionare a portata di mano il contenitore per aghi e oggetti taglienti.
6. Eseguire l'igiene delle mani con un soluzione idroalcolica.
7. Eseguire la vaccinazione.
8. Smaltire correttamente la siringa (contenitore per taglienti) e il materiale utilizzato per la vaccinazione (sacchetto per rifiuti sanitari).
9. Registrare la vaccinazione nell'app "*VaccinAZIONI Veneto*".
10. Rimanere a disposizione per tutto il periodo di osservazione (in genere 15 minuti dal momento della somministrazione del vaccino).
11. Registrazione di eventuali reazioni avverse mediante la web app VigiCOVID (<https://www.vigicovid.it>)



ALLEGATO 1. MODULO DI ADESIONE CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTI-COVID-19 IN AZIENDA

Denominazione azienda

Sede legale

P.IVA / C.F.

Recapito telefonico
e-mail

PEC

Associazione di categoria

Datore di Lavoro

P.IVA / C.F.

Unità produttiva/e con sede
in Veneto

Tot lavoratori in organico
c/o la/le Unità produttive

Medico Competente

P.IVA / C.F.

Recapito telefonico
e-mail

Altra struttura Sanitaria

P.IVA / C.F.

Recapito telefonico
e-mail

I sottoscritti _____(Datore di lavoro) e _____(Medico Competente) responsabilmente dichiarano di voler aderire alla campagna vaccinale anti-COVID19 nei luoghi di lavoro e di rispettare, per gli aspetti di propria competenza, quanto previsto dalla DGR n. 290 del 12 marzo 2021 e dal "Disciplinare per la vaccinazione anti-COVID19 negli ambienti di lavoro".

In particolare, il Medico Competente dichiara che la somministrazione del vaccino avverrà all'interno dell'unità locale sita in ... (comune) ... (indirizzo), in uno spazio idoneo alla somministrazione del vaccino, in grado di garantire l'accesso scaglionato e la permanenza post-vaccinazione, individuato in:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ambulatorio/infermeria | <input type="checkbox"/> ambiente esterno appositamente allestito |
| <input type="checkbox"/> ambulatorio mobile | <input type="checkbox"/> ambiente interno appositamente allestito |

Punto di consegna dei vaccini: ...

Il Medico Competente dichiara che in azienda sono garantite le precauzioni per la conservazione dei vaccini.

Il Datore di Lavoro (o suo delegato)

Il Medico Competente



ALLEGATO 2. INDICAZIONI TECNICHE PER LA VACCINAZIONE IN AZIENDA

La seduta vaccinale è presieduta dal Medico presente in sede, eventualmente coadiuvato da altro personale sanitario incaricato.

Il Medico che presiede la seduta vaccinale:

- assume la responsabilità generale in ordine alla gestione della stessa;
- verifica la corretta conduzione dell'operatività (adesione ai protocolli, applicazione delle regole di buona pratica vaccinale, ecc.);
- garantisce l'approfondimento informativo e la decisione relativamente alla praticabilità della vaccinazione;
- verifica le condizioni di salute ai fini di una appropriata somministrazione del vaccino; resta inteso che eventuali soggetti a rischio dovranno essere indirizzati all'Azienda ULSS di riferimento ai fini della vaccinazione in ambiente protetto;
- dirige il pronto intervento in caso di emergenza dovuta a reazione a vaccino di rapida insorgenza;
- fornisce informazioni sulle modalità per la segnalazione di eventuali reazioni avverse. A tal proposito, è stata predisposta la web app VigiCOVID (<https://www.vigicovid.it>), dedicata esclusivamente ai vaccini anti-COVID19 e accessibile a chiunque intenda segnalare eventuali reazioni avverse. Le segnalazioni effettuate sono trasferite automaticamente alla Rete Nazionale di Farmacovigilanza dell'Agenzia Italiana del Farmaco;
- esercita ogni altra funzione che contribuisca ad assicurare il regolare svolgimento dell'attività.

Vaccini disponibili per la vaccinazione in azienda

Come previsto dalle raccomandazioni nazionali circa l'utilizzo delle differenti tipologie di vaccino¹, allo stato attuale, per la vaccinazione in Azienda devono essere utilizzati vaccini a vettore virale.

Gestione del vaccino

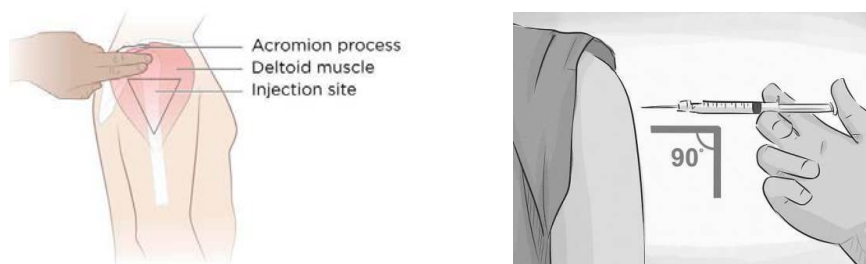
AstraZeneca: Una volta aperto il flaconcino deve essere somministrato entro 48 ore se mantenuto in frigo tra 2-8°C. Durante questo intervallo può essere conservato e utilizzato a temperature fino a 30° per un unico periodo di tempo fino a 6 ore.

Somministrazione del vaccino

Non è necessario indossare i guanti per la somministrazione dei vaccini, a meno che la cute non presenti delle lesioni oppure ci sia un rischio concreto di contaminazione con i liquidi corporei del paziente. Il vaccino va somministrato per via intramuscolare profonda nel deltoide con l'ago che forma un angolo di 90 °C rispetto al piano della cute. Il sito di preferenza è il deltoide, l'alternativo il vasto laterale della coscia.

¹ *Raccomandazioni ad interim sui gruppi target della vaccinazione anti-SARS-CoV-2/COVID-19.*





Non è necessaria l'aspirazione prima della iniezione (cioè tirare indietro lo stantuffo della siringa dopo l'inserimento dell'ago) poichè nel sito di iniezione non ci sono grossi vasi sanguigni.

In caso di perdita di liquido dalla siringa al momento dell'iniezione:

- se è stata somministrata meno di metà dose (oppure non è possibile fare una stima), ripetere la dose immediatamente nel deltoide controlaterale;
- se è stata somministrata più di metà dose, non ripetere la dose.

Controindicazioni e precauzioni alla vaccinazione

Si riportano di seguito le controindicazioni e le precauzioni alla vaccinazione rispetto alle evidenze scientifiche disponibili al momento della redazione del presente documento. Tali indicazioni potranno essere oggetto di modifiche o integrazioni alla luce di nuove evidenze scientifiche.

Controindicazione definitiva	Reazione allergica grave (anafilassi) o reazione allergica immediata (reazione allergica comparsa entro le 4 ore dalla somministrazione del vaccino) dopo precedente somministrazione di un vaccino contenente componenti quali, in particolare, il PEG o il polisorbato.
Controindicazione temporanea	Malattia di media o grave entità con febbre. La vaccinazione va rimandata a dopo la guarigione.
Precauzioni alla vaccinazione	Storia di reazione allergica immediata a qualsiasi altro vaccino, terapia iniettabile (cioè, vaccini o terapie intramuscolari, endovenose o sottocutanee) che non contengono componenti del vaccino COVID-19. Storia di reazione allergica grave a sostanza non nota o a sostanza nota non contenuta nel vaccino. Altre situazioni che necessitano di un periodo di sorveglianza oltre i 15 minuti.

La precauzione è una condizione che può aumentare il rischio di reazioni avverse gravi o che può compromettere la capacità del vaccino di indurre una adeguata risposta immunitaria. La precauzione alla vaccinazione non è una controindicazione ma una situazione che necessita di una attenta valutazione del rapporto tra rischio e beneficio (es. valutazione del rischio di reazione allergica grave e il beneficio di essere protetti in una situazione che per età o malattia o esposizione professionale aumenta il rischio di malattia COVID-19). Al fine di una completa valutazione, è opportuno sospendere la vaccinazione e consultare il medico specialista vaccinatore del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Situazioni particolari

Si riportano di seguito alcune situazioni particolari per il contesto del setting aziendale, con le relative indicazioni formulate nel rispetto delle indicazioni degli organismi internazionali e nazionali e alle evidenze scientifiche disponibili al momento



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni *ad interim* per la vaccinazione anti-COVID19 in Azienda

della redazione del presente documento. Tali indicazioni potranno essere oggetto di modifiche o integrazioni alla luce di nuove evidenze scientifiche.

Vista la finalità di questo documento in rapporto al setting operativo sono state inserite tra le precauzioni anche le condizioni che necessitano di un prolungato periodo di osservazione post vaccinale, spesso non compatibile con il setting aziendale. Al fine di garantire il miglior livello di sicurezza per l'eventuale gestione in caso di anafilassi, in caso di giudizio di idoneità alla vaccinazione la somministrazione va effettuata in accordo con le procedure previste dall'Azienda ULSS di riferimento, ricorrendo anche all'ambiente protetto, se indicato.

Situazione	Decisione per la vaccinazione in azienda	
ALLERGIA GRAVE (anafilassi) o orticaria generalizzata immediata (entro le 4 ore) a farmaci, alimenti o altri allergeni	Non in azienda	Nel caso di anamnesi positiva per allergia grave o orticaria generalizzata non ad una precedente dose di vaccino o comunque ad un allergene non contenuto nella vaccinazione, pur non essendo una controindicazione, è necessario un tempo di sorveglianza post-vaccinale di 60 minuti. Pertanto <u>è opportuno eseguire la vaccinazione in un altro setting concordando le modalità con il Servizio Vaccinale del SISP di riferimento.</u>
MASTOCITOSI	Non in azienda	Tale situazione necessita di premedicazione e un tempo di sorveglianza post-vaccinale di 60 minuti. Pertanto <u>è opportuno eseguire la vaccinazione in un altro setting concordando le modalità con il Servizio Vaccinale del SISP di riferimento.</u>
VACCINI, interazione con altri vaccini	Valutare	In assenza di dati sulla sicurezza ed efficacia dei vaccini COVID-19, quando co-somministrati con altri vaccini, è raccomandato un intervallo di 7 giorni ² dalla somministrazione di altri vaccini, prima e dopo il ciclo completo anti COVID-19. Tale raccomandazione anche al fine di evitare la non corretta attribuzione di potenziali eventi avversi. Tuttavia, in caso di necessità, cioè quando i benefici della vaccinazione superano possibili rischi della co-somministrazione (es. necessità di vaccinazione post esposizione per tetano, Epatite A) il medico vaccinatore valuta l'opportunità di ridurre tale intervallo.
SARS-CoV-2, infezione in atto	No	Rinviare la vaccinazione dopo il termine del periodo di isolamento/quarantena del paziente e/o dei familiari conviventi. Vedere "SARS-CoV-2, infezione progressa"
SARS-CoV-2, infezione progressa	Valutare	Le persone con progressa infezione da SARS-CoV-2 confermata da test molecolare o antigenico, indipendentemente se sintomatica o meno, possono essere vaccinate con un'unica dose, purché la vaccinazione venga eseguita ad almeno 3 mesi di distanza dalla documentata infezione e preferibilmente entro i 6 mesi dalla stessa. Tranne: a) i soggetti con immunodeficit (anche coloro che ricevono terapia immunosoppressiva), che devono essere vaccinati con un ciclo vaccinale completo di due dosi entro i primi 3 mesi dalla diagnosi di infezione da SARS-CoV-2; b) Coloro che sviluppano infezione da SARS-CoV-2 dopo la prima dose di vaccino, in quanto non devono ricevere la seconda dose nei tempi prestabiliti ma preferibilmente al 6° mese dopo la guarigione ³ .

² Green book... "Based on current information about the first COVID-19 vaccines being deployed, scheduling should ideally be separated by an interval of at least 7 days to avoid incorrect attribution of potential adverse events".

³ Circolare del Ministero della Salute n. 8284 del 03/03/2021 "Vaccinazione dei soggetti che hanno avuto un'infezione da SARS-CoV-2"



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni *ad interim* per la vaccinazione anti-COVID19 in Azienda

		<p>Non sono indicati test sierologici o molecolari prima e dopo la vaccinazione.</p> <p>In caso di trattamenti con plasma o con anticorpi monoclonali è indicato attendere almeno 90 giorni dalla somministrazione della terapia specifica per evitare possibile interferenza con il vaccino. Nessun intervallo minimo raccomandato dalla somministrazione di terapie anticorpali non specifiche per il trattamento COVID-19.</p>
CONTATTO STRETTO di un caso confermato di COVID-19	No	Attendere la fine del periodo di quarantena per evitare di esporre potenzialmente il personale sanitario al SARS-CoV-2 durante la visita di vaccinazione.
ALLERGIA AL LATTICE	Non in azienda	<p>Non è contenuto nel tappo delle siringhe o nei flaconcini dei vaccini oggetto del presente documento. Non rappresenta controindicazione o precauzioni alla vaccinazione.</p> <p>Nel caso di una storia di reazione allergica grave (anafilassi) è necessario un tempo di sorveglianza post-vaccinale a 60 minuti, pertanto è opportuno <u>è opportuno eseguire la vaccinazione in un altro setting (non in azienda) concordando le modalità con il Servizio Vaccinale del SISP di riferimento.</u></p>

Situazioni particolari relative alla somministrazione della seconda dose

Dopo la prima dose	Decisione su prosecuzione ciclo	
Anafilassi dopo 1° dose	No	Raccogliere documentazione e verificare che sia stata fatta la segnalazione di reazione avversa. Prendere contatti con il Servizio Vaccinale del SISP per la valutazione del proseguimento del ciclo vaccinale.
Reazione allergica immediata (entro 4 ore) dopo 1° dose, anche se non anafilattica (ad es: orticaria, angioedema, distress respiratorio)	No	Raccogliere documentazione e verificare che sia stata fatta la segnalazione di reazione avversa. Prendere contatti con il Servizio Vaccinale del SISP per la valutazione del proseguimento del ciclo vaccinale.
Reazione grave (ad es: Paralisi Bell, Guillain Barrè,...) dopo 1° dose	No	Raccogliere documentazione e verificare che sia stata fatta la segnalazione di reazione avversa. Prendere contatti con il Servizio Vaccinale del SISP per la valutazione del proseguimento del ciclo vaccinale.
Infezione da SARS-CoV-2 accertata dopo la 1° dose	No	Si sospende ciclo come da indicazioni di AIFA. L'infezione naturale fa da effetto booster che si somma alla prima dose di vaccino; verranno valutati eventuali richiami alla luce di maggiori dati disponibili

GESTIONE REAZIONI AVVERSE A RAPIDA INSORGENZA

Le reazioni a rapida insorgenza⁴ che si possono osservare dopo la somministrazione di vaccino necessitano di essere adeguatamente valutate ed eventualmente trattate, e possono avere base:

⁴ Deliberazione Giunta Regionale del Veneto n. 1935 del 26 nov 2016 - Allegato A "Procedure Operative per le Vaccinazioni"



- **non allergica**, quali crisi d'ansia, lipotimie o sincopi. Se il soggetto manifesta apertamente ansia o riferisce precedenti episodi di lipotimia in occasione di prelievi o procedure, eseguire la vaccinazione in posizione supina e far mantenere questa posizione anche per i successivi 15 minuti dopo la vaccinazione, al fine di evitare traumi secondari alla caduta,
- **allergica**, quali orticaria, angioedema, broncospasmo ed anafilassi.

Si ricorda che le reazioni a rapida insorgenza devono essere segnalate alla farmacovigilanza attraverso i consueti canali (es. web app VigiCOVID (<https://www.vigicovid.it>)).

Gestione reazioni allergiche non anafilattiche

Manifestazioni che non presentano i criteri diagnostici per anafilassi, con sintomi solo cutanei o accompagnati da iniziale lieve compromissione delle alte vie respiratorie (rinite o starnuti) o dell'apparato gastrointestinale (prurito orale) ma senza difficoltà respiratoria o ipotensione, possono essere trattati con antiistaminici e cortisonici.

- Antistaminici (es. clorfeniramina maleato),
- Broncodilatatori (es. salbutamolo),
- Corticosteroidi (es. metilprednisolone).

Questi farmaci hanno minore rapidità di azione ed efficacia rispetto all'adrenalina e sono indicati come intervento di supporto aggiuntivo. La loro somministrazione è finalizzata a prevenire le manifestazioni bifasiche e protratte.

Va monitorato il soggetto per la progressione dei sintomi o la mancanza di risposta al trattamento, ricorrendo in questo caso al trattamento di emergenza dell'anafilassi.

Gestione reazioni allergiche anafilattiche

Anafilassi: Risposta allergica immediata ad una sostanza in un organismo già sensibilizzato alla sostanza stessa. Le cause comuni di anafilassi includono le punture di api o vespe (nelle persone che sono allergiche a questi insetti), l'ingestione di alcuni alimenti (nelle persone che sono allergiche a tali alimenti), e le reazioni a farmaci e vaccini.

E' possibile porre diagnosi di anafilassi in presenza di sintomi acuti cutanei e/o mucosi (orticaria, prurito, flushing, edema di labbra, lingua, ugola) associati ad almeno uno dei seguenti:

- Compromissione respiratoria (voce rauca, stridore, dispnea, asma, cianosi).
- Compromissione cardiovascolare (tachicardia, ipotensione, ipotonia, collasso).

Tali criteri dovrebbero identificare la anafilassi in almeno il 95% dei casi.

Sono possibili inoltre sintomi gastrointestinali quali crampi, vomito e secchezza delle fauci.

CRITERI PER LA DEFINIZIONE DI REAZIONE ANAFILATTICA:

Criterio 1.

Esordio acuto (da minuti a alcune ore) con coinvolgimento della cute o delle mucose o di entrambe (es. orticaria generalizzata, prurito o flushing, rigonfiamento di labbra, lingua, ugola) e almeno uno dei seguenti quadri:

- a) Compromissione respiratoria (es. dispnea, broncospasmo, stridore, riduzione del PEF, ipossiemia);
- b) Riduzione della pressione arteriosa o sintomi associati (es. ipotonia [collasso], sincope, incontinenza).

Criterio 2.

Due o più dei seguenti quadri che si verifichino rapidamente dopo l'esposizione a un probabile allergene per quel paziente (da minuti a alcune ore):

- a) Interessamento della cute-mucose (come sopra);
- b) Compromissione respiratoria (come sopra);
- c) Riduzione della pressione arteriosa o sintomi associati (come sopra);
- d) Sintomi gastrointestinali persistenti (dolori addominali crampiformi, vomito).



Criterio 3.

Riduzione della pressione arteriosa dopo esposizione a un allergene conosciuto per quel paziente (da minuti a alcune ore):

- a) nei lattanti e bambini: bassa pressione sistolica (per l'età) o diminuzione di oltre il 30% della pressione sistolica [una bassa pressione sistolica è definita come inferiore a 70 mmHg nei bambini tra 1 mese ed 1 anno, inferiore a (70 mmHg + [2 x età]) tra 1 e 10 anni, e inferiore a 90 mmHg tra 11 e 17 anni];
- b) adulti: pressione sistolica inferiore a 90 mmHg o riduzione di oltre il 30% della pressione basale della persona.

Tempi di inizio e durata dell'anafilassi: di regola, il tempo di latenza tra il contatto con l'allergene e la comparsa delle manifestazioni cliniche varia da pochi secondi a un massimo di 2 ore, anche se di solito è inferiore ai 10 minuti. In genere la brevità dell'intervallo lascia presagire una reazione più severa. Comunque potrebbero ancora essere attribuibili al vaccino reazioni anafilattiche insorte entro le 24 ore.

PROCEDURA DI GESTIONE DEI CASI DI ANAFILASSI IN AZIENDA:

1. **Stendere il paziente** sul dorso sollevandogli le gambe in posizione antishock, allo scopo di ridistribuire la massa circolante e favorire la perfusione degli organi vitali. Se non vi è dispnea porre il paziente in Trendelenburg. Tenere sollevato il paziente potrebbe diminuire il ritorno venoso e causare un arresto cardiaco.
2. **Chiamare il 118.**
3. **Garantire l'ABC primario.**
4. **Somministrare adrenalina:** somministrare per via intramuscolare 0,5 ml di adrenalina 1:1000 (1/2 fiala da un ml). La dose è 0.01 ml/kg di una soluzione acquosa di adrenalina 1:1000 per via intramuscolare fino a 0,5 ml. L'adrenalina rappresenta la terapia di prima scelta per l'anafilassi, ha un'azione rapida e una durata d'azione breve. La somministrazione precoce di adrenalina è importante perché può prevenire la progressione rapida dell'anafilassi verso l'ostruzione delle vie aeree e lo shock. Ogni vaccinatore deve essere consapevole che è più pericoloso non somministrare l'adrenalina immediatamente che somministrarla in maniera impropria.
5. **Monitorare** continuamente i segni vitali (attività cardiaca e respiratoria e pressione arteriosa) e assicurarsi di mantenere la pervietà delle vie aeree, poiché la sintomatologia può peggiorare rapidamente verso un' ostruzione completa delle vie aeree e/o uno stato di shock fino all'arresto cardio-respiratorio.
6. **Posizionare un laccio** al di sopra del punto di iniezione e allentarlo per un minuto ogni tre minuti allo scopo di rallentare l'assorbimento del vaccino.
7. **Ospedalizzare:** tutti i casi di anafilassi devono essere inviati in ospedale, per la possibilità di forme bifasiche. Il personale sanitario deve comunicare al personale del servizio di emergenza tutte le informazioni necessarie per la corretta continuazione dell'assistenza del paziente.

Prosecuzione delle vaccinazioni: la reazione anafilattica rappresenta controindicazione al proseguimento del ciclo vaccinale e alla somministrazione di qualsiasi vaccino contenente gli stessi componenti. L'evento va annotato sulla scheda anamnestica e sul libretto personale dell'utente. Deve essere inoltre predisposto un rapporto che descriva in dettaglio le modalità di insorgenza e l'evoluzione dell'evento, il trattamento somministrato e le manovre effettuate.



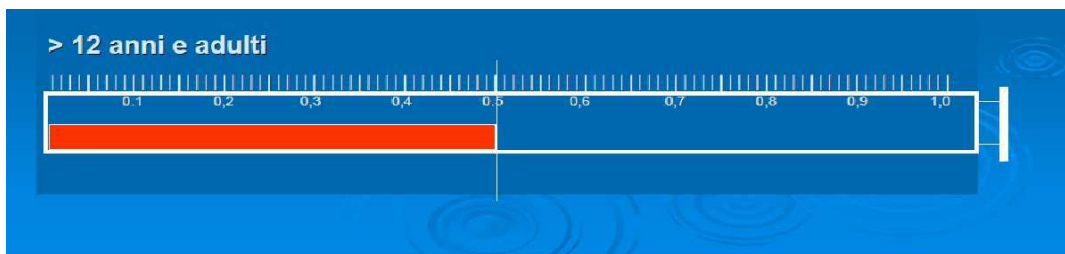
DIAGNOSI DIFFERENZIALE DI ANAFILASSI

	Anafilassi	Svenimento	Crisi d'ansia
Definizione	Grave reazione acuta generalizzata di ipersensibilità, potenzialmente fatale, che necessita di trattamento di emergenza	Temporanea perdita di coscienza conseguente ad una ipoperfusione cerebrale conseguente a stimolo doloroso o reazione emotiva	Reazione di protezione in seguito a paura, apprensione, preoccupazione
Esordio	Generalmente nei primi 30 minuti dopo la vaccinazione	Improvviso, si verifica prima, durante, o poco dopo la vaccinazione, recupero avviene entro 1-2 minuti	Improvviso, si verifica prima, durante, o poco dopo la vaccinazione, recupero avviene entro 1-2 minuti
Cute e mucose	-eritema, orticaria -purito -formicolio volto e bocca -edema progressivo volto, bocca, lingua	-pallore -sudorazione profusa -cute fredda	-pallore -sudorazione profusa -cute fredda
Respiro	-affannoso, starnuti, tosse dispnea -raucedine o difficoltà alla deglutizione (da edema delle vie aeree fino all'ostruzione)	normale o superficiale irregolare affannoso	rapido e superficiale (iperventilazione)
Polso	rapido, debole	lento, costante	rapido
Pressione	diminuita	Diminuita	normale o elevata
Sintomi e comportamento	-inquietudine, irrequietezza e agitazione -ipotensione con progressione lenta verso il collasso e shock -non tutti i segni/sintomi possono essere presenti	-aspetto impaurito -confusione, sensazione di testa vuota -vertigini -debolezza, intorpidimento -a volte clonie	-aspetto impaurito -confusione, sensazione di testa vuota -vertigini -debolezza, intorpidimento -formicolio bocca -contrattura estremità associate all'iperventilazione
Apparato gastrointestinale	-nausea e vomito -dolore addominale, diarrea	-nausea	-nausea
Altri sintomi	-perdita di coscienza		



SCHEMA RIASSUNTIVO DI GESTIONE REAZIONE ANAFILATTICA IN AZIENDA

1. Posizionare il paziente	
2. Chiamare il 118	
3. Garantire l'ABC primario	
4. Monitorare continuamente i segni vitali	
5. Somministrare adrenalina	->
	<p style="text-align: center;">Adrenalina</p> <p style="text-align: center;">0.01 ml/kg, i.m. (massimo 0,5 ml)</p> <p style="text-align: center;">Somministrare per via i.m. nel muscolo vasto laterale della coscia o sull'arto opposto a quello dove si è somministrato il vaccino</p> <p style="text-align: center;">Se quadro non migliora ripetere adrenalina dopo 5-10 minuti</p>
6. Ossigenare il paziente	->
	Mantenere la pervietà delle vie respiratorie
7. Ospedalizzare	

**Farmaci di supporto:**

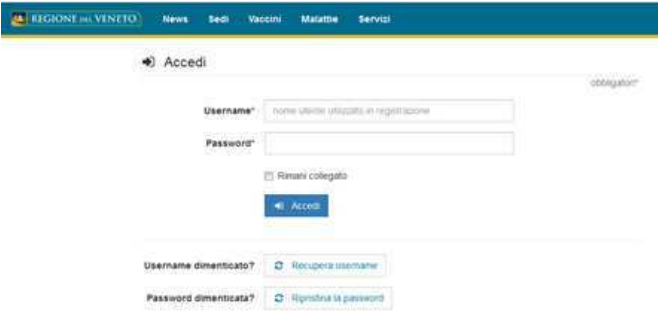
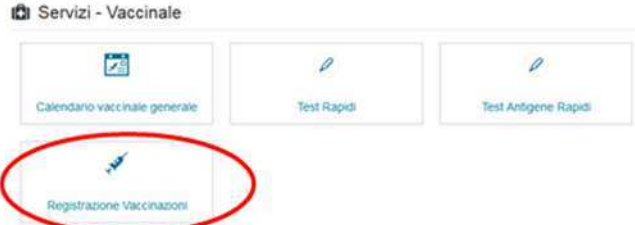

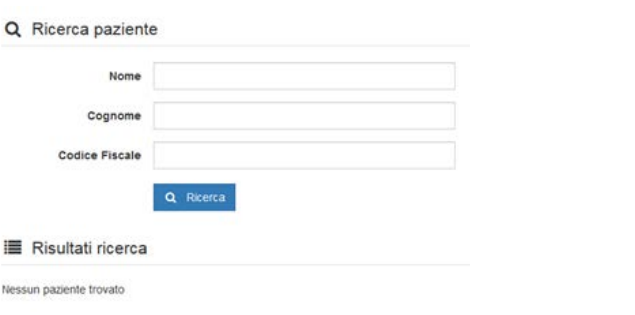
- **Antistaminico** i.m. (clorfenamina 0,3 mg/kg max 10 mg)
- **Cortisonico** i.m. (metilprednisolone 2 mg/kg)

In caso di broncospasmo severo e non rispondente al trattamento con adrenalina può essere utilizzato un beta 2-agonista come il salbutamolo in spray.

In caso di stato di shock con compromissione delle funzionalità vitali avviare una rianimazione cardio-respiratoria.



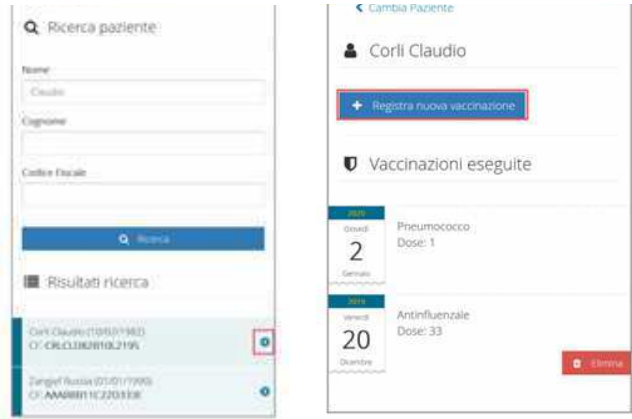
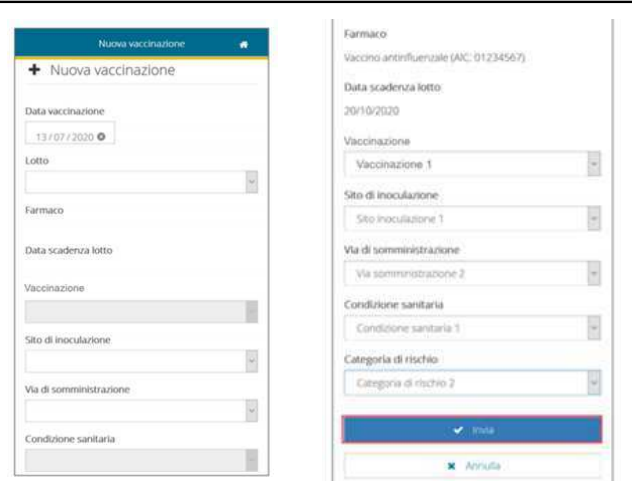


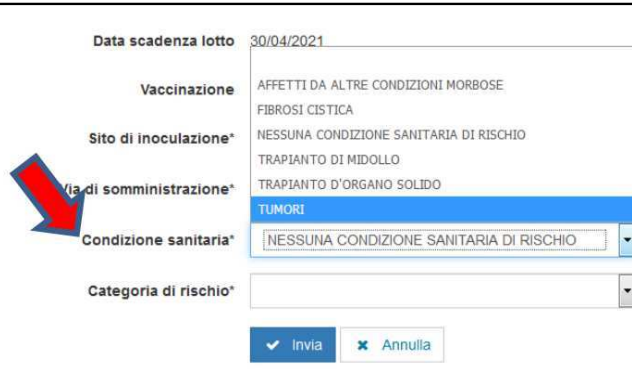

ALLEGATO 3. ISTRUZIONI REGISTRAZIONE VACCINAZIONE in APP o PORTALE DEDICATO

<p>aprire l'app "VaccinAZIONI Veneto" o accedere al link dedicato</p>	<p>APP mobile: "VaccinAZIONI Veneto" link: https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/Login</p>
<p>effettuare il login</p>	
<p>selezionare "Registrazione vaccinazioni"</p>	
<p>selezionare il centro vaccinale "Ricerca RSA"⁵</p>	
<p>ricercare il paziente con nome e cognome o codice fiscale e cliccare ricerca ("nome" e "cognome" possono essere inseriti parzialmente invece il "codice fiscale" deve essere inserito per esteso)</p>	

⁵ Questo strumento inizialmente è stato creato per agevolare la registrazione nelle RSA, quindi anche se è rimasto "Ricerca RSA" nel menù a tendina si trovano i centri vaccinali che sono stata abilitati all'utenza con la quale si effettua il login.



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni *ad interim* per la vaccinazione anti-COVID19 in Azienda

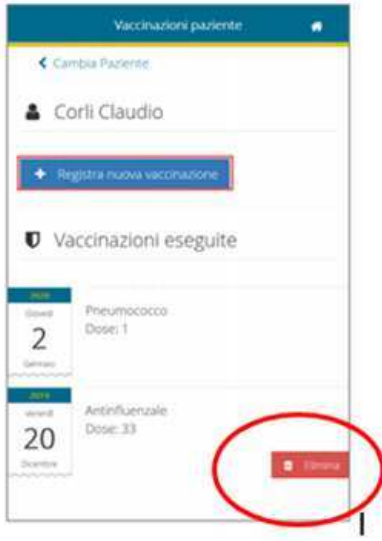
<p>selezionare l'utente di interesse tramite la freccia blu</p>	
<p>la pagina mostra lo storico delle vaccinazioni eseguite.</p> <p>clickare "registra nuova vaccinazione" per inserire una nuova vaccinazione</p>	
<p>si apre la maschera di registrazione con data di registrazione preimpostata a quella odierna</p>	
<p>inserire tutti i dati, compreso il lotto utilizzato (una volta selezionato il lotto, il campo "farmaco" e il campo "scadenza farmaco" si compilano di default)</p>	
<p>specificare la "categoria di rischio" per cui viene effettuata la vaccinazione anti-COVID.</p> <p>NB: per i soggetti per cui la principale ragione è una condizione sanitaria di "vulnerabilità" o "estrema vulnerabilità" selezionare le corrispondenti voci.</p>	
<p>specificare la "condizione sanitaria" per cui viene effettuata la vaccinazione anti-COVID.</p> <p>NB: se è stata selezionata la voce "sogg. vulnerabile" o "sogg. estremamente vulnerabile" indicare sempre la condizione sanitaria più importante.</p>	



DOCUMENTO TECNICO - Indicazioni *ad interim* per la vaccinazione anti-COVID19 in Azienda

<p>clickare “invia” per confermare la registrazione</p>	
--	--

In caso di errore di registrazione è possibile cancellate tramite il tasto “elimina”. Se necessario, è possibile inserire anche il dissenso alla vaccinazione Covid.

<p>clickare “elimina” per cancellare la vaccinazione registrata</p>	
--	---



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

Documento Attuativo

INDIRIZZI OPERATIVI REGIONALI PER L'ADOZIONE DI PIANI DI SANITÀ PUBBLICA PER SPECIFICI SETTING A RISCHIO

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

SOMMARIO

Premessa

Sistema educativo, scolastico e formativo

 Collaborazione tra Scuola, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, genitori e alunni

 Organizzazione degli spazi

 Aspetti organizzativi

 Gestione dei casi confermati o sospetti e dei contatti scolastici

Istituti penitenziari

 Indicazioni per il personale sanitario e penitenziario per la gestione di emergenze di natura infettiva

 Misure generali di prevenzione e protezione

 Indicazioni di carattere generale

 Persona detenuta che necessita di accedere alle strutture esterne

 Accesso di persone esterne

 Attività trattamentali intramurarie

 Colloqui con i Magistrati e di convalida di arresto presso gli Istituti penitenziari

 Attività di sensibilizzazione e formazione

 Misure di prevenzione e di contact tracing

Strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali

 Misure generali di prevenzione e protezione

 Accesso di persone esterne (familiari, visitatori, operatori, fornitori)

 Strutture residenziali

 Strutture semiresidenziali

 Attività formativa e informativa



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

Premessa

Il presente documento fornisce le principali indicazioni utili per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio durante un'emergenza sanitaria di natura infettiva, in particolare nelle fasi di allerta e pandemica. I piani di sanità pubblica, e le relative misure previste dagli stessi, andranno aggiornati in base alla situazione epidemiologica (ad esempio con l'adozione di misure più stringenti in caso di aumento della circolazione virale o di altra rilevante modifica della situazione epidemiologica), sulla base delle conoscenze scientifiche disponibili e delle indicazioni fornite a livello nazionale ed internazionale.

Le linee di indirizzo contenute nel presente documento non possono considerarsi esaustive di tutti i possibili casi, ma forniscono i principali elementi per la valutazione del rischio; le indicazioni dovranno quindi essere contestualizzate alla situazione specifica da parte di tutti gli attori coinvolti nella gestione dell'emergenza, e alcuni aspetti organizzativi dovranno essere adattati dalla singola realtà sulla base dell'organizzazione locale.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

Sistema educativo, scolastico e formativo

Le presenti indicazioni si riferiscono al sistema educativo, scolastico e formativo, ivi comprese le scuole paritarie e quelle non paritarie nonché i centri provinciali per l'istruzione degli adulti. In particolare sono considerate:

- le istituzioni del sistema integrato di educazione e d'istruzione di cui all'articolo 2, comma 2, del decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 65,
- le scuole primarie di cui all'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 19 febbraio 2004, n. 59
- le scuole secondarie di primo grado di cui all'articolo 4, comma 3, del decreto legislativo 19 febbraio 2004, n. 59, le scuole secondarie di secondo grado e nel sistema di istruzione e formazione professionale di cui all'articolo 1, comma 1, del decreto legislativo 17 ottobre 2005, n. 226.

Le misure di sanità pubblica e organizzative da adottare nel contesto scolastico durante una pandemia saranno declinate e differenziate in base a determinati fattori, come il grado scolastico e l'età degli alunni, il numero di casi nella classe, lo stato vaccinale, ecc. Le disposizioni potranno essere differenziate anche in base alla situazione epidemiologica, potendo essere previste, negli scenari di elevata circolazione virale, specifiche misure organizzative come la didattica a distanza oppure la creazione, all'interno delle classi/sezioni, di sottogruppi che rappresentino unità epidemiologiche indipendenti. Si sottolinea tuttavia che, ove consentito dall'andamento epidemico e sempre tutelando la salute pubblica, risulta prioritario garantire le attività scolastiche ed educative in presenza, sia per consentire la conciliazione vita-lavoro, che soprattutto per la tutela del benessere dei minori e del loro percorso educativo, di crescita e socializzazione.

Di seguito si illustrano le principali raccomandazioni e misure da attuare in fase di allerta o pandemica, fatte salvo ulteriori indicazioni di livello nazionale o internazionale che potrebbero essere fornite in funzione della specifica valutazione del rischio legato all'agente patogeno.

Collaborazione tra Scuola, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, genitori e alunni

In caso di emergenza pandemica, al fine di assicurare lo svolgimento in sicurezza delle attività scolastiche, educative e ricreative per l'infanzia e l'adolescenza e, al contempo, garantire l'efficienza e la sostenibilità della strategia di sanità pubblica per il contenimento quanto più precoce dei contagi, sarà fondamentale perseguire un rapporto di forte collaborazione:

- a livello regionale tra Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinari, Ufficio Scolastico Regionale per il Veneto e le Direzioni Regionali di competenza afferenti all'Assessorato all'Istruzione - Formazione - Lavoro - Pari opportunità;
- a livello locale tra i Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, gli Uffici Scolastici Territoriali, le Istituzioni Scolastiche e i Servizi educativi per i minori, in particolare attraverso l'individuazione di un Referente scuole all'interno del SISP e di un Referente per la gestione dell'epidemia all'interno dell'Istituto Scolastico.

Si raccomanda la predisposizione di momenti di formazione/informazione specifica per il personale scolastico sui temi della prevenzione e del contenimento della trasmissione virale nel contesto delle Scuole e dei Servizi per l'infanzia, anche nella modalità della formazione a distanza. In particolare, il personale dovrà essere formato sulle procedure organizzative interne e sulle nuove modalità didattiche da adottare per la prevenzione e il contenimento del contagio, oltre che sulle corrette misure igienico-sanitarie, ad esempio sull'utilizzo delle mascherine e dispositivi di protezione individuale (DPI), sul lavaggio delle mani e sul distanziamento interpersonale.

Sarà inoltre fondamentale costruire un percorso volto a rafforzare il coinvolgimento dei genitori e degli alunni stessi attraverso un patto di corresponsabilità al fine di concordare, responsabilmente, modelli di comportamento finalizzati al contenimento del rischio di diffusione del virus e ad una comunicazione efficace e tempestiva tra Scuola, Pediatra di Libera Scelta (PLS), Medico di Medicina Generale (MMG) e SISP.

Organizzazione degli spazi

In considerazione della necessità di favorire il distanziamento interpersonale, tutti gli spazi disponibili (es. saloni, atri, laboratori) potranno essere "riconvertiti" in spazi distinti e separati per svolgere le attività educative e didattiche. E' consigliabile utilizzare il più possibile gli spazi esterni, compatibilmente con le condizioni climatiche, valorizzando sia gli ambienti già a disposizione della scuola sia reperendo, ove attuabile, spazi aggiuntivi. Sarà inoltre opportuno



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

individuare spazi idonei ad ospitare bambini e/o operatori con sintomatologia sospetta, isolandoli dalle altre persone in attesa che vengano allontanati dalla struttura.

L'aerazione degli ambienti dovrà essere frequente ed adeguata, tenendo conto del numero delle persone presenti nella stanza, dell'eventuale presenza di più gruppi laddove le dimensioni dello spazio lo consentano, del tipo di attività svolta e della durata della permanenza. Durante il ricambio naturale dell'aria sarà opportuno evitare la creazione di condizioni di disagio/discomfort (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo).

L'utilizzo degli spazi dedicati alla refezione dovrà essere organizzato in modo da evitare, ove possibile, la contemporanea presenza di gruppi diversi di bambini e l'affollamento dei locali ad essa destinati. Si potranno prevedere turni di presenza dei gruppi oppure si potrà consumare il pasto nelle aule o negli spazi utilizzati per le attività ordinarie, garantendo l'opportuna aerazione degli ambienti.

Nei Servizi 0-6, gli spazi adibiti al riposo pomeridiano dovranno essere preferibilmente dedicati ad un solo gruppo di bambini per volta e i lettini/materassini e la relativa biancheria (es. lenzuola) dovranno essere ad uso del singolo bambino.

Aspetti organizzativi

Laddove realizzabile, per riunioni ed incontri anche con i genitori (compresi eventuali colloqui individuali) e per alcune attività di segreteria, potranno essere utilizzate modalità telematiche.

Per favorire l'attuazione delle misure organizzative idonee alla limitazione del contagio e al tracciamento di eventuali contatti si dovrà tenere, accanto al registro di presenze giornaliero degli alunni e del personale scolastico ed educativo, un registro delle presenze di tutti gli altri soggetti esterni che accedono alla struttura (es. fornitori, tecnici, operatori trasversali, genitori che accedono alla struttura per il periodo di ambientamento, ecc.) con recapito telefonico.

Si raccomanda di predisporre idoneo materiale informativo da appendere e/o consegnare al personale e ai genitori, in tutte le occasioni opportune, rispetto alle indicazioni igienico-comportamentali da tenere per contrastare la diffusione del virus. Si raccomanda, inoltre, di affiggere idonea segnaletica per definire i percorsi all'interno dell'edificio scolastico e per promuovere le misure preventive, come il lavaggio delle mani ed il corretto utilizzo di mascherine.

Per quanto riguarda le misure igienico-sanitarie, sarà fondamentale l'adozione di tutte le accortezze previste, in particolare il mantenimento, per quanto possibile, della distanza interpersonale e l'utilizzo della mascherina a protezione delle vie respiratorie, quando prevista. Dovranno inoltre essere disponibili soluzioni o gel a base alcolica in diversi punti della struttura, con particolare attenzione alle zone di ingresso e uscita.

Le strutture educative/scolastiche dovranno provvedere alla misurazione quotidiana della temperatura corporea all'ingresso per tutti gli alunni, per il personale e per chiunque debba entrare nella struttura.

Occorrerà garantire una pulizia e disinfezione approfondita giornaliera degli ambienti e delle superfici, con particolare attenzione agli arredi e alle superfici toccate più frequentemente (es. porte, maniglie, finestre, tavoli, sedie, interruttori della luce, servizi igienici, rubinetti, lavandini, giochi, ecc.).

Dovranno essere evitate le attività di canto e l'utilizzo di strumenti a fiato, in particolare al chiuso, e andranno evitate le attività di intersezione con altre classi/gruppi, con particolare attenzione per quelle attività che prevedono maggior aggregazione senza l'utilizzo della mascherina (es. mensa).

Nella consapevolezza delle particolari difficoltà che le misure restrittive comportano per i bambini con disabilità, particolare attenzione e cura andranno rivolte alla realizzazione di attività inclusive e alle misure di sicurezza specifiche per favorire il pieno coinvolgimento di tutti gli alunni.

Gestione dei casi confermati o sospetti e dei contatti scolastici

Per prevenire i contagi, è importante che le persone sintomatiche non facciano ingresso nella struttura ma vengano invitate a rientrare al domicilio e a rivolgersi al Medico Curante.

Relativamente alle procedure specifiche per la gestione di casi sospetti o confermati, questi dovranno essere isolati in ambiente dedicato, invitati a rientrare al proprio domicilio e indirizzati al proprio Medico Curante per la presa in carico e valutazione clinica.

A seguito di un caso confermato, il SISP territorialmente competente, garantendo le opportune sinergie con PLS e MMG, coordinerà le necessarie azioni di sanità pubblica (es. indagine epidemiologica, *contact tracing*, chiusura temporanea della struttura, ecc.) e provvederà a fornire le indicazioni relative agli eventuali interventi di sanificazione straordinaria della struttura scolastica.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

Per quanto riguarda la gestione degli alunni e del personale scolastico individuati come contatti stretti del caso confermato, la seguente tabella fornisce alcuni criteri utili per la definizione delle misure da adottare, individuati sulla base delle indicazioni fornite a livello internazionale, nazionale e regionale, durante la pandemia da Sars-CoV-2, per il controllo dei contagi e la gestione dei contatti scolastici.

CRITERIO	ESEMPI E RAZIONALE
Grado scolastico ed età degli alunni (servizi educativi 0-3, scuole dell'infanzia, scuole primarie, scuole secondarie di primo e secondo grado)	Le misure e le strategie di prevenzione non sono sempre applicabili e andranno quindi modulate in base al contesto, poiché il tipo di attività didattiche/educative, il grado di consapevolezza e di autonomia, nonché gli specifici bisogni educativi ed assistenziali dei minori variano nei diversi gradi scolastici e comportano quindi differenti profili di rischio. Ad esempio va considerata l'impossibilità di applicare, nel contesto dei Servizi educativi 0-3 e nelle Scuole dell'infanzia, tutte le misure standard di prevenzione prescritte alla popolazione generale e ai bambini/ragazzi di età superiore (es. utilizzo della mascherina, igiene respiratoria, ecc.). Allo stesso modo, il mantenimento della distanza interpersonale è un obiettivo che può essere perseguito solo compatibilmente con il grado di autonomia e di consapevolezza dei minori, in considerazione dell'età degli stessi, e senza comunque compromettere la qualità dell'esperienza educativa, al fine di garantire una serena vita di relazione nel gruppo dei pari e con le figure adulte di riferimento.
Numero di casi nella classe/sezione	La presenza di più di un caso di infezione confermata all'interno di una classe/sezione va considerata un segnale di diffusione virale in tale contesto e conseguentemente dovrà determinare provvedimenti più stringenti per tutti i contatti appartenenti al gruppo (minori e operatori coinvolti), al fine di limitare la circolazione virale. Ad esempio misure più stringenti da attuare in presenza di più casi positivi potranno essere direttamente la quarantena o le strategie di "test and stay" da valutare in base allo scenario epidemiologico di circolazione virale.
Tempo di permanenza nella classe	Nelle scuole primarie e secondarie, se sono rispettate le misure di prevenzione e sicurezza (es. corretto uso delle mascherine), è possibile usare criteri di stratificazione del rischio, ad esempio considerando esposti gli insegnanti/operatori scolastici che abbiano svolto nella classe un certo numero di ore (criterio temporale di esposizione). In occasione del COVID-19 è stato considerato un criterio temporale di 4 ore svolte nelle 48 ore precedenti.
Stato vaccinale/recente guarigione	Nel caso sia disponibile una vaccinazione efficace, e parallelamente all'aumento della copertura vaccinale, le misure adottate potranno essere modulate sulla base dello stato vaccinale dei soggetti che compongono il gruppo classe. In modo analogo, le misure potranno essere modulate in base ad una recente guarigione dall'infezione qualora vi siano evidenze che questa conferisca una protezione nei confronti dell'infezione o della malattia. In entrambi i casi, infatti, è verosimile una maggiore protezione nei confronti della trasmissione e/o dello sviluppo di una forma grave della malattia.
Rispetto delle misure di prevenzione e sicurezza	Nel caso di attività con bambini in età 0-6 anni e nel caso di attività di assistenza o didattica con alunni con disabilità, non essendo sempre possibile garantire il distanziamento fisico e l'utilizzo di mascherine da parte degli alunni, potrà essere previsto per il personale l'utilizzo di ulteriori dispositivi (es. visiera, mascherine di livello superiore).

Le misure di sanità pubblica da adottare varieranno dunque in base ai sopracitati criteri e in base all'andamento dello scenario epidemiologico.

Tali raccomandazioni sono individuate al fine di garantire l'attività educativa e didattica in presenza, ove possibile, e tutelare nel contempo la salute pubblica.

Tutte le azioni attuate dovranno sempre essere garantite nel rispetto della normativa vigente in tema di protezione dei dati personali.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

MISURE DI SANITA' PUBBLICA	DESCRIZIONE
Quarantena	I soggetti posti in quarantena (la cui durata è definita in base alle evidenze scientifiche disponibili e alla normativa nazionale) dovranno sospendere la frequenza scolastica e le attività extra-scolastiche, essendo previsto l'obbligo di permanenza a domicilio, isolandosi per quanto possibile dagli altri familiari e conviventi.
Sorveglianza con testing "test and stay"	I soggetti posti in sorveglianza potranno frequentare la scuola in presenza, ma dovranno osservare alcune misure, ad esempio: effettuazione di un test al tempo 0 e di un secondo test dopo alcuni giorni, in base alla capacità diagnostica disponibile e al tempo di incubazione dell'agente patogeno. Durante tale periodo potranno essere adottate misure non farmacologiche più stringenti quali, l'utilizzo della mascherina e/o la limitazione delle attività che comportano un maggior rischio di trasmissione sia nel contesto scolastico che comunitario (ad esempio attività sportive in gruppo, frequentazione di feste, assembramenti, visite a soggetti fragili, utilizzo di mezzi pubblici, viaggi e spostamenti non necessari, ecc.).
Sorveglianza	I soggetti posti in sorveglianza potranno frequentare la scuola in presenza, ma dovranno osservare alcune misure, ad esempio: mantenimento della mascherina FFP2 o di altri DPI in base alle modalità di trasmissione del virus; auto-monitoraggio per un determinato periodo del proprio stato di salute e dell'eventuale comparsa di sintomi caratteristici (in tal caso sarà necessario contattare il Medico Curante). Ai soggetti in sorveglianza dovrà essere richiesto di limitare in modo responsabile le frequentazioni sociali ed evitare le altre attività di comunità (ad esempio attività sportive in gruppo, frequentazione di feste, assembramenti, visite a soggetti fragili, utilizzo di mezzi pubblici, viaggi e spostamenti non necessari, ecc.) e di mantenere in maniera rigorosa il distanziamento fisico e l'uso della mascherina incontrando altre persone.
Altre misure di sanità pubblica	Ulteriori misure potranno essere adottate in base allo scenario epidemiologico e alle caratteristiche dell'agente patogeno.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

Istituti penitenziari

Indicazioni per il personale sanitario e penitenziario per la gestione di emergenze di natura infettiva

Le seguenti indicazioni per la gestione di emergenze di natura infettiva sono fornite a partire dalle linee di indirizzo prodotte dall'Osservatorio Regionale Permanente per la Salute in Carcere (come costituito in base al DPCM 01/04/2008) sulla base alle procedure nazionali e regionali, sviluppate durante l'emergenza sanitaria da Covid-19, per essere applicate nei contesti penitenziari della Regione Veneto. Esse fanno altresì riferimento alle linee di indirizzo "Gestione COVID-19 all'interno degli Istituti penitenziari italiani" approvate dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome del 06/08/2020 (20/152/CR10c/C7). Tali indicazioni potranno essere modificate in base alle necessità e/o al variare delle indicazioni ministeriali e regionali, agli andamenti epidemiologici e alle evidenze scientifiche.

La gestione di un'emergenza di natura infettiva all'interno degli Istituti Penitenziari non è da intendersi una "emergenza" di sola natura sanitaria, ma una complessa attività che necessita di azioni sinergiche fra i diversi "soggetti" che costituiscono la realtà "carcere" e che trovano unitarietà attraverso le seguenti indicazioni.

Si evidenzia che la gestione dell'emergenza COVID-19 all'interno degli Istituti penitenziari ha trovato una particolare complessità a causa delle precarie condizioni strutturali, di promiscuità e di sovraffollamento di cui soffrono le carceri italiane.

In una logica di sistema è opportuno specificare che le attività che riguardano:

- la tutela dell'integrità della persona detenuta, dei luoghi di detenzione e delle misure di prevenzione ambientale (come ad es. la messa a disposizione dei DPI per le persone detenute, delle misure di igiene ambientale, dell'idoneità degli spazi detentivi, della raccolta delle dichiarazioni sostitutive, ecc.) sono garantite dall'Amministrazione Penitenziaria;
- la misurazione a distanza della temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto- misurazione dei famigliari, dei visitatori sono assicurate dall'Amministrazione Penitenziaria anche attraverso gli OSS, la Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana);
- la misurazione a distanza della temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto-misurazione dei detenuti in entrata e uscita dall'Istituto (permissandi, art. 21, traduzione verso i Tribunali) sono assicurate dai sanitari anche attraverso gli OSS, la Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana);
- lo svolgimento degli accessi, degli spostamenti dei detenuti e delle attività trattamentali all'interno degli Istituti Penitenziari sono assicurate e regolate dall'Amministrazione Penitenziaria;
- la tutela della sicurezza sul luogo di lavoro degli operatori penitenziari, degli operatori sanitari, o dei lavoratori, detenuti e non, dipendenti da cooperative e da aziende esterne è sotto la responsabilità del relativo datore di lavoro, che si avvale della consulenza del proprio medico competente;
- tutte le attività lavorative e trattamentali gestite dalle cooperative, associazioni, volontari, ecc. sono sotto la responsabilità delle stesse e svolte nel rispetto dei protocolli sottoscritti con l'Amministrazione Penitenziaria;
- la tutela della salute delle persone detenute in termini di prevenzione sanitaria e di assistenza ai ristretti con patologie è gestita dalle Aziende ULSS per il tramite delle UU.OO. di Sanità Penitenziaria;
- le attività di sanità pubblica (es. gestione contatti casi positivi e/o stretti) e di screening e prevenzione dell'intera "comunità penitenziaria" – sono assicurate dalle Aziende ULSS per il tramite dei Dipartimenti di Prevenzione con il supporto, per quanto di competenza, da parte delle UU.OO. di Sanità Penitenziaria.

Misure generali di prevenzione e protezione

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio non derogabili, in quanto fattori di protezione "chiave" in ogni contesto di "comunità" includono le seguenti azioni e comportamenti igienico-sanitari standard rispetto ai quali l'Amministrazione Penitenziaria, con il supporto delle Aziende ULSS, delle associazioni e del volontariato, deve provvedere sensibilizzando i detenuti, gli operatori, i visitatori, ecc.:

- 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 i liquidi biologici, dopo il contatto con le superfici);



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

- evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca con le mani;
- 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 non entrare in contatto con altri soggetti e contattare il proprio medico curante;
- indossare la mascherina ed eseguire l'igiene delle mani prima di indossarla e dopo averla rimossa e eliminata;
- 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;
- areare frequentemente i locali e privilegiare le attività all'aria aperta evitando i luoghi chiusi e affollati.

Nell'obiettivo di garantire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti di persone all'interno delle strutture penitenziarie, a tutela sia dei detenuti, sia dei visitatori/fornitori, si raccomanda che l'Amministrazione Penitenziaria provveda a organizzare gli accessi alla struttura secondo criteri che riducano il più possibile il numero di persone compresenti, rendendolo compatibile con gli spazi disponibili.

Indicazioni di carattere generale

La popolazione detenuta deve essere protetta riducendo, fino al perdurare dell'emergenza, i contatti con l'esterno. Per questa ragione tutti i soggetti che, entrano a qualsiasi titolo, in carcere (operatori penitenziari, sanitari, magistrati, avvocati, ecc) devono utilizzare i DPI appropriati.

E' necessario che l'Amministrazione penitenziaria organizzi all'interno degli Istituti una adeguata compartimentazione degli spazi (organizzando e programmando specifiche sezioni o comunque spazi distinti per soggetti con positività, contatti stretti ecc. per tipologia di rischio e per categorie di detenuti che svolgono specifiche attività). E' opportuno che ogni istituto penitenziario individui, sentita l'area sanitaria, le seguenti aree:

- zona di triage interna da individuare in una sede che preveda tutti i tipi di accesso, anche per detenuti nuovi giunti e permessanti, ecc., dotata di adeguata scorta di mascherine chirurgiche e gestita da personale delle UU.OO. di sanità penitenziaria;
- zona per l'esecuzione del pre-triage per il personale che a vario titolo è legittimato ad accedere in Istituto, dotata di adeguata scorta di mascherine e di termometro digitale ed eventualmente gestita attraverso la collaborazione di Enti ausiliari come ad. es. la Protezione Civile e la Croce Rossa Italiana.

In tutti gli Istituti penitenziari della Regione del Veneto e negli ambulatori medici, nelle zone di triage e dei colloqui, nelle sezioni detentive e negli uffici del personale penitenziario dovranno essere affisse delle locandine informative contenenti le principali regole di prevenzione da adottare.

In ogni Istituto penitenziario dovrà essere prevista un'attività di informazione e sensibilizzazione da parte del personale sanitario e penitenziario nei confronti della popolazione detenuta, anche attraverso brochure informative (in diverse lingue), per favorire l'esatta conoscenza del fenomeno, delle misure adottate per prevenire il contagio in carcere, anche attraverso comportamenti adeguati ed un atteggiamento responsabile. Tali iniziative saranno utili anche a prevenire e contenere paure incontrollate e allarmismi.

In ogni Istituto penitenziario l'Amministrazione penitenziaria dovrà prevedere un'adeguata dotazione di materiale per la pulizia delle superfici (es. candeggina e prodotti clorati) e per l'igiene individuale (sapone e materiale disinfettante con eventuali dispenser).

Le eventuali campagne di testing vengono organizzate in base alle indicazioni fornite dalle normative nazionali e regionali. Le attività di testing rivolte alla popolazione detenuta vengono gestite dalle Unità operative di Sanità penitenziaria mentre quelle rivolte agli operatori sanitari, volontari, ecc. da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS anche tramite i punti tamponi presenti sul territorio.

Durante l'emergenza sanitaria da Sars-CoV-2, per le persone detenute, volontari, visitatori, ecc. è stato fortemente raccomandato il ciclo completo della vaccinazione per il COVID-19. La vaccinazione per il COVID-19 è stata offerta a tutte le persone detenute nuove giunte e alle persone detenute non vaccinate. A questo proposito sono state organizzate periodiche giornate di vaccinazione "open day" all'interno degli Istituti penitenziari. La vaccinazione della popolazione detenuta è stata garantita da parte delle Unità operative di Sanità Penitenziaria, mentre la vaccinazione degli operatori dell'Amministrazione penitenziaria e dei volontari, ecc. da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle Aziende ULSS, anche tramite i punti vaccinali presenti sul territorio.

Per le persone detenute, gli operatori penitenziari e sanitari, volontari, visitatori, ecc. è fortemente raccomandata la vaccinazione antinfluenzale stagionale al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale stagionale all'interno delle strutture penitenziarie.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio***Persona detenuta già presente in Istituto**

Nel caso di persone detenute presenti in Istituto penitenziario che presentino febbre e/o sintomi respiratori, l'area sanitaria prenderà in carico i pazienti, coerentemente con le procedure sanitarie regionali in atto. In tale caso il personale dell'area sanitaria, porrà in isolamento la persona detenuta presso idonei spazi messi a disposizione dell'Amministrazione penitenziaria e farà indossare al paziente i DPI prescritti.

In caso di comparsa di febbre, laddove possibile, sarà programmata dall'Azienda ULSS l'effettuazione di un test diagnostico, seguendo le procedure sanitarie regionali in atto.

Durante l'attesa dell'esito del test, il detenuto rimarrà in isolamento sanitario in spazi concordati con l'Amministrazione penitenziaria, e sarà monitorato dal punto di vista clinico ad opera del personale sanitario. Qualora l'esito fosse negativo il monitoraggio clinico proseguirà fino al termine del periodo di quarantena.

In caso di positività, la persona detenuta in isolamento verrà monitorata dal personale sanitario interno, salvo necessità di ricovero ospedaliero. In quest'ultimo caso il personale sanitario chiamerà il 118 per l'invio della persona in ospedale. Durante l'attesa dell'ambulanza il paziente dovrà essere fatto aspettare in una specifica stanza di isolamento con gli appropriati DPI.

I detenuti definiti contatti stretti dovranno essere posti in isolamento, secondo le procedure sanitarie regionali in atto.

In presenza di casi positivi e contatti stretti tra la popolazione detenuta l'area sanitaria ne darà comunicazione al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS.

Dovrà essere limitato al massimo il numero di operatori sanitari e non, che entrano in contatto con il soggetto positivo o con il contatto e questi dovranno indossare mascherina di tipo filtrante (FFP2) ed eventuali altri DPI come indicati.

In occasione di ogni visita e contatto con i soggetti posti in isolamento e in ogni caso anche nella quotidianità sia gli operatori sia i detenuti dovranno rigorosamente rispettare le seguenti indicazioni:

- Lavarsi spesso le mani: il lavaggio e la disinfezione delle mani sono decisive per prevenire l'infezione. Le mani vanno lavate per almeno 20 secondi. Se non sono disponibili acqua e sapone è possibile utilizzare anche un disinfettante per mani a base di alcol al 60%.
- Evitare il contatto ravvicinato con le persone e in particolare con coloro che soffrono di infezioni respiratorie acute. Mantenere almeno un metro di distanza dalle altre persone, in particolare quando starnutiscono o tossiscono o hanno la febbre, perché il virus è contenuto nelle goccioline di saliva e può essere trasmesso a distanza ravvicinata.
- Non toccare occhi, naso e bocca con le mani: il virus si trasmette principalmente per via respiratoria, ma può entrare nel corpo anche attraverso gli occhi, il naso e la bocca, quindi evitare di toccarli.
- Coprire bocca e naso se si starnutisce o tossisce: se si ha un'infezione respiratoria acuta, evitare contatti ravvicinati con altre persone, tossire all'interno del gomito o di un fazzoletto preferibilmente monouso, indossare la mascherina e lavare le mani.
- Pulire le superfici con disinfettanti a base di cloro o alcol: i disinfettanti chimici che possono uccidere il virus respiratori sulle superfici sono a base di candeggina/cloro, solventi, etanolo al 75%, acido peracetico.

Quanto agli eventuali trasferimenti/traduzioni dei detenuti, si precisa che qualora dovesse presentarsi l'esigenza di provvedere comunque al trasferimento della persona detenuta in ragione delle esigenze di ordine e sicurezza interna, di giustizia o sanitarie, sarà necessario che la persona sia provvista di nulla osta sanitario alla traduzione.

Persona detenuta nuovo giunto

Il personale sanitario e penitenziario durante i contatti con la persona detenuta nuovo giunto dovrà indossare i DPI appropriati secondo le indicazioni fornite.

Il triage della persona detenuta nuovo giunto sarà effettuato nell'immediatezza dell'ingresso, e comunque prima possibile, ad opera del personale della sanità penitenziaria in locali ritenuti idonei dai sanitari che provvederanno ad effettuare una visita medica con accurata intervista anamnestica.

La persona detenuta nuovo giunto (dalla libertà o da altro Istituto penitenziario), anche se asintomatico, viene posto in isolamento precauzionale in idonei spazi messi a disposizione dell'Amministrazione penitenziaria, con eventuale effettuazione del test in base all'andamento epidemiologico della pandemia e in base alle capacità diagnostiche disponibili e secondo quanto disposto dalle linee di indirizzo regionali. La persona detenuta, se sintomatica e in gravi condizioni di salute, verrà ricoverata. In caso di insorgenza di sintomatologia compatibile con la definizione di caso sospetto di infezione respiratoria, il personale che opera all'interno dell'Istituto penitenziario informerà per i necessari approfondimenti il Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS.

Il trasferimento delle persone detenute e il movimento degli stessi all'interno degli Istituti penitenziari o presso altri Istituti penitenziari, specie nelle fasi epidemiologiche più acute della pandemia, devono essere ridotti ai casi di assoluta necessità (come i trasferimenti per indispensabili motivi di giustizia, salute e sicurezza). Per i trasferimenti che avvengono fra gli Istituti Penitenziari del Veneto, salvo diversa indicazione da parte delle linee di indirizzo



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

regionali, il periodo di isolamento precauzionale potrà non essere adottato a seguito di attestazione da parte dell'area sanitaria di provenienza che il soggetto non presenta, al momento del trasferimento febbre e/o sintomi respiratori e non risulta essere stato in contatto con un caso sospetto e/o positivo. Fatti salvi i motivi di estrema, indifferibile necessità adottati dall'Autorità Giudiziaria, l'Amministrazione penitenziaria si impegna a non trasferire da un Istituto penitenziario ad un altro le persone detenute positive e/o che si trovano in isolamento precauzionale.

Persona detenuta con test positivo

Nella eventualità che una persona detenuta risultasse positiva al test diagnostico, fatta salva la necessità di un ricovero ospedaliero del soggetto ove appropriato, dovrà essere posta in isolamento sanitario all'interno dell'Istituto in un locale adeguato concordato con l'Amministrazione Penitenziaria.

Per la distribuzione del vitto andranno utilizzati piatti, bicchieri e posate monouso, fazzolettini di carta, possibilmente un vassoio in cartone o vassoi da sterilizzare accuratamente. L'incaricato della consegna del vitto dovrà indossare i dispositivi di protezione individuale appropriati come ad esempio mascherina e guanti monouso e dovrà mantenere un'adeguata distanza di sicurezza.

Per la pulizia degli ambienti dovrà essere utilizzata candeggina sia sul pavimento che sulle superfici.

Dovranno possibilmente essere utilizzate lenzuola di carta, e qualora non fosse possibile, gli effetti lettereci dovranno essere lavati a 90°C. Essi verranno inseriti direttamente dalla persona detenuta in un sacchetto di plastica per essere poi conferiti nella lavatrice industriale dove andranno lavati alla stessa temperatura. Il sacchetto di plastica andrà smaltito nei rifiuti speciali. La superficie della lavatrice andrà disinfettata subito dopo l'inserimento delle lenzuola.

Il personale sanitario potrà accedere ai locali di isolamento per la somministrazione della terapia, controllo della temperatura, visite mediche, sia in caso di urgenza e sia per ogni altra necessità. Le visite mediche dovranno sempre essere eseguite nel reparto di isolamento. Il personale sanitario indosserà dispositivi sanitari appropriati. Il Personale della Polizia Penitenziaria indosserà analoghi dispositivi di protezione individuale come indicati dal Medico Competente.

Il personale della sanità penitenziaria fornirà i contenitori per i rifiuti speciali i quali saranno posizionati uno all'interno del locale filtro ed uno nella stanza di pernottamento del detenuto, se autorizzato. Nei contenitori andranno riposte le mascherine e i guanti usati e i rifiuti prodotti dalla persona detenuta posta in isolamento.

L'attestazione della non disponibilità o delle sopraggiunte limitazioni degli spazi per l'isolamento all'interno degli Istituti Penitenziari dovrà essere comunicata dal Direttore dell'Istituto Penitenziario che ne darà notizia al Direttore dell'Unità operativa Sanità Penitenziaria, al Magistrato di Sorveglianza, alla locale Procura della Repubblica, al Provveditorato Regionale per l'Amministrazione Penitenziaria. Il Direttore dell'Istituto penitenziario, con la stessa modalità sopra specificata comunicherà formalmente il ripristino della disponibilità degli spazi. Il Direttore dell'Unità operativa Sanità penitenziaria ricevuta la comunicazione dell'indisponibilità degli spazi per l'isolamento "singolo" congiuntamente con il Direttore dell'Istituto penitenziario procederà all'applicazione del criterio dell'isolamento di coorte.

Nel caso di ricovero ospedaliero determinato da infezione da virus respiratorio, saranno da privilegiare le strutture ospedaliere dotate di reparto protetto, ove appropriato.

Indicazioni per le Aziende ULSS

Le Aziende ULSS provvederanno a fornire al personale sanitario e ai detenuti "sintomatici" e con specifiche patologie dei DPI necessari. Esse assicurano un numero di eventuali test diagnostici necessari per le necessità delle strutture penitenziarie.

Indicazioni per l'Amministrazione Penitenziaria

L'Amministrazione Penitenziaria fornirà al proprio personale i DPI necessari e eventualmente a scopo preventivo alla popolazione detenuta che non presenta specifiche patologie (e che non necessitano DPI per motivi sanitari). I detenuti lavoranti riceveranno i DPI dal proprio datore di lavoro. L'Amministrazione penitenziaria è responsabile dell'appropriata gestione degli spazi detentivi e dell'allocazione appropriata delle persone detenute positive e in isolamento nelle sezioni detentive secondo quanto predisposto dalle linee di indirizzo regionali.

Persona detenuta che necessita di accedere alle strutture esterne**Persona detenuta che deve recarsi in Tribunale o altro luogo esterno per motivi giudiziari o per motivi di salute**

La persona detenuta che deve essere condotta in Tribunale od altro luogo esterno per motivi giudiziari o di salute dovrà osservare le seguenti indicazioni:



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

- misurazione a distanza della temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto-misurazione a cura dell'Amministrazione penitenziaria anche attraverso l'ausilio della Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana);
- osservanza delle misure di prevenzione compatibilmente con la tipologia di servizio espletato;
- assenza di sintomatologia respiratoria e/o febbre;
- utilizzo dei DPI appropriati (es. mascherina chirurgica);
- rispetto delle indicazioni di accesso indicate dal Tribunale o dalle strutture sanitarie esterne (Ospedali, Distretti, ecc.).

Essendo i percorsi all'interno dei Tribunali o delle strutture sanitarie esterne organizzati in modo tale da ridurre al minimo il rischio di contagio (percorsi predefiniti, personale formato ad impedire il contagio, misurazione della temperatura corporea anche alle persone detenute e al personale di scorta, ecc.) la persona detenuta al termine della presenza in Tribunale o presso un luogo sanitario esterno può rientrare nella sezione di provenienza (salvo segnalazioni di "comportamenti a rischio" da parte dell'Amministrazione Penitenziaria).

Trasporto e accompagnamento della persona detenuta all'esterno

Per quanto riguarda il trasporto e accompagnamento della persona detenuta l'Amministrazione Penitenziaria deve osservare le seguenti indicazioni:

- gli Agenti di Polizia Penitenziaria devono indossare i DPI appropriati e adottare le misure di prevenzione come indicati dal proprio medico competente;
- effettuare la detersione e la sanificazione dell'automezzo prima e dopo il trasporto con particolare attenzione alle superfici di appoggio.

Persone detenute che escono dall'Istituto usufruendo di permessi, licenze, ecc.

Le persone detenute che usufruiscono di permessi giornalieri, in art. 21 e semiliberi per uscire dall'Istituto penitenziario devono seguire le seguenti indicazioni:

- misurazione a distanza della temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto-misurazione a cura dei sanitari anche attraverso l'eventuale ausilio della Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana);
- sottoscrizione di una dichiarazione circa l'impegno ad osservare tutte le misure di prevenzione;
- utilizzo dei DPI appropriati (es. mascherina chirurgica);
- osservanza delle indicazioni di accesso e di prevenzione dei responsabili dei luoghi dove il detenuto si recherà (es. cooperative, associazioni, luoghi di lavoro ecc.);
- dichiarazione del detenuto al rientro che durante il permesso non è venuto in contatto stretto con persone con evidenti sintomi respiratori;
- dichiarazione da parte del datore di lavoro, associazione, cooperative esterne circa la non presenza nell'ambito del proprio contesto di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e nel caso in cui un componente dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro, l'impegno di informare la struttura;
- al rientro in Istituto il detenuto permissando giornaliero, ovvero il detenuto semilibero o art. 21 O.P. che risulta asintomatico e/o privo di fattori di rischio specifici come dichiarati, potrà ritornare nella propria sezione di appartenenza (che dovrebbe ospitare soggetti con criteri di rischio omogenei);
- al rientro in Istituto il detenuto permissando non giornaliero che risulta asintomatico sarà ubicato in sezioni dedicate di isolamento precauzionale, ove sarà riservata una stanza di pernottamento multipla, con criteri di isolamento di coorte. La Direzione dell'Istituto, in collaborazione con la Magistratura di Sorveglianza, adotterà, ove possibile, modalità di gestione dei permessi che prevedano un inizio e una fine del periodo coincidenti per più persone detenute. La permanenza in tale ubicazione dovrà essere mantenuta fino al termine del periodo di isolamento precauzionale.
- lo svolgimento delle eventuali attività trattamentali e lavorative (e che rientrano nel contesto del piano di trattamento riabilitativo) che prevedono il contatto del "permissando" anche con i detenuti delle altre sezioni o con altri soggetti avverrà esclusivamente e rigorosamente con i DPI appropriati e con le adeguate misure di prevenzione.

Nel caso in cui al rientro dal permesso il detenuto riferisca febbre e/o sintomi respiratori oppure il contatto con casi sospetti e/o positivi, verrà posto in isolamento precauzionale in idonei spazi messi a disposizione da parte dell'Amministrazione Penitenziaria (anche con criteri di coorte) secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali. Durante il periodo di quarantena il detenuto sarà sottoposto a test o altra indagine diagnostica secondo le procedure regionali.

E' auspicabile una calendarizzazione della fruizione dei permessi in accordo con la Magistratura di Sorveglianza in modo da programmare i rientri, allo scopo di favorire gli isolamenti precauzionali di coorte in ragione degli spazi disponibili.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

Le predette misure si applicano anche alle persone detenute di ritorno da un periodo di ricovero ospedaliero. Tutte le precedenti indicazioni potranno essere modificate in base all'andamento epidemiologico e all'acutizzarsi dei contagi secondo quanto disposto dalle linee di indirizzo regionali.

Accesso di persone esterne

La normativa nazionale e regionale e le linee di indirizzo regionali durante i periodi di elevata circolazione del virus nella comunità esterna - a protezione degli operatori che lavorano all'interno del carcere e della popolazione detenuta - possono limitare, ai casi strettamente necessari, il numero di soggetti che entrano e escono quotidianamente dal carcere. L'Amministrazione penitenziaria congiuntamente ai sanitari si impegna a sensibilizzare la popolazione detenuta dei rischi correlati alla circolazione delle persone nella comunità durante le fasi più acute della epidemia e dell'importanza di osservare scrupolosamente le misure di prevenzione e di igiene.

Colloqui con i familiari /visitatori

I colloqui con i familiari/visitatori avvengono con modalità definite dai Direttori degli Istituti Penitenziari nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia di prevenzione e di distanziamento sociale.

I colloqui dovranno seguire le seguenti indicazioni:

- misurazione a distanza della temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto-misurazione a cura dell'Amministrazione Penitenziaria attraverso l'eventuale ausilio della Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana);
- ricordare all'ingresso tutte le norme comportamentali e le precauzioni raccomandate per la prevenzione dell'infezione respiratoria;
- dichiarazione sostitutiva da parte dei familiari di assenza di sintomatologia e/o contatti stretti con casi sospetti o positivi nei giorni precedenti;
- prenotazione delle visite con un numero prestabilito e limitato di visitatori in relazione agli spazi disponibili (preferibilmente 1 familiare per detenuto, informando i ristretti dell'opportunità di evitare l'incontro con familiari "fragili" dal punto di vista sanitario);
- organizzazione delle visite per fascia oraria (onde evitare assembramenti e favorire l'aerazione e la sanificazione degli ambienti);
- utilizzo dei DPI appropriati e delle azioni di prevenzione da parte del detenuto e dei familiari; far eseguire al visitatore l'igiene delle mani all'ingresso in struttura; limitare al minimo il transito del visitatore per gli spazi comuni, prevedendo per le visite orari adeguati e compatibili alle restanti attività;
- limitazione del contatto fisico fra detenuto e familiari;
- messa a disposizione all'ingresso dei locali per le visite del gel disinfettante per l'igiene delle mani;
- utilizzo, in via preferenziale, per le visite, di aree verde e spazi esterni;
- sanificazione e aerazione dei locali, dopo ogni visita.

Accesso di operatori di cooperative, educatori e volontari

Le modalità di accesso di soggetti "terzi" quali docenti, animatori, ministri di culto, maestri d'arte, operatori di cooperative, volontari, ecc. avvengono con modalità definite dai Direttori degli Istituti Penitenziari nel rispetto delle disposizioni ministeriali e regionali in materia e delle misure di prevenzione e per il distanziamento sociale. L'accesso dei suddetti operatori deve essere regolato con il rispetto delle seguenti indicazioni:

- misurazione a distanza della temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto-misurazione a cura dell'Amministrazione Penitenziaria attraverso l'eventuale ausilio della Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana);
- ricordare all'ingresso tutte le norme comportamentali e le precauzioni raccomandate per la prevenzione dell'infezione respiratoria;
- dichiarazione sostitutiva da parte degli operatori di sintomatologia e/o contatti stretti con casi sospetti o positivi nei giorni precedenti (almeno su base settimanale);
- organizzazione delle visite per fascia oraria (onde evitare assembramenti e favorire l'aerazione e la sanificazione degli ambienti);
- utilizzo dei DPI appropriati e delle azioni di prevenzione; far eseguire al visitatore l'igiene delle mani all'ingresso in struttura;
- limitare al minimo il transito dell'operatore per gli spazi comuni, prevedendo per le visite orari adeguati e compatibili alle restanti attività;
- limitazione del contatto fisico fra detenuto e operatori;
- messa a disposizione nei locali adibiti alle attività gel disinfettante per l'igiene delle mani;
- sanificazione e aerazione dei locali, dopo ogni attività.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

La ripresa delle attività trattamentali deve essere assicurata nel rispetto dei provvedimenti ministeriali e regionali che disciplinano la ripresa della specifica tipologia di attività come previsto per la popolazione generale, previa l'ottemperanza delle misure di prevenzione e controllo previste (uso dei DPI appropriati, distanziamento, ecc.). Il soggetto organizzatore di tali attività, anche se condotte all'esterno dell'Istituto Penitenziario, dovrà assicurare il rispetto delle suddette prescrizioni anche tramite l'adozione di conformi protocolli di sicurezza condivisi con l'Amministrazione Penitenziaria, a tutela dell'utenza e degli operatori.

Fornitori, manutentori e altri operatori esterni

Tutti i fornitori, manutentori e altri operatori esterni che accedono alla struttura sono obbligati ad indossare idonei dispositivi di protezione, con particolare attenzione alla mascherina, sempre ben posizionata, e praticare un'accurata igiene delle mani. La loro permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. La consegna della merce deve avvenire attraverso un unico ingresso per un maggior controllo, seguendo percorsi prestabiliti dall'Amministrazione Penitenziaria.

Ai fornitori o altri operatori esterni viene misurata a distanza la temperatura corporea con termometro digitale o termo-scanner ovvero auto-misurazione a cura dell'Amministrazione Penitenziaria attraverso l'eventuale ausilio della Protezione Civile e/o Enti ausiliari e/o volontari (es. Croce Rossa Italiana).

Per gli operatori/fornitori/manutentori esterni la cui attività all'interno della struttura penitenziaria comporta vicinanza ai detenuti/operatori e una prolungata permanenza negli ambienti di vita dei suddetti, si chiede la compilazione dell'autodichiarazione di sintomatologia e/o contatti stretti con casi sospetti o positivi nei giorni precedenti.

Attività trattamentali intramurarie

L'attività trattamentale "in presenza" viene definita dai Direttori degli Istituti nel rispetto delle disposizioni nazionali e regionali in materia e deve tener conto della gestione del rischio.

Le attività trattamentali "in presenza" devono avvenire attraverso:

- il rispetto del principio di distanziamento sociale, tale da assicurare anche la fruizione di attività all'aria aperta e nella pratica di sport, almeno fino al perdurare dello stato di emergenza;
- la realizzazione di attività in comune (socialità, istruzione, formazione professionale, attività ludiche, culturali, ricreative e sportive) solo per piccoli gruppi proporzionali alla dimensione del luogo, evitando assembramenti e permettendo il mantenimento delle distanze di sicurezza, con divieto di "contatto" fra persone;
- l'osservanza delle misure di igiene es. igiene respiratoria e delle mani;
- l'utilizzo degli appropriati DPI da parte degli utenti e degli operatori;
- la messa a disposizione dei gel idro-alcolici nei locali in uso;
- l'aerazione dei locali utilizzati;
- la sanificazione dei locali, degli arredi e delle attrezzature dopo l'utilizzo.

Le associazioni e le cooperative dovranno assicurare il rispetto delle suddette prescrizioni anche tramite l'adozione di conformi protocolli di sicurezza condivisi con l'Amministrazione Penitenziaria, a tutela dell'utenza e degli operatori.

Attività lavorative intramurarie

Presso gli Istituti Penitenziari sono realizzate attività lavorative intramurarie gestite sia da "terzi" (cooperative/impresе, ecc.) e sia dall'Amministrazione Penitenziaria.

I datori di lavoro esterni devono regolamentare le proprie attività secondo gli orientamenti dei propri medici competenti. Più in generale le attività lavorative devono avvenire attraverso:

- il rispetto del principio di distanziamento sociale, tale da assicurare anche la fruizione di attività all'aria aperta e nella pratica di sport, almeno fino al perdurare dello stato di emergenza;
- evitando assembramenti e permettendo il mantenimento delle distanze di sicurezza, con divieto di "contatto" fra persone;
- l'osservanza delle misure di igiene (ad esempio igiene respiratoria e delle mani);
- l'utilizzo degli appropriati DPI da parte degli utenti e degli operatori;
- la messa a disposizione dei gel idro-alcolici nei locali in uso;
- l'aerazione dei locali utilizzati;
- la sanificazione dei locali, degli arredi e delle attrezzature dopo l'utilizzo.

La ripresa delle attività lavorative segue le indicazioni ministeriali e regionali in atto per tali attività secondo le indicazioni ministeriali e regionali, sia per quanto riguarda la data di ripresa delle attività che per quanto riguarda le



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

modalità. Il datore di lavoro dovrà assicurare il rispetto delle prescrizioni anche tramite l'adozione di conformi protocolli di sicurezza condivisi con l'Amministrazione Penitenziaria, a tutela dell'utenza e degli operatori.

Colloqui con i Magistrati e di convalida di arresto presso gli Istituti penitenziari

I colloqui con i Magistrati, compresi quelli di Sorveglianza e le udienze di convalida di arresto o fermo, gli interrogatori di garanzia di soggetti provenienti dalla libertà e sottoposti a quarantena precauzionale possono avvenire in Istituto penitenziario con l'adozione di tutte le misure necessarie e il distanziamento sociale. La persona detenuta e tutti i soggetti che partecipano ai colloqui utilizzano i DPI appropriati come indicati dal medico competente e dalle procedure ministeriali e regionali. Nella stanza in cui si svolge l'udienza verranno predisposti divisori in plexiglass e il locale verrà arieggiato, possibilmente anche durante l'udienza, e sanificato.

Nel caso in cui la persona detenuta riferisse sintomi respiratori e/o febbre e/o tosse riconosciuto contatto di soggetto positivo e/o sospetto, viene segnalata la circostanza al Magistrato competente per le sue eventuali determinazioni.

I locali dove si svolgeranno i colloqui dovranno permettere il mantenimento del distanziamento sociale e sanificati al termine di ogni colloquio, favorendo, ove possibile, la creazione di percorsi di transito riservati.

Attività di sensibilizzazione e formazione

Le persone detenute, così come tutti i soggetti che "insistono" nel contesto carcere si impegnano con un patto di responsabilità per l'osservanza delle misure di prevenzione. Per questa ragione i detenuti, gli operatori penitenziari e sanitari, così come i soggetti terzi, compresi gli educatori, i visitatori e i volontari devono essere sensibilizzati e informati da parte dell'Amministrazione Penitenziaria e dell'Area Sanitaria circa la necessità di eseguire tutte le misure di prevenzione. La sensibilizzazione e la formazione devono concentrarsi sul rispetto delle seguenti misure:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani, in particolare dopo l'utilizzo del bagno e prima di mangiare, lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa; mantenersi a distanza di almeno 1 metro dalle altre persone;
- utilizzo di mascherina sempre correttamente posizionati;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, cibo, ecc. Per rafforzare la sensibilizzazione e la formazione del personale, dei detenuti e dei visitatori è importante utilizzare promemoria visivi come poster, cartelli, ecc.).

Misure di prevenzione e di *contact tracing*

Le ordinarie misure di prevenzione all'interno degli Istituti penitenziari vengono garantite dall'Amministrazione penitenziaria come suggerite dalle indicazioni ministeriali e regionali. Il *contact tracing* dovrà essere favorito dalla reciproca collaborazione da parte delle direzioni penitenziarie e sanitarie al fine di ricostruire per i detenuti e tutti gli operatori penitenziari, sanitari, volontari, visitatori, ecc. le informazioni utili in termini di prevenzione del contagio e per favorire lo svolgimento di iniziative di prevenzione, di attività e di ricerca clinica. Le attività di screening e di *contact tracing* vengono gestite in maniera appropriata dai Dipartimenti di prevenzione con il supporto delle Unità operative di Sanità penitenziaria delle Aziende ULSS e dovranno svolgersi con la massima collaborazione da parte dell'Amministrazione penitenziaria, dei datori di lavoro, delle associazioni di volontariato, delle scuole, ecc. L'uso dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie per tutti gli operatori, lavoratori, educatori, e persone all'interno degli Istituti penitenziari deve seguire quanto prescritto dalle indicazioni ministeriali e regionali e del proprio medico competente. Esso è obbligatorio per tutti gli operatori e persone presenti nell'Istituto penitenziario e in maniera tassativa nei luoghi e ambienti comuni, così come è obbligatoria la periodica e appropriata pulizia e sanificazione degli ambienti. Medesimo obbligo è fatto a tutte le persone detenute e in maniera tassativa quando le stesse si trovano in luoghi diversi dalla propria sezione di appartenenza o abbiano contatto con altre persone.

Le misure di prevenzione rivolte alle persone che accedono dall'esterno presso gli Istituti penitenziari (compresi i familiari) continuano a essere gestite dall'Amministrazione penitenziaria anche con l'ausilio di eventuale personale fornito dalla Protezione civile. I colloqui a distanza sono uno strumento molto utile per il contenimento dei contatti e si auspica un loro potenziamento specie nei momenti di acuzie dell'andamento epidemiologico della pandemia.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

Con cadenza periodica, e quanto ritenuto necessario, la Direzione dell'Istituto penitenziario, congiuntamente con i medici competenti e il Direttore della Unità operativa Sanità Penitenziaria, il Direttore del Servizio Igiene e Sanità Pubblica e la Magistratura di sorveglianza terranno eventuali riunioni, utilizzando anche gli strumenti della videoconferenza, per monitorare la situazione epidemiologica e l'applicazione delle misure di prevenzione indicate a livello ministeriale e regionale e delle seguenti indicazioni.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio

Strutture sociosanitarie residenziali e semiresidenziali

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, minori, soggetti affetti da disabilità, da patologie psichiatriche e persone con dipendenze da sostanze/gioco d'azzardo presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione virale in tali contesti di vita. La popolazione ospite di tali strutture rappresenta infatti una categoria particolarmente fragile e a maggior rischio di contagio e di sviluppo di forme severe di malattia.

In tali luoghi chiusi, il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, gli utenti e i nuovi ingressi o i familiari in visita. Considerato l'elevato fabbisogno assistenziale delle categorie più fragili, sarà necessario che le strutture residenziali e semiresidenziali forniscano il servizio di assistenza garantendo la sicurezza e il rispetto delle disposizioni per il contenimento dell'epidemia in atto, riducendo così il rischio di infezione negli ospiti e negli operatori. Andranno quindi, sulla base del contesto epidemiologico, rafforzate le misure di prevenzione, al fine di gestire con maggior sicurezza sia l'accesso di nuovi ospiti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, sia le visite in struttura da parte di familiari e/o conoscenti, considerato che la dimensione affettiva e sociale della relazione con i familiari e/o altri congiunti risulta fondamentale per il benessere psico-fisico degli ospiti.

Il presente documento fornisce indicazioni per la definizione, tramite progettazione condivisa tra le Aziende ULSS e gli enti gestori, delle modalità organizzative atte a garantire la prosecuzione in sicurezza delle attività e assicurando allo stesso tempo il rispetto delle disposizioni per la prevenzione dal contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori, anche con riguardo alle particolari situazioni personali e familiari. Tali indicazioni andranno adattate ad ogni singola struttura, individuando le misure più efficaci in relazione al contesto specifico.

Le Strutture Socio Sanitarie e Socio Assistenziali residenziali territoriali dovranno definire, in fase inter-pandemica, la propria organizzazione provvedendo alla stesura delle procedure di prevenzione da attuarsi nello specifico contesto della struttura al fine di contenere il rischio in funzione della possibile diffusione di un agente patogeno ad alto potenziale di diffusione (es. differenziazione dei percorsi, isolamento dei pazienti positivi, gestione delle quarantena, utilizzo dei dispositivi di protezione, formazione del personale, etc.) La predisposizione delle misure e delle procedure potrà avvenire con il supporto delle Aziende ULSS competenti per territorio.

Misure generali di prevenzione e protezione

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio, da applicare in ogni contesto di comunità, includono le seguenti azioni e comportamenti igienico-sanitari standard rispetto ai quali l'ente gestore dovrà provvedere sensibilizzando gli ospiti/utenti e gli operatori:

- praticare frequentemente l'igiene delle mani;
- garantire la disponibilità di soluzioni idroalcoliche in tutta la struttura, con particolare attenzione ai punti di ingresso;
- mantenere per quanto possibile la distanza interpersonale; data la difficoltà di garantire il mantenimento della distanza tra personale e ospiti e non potendo risultare sempre possibile l'uso corretto delle mascherine da parte degli utenti, risulta fondamentale l'utilizzo in sicurezza delle mascherine da parte degli operatori, dei fornitori e dei visitatori;
- raccomandare l'utilizzo dei guanti particolarmente in alcuni contesti lavorativi, ad esempio per il personale addetto alla pulizia, e per il personale socio sanitario nell'eventualità di manovre che prevedano un contatto diretto con secrezioni e liquidi biologici;
- praticare un'accurata igiene degli ambienti, delle superfici e degli oggetti, con particolare attenzione a quelli che più frequentemente vengono toccati o manipolati o sui quali possono depositarsi goccioline prodotte con il respiro, il parlato o colpi di tosse e starnuti;
- garantire un buon ricambio dell'aria in tutte le stanze, in maniera naturale, aprendo le finestre con maggior frequenza, tenendo conto del numero delle persone presenti nella stanza, del tipo di attività svolta e della durata della permanenza; durante il ricambio naturale dell'aria è opportuno evitare la creazione di condizioni di disagio/discomfort (correnti d'aria o freddo/caldo eccessivo).

Nell'obiettivo di garantire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti di persone all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, a tutela sia degli ospiti/utenti sia dei visitatori/fornitori, si raccomanda che gli enti gestori, d'intesa con il Medico Competente/medico responsabile dell'attuazione del piano individuato sulla base delle disposizioni regionali e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), provvedano ad organizzare gli accessi alla struttura secondo criteri che riducano il più possibile il numero di persone compresenti, rendendolo compatibile con gli spazi disponibili. In merito andranno recepite inoltre le indicazioni nazionali e regionali fornite sulla base della condizione epidemiologica e delle caratteristiche dell'agente patogeno.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

A seconda dell'andamento dello scenario epidemiologico e delle capacità diagnostiche, andrà valutata la possibilità di effettuazione di test di screening periodico agli operatori e agli utenti, anche in base alle disposizioni nazionali e regionali.

Accesso di persone esterne (familiari, visitatori, operatori, fornitori)

Sarà necessario un attento governo degli accessi alla struttura. L'ente gestore dovrà impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta o che risultino casi sospetti/probabili/confermati dell'infezione. Inoltre, in base all'andamento epidemico, andrà valutato se sospendere temporaneamente l'accesso di familiari e visitatori alle strutture residenziali, autorizzando esclusivamente in casi di urgenza o di indifferibilità (es. nel caso di terminalità) l'accesso a singole persone munite di DPI adeguati e attraverso percorsi protetti predefiniti per l'ingresso e l'uscita.

Gli enti gestori, anche sulla base delle disposizioni nazionali e regionali, dovranno provvedere, per l'accesso di familiari e visitatori, alla stesura di specifici protocolli che contemplino:

- ingressi limitati e scaglionati, limitando il numero di visitatori contemporaneamente presenti, secondo una specifica organizzazione che consenta lo svolgimento delle visite nel rispetto delle regole di distanziamento sociale;
- valutazione dello stato di salute del visitatore attraverso la compilazione di un breve questionario all'ingresso;
- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura e i familiari/congiunti dell'ospite per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus;
- divieto di accesso alla struttura da parte di visitatori che presentino segni o sintomi suggestivi dell'infezione o che risultino casi sospetti/probabili/confermati dell'infezione;
- utilizzo costante e corretto della mascherina da parte di tutti i visitatori e, per quanto possibile, anche da parte degli ospiti che ricevono le visite;
- misurazione della temperatura (con termometri a distanza che non comportano il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili) e igiene delle mani all'ingresso in struttura;
- per quanto possibile, limitazione dell'accesso di familiari e/o altri visitatori all'interno dei nuclei di degenza; individuazione di spazi e luoghi dedicati per le visite condotte all'interno della struttura, che garantiscano il rispetto del distanziamento sociale e delle norme igieniche; idonea aerazione del locale dove è avvenuta la visita; compatibilmente con le condizioni climatiche, durante la stagione primaverile ed estiva, sarà preferibile organizzare le visite agli ospiti negli spazi esterni della struttura.

Anche tutti i fornitori, manutentori e altri operatori esterni dovranno sempre rispettare le misure di prevenzione, utilizzare idonei dispositivi di protezione, con particolare attenzione alla mascherina, sempre ben posizionata, e praticare un'accurata igiene delle mani. Dovranno seguire percorsi prestabiliti e la loro permanenza nei locali dovrà essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche.

Strutture residenziali

Nel caso la struttura residenziale sia attrezzata per ospitare anche soggetti risultati positivi all'infezione, il modello strutturale-organizzativo dovrà garantire una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti positivi.

Per consentire l'accesso di nuovi ospiti, l'ente gestore dovrà allestire un'area di accoglienza temporanea, con l'adozione di misure idonee a garantire un adeguato distanziamento sociale, allo scopo di attuare un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. L'ente gestore dovrà, inoltre, in accordo con l'Azienda ULSS e sulla base degli accordi contrattuali individuare uno o più medici (Medici Curanti incaricati dall'ente gestore/Azienda ULSS o Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) che avranno il compito di effettuare le visite propedeutiche all'ingresso e gestire gli ospiti durante il periodo di osservazione (quarantena) prima dell'accoglimento definitivo. In merito, avuto presente il contesto di criticità in cui stanno operando le strutture, con riferimento alla carenza di personale infermieristico, medico e assistenziale, andranno attivati appositi tavoli di confronto a livello di Azienda ULSS per la gestione dell'emergenza e la relativa analisi dei processi produttivi. Nel quadro delle azioni di supporto garantibili con gli strumenti a disposizione verranno valutate le azioni di sostegno per fronteggiare le carenze. I nuovi ingressi in struttura dovranno, da un lato, garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in quarantena e, dall'altro, avvenire sulla base delle modalità di accesso (UVMD, SVaMA, RUR) che consentono di dare precedenza alle persone la cui gravità, unita al prolungato permanere al domicilio, causi problemi di tipo sanitario (fisico e psichico) e sociale alla persona e alla famiglia. Con le stesse modalità dovranno essere regolamentati anche gli ingressi temporanei programmati, mentre



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

dovranno continuare ad essere garantiti gli ingressi urgenti e improcrastinabili, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni di salute dell'utente.

Valutando l'eventuale necessità di quarantena oppure di testing in base al rischio specifico, andranno regolamentati i trasferimenti interni alla struttura, le riammissioni in struttura dopo ricovero, dopo rientro temporaneo al domicilio oppure dopo accesso al Pronto Soccorso o ad una struttura poliambulatoriale per prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale, per le quali le Aziende ULSS dovranno attivare percorsi dedicati per elevata fragilità.

Ogni caso sospetto, probabile o confermato di infezione che non richieda l'immediato ricovero ospedaliero dovrà essere isolato, individuando una modalità organizzativo-strutturale coerente con quanto previsto dalla normativa vigente. Andrà quindi prevista l'attivazione di specifiche aree di isolamento per i soggetti sintomatici e/o casi confermati, nuclei di isolamento (stanze singole con bagno dedicato) che dovranno essere il più possibile individuati secondo un criterio di progressione in rapporto alla gravità ed al rischio diffusivo:

- ospiti sintomatici con sospetto di infezione;
- ospiti positivi all'infezione asintomatici o paucisintomatici;
- ospiti positivi all'infezione e sintomatici (con o senza rischio di aerosol).

Andranno evitati il più possibile percorsi comuni da e per i nuclei di isolamento e andranno assolutamente evitati momenti di promiscuità tra gli stessi. Dovranno essere inoltre fornite al personale le indicazioni necessarie per il corretto approccio all'assistenza dell'ospite infetto e all'utilizzo dei DPI.

Andrà prevista il più possibile la compartimentazione strutturale delle attività rivolte ai positivi, ai contatti e agli altri ospiti; se non è possibile attuare una adeguata compartimentazione strutturale, occorrerà prevederne una funzionale definite specifiche procedure e percorsi di formazioni per gli operatori coinvolti. Nel caso di compresenza di servizi semiresidenziali e residenziali dovranno porsi in atto misure tali da rendere queste due tipologie di servizi, almeno funzionalmente, completamente separate.

Con la regia del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS di riferimento e in collaborazione con medici operanti nella struttura stessa, nelle strutture residenziali per anziani andranno previste o rafforzate specifiche campagne vaccinali, in particolare la campagna di recupero antipneumococco per tutti i soggetti non già vaccinati e la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale. Andrà quindi previsto uno specifico piano vaccinale dedicato ad ospiti, operatori sanitari e personale che opera nella struttura, fornitori, manutentori, visitatori e familiari.

Nel contesto delle attività di medicina necroscopica garantite nel Centro di Servizi, anche al fine di ridurre l'accesso di personale ulteriore e diverso nella struttura stessa, si raccomanda che le funzioni di medico necroscopo siano garantite per il tramite dei medici operanti all'interno delle stesse, con le modalità previste dalla Legge Regionale n. 18 del 04/03/2010 (artt. 9 e 10) e mediante le procedure previste dalla legge 29 dicembre 1993, n. 578 "Norme per l'accertamento e la certificazione di morte" e dal decreto del Ministro della salute 11 aprile 2008 "Aggiornamento del decreto 22 agosto 1994, n. 582 relativo al: "Regolamento recante le modalità per l'accertamento e la certificazione di morte".

Strutture semiresidenziali

Il Servizio semiresidenziale si pone la finalità di promuovere e sostenere il mantenimento o il raggiungimento di una buona qualità di vita (dalla cura di sé, alle autonomie nelle aree motoria, creativa, sociale e comunicativa, alle abilità cognitivo-comportamentali, allo sviluppo di processi di appartenenza alla comunità e inclusione sociale) che permetta alla persona che frequenta il servizio e alla sua famiglia, di essere e di sentirsi integrata e inclusa nel contesto sociale e culturale in cui vive.

Nel contesto pandemico, i Servizi semiresidenziali dovranno rimanere un fondamentale punto di riferimento, garantendo ad ogni utente e alla sua famiglia continua vicinanza e sostegno, continua sollecitazione a mantenere una serie di attività con finalità di cura e igiene personale, cognitive e di valorizzazione del tempo libero, e orientando la persona e la famiglia verso servizi e riferimenti dedicati, sia per gli aspetti sanitari che per il supporto e sostegno (es. consegna spesa, farmaci, ecc.) nel caso in cui gli stessi non possano essere gestiti dagli operatori del Servizio semiresidenziale.

Le strutture dovranno inoltre alimentare un costante flusso informativo verso l'Azienda ULSS di riferimento sull'attività svolta, in particolare ai servizi distrettuali e all'unità operativa per la non autosufficienza, allo scopo di garantire la presa in carico unitaria delle persone con disabilità da parte della rete dei servizi. Dovranno altresì garantire massima collaborazione e favorire uno scambio informativo proficuo con i servizi sanitari territoriali (MMG, Direzione distrettuale, ecc.), allo scopo di prevenire e contenere la diffusione dell'epidemia virale.

La presa in carico delle persone da parte dei Servizi semiresidenziali andrà rimodulata nelle fasi più critiche anche attraverso l'erogazione delle prestazioni in modalità alternative a distanza, a domicilio e per i casi più gravi in sede, prevedendo proposte progettuali che permettano di mantenere gli accorgimenti stabiliti dalle misure emergenziali e finalizzati al contenimento della diffusione virale (distanza interpersonale, compartimentazione operativa,



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

igienizzazione degli ambienti frequentati, ecc.). La prosecuzione attraverso appunto le modalità alternative o la sospensione delle attività andranno valutate in base allo scenario epidemiologico e in base al riscontro di casi di positività all'infezione all'interno di ciascun gruppo di utenti o tra i loro familiari.

Si forniscono le seguenti indicazioni di natura sia strutturale che organizzativa/funzionale, che andranno adattate in relazione all'andamento epidemiologico locale della pandemia e in rapporto al numero di utenti e alle caratteristiche strutturali ed organizzative di ogni servizio semiresidenziale:

- andrà prevista il più possibile la compartimentazione strutturale delle attività; nel caso di compresenza di servizi semiresidenziali e residenziali dovranno porsi in atto misure tali da rendere queste due tipologie di servizi, almeno funzionalmente, completamente separate;
- l'organizzazione dell'assistenza dovrà essere modulata per piccole aree/nuclei e dovrà essere garantita da un gruppo stabile di operatori, evitando per quanto possibile che gli stessi operatori lavorino in più aree/nuclei e abbiano occasioni di contatto;
- gli utenti della singola area/nucleo non dovranno per quanto possibile avere contatti con utenti o operatori di altre aree/nuclei, usufruendo di locali di soggiorno e bagni ad uso esclusivo;
- in merito alla gestione dei pasti, andranno previste misure che consentano di ridurre al minimo la compresenza degli utenti nei locali adibiti a mensa;
- il trasporto verso la sede del servizio semiresidenziale potrà essere effettuato per gruppi singoli e, comunque, dovrà essere organizzato nel rispetto delle indicazioni del distanziamento sociale, anche differenziando le fasce orarie sia in entrata che in uscita; il numero massimo di passeggeri dovrà essere tale da garantire il rispetto della distanza tra gli stessi; i passeggeri dovranno indossare la mascherina sempre correttamente posizionata;
- negli uffici amministrativi andrà favorita la gestione della documentazione per via telematica;
- oltre alla compartimentazione strutturale, occorrerà prevederne una funzionale, identificando piccoli gruppi, ad esempio fino ad un massimo di 5 o 10 persone in base allo scenario epidemiologico, cui consentire relazioni interpersonali più strette, di tipo "familiare", con un forte patto solidale anche tra le famiglie del gruppo, per mantenere anche da parte loro, nei rispettivi ambienti di vita e di relazione, comportamenti conformi all'obiettivo di salvaguardare la salute del gruppo. In caso di positività il gruppo andrà gestito come un cluster autonomo. L'attività del Servizio semiresidenziale potrà quindi configurarsi come divisa in gruppi, ognuno dei quali nello stesso tempo realizzerà un modulo diverso, riducendo al minimo la possibilità di contatti. Un modulo sarà quindi un contenitore di attività per il quale andrà specificato: il luogo fisico in cui si realizza (nella sede del Servizio semiresidenziale, in altra sede esterna, a domicilio, a distanza o attraverso un mix di queste possibilità, ecc.); il contenuto educativo-abilitativo-assistenziale; la collocazione e la durata temporale. Per situazioni particolari saranno possibili quindi anche modalità alternative di presa in carico dell'utente, attraverso ad esempio l'erogazione di prestazioni a distanza e di supporto domiciliare. Sarà necessario inoltre rivedere l'organizzazione del servizio di trasporto adeguando l'erogazione alle misure sopra declinate

In caso di sintomi caratteristici, sarà necessario interrompere la frequenza nelle strutture semiresidenziali, rientrare al proprio domicilio e contattare il proprio Medico Curante.

Attività formativa e informativa

L'ente gestore, in quanto datore di lavoro, avrà la responsabilità di formare il proprio personale su quanto definito all'interno del documento di valutazione dei rischi (DVR), nonché di favorire la comprensione e la messa in pratica da parte degli utenti delle nuove regole di comportamento, utilizzando linguaggi e strategie idonee, specie per quelle persone che possono trovare maggiore difficoltà all'adattamento.

Dovrà essere inoltre predisposto idoneo materiale informativo da appendere e consegnare a operatori e familiari rispetto alle indicazioni igienico-comportamentali e idonea segnaletica con pittogrammi affini all'utenza.

Andranno previsti FAD e corsi obbligatori per il personale sanitario e di assistenza operante all'interno di tali strutture, fornendo le indicazioni per attuare correttamente le misure di prevenzione e controllo dell'infezione. Gli obiettivi formativi potranno essere, ad esempio:

- conoscere le caratteristiche del virus e le sue modalità di trasmissione, l'epidemiologia, la diagnosi, il trattamento e le procedure da seguire in presenza di casi sospetti probabili o confermati;
- sviluppare modalità relazionali e comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni;
- conoscere e distinguere i DPI e i dispositivi appropriati da utilizzare secondo il tipo di procedura assistenziale e in base alla valutazione del rischio;
- apprendere la sequenza corretta di vestizione e svestizione;
- riconoscere la modalità sicura di disinfezione dei dispositivi riutilizzabili;



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi regionali per l'adozione di piani di sanità pubblica per specifici setting a rischio*

- conoscere le principali norme comportamentali definite dalle precauzioni standard per la prevenzione delle infezioni;
- conoscere gli atti e le procedure operative regionali e aziendali per il contrasto all'epidemia.

Sono fondamentali l'adeguata sensibilizzazione e formazione dei visitatori e dei familiari nella prevenzione e nel controllo dei casi, anche in considerazione delle difficoltà che si possono incontrare nel far seguire le stesse norme agli ospiti, in considerazione dell'età avanzata e/o deficit cognitivi e fisici spesso presenti. Per questo, i metodi devono essere adattati alla realtà locale. La sensibilizzazione e la formazione degli ospiti e dei visitatori/familiari dovranno basarsi su sessioni di breve durata e includere esercitazioni pratiche (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche per l'igiene delle mani e respiratoria, video, ecc.), poster e altri supporti audiovisivi (cartoline, volantini, ecc.). I contenuti dovranno essere relativi al rispetto delle seguenti misure:

- evitare strette di mano, baci e abbracci;
- igiene delle mani: lavaggio con acqua e sapone e asciugatura con salvietta monouso, o frizione con soluzione idroalcolica;
- igiene respiratoria: tossire e starnutire coprendo naso e bocca usando fazzoletti o nella piega del gomito; i fazzoletti dovrebbero essere preferibilmente di carta e dovrebbero essere smaltiti in una pattumiera chiusa;
- mantenere la distanza interpersonale;
- utilizzare correttamente la mascherina;
- evitare di condividere oggetti con altri residenti/utenti, come asciugamani, salviette e lenzuola, piatti, bicchieri, posate, cibo, ecc.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali

Documento Attuativo

INDIRIZZI OPERATIVI PER LA TUTELA DELLA SALUTE NELLE ATTIVITA' ECONOMICHE E SOCIALI

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali

SOMMARIO

Premessa

Indirizzi generali per la tutela dei lavoratori

- Tutela della salute pubblica
- Individuazione di un referente unico per il piano pandemico
- Definizione di un piano pandemico aziendale
- Attuazione delle indicazioni operative
- Il ruolo del Medico Competente

Indirizzi generali per la tutela dei cittadini

- Attività turistiche e ricettive
- Cinema e spettacoli dal vivo
- Circoli culturali, centri sociali e ricreativi
- Commercio
- Convegni e congressi
- Corsi di formazione
- Musei, archivi, biblioteche, luoghi della cultura e mostre
- Palestre, piscine e centri benessere
- Parchi tematici e di divertimento
- Ristorazione
- Sagre e fiere locali
- Sale da ballo e discoteche
- Sale giochi, sale scommesse, sale bingo e casinò
- Servizi alla persona

Appendice A - Piano regionale per la riapertura delle attività produttive



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali

Premessa

La pandemia COVID-19 ha reso ancora più evidente quanto la tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro sia fondamentale per la protezione del singolo e della collettività, per il funzionamento della società e per la continuità delle attività economiche e sociali.

In uno scenario pandemico, il sistema aziendale della prevenzione consolidatosi nel tempo secondo l'architettura prevista dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 (Datore di Lavoro, Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione, Medico Competente, Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza, anche Territoriali) costituisce la cornice naturale per una gestione partecipata e integrata del rischio connesso alla diffusione di un agente patogeno potenzialmente pandemico. In ogni caso, solo la partecipazione consapevole e attiva di ogni singolo lavoratore, con pieno senso di responsabilità, potrà risultare determinante, non solo per lo specifico contesto aziendale, ma anche per la collettività.

In tale contesto, è necessario promuovere l'adozione di misure omogenee sull'intero territorio regionale per la tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari, nei quali coesistono molteplici esigenze: tutela della salute della popolazione generale, tutela della salute dei lavoratori (nel senso estensivo della definizione di cui all'art. 2 del citato decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81), tutela della salute degli operatori sanitari (sia incaricati di garantire la sorveglianza sanitaria ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, sia incaricati di garantire funzioni di vigilanza e controllo).

Il presente documento è destinato prioritariamente a tutti soggetti aventi ruoli e responsabilità in tema di tutela della salute nei luoghi di lavoro ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, con l'obiettivo di fornire indicazioni operative per contrastare la diffusione di un agente patogeno a trasmissione respiratoria a potenziale diffusione pandemica. In particolare, il documento comprende sia indicazioni per la tutela dei lavoratori, sia indicazioni per la tutela dei cittadini fruitori delle attività di seguito specificate, dal momento che i due aspetti sono necessariamente interconnessi. Inoltre, le indicazioni dovranno essere riconsiderate qualora venga sviluppato e reso disponibile uno specifico vaccino.

Le indicazioni di seguito riportate derivano dall'esperienza maturata nel corso della pandemia COVID-19, durante la quale ad una fase di *lockdown* (durante la quale sono stati mantenuti solo i servizi essenziali) è seguita una fase di progressiva ripartenza del tessuto produttivo.

Le principali linee strategiche sono definite nei seguenti documenti e atti programmatici adottati nel corso della pandemia COVID-19, sia a livello regionale, sia a livello nazionale:

- Documento tecnico "*Nuovo Coronavirus SARS-CoV-2 - Tutela della salute negli ambienti di lavoro non sanitari*" del 02.03.2020;
- DGR n. 346 del 17.03.2020, Approvazione del "*Protocollo condiviso di regolamentazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19*";
- DGR n. 601 del 12.05.2020, Approvazione del "*Piano regionale per la riapertura delle attività produttive*", con particolare riferimento al "*Progetto pilota*", riportato in **APPENDICE A**;
- Ordinanza del Ministro della Salute del 02.12.2021, Adozione delle "*Linee guida per la ripresa delle attività economiche e sociali*".

Tali documenti, realizzati nel pieno dell'emergenza pandemica COVID-19, sono stati sviluppati in stretta collaborazione con gli attori del Servizio Sanitario Regionale coinvolti e nell'ambito del confronto interregionale, con il contributo di Parti Sociali e Associazioni rappresentative delle categorie economiche. Alcuni degli elementi dei modelli organizzativi previsti e descritti qui e nei documenti allegati potranno essere aggiornati ed integrati a seguito delle analisi e delle riflessioni che andranno condotte nella fase di transizione e in fase inter-pandemica dell'attuale emergenza da COVID-19.

L'attuazione tempestiva di tali misure, fatti salvi eventuali provvedimenti legislativi che dispongano la sospensione di determinate attività, possono consentire il mantenimento di tutte le attività economiche e produttive con un adeguato livello di protezione per i lavoratori e i cittadini, evitando misure restrittive quali quelle assunte durante la pandemia COVID-19. Eventuali valutazioni in merito al mantenimento, all'integrazione o alla modifica delle presenti indicazioni saranno valutate in considerazione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico e di eventuali ulteriori indirizzi di carattere normativo o tecnico-scientifico di livello nazionale o internazionale.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

Indirizzi generali per la tutela dei lavoratori

Al fine di attuare azioni di prevenzione omogenee, pur adattate in considerazione dello specifico contesto aziendale, l'adozione tempestiva delle seguenti misure organizzative può consentire il mantenimento in sicurezza delle attività economiche e produttive o la loro ripresa dopo eventuali fasi di *lockdown* disposte dalle Autorità competenti.

Pertanto le seguenti indicazioni devono essere opportunamente predisposte in fase interpandemica per poter essere messe in atto tempestivamente in fase di allerta e pandemica, tenendo in considerazione l'evoluzione degli indirizzi tecnici nel frattempo intervenuti, anche se il contagio non si è ancora manifestato nelle aree geografiche in cui l'azienda opera.

Tutela della salute pubblica

La diffusione di un agente patogeno a potenziale diffusione pandemica rappresenta una questione di salute pubblica, pertanto la gestione delle misure preventive e protettive deve necessariamente seguire i provvedimenti speciali adottati dalle istituzioni competenti in conformità all'evoluzione dello scenario epidemiologico. In ragione di tale esigenza di tutela della salute pubblica, il Datore di Lavoro deve collaborare facendo rispettare i provvedimenti e le indicazioni fornite esclusivamente dai soggetti istituzionali di riferimento, al fine di favorire l'attuazione delle misure di prevenzione e contrasto nel proprio ambiente di lavoro.

Individuazione di un referente unico per il piano pandemico

Premesso che all'interno degli ambienti di lavoro, anche durante le fasi di una pandemia, rimangono confermati ruoli e responsabilità previsti dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, per ogni Azienda potrà essere individuato dal datore di lavoro un referente unico con funzioni di coordinatore per l'attuazione delle misure di prevenzione e controllo e con funzioni di punto di contatto per le strutture del Sistema Sanitario Regionale.

Tale referente deve essere individuato tra i soggetti componenti la rete aziendale della prevenzione ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, verosimilmente nella figura del Datore di Lavoro stesso (soprattutto per le micro- e piccole aziende) o del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), o comunque tra i soggetti aventi poteri organizzativi e direzionali.

Definizione di un piano pandemico aziendale

Per la pianificazione, l'attuazione e la verifica periodica delle azioni, anche al fine di adattare le misure di prevenzione al contesto specifico e alle esigenze delle singole realtà, o di integrare tali misure con soluzioni di pari efficacia o più incisive, si ritiene opportuno formalizzare un piano di intervento, predisposto dal Datore di Lavoro in collaborazione con il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione e con il Medico Competente, sentiti i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS/RLST), se eletti/nominati.

Tale piano di intervento può coincidere con le procedure o istruzioni operative già adottate (purchè opportunamente integrate), così come può costituire un addendum connesso al contesto emergenziale del documento di valutazione dei rischi redatto ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

Si precisa che il rischio associato all'esposizione ad un agente patogeno a potenziale diffusione pandemica rappresenta un rischio generico. Pertanto, in tale scenario, in cui prevalgono esigenze di tutela della salute pubblica, non si ritiene obbligatorio, purchè il legislatore non disponga diversamente, l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei Rischi in relazione a tale rischio, se non in ambienti di lavoro sanitario o socio-sanitario, esclusi dal campo di applicazione del presente documento, o comunque qualora il rischio di infezione sia un rischio di natura professionale, legato allo svolgimento dell'attività lavorativa, aggiuntivo e differente rispetto al rischio generico per la popolazione generale.

#Nota integrativa per le ditte individuali e le imprese a conduzione familiare

In considerazione della specificità di tali organizzazioni, l'individuazione di un referente unico e la formalizzazione di un piano di intervento non si ritengono obbligatorie; può comunque essere utile redigere un sintetico documento



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

operativo per l'attuazione delle misure di prevenzione associate alla diffusione di un agente patogeno a potenziale diffusione pandemica.

Attuazione delle indicazioni operative

Il mantenimento o la ripresa delle attività economiche e produttive può avvenire solo in presenza di condizioni che assicurino alle persone che lavorano adeguati livelli di protezione.

Tali condizioni sono illustrate nei punti di seguito riportati. In ogni caso, ciascuna organizzazione potrà modulare e adattare le misure individuate sulla base delle proprie specificità organizzative, valutando altresì misure differenti purché di efficacia pari o superiore.

1. Informazione

Il Datore di Lavoro, attraverso le modalità più idonee ed efficaci, informa tutti i lavoratori e chiunque entri in azienda (fornitori, visitatori, trasportatori, lavoratori autonomi, lavoratori di imprese appaltatrici e altri utenti esterni, anche occasionali) circa le disposizioni delle Autorità e le misure adottate dall'azienda, consegnando e/o affiggendo all'ingresso e nei luoghi maggiormente visibili dei locali aziendali, appositi materiali informativi, comprensibili anche a lavoratori di altre nazionalità (se presenti), per contribuire a prevenire ogni possibile forma di diffusione del contagio.

Le informazioni devono riguardare in particolare:

- l'obbligo di rimanere presso la propria dimora abituale in presenza di segni/sintomi (es. temperatura > 37.5 °C, tosse, difficoltà respiratoria) e di contattare il proprio Medico di Medicina Generale;
- l'impegno a rispettare tutte le disposizioni delle Autorità e del Datore di Lavoro;
- l'impegno ad informare tempestivamente il Datore di Lavoro (o altri soggetti in base alla specifica organizzazione aziendale) in caso di insorgenza dei sintomi sopra descritti successivamente all'ingresso in azienda.

2. Pulizia, sanificazione e aerazione degli ambienti di lavoro

E' necessario assicurare la pulizia periodica di tutte le superfici secondo le modalità ordinarie, eventualmente associata a sanificazione secondo le specifiche raccomandazioni emanate dalle Autorità competenti in relazione alle caratteristiche dell'agente a potenziale diffusione pandemica, soprattutto per quanto riguarda gli ambienti frequentati da soggetti successivamente accertati come casi.

Devono essere considerati con particolare attenzione, laddove presenti, i locali accessori (es. spazi per la ristorazione, servizi igienici, spogliatoi, infermerie) e le superfici e postazioni di lavoro più facilmente toccate da lavoratori e utenti esterni, nonché gli ambienti e gli strumenti utilizzati in ogni contesto in cui la prestazione lavorativa richieda un contatto ravvicinato e prolungato (es. servizi alla persona). Sarà data particolare cura, inoltre, alla pulizia della singola postazione di lavoro da effettuare all'inizio e alla fine di ogni turno di lavoro, focalizzata soprattutto sulle superfici e sulle strumentazioni usate in comune.

Deve essere assicurata un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti, fatte salve eventuali situazioni di assoluta incompatibilità con specifici processi di lavoro. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.

3. Distanziamento interpersonale e limitazione delle occasioni di contatto

Una delle principali misure organizzativa per il contenimento del contagio è il mantenimento della distanza interpersonale (criterio di distanza "droplet") nelle postazioni di lavoro.

Per dare attuazione a tale misura, il Datore di Lavoro riorganizza gli spazi di lavoro, compatibilmente con la natura dei processi produttivi e tenendo in considerazione l'eventuale presenza di lavoratori di altre Aziende, e regola l'accesso a spazi comuni, spogliatoi, servizi igienici, spazi destinati alla ristorazione (es. mense), allo svago o simili (es. aree relax, sala caffè, aree fumatori), limitando il numero di presenze contemporanee, il tempo di permanenza massima e dando in ogni caso disposizioni di rispettare il distanziamento interpersonale.

Inoltre, al fine di limitare i contatti tra le persone, riducendo le occasioni di aggregazione, le misure organizzative previste dalle specifiche disposizioni di riferimento, comunque integrabili con soluzioni innovative relative all'articolazione dell'orario di lavoro e dei processi produttivi, sono le seguenti:



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

- favorire il massimo utilizzo delle modalità del lavoro a distanza (cosiddetto “lavoro agile” o “smart working”), in modo coerente con le indicazioni previste dalla contrattazione e legislazione vigente, soprattutto per le attività amministrative e d’ufficio che possono essere svolte a distanza;
- adottare misure organizzative per favorire orari di ingresso/uscita scaglionati, al fine di ridurre al minimo le occasioni di contatto nelle zone di ingresso/uscita, laddove lo svolgimento della prestazione lavorativa lo consenta;
- ridurre al minimo gli spostamenti all’interno dei siti produttivi;
- ridurre al minimo gli accessi non indispensabili per i processi produttivi;
- ridurre al minimo l’accesso contemporaneo di più visitatori e clienti, ad esempio ampliando le fasce orario di accesso (laddove presenti sale esposizioni, spacci aziendali, etc.);
- individuare procedure di ingresso, transito e uscita di fornitori esterni, mediante modalità, percorsi e tempistiche predefinite, al fine di ridurre le occasioni di contatto con il personale aziendale; se possibile, gli autisti dei mezzi di trasporto devono rimanere a bordo dei proprio mezzi e non deve essere consentito loro l’accesso agli ambienti aziendali (a meno che non siano dedicati in via esclusiva alcuni spazi di servizio);
- regolamentare l’accesso a spazi comuni, spogliatoi, servizi igienici, spazi destinati alla ristorazione (es. mense), allo svago o simili (es. aree relax, sala caffè, aree fumatori);
- evitare l’organizzazione e la partecipazione a incontri collettivi in situazioni di affollamento in ambienti chiusi (es. congressi, convegni), privilegiando soluzioni di comunicazione a distanza;
- privilegiare, nello svolgimento di incontri o riunioni, le modalità di collegamento da remoto;
- individuare servizi igienici dedicati agli utenti esterni (fornitori, visitatori, trasportatori) e vietare loro l’utilizzo di quelli del personale aziendale.

#Nota integrativa in tema di formazione e aggiornamento professionale

Qualora venga disposta la sospensione delle attività didattiche, dei corsi professionali e delle attività formative svolte da enti pubblici (anche territoriali e locali) e soggetti privati, si ritiene che il mancato completamento dell’aggiornamento della formazione professionale e/o abilitante entro i termini previsti per tutti i ruoli/funzioni aziendali in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, dovuto all’emergenza in corso e quindi per causa di forza maggiore, non comporti l’impossibilità a continuare lo svolgimento dello specifico ruolo/funzione (a titolo esemplificativo: l’addetto all’emergenza, sia antincendio, sia primo soccorso, può continuare ad intervenire in caso di necessità; il carrellista può continuare ad operare come carrellista). In tale eventualità, l’aggiornamento dovrà essere tempestivamente completato una volta ripristinate le ordinarie attività formative nelle forme consentite dalla normativa vigente. Si precisa che tale indicazione non si applica al caso del mancato completamento della formazione iniziale o di base; in tal caso, l’operatore privo della dovuta formazione non può e non deve per nessun motivo essere adibito al ruolo/funzione a cui la formazione obbligatoria e/o abilitante si riferisce.

In ogni caso, resta ferma la possibilità di svolgimento di attività formative a distanza, modalità che si ritiene applicabile anche alla formazione obbligatoria prevista dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 e disciplinata dagli Accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni. Pertanto, fino al termine dell’emergenza, l’eventuale formazione a distanza effettuata mediante collegamento telematico in videoconferenza tale da assicurare l’interazione tra docente e discenti (ciascuno in solitaria, essendo esclusa qualsiasi forma di aggregazione in tale ambito, e fermo restando il limite massimo di soggetti partecipanti) si ritiene equiparata a tutti gli effetti alla formazione in presenza, risultando così idonea a soddisfare gli adempimenti formativi in materia di salute e sicurezza sul lavoro. Con queste modalità, la registrazione delle presenze in entrata e uscita avverrà mediante registro elettronico o sotto la responsabilità del docente, così come l’effettuazione del test finale di apprendimento, ove previsto.

Resta inteso che la modalità di collegamento a distanza in videoconferenza non si può applicare ai soli moduli formativi che prevedono addestramento pratico (quale, a titolo esemplificativo e non esaustivo, la parte pratica dei corsi per addetti al primo soccorso).

#Nota integrativa in tema di verifiche e manutenzioni periodiche

Le attività di manutenzione ordinaria degli impianti e dei presidi di sicurezza negli ambienti di lavoro previste dal decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81, quali le verifiche periodiche delle attrezzature di lavoro di cui all’articolo 71, degli impianti di messa a terra, dei mezzi di sollevamento, la manutenzione di estintori e altri presidi antincendio quali luci di emergenza, porte antincendio, etc. sono normalmente realizzate da personale interno specializzato o da personale di ditte esterne, comportando in entrambi i casi lo spostamento di operatori (all’interno di un sito produttivo o tra diversi siti produttivi). Pertanto, si ritiene che tali attività, fatte salve situazioni di rischio grave e immediato, possano ragionevolmente essere differite, purché tempestivamente completate al termine dell’emergenza sanitaria.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***#Nota integrativa in tema di sorveglianza sanitaria**

Considerato che, in ragione di eventuali misure di restrizione disposte a livello nazionale e che devono essere sospese e che devono essere incentivati lavoro agile, ferie, congedi e altri strumenti previsti dalla contrattazione collettiva, si ritiene che i lavoratori non effettivamente in servizio non debbano essere inviati alla visita medica periodica finalizzata all'espressione del giudizio di idoneità alla mansione, se in scadenza e/o scaduta. In ogni caso, per quanto riguarda l'attività di sorveglianza sanitaria, si rimanda alle indicazioni riportate nella sezione "Il ruolo del Medico Competente".

4. Igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie

È opportuno disporre misure rafforzative delle ordinarie norme di comportamento, sensibilizzando lavoratori, fornitori, visitatori e altri utenti (anche occasionali) al rigoroso rispetto delle corrette indicazioni per l'igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie e mettendo a disposizione idonei mezzi per la disinfezione delle mani, in punti facilmente individuabili.

5. Dispositivi di protezione delle vie respiratorie

Tutti i lavoratori dovranno indossare correttamente dispositivi per la protezione delle vie respiratorie in tutti gli ambienti chiusi e, qualora non sia possibile assicurare il mantenimento del distanziamento interpersonale, anche in tutti gli ambienti all'aperto.

I dispositivi per la protezione delle vie respiratorie devono essere possibilmente mascherine FFP2/FFP3 o, in caso di difficoltà di approvvigionamento, almeno di tipo chirurgico.

Relativamente alla protezione delle mani, in considerazione del rischio aggiuntivo derivante da un eventuale errato impiego di guanti, si ritiene più protettivo consentire di lavorare senza guanti e disporre il lavaggio frequente delle mani e l'utilizzo frequente di disinfettanti (fatti salvi eventuali dispositivi di protezione necessari in base agli esiti della valutazione dei rischi associati alla mansione specifica).

#Nota integrativa per il settore dell'agricoltura

Nel settore dell'agricoltura, durante l'attività all'esterno dei locali aziendali, le indicazioni sopra riportate relative all'utilizzo di dispositivi di protezione per le vie respiratorie e per le mani si applicano qualora compatibili con lo svolgimento della mansione lavorativa.

6. Uso razionale e giustificato dei test di screening

L'effettuazione di test di *screening* dei lavoratori, ricorrendo esclusivamente a test rispondenti ai criteri definiti dalle Autorità competenti (es. test per la ricerca di DNA/RNA, test antigenici, test sierologici, etc), potrà avvenire, con oneri a carico del Datore di Lavoro, a cura del Medico Competente o avvalendosi di idonee strutture sanitarie. In ogni caso, per l'effettuazione dei test dovranno essere rispettate le seguenti condizioni:

- idoneità del personale sanitario coinvolto, sia in termini di qualificazione e capacità tecniche, sia di misure di prevenzione e protezione;
- rispetto degli standard per l'effettuazione dei test, in ogni loro fase (dalla predisposizione dei locali al conferimento al laboratorio autorizzato);
- rispetto dei flussi informativi e degli obblighi di notifica alle strutture sanitarie competenti;
- corretta comunicazione degli esiti ai lavoratori coinvolti.

Eventuali casi positivi andranno tempestivamente segnalati alle strutture competenti (Dipartimento di Prevenzione o Medico di Medicina Generale), per la presa in carico da parte del Servizio Sanitario Regionale secondo le procedure previste. Diversamente, casi di possibile/probabile infezione (es. test sierologici suggestivi di infezione in atto) andranno gestiti dal Medico Competente e segnalati al Servizio Sanitario Regionale solo a seguito di eventuale conferma diagnostica.

L'Azienda assicura comunque la collaborazione con le competenti strutture del Servizio Sanitario Regionale per l'individuazione dei contatti lavorativi, secondo le specifiche definizioni che saranno adottate a livello nazionale.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Il ruolo del Medico Competente**

La valutazione e la definizione dei singoli casi (sospetti, probabili o confermati), nonché l'individuazione e la sorveglianza dei contatti stretti spetta alle strutture competenti del Servizio Sanitario Regionale, in particolare agli operatori del Dipartimento di Prevenzione, in coordinamento con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. Ciò premesso, si riportano di seguito alcune indicazioni di natura operativa finalizzate a promuovere l'adozione da parte dei Medici Competenti di comportamenti omogenei nell'intero territorio regionale.

Prima di tutto si ritiene necessario incrementare da parte del Medico Competente, nell'ambito dell'organizzazione aziendale presso la quale egli presta la propria opera, l'attività di collaborazione con le altre figure aziendali della prevenzione alla predisposizione delle misure di prevenzione e di informazione, con particolare riferimento al rigoroso rispetto delle misure igieniche per le malattie a diffusione respiratoria: protezione delle vie respiratorie, igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie, distanziamento interpersonale.

A tal proposito, anche al fine di limitare gli spostamenti in coerenza con eventuali misure restrittive disposte a livello nazionale, nonché di consentire l'assistenza ad un numero maggiore di aziende, si ritiene utile privilegiare, nello svolgimento di incontri o riunioni, le modalità di collegamento da remoto, ritenute valide anche per la partecipazione alla riunione periodica di cui all'articolo 35 del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81.

La sorveglianza sanitaria è prevista da una specifica normativa nazionale, pertanto tale misura generale di tutela della salute dei lavoratori può essere rimodulata o sospesa solo attraverso un intervento legislativo.

In tale ambito, dovranno essere garantite prioritariamente le attività necessarie ad esprimere il giudizio di idoneità alla mansione nei casi non prorogabili, quali: visite mediche pre-assuntive, preventive, a richiesta del lavoratore e per rientro dopo assenza per motivi di salute superiore a 60 giorni continuativi. In questi casi, stante l'esigenza superiore di tutela della salute pubblica, si ritiene che qualora siano in vigore misure restrittive degli spostamenti sul territorio regionale, il previsto giudizio di idoneità possa essere espresso anche a seguito di valutazione documentale e/o valutazione clinica parziale ma sufficiente al Medico Competente per l'espressione del giudizio stesso (es. valutazione a distanza, somministrazione di questionari anamnestici), fatti salvi i casi in cui questi ritenga assolutamente imprescindibile l'effettuazione dell'esame obiettivo. Tale percorso andrà poi perfezionato dal Medico Competente, alla ripresa dell'attività ordinaria, anche per il completamento degli accertamenti sanitari.

Detta misura eccezionale, ma coerente con analoghe disposizioni adottate a livello nazionale in occasione della pandemia COVID-19 (es. possibilità per i Medici di Medicina Generale di certificare lo stato di malattia a seguito di valutazione telefonica; possibilità per le commissioni istituite presso le Aziende Sanitarie Locali di esprimere giudizi a seguito di sola valutazione documentale), persegue sia la finalità di ridurre le occasioni di contatto e di spostamento, sia di tutelare i lavoratori da un possibile contatto stretto con il Medico Competente, potenziale diffusore, sia altresì di tutelare il Medico Competente da esposizioni a rischio, nonché di consentirgli di prestare la propria assistenza ad un numero maggiore di soggetti (lavoratori, aziende).

Per quanto riguarda le visite mediche periodiche, esse rappresentano certamente un'occasione utile per intercettare possibili casi o soggetti a rischio, nonché per le informazioni e le raccomandazioni che il Medico Competente può fornire nel corso della visita; tuttavia, tenuto conto dello scenario epidemiologico, delle esigenze di contenere al massimo la diffusione dell'epidemia in atto, nonché della riorganizzazione del Sistema Sanitario Regionale anche in termini di sospensione di tutte le prestazioni sanitarie non urgenti, si ritiene comunque opportuno e praticabile, senza alcun effetto pregiudizievole per la salute dei lavoratori, differire le visite mediche e gli accertamenti integrativi periodici. Si ritiene utile differire in ogni caso l'effettuazione delle prove di funzionalità respiratoria, o comunque di procedure che generano aerosol, se previste nel programma degli accertamenti sanitari periodici ai fini dell'espressione del giudizio di idoneità alla mansione specifica.

Alla ripresa dell'attività ordinaria, la programmazione delle visite mediche dovrà necessariamente privilegiare quelle differite.

Infine, si riportano di seguito ulteriori raccomandazioni, da estendere ad eventuali collaboratori sanitari.

Nell'ambito delle attività di sorveglianza sanitaria, se non effettuata con valutazione documentale o con valutazione clinica a distanza, attenersi rigorosamente alle misure di prevenzione della diffusione delle infezioni per via respiratoria (compresa la regolamentazione dell'accesso alle sale d'aspetto), nonché alla rigorosa applicazione delle indicazioni per la pulizia e la disinfezione degli ambienti. A tal proposito, per l'effettuazione delle visite mediche e degli accertamenti integrativi, si raccomanda, al fine di assicurare la corretta igiene dei locali, di utilizzare prioritariamente ambulatori medici, infermerie collocate all'interno delle aziende e unità mobili (se disponibili e se attrezzate per garantire un adeguato distanziamento tra i presenti, nel rispetto del "criterio di distanza droplet", fatto salvo il tempo strettamente necessario per l'esame obiettivo), ricorrendo ai locali messi a disposizione delle aziende solo se tale soluzione risulta funzionale a limitare al minimo indispensabile lo spostamento dei lavoratori sul territorio; questi ultimi dovranno



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

comunque avere caratteristiche tali da permettere l'applicazione di tutte le previste misure di prevenzione della diffusione delle infezioni per via respiratoria.

Nell'ambito delle attività di sorveglianza sanitaria di cui sopra, si ritiene utile differire in ogni caso l'effettuazione delle prove di funzionalità respiratoria, o comunque di procedure che generano aerosol.

In ogni caso, per l'effettuazione della sorveglianza sanitaria dovranno essere garantite al Medico Competente le condizioni per poter operare in sicurezza.

Indirizzi generali per la tutela dei cittadini

Sulla scorta dell'esperienza maturata nel corso della pandemia COVID-19, si ritiene essenziale fornire indirizzi operativi validi per i singoli settori di attività, finalizzati a fornire uno strumento sintetico, comprensibile e immediato di applicazione delle misure di prevenzione per assicurare il più possibile la fruizione in sicurezza delle attività economiche e sociali da parte dei cittadini.

Le misure di prevenzione possono essere rimodulate nel corso della fase pandemica in ragione dell'evoluzione dello scenario epidemiologico, delle specifiche conoscenze, nonché di provvedimenti normativi: in ogni caso, è essenziale diffondere indicazioni chiare, comprensibili e rimarcare le misure di prevenzione sicuramente efficaci in luogo di altre misure che, pur diffusamente adottate, non aggiungono elementi di maggiore sicurezza.

Il presente documento individua principi di carattere generale per contrastare la diffusione del contagio e permettere il funzionamento delle attività economiche e sociali quali. In particolare, i principi cardine sui quali deve essere strutturata la risposta ad una potenziale minaccia pandemica sono i seguenti:

- **informazione chiara sulle misure da rispettare**
- **aerazione efficace degli ambienti chiusi**
- **distanziamento interpersonale**
- **utilizzo corretto dei dispositivi di protezione delle vie respiratorie negli ambienti chiusi**
- **igiene delle mani e delle secrezioni respiratorie.**

Pertanto, tutte le misure da adottare negli specifici contesti devono essere rappresentate da opportune articolazioni di tali principi nei settori delle attività economiche e sociali. Inoltre, nel rispetto delle indicazioni di carattere generale di seguito riportate, rientra nelle prerogative di associazioni di categoria redigere ulteriori protocolli attuativi di dettaglio ed eventualmente più restrittivi, la cui attuazione è soggetta a verifiche puntuali effettuate dalle competenti autorità locali.

Si riportano di seguito indicazioni operative per specifici settori di attività.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Attività turistiche e ricettive****SPIAGGE E STABILIMENTI BALNEARI**

Le presenti indicazioni si applicano agli stabilimenti balneari, alle spiagge attrezzate e alle spiagge libere.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità. Si promuove, a tal proposito, l'accompagnamento all'ombrellone da parte di personale dello stabilimento adeguatamente preparato (steward di spiaggia) che illustri ai clienti le misure di prevenzione da rispettare.
- Rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani in più punti dello stabilimento.
- Privilegiare l'accesso agli stabilimenti tramite prenotazione e mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 gg, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
- Favorire modalità di pagamento elettroniche, eventualmente in fase di prenotazione.
- Riorganizzare gli spazi, per garantire l'accesso allo stabilimento in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone e di assicurare il distanziamento interpersonale di almeno 1 metro. Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
- Favorire, per quanto possibile, l'ampliamento delle zone d'ombra per prevenire gli assembramenti durante le ore più calde.
- Assicurare un distanziamento tra gli ombrelloni (o altri sistemi di ombreggio) in modo da garantire una superficie di almeno 10 m² per ogni ombrellone, indipendentemente dalla modalità di allestimento della spiaggia (per file orizzontali o a rombo).
- Tra le attrezzature di spiaggia (lettini, sedie a sdraio), quando non posizionate nel posto ombrellone, deve essere garantita un adeguato distanziamento.
- Regolare e frequente pulizia e disinfezione delle aree comuni, spogliatoi, cabine, docce, servizi igienici, etc., comunque assicurata dopo la chiusura dell'impianto.
- Le attrezzature come ad es. lettini, sedie a sdraio, ombrelloni etc. vanno disinfettati ad ogni cambio di persona o nucleo familiare, e in ogni caso ad ogni fine giornata.
- Per quanto riguarda le spiagge libere, si ribadisce l'importanza dell'informazione e della responsabilizzazione individuale da parte degli avventori nell'adozione di comportamenti rispettosi delle misure di prevenzione. Al fine di assicurare il rispetto del distanziamento interpersonale e gli interventi di pulizia e disinfezione dei servizi eventualmente presenti si suggerisce la presenza di un addetto alla sorveglianza. Anche il posizionamento degli ombrelloni dovrà rispettare le indicazioni sopra riportate.
- È da vietare la pratica di attività ludico-sportive di gruppo che possono dar luogo ad assembramenti. Gli sport individuali che si svolgono abitualmente in spiaggia (es. racchettoni) o in acqua (es. nuoto, surf, windsurf, kitesurf) possono essere regolarmente praticati, nel rispetto delle misure di distanziamento interpersonale.

ATTIVITÀ RICETTIVE

Le presenti indicazioni si applicano alle strutture ricettive alberghiere ed extralberghiere, agli alloggi in agriturismo, alle locazioni brevi, alle strutture turistico-ricettive all'aria aperta, ai rifugi alpini ed escursionistici e agli ostelli della gioventù.

Indicazioni di carattere generale

Le seguenti indicazioni generali sono valide per tutte le strutture ricettive; indirizzi specifici sono riportati nelle successive sezioni.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Promuovere e facilitare il rispetto della distanza interpersonale di almeno 1 metro (estensibile ad almeno 2 metri in base allo



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

scenario epidemiologico di rischio), e favorire la differenziazione dei percorsi all'interno delle strutture, con particolare attenzione alle zone di ingresso e uscita.

- Favorire modalità di pagamento elettroniche e gestione delle prenotazioni online, con sistemi automatizzati di check-in e check-out ove possibile.
- Mantenere l'elenco dei soggetti alloggiati per un periodo di 14 giorni, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali: tale adempimento si considera assolto con la notifica alloggiati all'autorità di pubblica sicurezza.
- Gli ospiti devono sempre indossare correttamente dispositivi di protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2), sia negli ambienti chiusi, sia all'aperto in caso di assembramenti di persone.
- È necessario rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani in varie postazioni all'interno della struttura.
- È consentita la messa a disposizione, possibilmente in più copie, di riviste, quotidiani e materiale informativo a favore dell'utenza per un uso comune, da consultare previa igienizzazione delle mani.
- Ogni oggetto fornito in uso dalla struttura dovrà essere disinfettato prima della consegna all'ospite.
- L'utilizzo degli ascensori dev'essere tale da consentire il rispetto della distanza interpersonale, pur con la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2), prevedendo eventuali deroghe in caso di componenti dello stesso nucleo familiare, conviventi e persone che occupano la stessa camera o lo stesso ambiente per il pernottamento.
- Garantire la frequente pulizia e disinfezione di tutti gli ambienti e locali, con particolare attenzione alle aree comuni e alle superfici toccate con maggiore frequenza (corrimano, interruttori della luce, pulsanti degli ascensori, maniglie di porte e finestre, ecc.).
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.

Strutture turistico-ricettive all'aria aperta

- Gli ospiti devono sempre indossare correttamente dispositivi di protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2), sia negli ambienti chiusi (es. attività commerciali, spazi comuni, servizi igienici), sia all'aperto in caso di assembramenti di persone. I mezzi mobili di pernottamento degli ospiti (es. tende, roulotte, camper) dovranno essere posizionati all'interno di piazzole delimitate, in modo tale da garantire il rispetto delle misure di distanziamento tra i vari equipaggi, comunque non inferiore a 3 metri tra i 2 ingressi delle unità abitative, qualora frontali. Il distanziamento di almeno 1,5 metri dovrà essere mantenuto anche nel caso di utilizzo di accessori o pertinenze (es. tavoli, sedie, lettini, sedie a sdraio).
- Per i servizi igienici ad uso comune, considerata la peculiarità degli stessi nel contesto di queste strutture, sono introdotti interventi di pulizia da effettuare almeno 2 volte al giorno. In ragione di una maggiore affluenza degli ospiti, nel caso di occupazione superiore al 70% delle piazzole sprovviste di servizi igienici presenti nella struttura (escludendo quindi case mobili, bungalow e piazzole con servizi privati), la pulizia e la disinfezione sarà effettuata almeno 3 volte al giorno.

IMPIANTI DI RISALITA**Indicazioni di carattere generale**

Le presenti indicazioni si applicano ai seguenti impianti di risalita all'interno di stazioni, aree e comprensori montani, e sono valide per tutte le stagioni, compresa quella sciistica: funivie, cabinovie, seggiovie, sciovie (skilift). Si intendono inclusi anche tapis-roulant e nastri trasportatori per i brevi collegamenti.

- Limitare il numero massimo di presenze giornaliere in base alle caratteristiche della stazione/area/comprensorio anche sciistico, con criteri omogenei per Regione o Provincia Autonoma o comprensorio sciistico. A tale scopo, i gestori dovranno adottare sistemi di prenotazione che siano in grado di consentire il controllo del numero di utenti che possono effettivamente accedere agli impianti di risalita per ciascuna singola giornata. Nei comprensori che si estendono oltre i confini regionali e/o provinciali, le Regioni e/o le Province Autonome confinanti devono coordinarsi per individuare misure idonee di prevenzione



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

per la gestione dei flussi e delle presenze.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità dell'utente stesso.
- Garantire la periodica pulizia degli ambienti, con particolare attenzione ai servizi igienici, alle superfici più frequentemente toccate e in generale a tutti gli ambienti accessibili al pubblico, associata a disinfezione dopo la chiusura al pubblico.
- Dovrà essere riorganizzato l'accesso alle biglietterie e agli impianti di risalita in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone. Gli utenti devono sempre indossare correttamente dispositivi di protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come FFP2), sia negli ambienti chiusi, sia all'aperto in caso di code e assembramento di persone.

Vendita titoli di viaggio

- Devono essere adottate soluzioni organizzative al fine di ridurre code e assembramenti alle biglietterie, quali ad esempio: prevendita/prenotazione on-line o tramite altre soluzioni digitali (es. applicazioni per smartphone, biglietti di tipo RFID, Radio-Frequency Identification), collaborazioni con strutture ricettive del territorio per acquisto/consegna dei titoli. Sia in fase di prevendita/prenotazione, sia di vendita in biglietteria, è necessario informare gli utenti circa le buone norme di condotta e corretta prassi igienica per limitare il più possibile comportamenti inadeguati.
- Devono essere favorite modalità di pagamento elettroniche.
- Gli spazi devono essere riorganizzati per garantire l'accesso in modo ordinato, differenziando se possibile i percorsi di ingresso/uscita all'area di vendita, al fine di evitare code e assembramenti di persone.
- Devono essere resi disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani, da utilizzare obbligatoriamente al momento dell'accesso alla biglietteria o ad altri locali eventualmente presenti (es. servizi igienici).

Trasporto

- In relazione alle diverse tipologie di impianti, dovrà essere valutato il numero di persone che ne avranno accesso in funzione dei seguenti criteri, validi sia nella fase di salita che di discesa (la capienza massima dei veicoli va eventualmente arrotondata al valore intero per difetto).
 - **impianti chiusi (funivie, cabinovie):** portata massima all'80% della capienza del veicolo con uso obbligatorio di mascherina a protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2).
 - **impianti aperti (seggiovie, sciovie):** portata massima al 100% della capienza del veicolo con uso obbligatorio di mascherina a protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2). La portata è ridotta all'80% se le seggiovie vengono utilizzate con la chiusura delle cupole paravento.
- Nella fase di discesa a valle, in caso di necessità o emergenza (es. eventi atmosferici eccezionali) o al fine di evitare o limitare assembramenti di persone presso le stazioni di monte, è consentito per il tempo strettamente necessario l'utilizzo dei veicoli a pieno carico.
- I veicoli chiusi (funivie, cabinovie), durante la fase di trasporto dei passeggeri, devono essere aerati mantenendo i finestrini aperti il più possibile.
- In tutti gli ambienti al chiuso, nella fase di imbarco (anche all'aperto) e durante le fasi di trasporto è vietato consumare alimenti, bevande e fumare.
- Una volta giunti alla stazione di monte, gli utenti abbandonano la stazione nel più breve tempo possibile.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Cinema e spettacoli dal vivo**

Le presenti indicazioni si applicano agli spettacoli aperti al pubblico in sale teatrali, sale da concerto, sale cinematografiche, teatri, circhi, teatri tenda, arene, locali di intrattenimento e agli spettacoli in genere, anche viaggianti, all'aperto e al chiuso.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Limitare il numero massimo di presenze contemporanee di spettatori al 50% della capienza autorizzata.
- Riorganizzare gli spazi, per garantire l'accesso in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone in tutto il percorso di entrata e uscita. Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
- Privilegiare, se possibile, l'accesso tramite prenotazione con assegnazione preventiva e nominale del posto a sedere ai singoli spettatori. L'acquisto dei biglietti dovrà essere effettuato di norma on-line e/o in prevendita per evitare code e assembramenti alle biglietterie.
- L'elenco dei soggetti utilizzatori dei biglietti deve essere conservato per un periodo di almeno 14 giorni rendendolo disponibile su richiesta alle strutture sanitarie in caso di necessità di svolgere attività di contact tracing, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
- Rendere obbligatoriamente disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani in più punti, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici.
- Se possibile, ottimizzare l'assegnazione dei posti distribuendo gli spettatori in maniera omogenea negli spazi consentiti al fine di garantire il massimo distanziamento possibile tra le persone.
- Indossare in tutti gli ambienti chiusi la mascherina a protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2); la mascherina va mantenuta anche all'aperto in tutte le situazioni di possibile assembramento o in eventi in cui si prevede la partecipazione attiva del pubblico (es. accompagnamento al canto) e comunque in tutti gli eventi che non si svolgono in forma statica.
- Garantire la frequente pulizia e disinfezione di tutti gli ambienti, con particolare attenzione alle superfici toccate con maggiore frequenza, a fine giornata o al termine dell'evento.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Nello svolgimento delle attività didattiche svolte all'interno di cinema, teatri e luoghi affini (teatro ragazzi, matinée scolastiche, etc.) in orario curricolare, si applicano le disposizioni riferite allo svolgimento delle attività didattiche.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Circoli culturali, centri sociali e ricreativi**

Le presenti indicazioni si applicano ai luoghi di ritrovo di associazioni culturali, circoli ricreativi, club, centri di aggregazione sociale, università del tempo libero e della terza età.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Riorganizzare gli spazi, i percorsi e il programma di attività in modo da evitare assembramenti e da assicurare il mantenimento della distanza interpersonale di almeno 2 metri in caso di attività fisica.
- Privilegiare, laddove possibile, lo svolgimento di attività all'aria aperta, garantendo comunque il rispetto della distanza di sicurezza interpersonale.
- Privilegiare attività a piccoli gruppi di persone, garantendo sempre il rispetto della distanza interpersonale anche durante le attività di tipo ludico.
- È consentita la messa a disposizione, possibilmente in più copie, di riviste, quotidiani e materiale informativo a favore dell'utenza per un uso comune, da consultare previa igienizzazione delle mani.
- L'utilizzo di mascherine (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) a protezione delle vie respiratorie è obbligatorio in tutti i locali chiusi e comunque in tutte le occasioni di assembramento, anche all'aperto.
- È necessario mettere a disposizione degli utenti e degli addetti distributori di soluzioni disinfettanti per le mani da dislocare in più punti.
- Mantenere un registro delle presenze giornaliero da conservare per una durata di 14 giorni, garantendo il rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
- Garantire la frequente pulizia di tutti gli ambienti e con regolare disinfezione delle superfici toccate con maggiore frequenza (es. banchi, tavoli, piani d'appoggio, corrimano, interruttori della luce, pulsanti, maniglie di porte e finestre, attrezzature, giochi, servizi igienici, docce, spogliatoi ecc.).
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

Commercio

Le presenti indicazioni si applicano al settore del commercio al dettaglio.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione, comprensiva di indicazioni sulla capienza massima degli spazi.
 - Prevedere regole di accesso, in base alle caratteristiche dei singoli esercizi, in modo da evitare code e assembramenti di persone e assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra i clienti.
 - Garantire un'ampia disponibilità e accessibilità a sistemi per l'igiene delle mani con prodotti igienizzanti, promuovendone l'utilizzo frequente da parte dei clienti e degli operatori.
 - Nel caso di acquisti con scelta in autonomia e manipolazione del prodotto da parte del cliente, dovrà essere resa obbligatoria la disinfezione delle mani prima della manipolazione della merce.
 - I clienti devono sempre indossare la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2).
 - Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
-



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Convegni e congressi**

Le presenti indicazioni si applicano a: convegni, congressi, convention aziendali ed eventi ad essi assimilabili.

- Il numero massimo dei partecipanti all'evento dovrà essere valutato dagli organizzatori in base alla capienza degli spazi individuati, per poter ridurre assembramenti di persone. Nel caso in cui l'evento sia frazionato su più sedi/padiglioni, fisicamente separati tra loro, è necessario individuare il numero massimo dei partecipanti per ogni sede/padiglione dell'evento. Conseguentemente devono essere utilizzati sistemi di misurazione degli accessi nonché di limitazione e scaglionamento degli accessi anche attraverso sistemi di prenotazione del giorno e dell'orario di ingresso, finalizzati a evitare assembramenti.
- Riorganizzare gli spazi, per garantire l'accesso in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone. Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Promuovere l'utilizzo di tecnologie digitali al fine di automatizzare i processi organizzativi e partecipativi (es. sistema di prenotazione, pagamento tickets, compilazione di modulistica, stampa di sistemi di riconoscimento, sistema di registrazione degli ingressi, effettuazione di test valutativi e di gradimento, consegna attestati di partecipazione) al fine di evitare prevedibili assembramenti, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali mantenere un registro delle presenze per una durata di 14 giorni.
- È necessario rendere disponibili prodotti per l'igiene delle mani per gli utenti e per il personale in più punti delle aree (es. biglietteria, sale, aule, servizi igienici, etc.), e promuoverne l'utilizzo frequente.
- Il tavolo dei relatori e il podio per le presentazioni dovranno essere riorganizzati in modo da consentire una distanza di sicurezza che consenta a relatori/moderatori di intervenire senza l'uso della mascherina.
- I dispositivi e le attrezzature a disposizione di relatori, moderatori e uditori (es. microfoni, tastiere, mouse, puntatori laser, etc) devono essere disinfettati prima dell'utilizzo iniziale.
- Tutti gli uditori e il personale addetto all'assistenza (es. personale dedicato all'accettazione, personale tecnico, tutor d'aula) dovranno indossare la mascherina a protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) per tutta la durata delle attività.
- Nelle aree poster/aree espositive, riorganizzare gli spazi in modo da favorire il rispetto del distanziamento interpersonale, valutando il contingentamento degli accessi, e promuovere la fruizione in remoto del materiale da parte dei partecipanti. Eventuali materiali informativi e scientifici potranno essere resi disponibili preferibilmente in espositori con modalità self-service (cui il visitatore accede previa igienizzazione delle mani) o ricorrendo a sistemi digitali.
- Dovrà essere garantita la regolare pulizia e disinfezione degli ambienti.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Corsi di formazione**

Le presenti indicazioni si applicano alle attività formative, diverse dalle attività scolastiche, educative, formative e universitarie, da realizzare nei diversi contesti (aula, laboratori e imprese) compresi gli esami finali (teorici e/o pratici), le attività di verifica, di accompagnamento, tutoraggio e orientamento in gruppo e individuali.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione adottate dalla singola organizzazione, comprensibile anche per gli utenti di altra nazionalità.
- Rendere disponibile prodotti igienizzanti per l'igiene delle mani per utenti e personale anche in più punti degli spazi dedicati all'attività, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici, e promuoverne l'utilizzo frequente.
- Mantenere l'elenco dei soggetti che hanno partecipato alle attività per un periodo di 14 giorni, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali, al fine di consentire alle strutture sanitarie competenti di individuare eventuali contatti.
- Privilegiare, laddove possibile, l'organizzazione delle attività in gruppi il più possibile omogenei (es. utenti frequentanti il medesimo intervento; utenti della stessa azienda) e solo in subordine organizzare attività per gruppo promiscui.
- Laddove possibile, con particolare riferimento alle esercitazioni pratiche, privilegiare l'utilizzo degli spazi esterni.
- Gli spazi destinati all'attività devono essere organizzati in modo da assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra gli utenti (estensibile ad almeno 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio).
- E' necessario assicurare l'uso della mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) a protezione delle vie respiratorie per tutta la durata delle attività e procedere ad una frequente igiene delle mani con prodotti igienizzanti. Resta inteso che nelle attività pratiche dovranno essere utilizzati, se previsti, gli ordinari dispositivi di protezione individuale associati ai rischi delle singole attività.
- La postazione del docente deve essere situata ad almeno 2 metri dalla prima fila dei discenti.
- Dovrà essere garantita la regolare pulizia e disinfezione degli ambienti, in ogni caso al termine di ogni attività di un gruppo di utenti, con particolare attenzione alle superfici più frequentemente toccate, ai servizi igienici e alle parti comuni (es. aree ristoro, tastiere dei distributori automatici di bevande e snack).
- Eventuali strumenti e attrezzature dovranno essere puliti e disinfettati ad ogni cambio di utente; in ogni caso andrà garantita una adeguata disinfezione ad ogni fine giornata. Qualora la specifica attività o attrezzatura preveda l'utilizzo frequente e condiviso da parte di più soggetti (a titolo esemplificativo nel caso di cucine industriali e relative attrezzature specifiche), sarà necessario procedere alla pulizia e disinfezione frequente delle mani o dei guanti (se previsti).
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Per gli allievi in stage presso terzi, si applicano le disposizioni/protocolli della struttura/azienda ospitante. In presenza di più stagisti presso la medesima struttura/azienda e in attuazione di detti protocolli potrà essere necessario articolare le attività di stage secondo turni da concordare con l'allievo, il responsabile dell'azienda/struttura ospitante e/o tutor aziendale.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Musei, archivi, biblioteche, luoghi della cultura e mostre**

Le presenti indicazioni si applicano per enti locali e soggetti pubblici e privati titolari di musei, archivi e biblioteche e altri luoghi della cultura.

- Predisporre una adeguata informazione sulle tutte le misure di prevenzione da adottare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, comprensiva di indicazioni sulla capienza massima degli spazi.
- Definire uno specifico piano di accesso per i visitatori (giorni di apertura, orari, numero massimo visitatori, sistema di prenotazione, etc.) che dovrà essere esposto e comunque comunicato ampiamente (es. canali sociali, sito web, comunicati stampa).
- Regolamentare gli accessi in modo da evitare code e assembramento di persone, ponendo particolare attenzione all'organizzazione dei gruppi coinvolti nelle visite guidate.
- I visitatori devono sempre indossare la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2).
- Rendere obbligatoriamente disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani in più punti, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici.
- Assicurare una adeguata pulizia e disinfezione delle superfici e degli ambienti, con particolare attenzione a quelle toccate con maggiore frequenza (es. maniglie, interruttori, corrimano, etc.). Assicurare regolare pulizia e disinfezione dei servizi igienici. La pulizia di ambienti ove siano esposti, conservati o stoccati beni culturali, devono essere garantiti con idonee procedure e prodotti.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Eventuali audioguide o supporti informativi potranno essere utilizzati solo se adeguatamente disinfettati al termine di ogni utilizzo. Favorire l'utilizzo di dispositivi personali per la fruizione delle informazioni.
- Eventuali attività divulgative per evitare il rischio di assembramenti dovranno essere organizzate attraverso turni preventivamente programmati e privilegiando gli spazi aperti.
- Nello svolgimento delle attività didattiche svolte in orario curricolare svolte all'interno di musei, biblioteche e altri luoghi della cultura, si applicano le disposizioni riferite allo svolgimento delle attività didattiche.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Palestre, piscine e centri benessere**

Le presenti indicazioni si applicano a palestre, piscine natatorie e termali ad uso collettivo e ai centri benessere, anche inseriti in strutture già adibite in via principale ad altre attività ricettive, e alle diverse attività praticabili in tali strutture, collettive e individuali, quali massoterapia, idromassaggio, sauna, bagno turco.

Indicazioni di carattere generale

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensiva di indicazioni sulla capienza massima degli spazi.
- Privilegiare l'accesso alle strutture e ai singoli servizi tramite prenotazione e mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 giorni, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
- Redigere un programma il più possibile pianificato delle attività per prevenire code e assembramenti di persone e regolamentare i flussi negli spazi comuni, di attesa e nelle varie aree del centro. Se possibile prevedere percorsi divisi per l'ingresso e l'uscita.
- Favorire modalità di pagamento elettroniche, eventualmente in fase di prenotazione.
- Dotare l'impianto/struttura di dispenser con prodotti igienizzanti per l'igiene delle mani dei frequentatori/clienti/ospiti in punti ben visibili all'entrata, prevedendo l'obbligo dell'igiene delle mani all'ingresso e in uscita. Altresì prevedere i dispenser nelle aree di frequente transito, nell'area solarium o in aree strategiche in modo da favorire da parte dei frequentatori l'igiene delle mani.
- Utilizzare correttamente dispositivi di protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) tranne che durante l'attività sportiva.
- La distanza interpersonale durante l'attività dovrà essere di almeno 2 metri.
- Organizzare gli spazi e le attività nelle aree spogliatoi e docce in modo da assicurare la distanza di almeno 1 metro (ad esempio prevedere postazioni d'uso alternate), o separare le postazioni con apposite barriere.
- Per le aree solarium e verdi, assicurare un distanziamento tra gli ombrelloni (o altri sistemi di ombreggio) in modo da garantire una superficie di almeno 10 m² per ogni ombrellone; tra le attrezzature (lettini, sedie a sdraio), quando non posizionate nel posto ombrellone, deve essere garantita una distanza di almeno 1 m.
- Garantire la regolare e frequente pulizia e disinfezione delle aree comuni e dei servizi igienici e, qualora ne sia consentito l'utilizzo, di spogliatoi, cabine, docce, etc., comunque associata a disinfezione dopo la chiusura al pubblico.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.

PISCINE

- La densità di affollamento in vasca è calcolata con un indice di 4 mq di superficie di acqua a persona (5 mq per le piscine dove le dimensioni e le regole dell'impianto consentono l'attività natatoria). Il gestore pertanto è tenuto, in ragione delle aree a disposizione, a calcolare e a gestire le entrate dei frequentatori nell'impianto.
- Le piscine finalizzate a gioco acquatico devono essere convertite in vasche per la balneazione.
- Si raccomanda ai genitori/accompagnatori di avere cura di sorvegliare i bambini per il rispetto del distanziamento e delle norme igienico-comportamentali compatibilmente con il loro grado di autonomia e l'età degli stessi.
- Ove previsto, mantenere la concentrazione di disinfettante nell'acqua, nei limiti raccomandati e nel rispetto delle norme e degli standard internazionali, preferibilmente nei limiti superiori della portata. In alternativa, attivare i trattamenti fisici ai limiti superiori della portata o il massimo ricambio dell'acqua in vasca sulla base della portata massima della captazione, sempre nel rispetto della sicurezza dei bagnanti.
- Le vasche che non consentono il rispetto delle indicazioni del presente documento per inefficacia dei trattamenti (es. piscine gonfiabili), mantenimento del disinfettante cloro attivo libero o impossibilità di assicurare la distanza interpersonale, devono essere interdette all'uso.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***CENTRI BENESSERE**

- Gli ospiti devono sempre indossare la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) nelle aree comuni al chiuso.
- Evitare l'uso promiscuo di oggetti e biancheria: l'utente dovrà accedere al servizio munito di tutto l'occorrente, preferibilmente fornito dalla stessa struttura. Per tutte le attività nei diversi contesti prevedere sempre l'utilizzo del telo personale per le sedute.

Trattamenti alla persona (es. massoterapia, sauna, bagno turco)

- L'operatore e il cliente, per tutto il tempo in cui, per l'espletamento della prestazione, devono mantenere una distanza inferiore a 1 metro devono indossare, compatibilmente con lo specifico servizio, una mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2 a protezione delle vie aeree (fatti salvi, per l'operatore, eventuali ulteriori dispositivi di protezione individuale aggiuntivi associati a rischi specifici propri della mansione). In particolare per i servizi che richiedono una distanza ravvicinata, l'operatore deve indossare la mascherina FFP2 senza valvola. Per i clienti, uso della mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) è obbligatorio nelle zone interne di attesa.
- L'operatore deve procedere ad una frequente igiene delle mani e comunque sempre prima e dopo ogni servizio reso al cliente; per ogni servizio deve utilizzare camici/grembiuli possibilmente monouso.
- E' consentito praticare massaggi senza guanti, purché l'operatore prima e dopo ogni cliente proceda al lavaggio e alla disinfezione delle mani e dell'avambraccio e comunque, durante il massaggio, non si tocchi mai viso, naso, bocca e occhi. Tale raccomandazione vale anche in caso di utilizzo di guanti monouso.
- Per tutti i trattamenti personali è raccomandato l'uso di teli monouso. I lettini, così come le superfici ed eventuali oggetti non monouso, devono essere puliti e disinfettati al termine del trattamento.
- La stanza/ambiente adibito al trattamento deve essere ad uso singolo o comunque del nucleo familiare o di conviventi che accedono al servizio. Le stanze/ambienti ad uso collettivo devono comunque essere di dimensioni tali da garantire il mantenimento costante della distanza interpersonale di almeno 2 metri se non è indossata la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2), sia tra i clienti che tra il personale durante tutte le attività erogate.
- Tra un trattamento e l'altro, areare i locali, garantire pulizia e disinfezione di superfici e ambienti, con particolare attenzione a quelle toccate con maggiore frequenza (es. maniglie, interruttori, corrimano, etc.).
- Il cliente deve utilizzare mascherina a protezione delle vie aeree (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) durante il trattamento (tranne nella doccia e nel caso di trattamenti sul viso) e provvedere a corretta igiene delle mani prima di accedere e al termine del trattamento.
- Inibire l'accesso ad ambienti altamente caldo-umidi (es. bagno turco). Diversamente, è consentito l'utilizzo della sauna con caldo a secco; dovrà essere previsto un accesso alla sauna con una numerosità proporzionata alla superficie, assicurando il distanziamento interpersonale di almeno 2 metri; la sauna dovrà essere sottoposta a ricambio d'aria naturale prima di ogni turno.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Parchi tematici e di divertimento**

Le presenti indicazioni si applicano a parchi divertimenti permanenti (giostre) e spettacoli viaggianti (luna park), parchi tematici, parchi acquatici, parchi avventura, parchi zoologici, parchi faunistici, etc., e ad altri eventuali contesti di intrattenimento in cui sia previsto un ruolo interattivo dell'utente con attrezzature e spazi.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Garantire, se possibile, un sistema di prenotazione, pagamento ticket e compilazione di modulistica preferibilmente on line al fine di evitare prevedibili assembramenti, e nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali mantenere se possibile un registro delle presenze per una durata di 14 giorni. Potranno essere valutate l'apertura anticipata della biglietteria ed una diminuzione della capienza massima per garantire un minore affollamento.
- È necessario rendere disponibili prodotti per l'igiene delle mani per gli utenti in più punti delle aree.
- Riorganizzare gli spazi per garantire l'accesso in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone (anche nelle zone di accesso alle singole aree/attrazioni). Qualora venga praticata attività fisica (es. nei parchi avventura) la distanza interpersonale durante l'attività dovrà essere di almeno 2 metri.
- Garantire l'occupazione di eventuali posti a sedere delle attrazioni in modo da favorire il distanziamento minimo di almeno 1 metro, salvo persone non soggette al distanziamento interpersonale. Con particolare riferimento alle attrezzature dei parchi acquatici, utilizzare gommoni/mezzi galleggianti singoli ove possibile; per i gommoni multipli consentirne l'utilizzo a persone non soggette al distanziamento interpersonale.
- In considerazione del contesto, tutti i visitatori devono indossare la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) a protezione delle vie aeree.
- Garantire la regolare e frequente pulizia e disinfezione delle aree comuni, dei servizi igienici e delle attrazioni e, qualora ne sia consentito l'utilizzo, di spogliatoi, cabine, docce, etc., comunque associata a disinfezione dopo la chiusura al pubblico.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Le attrezzature (es. lettini, sedie a sdraio, gonfiabili, mute, audioguide etc.), gli armadietti, ecc. vanno disinfettati ad ogni cambio di persona o nucleo familiare, e comunque ad ogni fine giornata.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Ristorazione**

Le presenti indicazioni si applicano per ogni tipo di esercizio di somministrazione di pasti e bevande, quali ristoranti, trattorie, pizzerie, self-service, bar, pub, pasticcerie, gelaterie, rosticcerie (anche se collocati nell'ambito delle attività ricettive, all'interno di stabilimenti balneari e nei centri commerciali), nonché per l'attività di catering (in tal caso, se la somministrazione di alimenti avviene all'interno di una organizzazione aziendale terza, sarà necessario rispettare anche le misure di prevenzione disposte da tale organizzazione, se più restrittive). Le misure di seguito riportate, se rispettate, possono consentire lo svolgimento sia del servizio del pranzo, che della cena.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, comprensiva di indicazioni sulla capienza massima degli spazi.
- Rendere disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani in più punti del locale, in particolare all'entrata e in prossimità dei servizi igienici, che dovranno essere puliti più volte al giorno.
- Adottare misure al fine di evitare assembramenti al di fuori del locale e delle sue pertinenze.
- Negli esercizi che somministrano pasti, privilegiare l'accesso tramite prenotazione.
- mantenere l'elenco dei soggetti che hanno prenotato per un periodo di 14 giorni, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
- In tutti gli esercizi:
 - disporre i tavoli in modo da assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra i clienti di tavoli diversi negli ambienti al chiuso (estensibile ad almeno 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio) e di almeno 1 metro di separazione negli ambienti all'aperto (giardini, terrazze, plateatici, dehors);
 - i clienti dovranno indossare la mascherina a protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) in ogni occasione in cui non sono seduti al tavolo;
 - favorire la consultazione online del menu tramite soluzioni digitali, oppure predisporre menu in stampa plastificata, e quindi disinfettabile dopo l'uso, oppure cartacei a perdere;
 - al termine di ogni servizio al tavolo, assicurare pulizia e disinfezione delle superfici.
- Negli esercizi che non dispongono di posti a sedere, consentire l'ingresso ad un numero limitato di clienti per volta, in base alle caratteristiche dei singoli locali, in modo da assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione (estensibile ad almeno 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio).
- Laddove possibile, privilegiare l'utilizzo degli spazi esterni (giardini, terrazze, plateatici, dehors), sempre nel rispetto del distanziamento di almeno 1 metro.
- È possibile organizzare una modalità a buffet prevedendo l'obbligo del mantenimento della distanza interpersonale e l'obbligo dell'utilizzo della mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) a protezione delle vie respiratorie. La modalità self-service può essere consentita con modalità organizzative che evitino la formazione di assembramenti anche attraverso una riorganizzazione degli spazi in relazione alla dimensione dei locali.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Favorire modalità di pagamento elettroniche, possibilmente al tavolo.
- Sono consentite le attività ludiche che prevedono l'utilizzo di materiali di cui non sia possibile garantire una puntuale e accurata disinfezione (quali ad esempio carte da gioco), purché con obbligo di utilizzo di mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2), igienizzazione frequente delle mani e rispetto della distanza di sicurezza di almeno 1 metro tra giocatori di tavoli diversi (estensibile ad almeno 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio).



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali*

Sagre e fiere locali

Le presenti indicazioni si applicano a sagre, fiere e altri eventi e manifestazioni locali assimilabili.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, con indicazioni sulla capienza massima degli spazi, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
 - Riorganizzare gli spazi per consentire l'accesso in modo ordinato e, se del caso, contingentato, al fine di evitare code e assembramenti di persone. Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
 - Rendere disponibili prodotti per l'igiene delle mani per gli utenti e per il personale in più punti delle aree (es. entrata, uscita, servizi igienici, etc.), e promuoverne l'utilizzo frequente, soprattutto nei punti di ingresso e di pagamento.
 - Nel caso di acquisti con scelta in autonomia e manipolazione del prodotto da parte del cliente, dovrà essere resa obbligatoria la disinfezione delle mani prima della manipolazione della merce.
 - In considerazione del contesto, tutti i visitatori devono indossare la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) a protezione delle vie aeree.
 - Garantire la frequente pulizia e disinfezione di tutti gli ambienti, attrezzature e locali, con particolare attenzione alle aree comuni e alle superfici toccate con maggiore frequenza.
 - Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
-



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Sale da ballo e discoteche**

Le presenti indicazioni si applicano alle attività che hanno luogo in sale da ballo, discoteche e locali assimilati destinati all'intrattenimento (in particolar modo serale e notturno).

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione da rispettare, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, con indicazioni sulla capienza massima degli spazi, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del cliente stesso.
- Limitare il numero massimo di presenze contemporanee al 50% della capienza autorizzata.
- Riorganizzare gli spazi, per garantire l'accesso in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone in tutto il percorso di entrata, presenza e uscita e di assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra gli utenti. Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
- Privilegiare, se possibile, sistemi di prenotazione, pagamento tickets e compilazione di modulistica preferibilmente on-line, al fine di evitare code e prevedibili assembramenti alle biglietterie.
- L'elenco delle persone presenti deve essere conservato per un periodo di almeno 14 giorni rendendolo disponibile su richiesta alle strutture sanitarie in caso di necessità di svolgere attività di contact tracing, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali. Deve essere promosso l'utilizzo di tecnologie digitali al fine di automatizzare la gestione degli ingressi e degli elenchi nominativi.
- Rendere obbligatoriamente disponibili prodotti per l'igienizzazione delle mani in più punti, prevedendo l'obbligo di utilizzo da parte degli utenti in particolare prima dell'accesso e all'uscita di ogni area dedicata al ballo, alla ristorazione e ai servizi igienici.
- Con riferimento all'attività del ballo, analogamente a quanto previsto per la pratica dell'attività fisica, la distanza interpersonale dovrà essere di almeno 2 metri.
- La mascherina a protezione delle vie respiratorie (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) va mantenuta in tutti gli ambienti chiusi (ad eccezione del momento del ballo) e in tutte le situazioni di possibile assembramento, anche all'aperto.
- Garantire la frequente pulizia e disinfezione di tutti gli ambienti, con particolare attenzione alle superfici toccate con maggiore frequenza e ai servizi igienici, a fine giornata.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Nel rispetto delle indicazioni generali contenute nella scheda dedicata alla ristorazione, nel caso delle discoteche non è consentita la consumazione di bevande al banco di eventuali cocktail bar. Inoltre, la distribuzione delle bevande può avvenire esclusivamente qualora sia possibile assicurare il mantenimento rigoroso della distanza interpersonale di almeno 1 metro tra i clienti, che dovranno accedere al banco in modalità ordinata e, se del caso, contingentata.
- I tavoli e le sedute devono essere disposti in modo da assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione tra i clienti di tavoli diversi.
- Ogni oggetto fornito agli utenti (es. apribottiglie, secchielli per il ghiaccio, etc.), dovrà essere disinfettato prima della consegna.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Sale giochi, sale scommesse, sale bingo e casinò**

Le presenti indicazioni si applicano a sale giochi, sale scommesse, sale bingo e casinò,

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione, comprensibile anche per i clienti di altra nazionalità, con informazioni sulla capienza massima degli spazi, sia mediante l'ausilio di apposita segnaletica e cartellonistica e/o sistemi audio-video, sia ricorrendo a eventuale personale addetto, incaricato di monitorare e promuovere il rispetto delle misure di prevenzione facendo anche riferimento al senso di responsabilità del visitatore stesso.
- Riorganizzare gli spazi e la dislocazione delle apparecchiature (giochi, terminali ed apparecchi VLT/AWP, tavoli del bingo, ecc.) per garantire l'accesso in modo ordinato, al fine di evitare code e assembramenti di persone. Se possibile organizzare percorsi separati per l'entrata e per l'uscita.
- Laddove possibile, privilegiare l'utilizzo degli spazi esterni (giardini, terrazze, plateatici).
- Favorire modalità di pagamento elettroniche.
- Rendere disponibili prodotti per l'igiene delle mani per gli utenti in più punti delle aree (es. entrata, uscita, servizi igienici, etc.), e promuoverne l'utilizzo frequente soprattutto prima dell'utilizzo di ogni gioco/attrezzatura.
- Gli utenti devono sempre indossare la mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2 (per i bambini valgono le norme generali).
- Garantire la regolare pulizia e disinfezione degli ambienti, con particolare attenzione alle superfici più frequentemente toccate, ai servizi igienici e alle parti comuni (es. aree ristoro, tastiere dei distributori automatici di bevande e snack). Periodicamente (almeno ogni ora), è necessario assicurare pulizia e disinfezione delle superfici dei giochi a contatto con le mani (pulsantiere, maniglie, ecc).
- Per le attività che prevedono la condivisione di oggetti (es. giochi da tavolo, biliardo, bocce), i piani di lavoro, i tavoli da gioco e ogni oggetto fornito in uso agli utenti devono essere disinfettati prima e dopo ciascun turno di utilizzo. Sono consentite le attività ludiche che prevedono l'utilizzo di materiali di cui non sia possibile garantire una puntuale e accurata disinfezione (quali ad esempio carte da gioco), purché con obbligo di utilizzo di mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2), igienizzazione frequente delle mani e rispetto della distanza di sicurezza di almeno 1 metro tra giocatori di tavoli diversi (estensibile ad almeno 2 metri in base allo scenario epidemiologico di rischio).
- Le apparecchiature che non possono essere pulite e disinfettate non devono essere usate.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali***Servizi alla persona**

Le presenti indicazioni si applicano al settore della cura della persona: servizi degli acconciatori, barbieri, estetisti e tatuatori.

- Predisporre una adeguata informazione sulle misure di prevenzione.
- Consentire l'accesso dei clienti solo tramite prenotazione, mantenere l'elenco delle presenze per un periodo di 14 gg, nel rispetto della normativa in materia di protezione dei dati personali.
- La permanenza dei clienti all'interno dei locali è consentita limitatamente al tempo indispensabile all'erogazione del servizio o trattamento. Consentire la presenza contemporanea di un numero limitato di clienti in base alla capienza del locale (vd. punto successivo).
- Riorganizzare gli spazi, per quanto possibile in ragione delle condizioni logistiche e strutturali, per assicurare il mantenimento di almeno 1 metro di separazione sia tra le singole postazioni di lavoro, sia tra i clienti.
- Nelle aree del locale, mettere a disposizione prodotti igienizzanti per l'igiene delle mani dei clienti, promuovendone un uso frequente. È consentita la messa a disposizione, possibilmente in più copie, di riviste, quotidiani e materiale informativo a favore dell'utenza per un uso comune, da consultare previa igienizzazione delle mani.
- L'operatore e il cliente, per tutto il tempo in cui, per l'espletamento della prestazione, devono mantenere una distanza inferiore a 1 metro devono indossare, compatibilmente con lo specifico servizio, una mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2 a protezione delle vie aeree (fatti salvi, per l'operatore, eventuali ulteriori dispositivi di protezione individuale associati a rischi specifici propri della mansione).
- In particolare per i servizi di estetica e per i tatuatori, nell'erogazione della prestazione che richiede una distanza ravvicinata, l'operatore deve indossare la mascherina FFP2 (o superiore) senza valvola (fatti salvi, per l'operatore, eventuali ulteriori dispositivi di protezione individuale aggiuntivi associati a rischi specifici propri della mansione).
- Assicurare una adeguata pulizia e disinfezione delle superfici di lavoro prima di servire un nuovo cliente e una adeguata disinfezione delle attrezzature e accessori.
- Assicurare un'adeguata aerazione nel corso della giornata, con ricambio di aria (naturale o attraverso impianti meccanizzati) in tutti gli ambienti interni. In ragione dell'affollamento e del tempo di permanenza degli occupanti, dovrà essere verificata l'efficacia degli impianti al fine di garantire l'adeguatezza delle portate di aria esterna. Inoltre deve essere aumentata la capacità filtrante degli impianti, sostituendo i filtri esistenti con filtri di classe superiore, garantendo il mantenimento delle portate.
- Favorire modalità di pagamento elettroniche, eventualmente in fase di prenotazione.
- Nei centri massaggi e centri abbronzatura, organizzare gli spazi e le attività nelle aree spogliatoi e docce in modo da assicurare la distanza di almeno 1 metro (ad esempio prevedere postazioni d'uso alternate), o separare le postazioni con apposite barriere, fermo restando l'obbligo di indossare la mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2).
- E' consentito praticare massaggi senza guanti, purché l'operatore prima e dopo ogni cliente proceda al lavaggio e alla disinfezione delle mani e dell'avambraccio e comunque, durante il massaggio, non si tocchi mai viso, naso, bocca e occhi. Tale raccomandazione vale anche in caso di utilizzo di guanti monouso.
- Il cliente deve utilizzare mascherina (mascherina chirurgica o dispositivo che conferisce superiore protezione come gli FFP2) a protezione delle vie aeree durante il massaggio.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indirizzi operativi per la tutela della salute nelle attività economiche e sociali

Appendice A

PIANO REGIONALE PER LA RIAPERTURA DELLE ATTIVITA' PRODUTTIVE

(Deliberazione della Giunta Regionale del 12 maggio 2020)





Progetto Pilota per la riapertura delle attività produttive

DESCRIZIONE

Il Piano per la riapertura delle attività produttive, finalizzato a supportare le aziende nella gestione della cosiddetta "Fase 2", oltre alla definizione del "Manuale per la riapertura delle attività produttive", prevede l'avvio di un "Progetto Pilota" finalizzato a testare il modello (sanitario, organizzativo, informativo) per la riapertura e la prosecuzione delle attività produttive, e a valutarne l'estensione e la sostenibilità su scala più ampia.

In sintesi, il Progetto Pilota prevede il coinvolgimento di un campione di aziende rappresentativo del tessuto produttivo della Regione del Veneto, proponendo un modello che sarà in grado di fornire alle aziende partecipanti e al loro Medico Competente informazioni sul livello di rischio di ogni singolo lavoratore coinvolto, integrando dati sullo stato di salute, sull'area geografica e sull'esito dei diversi test di screening disponibili, per consentire il reinserimento o il mantenimento del lavoratore nel proprio ambienti di lavoro, a tutela della sua salute e della collettività.

Gli obiettivi specifici sono dettagliati nei seguenti punti:

- individuazione dei flussi informativi e delle modalità di contatto più appropriate, tra le singole aziende e le strutture del Sistema Sanitario Regionale, per la circolazione delle informazioni, anche sanitarie, ritenute necessarie per la tutela della salute del lavoratore e della salute pubblica;
- caratterizzazione epidemiologica della diffusione del virus nella popolazione lavorativa, mediante l'individuazione di soggetti già infettati, guariti, immunizzati e suscettibili;
- acquisizione di informazioni sulla sieroprevalenza e su suoi eventuali determinanti (es. area geografica, classe di età, genere, mansione lavorativa);
- acquisizione, nelle more di un intervento di armonizzazione a livello nazionale, di elementi informativi utili a individuare l'utilizzo più appropriato dei diversi test diagnostici e di screening disponibili (ricerca di RNA virale tramite tampone naso-faringeo; ricerca di anticorpi IgM/IgG tramite prelievo di sangue venoso o su sangue capillare), nonché a supportare il processo di validazione dei diversi test sierologici da parte delle strutture tecnico-scientifiche preposte;
- verifica dell'efficacia delle misure di contenimento attuate negli ambienti di lavoro e acquisizione di elementi per valutare eventuali azioni correttive.

QUAL È L'IMPEGNO DELL'AZIENDA PARTECIPANTE?

L'azienda partecipante al Progetto Pilota si impegna:

- rispettare le misure di prevenzione contenute nel "Manuale per la riapertura delle attività produttive";
- formalizzare un accordo con le rappresentanze dei lavoratori per la partecipazione al Progetto Pilota, con il coinvolgimento del Medico Competente nominato ai sensi del decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81;
- trasmettere i dati anagrafici e altre informazioni necessarie relative ai lavoratori che hanno aderito al Progetto (cognome, nome, codice fiscale, data di nascita, sede di lavoro, numero di cellulare, indirizzo di posta elettronica) attraverso gli strumenti predisposti a livello regionale;
- rispettare gli obblighi informativi e di notifica verso le strutture del Sistema Sanitario Regionale, anche al fine dell'adozione di eventuali provvedimenti di sanità pubblica a seguito dell'identificazione di un eventuale focolaio epidemico nell'ambiente di lavoro.

QUAL È L'IMPEGNO DELLA REGIONE?

La Regione del Veneto, direttamente o per il tramite delle strutture del Sistema Sanitario Regionale, si impegna:

- garantire un supporto informativo per la predisposizione delle misure di prevenzione contenute nel "Manuale per la riapertura delle attività produttive";



90a234ad



- b. a fornire un sistema di verifica accessibile alle singole aziende che restituisce di "livello di rischio" di ogni singolo lavoratore ottenuto dal sistema di biosorveglianza regionale (lavoratori non reintegrabili per positività o isolamento; lavori reintegrabili con associato profilo di rischio);
- c. a sostenere gli oneri per l'effettuazione dei test di screening su lavoratori asintomatici (ricerca di anticorpi IgM/IgG tramite prelievo di sangue capillare e/o ricerca di RNA virale tramite tampone naso-faringeo) avvalendosi della rete di laboratori autorizzati dalla Regione del Veneto.
- d. a rendere disponibili gli esiti dei test effettuati ai singoli Medici Competenti aziendali, per il tramite di un portale web;
- e. a rendere disponibile un eventuale sistema di comunicazione diretto (es. APP) per i lavoratori con finalità informative, di autodiagnosi e altre funzionalità che verranno attivate sulla base dell'evoluzione dello scenario epidemiologico;
- f. a elaborare i dati raccolti durante il Progetto Pilota e a rendere disponibili gli esiti aggregati per migliorare il "Manuale per la riapertura delle attività produttive", e ai fini di programmazione socio-sanitaria e di ricerca scientifica.

QUALI DATI VENGONO TRATTATI?

Nell'ambito del Progetto Pilota vengono trattati i seguenti dati:

1. Dati anagrafici e di contatto del lavoratore (cognome, nome, codice fiscale, data di nascita, sede di lavoro, numero di cellulare, indirizzo di posta elettronica);
2. Esiti dei test di ricerca di RNA virale tramite tampone naso-faringeo;
3. Esiti della ricerca di anticorpi IgM/IgG tramite prelievo di sangue venoso o su sangue capillare, effettuati dal Medico Competente (o sotto la sua supervisione);
4. Risultati del questionario volto a misurare il rischio collegato alla tipologia ed al numero di contatti medio giornaliero negli ambienti di lavoro;
5. Eventuali patologie croniche significative per la stratificazione del rischio come indicato dall'Istituto Superiore di Sanità;
6. Eventuale stato di isolamento domiciliare fiduciario o di quarantena.

Si precisa che i dati di cui ai punti 2-3-5-6 sono già trattati dal Sistema Sanitario Regionale per le esigenze necessarie per la gestione dell'emergenza sanitaria, con strumenti elettronici collegati a reti telematiche. Ad integrazione dei soggetti autorizzati del Sistema Sanitario Regionale (o con questo accreditati), i dati di cui ai punti 2-4-5-6 saranno accessibili al Medico Competente dell'azienda di appartenenza del lavoratore, ai sensi del D.Lgs. 81/2008.

QUALI SONO I REQUISITI PER PARTECIPARE?

I requisiti imprescindibili per partecipare al Progetto Pilota sono i seguenti:

- a. possesso dei requisiti definiti dal Governo per poter continuare ad operare durante lo svolgimento del Progetto Pilota;
- b. sede legale e/o sede dell'unità produttiva/reparto/stabilimento all'interno della Regione del Veneto;
- c. accettazione del presente regolamento.

Le candidature pervenute entro i termini (30 aprile 2020) saranno valutate al fine di individuare un campione di aziende rappresentativo del tessuto produttivo della Regione del Veneto, nonché dei singoli ambiti territoriali.



90a234ad



QUALI SONO I TEST DI SCREENING CONSIGLIATI?

Con specifico riferimento all'effettuazione dei test di screening sui lavoratori delle aziende coinvolte nel "Progetto Pilota", si ritiene opportuno fornire ai rispettivi Medici Competenti le seguenti indicazioni operative preliminari in merito alla gerarchia tra diversi test disponibili, formulate anche in considerazione della loro validità e disponibilità, ferma restando la facoltà di rimodulare la sequenza e/o periodicità dei successivi controlli a distanza di tempo in base alle risorse disponibili:

- 1. tampone naso-faringeo associato a test sierologico quali-quantitativo;**
- 2. in alternativa**, in caso di indisponibilità di tamponi naso-faringei, **test sierologico quali-quantitativo;**
- 3. in alternativa**, **test sierologico qualitativo** (rapido), a condizione che in caso di riscontro di IgM+ e/o IgG+ si proceda con **test sierologico quali-quantitativo e/o tampone naso-faringeo.**

Nell'ambito del Progetto Pilota, configurandosi i lavoratori quale popolazione target sentinella da sottoporre a test di screening, si ritiene appropriato in questa fase adottare la soluzione di cui al punto 3.

La matrice di seguito riporta i passaggi di stato rispetto all'esito del test eseguito, tenendo conto dello stato attuale. La prima colonna riporta in ogni riga i possibili stati attuali del lavoratore (con il relativo codice numerico che identifica lo stato). Il valore numerico nelle celle riporta lo stato del lavoratore a partire dallo stato attuale (valore riga), in base all'esito del test eseguito (valore colonna).

Esempi:

- un lavoratore in stato **1.Suscettibile** (riga 1) se esegue un test quali-quantitativo con esito IgM-, IgG+ passerà allo stato **8. Immunizzato**
- un lavoratore in stato **2.Possibile Infettato** (riga 2) se esegue un tampone con esito P (positivo) passerà allo stato **4.Infettato**

Stati	Test Rapido		Test quali-quantitativo				Tampone	
	R IgM-, IgG-	R IgM+, IgG* OR R IgM*, IgG+	IgM-, IgG-	IgM-, IgG+	IgM+, IgG-	IgM+, IgG+	P	N
1. Suscettibile	1	2	1	8	3	3	4	1
2. Possibile Infettato	1	2	1	8	3	3	4	1
3. Probabile Infettato	3	3	3	3	3	3	4	1
4. Infettato	4	4	4	4	4	4	4	4.1
4.1. PN	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4.1	4	5
4.2. Ripositivizzato	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.2	4.1
5. Guarito	5	6	5	5	7	7	4.2	5
6. Possibile Ripositivizzato	6	6	5	5	7	7	4.2	5
7. Probabile Ripositivizzato	7	7	7	7	7	7	4.2	5
8. Immunizzato	1	2	1	8	3	3	4	8

Matrice Stati-Eventi - in rosso le celle con transazioni non consigliate

Tale matrice, che illustra un protocollo di biosorveglianza dei casi di COVID-19, è basata sulle attuali conoscenze della biologia di SARS-CoV-2, della fisiopatologia ed epidemiologia della sindrome COVID-19 e predisposta sui dati di sensibilità/specificità finora pubblicati relativamente ai metodi utilizzati per la diagnosi



90a234ad



diretta (test al tampone per la ricerca del virus) e diagnosi indiretta di infezione (risposta immunitaria al virus basata su anticorpi sierici). Dal momento che dette conoscenze sono in continuo aggiornamento è possibile che alcune delle attuali raccomandazioni possano subire delle modifiche per essere meglio adattate alle nuove acquisizioni scientifiche. Di seguito alcuni principi che si ritiene di sottolineare relativamente al protocollo per lo screening dei lavoratori.

1. Alta specificità ma variabile sensibilità del test al tampone. Questo, pur essendo il "gold standard" per la diagnosi diretta, risente di limitazioni legate al prelievo, trasporto, conservazione, estrazione del campione e di altre caratteristiche oggettive i.e. costo, complessità di indagine, lunghi tempi di refertazione, sensibilità in funzione del numero di geni bersaglio di amplificazione (1, 2 o 3 geni) e stretta dipendenza dalla fase temporale dell'infezione.
2. Scarsa affidabilità dei test sierologici rapidi (specie per le IgM) date le basse prestazioni analitiche relative a sensibilità, specificità e riproducibilità dei lotti di diversa origine. Questi test sono utilizzabili in alcune condizioni di urgenza ma non raccomandabili né per studi di prevalenza né come presidio diagnostico per lo screening. Vista però a loro diffusione e accessibilità al pubblico e alle direzioni delle industrie che già li stanno utilizzando proprio come test di screening alla riapertura delle attività, verranno tenuti in considerazione in caso di riscontro positivo, condizione in cui si effettuerà test sierologico quantitativo ad alta sensibilità e specificità e tampone.
3. Esiste ormai una chiara evidenza scientifica, supportata da studi clinici, che gli anticorpi specifici rilevati dai test sierologici quantitativi (sensibilità e specificità superiori al 90% e 95% rispettivamente) rispecchiano anticorpi che si formano quando l'infezione si sta risolvendo e sono un segno di immunizzazione naturale attiva. Per tale ragione questi anticorpi, presenti nel plasma di soggetti guariti dall'infezione, vengono anche impiegati in protocolli di immunoterapia passiva per trattare pazienti con COVID-19. La maggior parte degli anticorpi rivelati dai test sierologici quantitativi sono anticorpi neutralizzanti in quanto diretti contro la proteina di superficie del virus (anticorpi anti-S) che legandosi al recettore ACE2 è momento essenziale per dare inizio all'infezione. Essi quindi si ritiene svolgano un ruolo protettivo impedendo l'accesso del virus all'interno della cellula. Va però tenuto presente che ancora non si conosce quale sia la soglia o concentrazione degli anticorpi neutralizzanti in grado di conferire una protezione in vivo, quanto sia la durata di questa protezione (alcuni studi parlano di una persistenza di anticorpi neutralizzanti per un anno), e quanto l'attività neutralizzante possa riguardare anche eventuali varianti virali. Per questo, con riferimento ai soggetti sieropositivi, ci si è attenuti alla definizione di soggetti "immunizzati", in quanto capaci di montare una risposta immuno-specifica contro il virus.

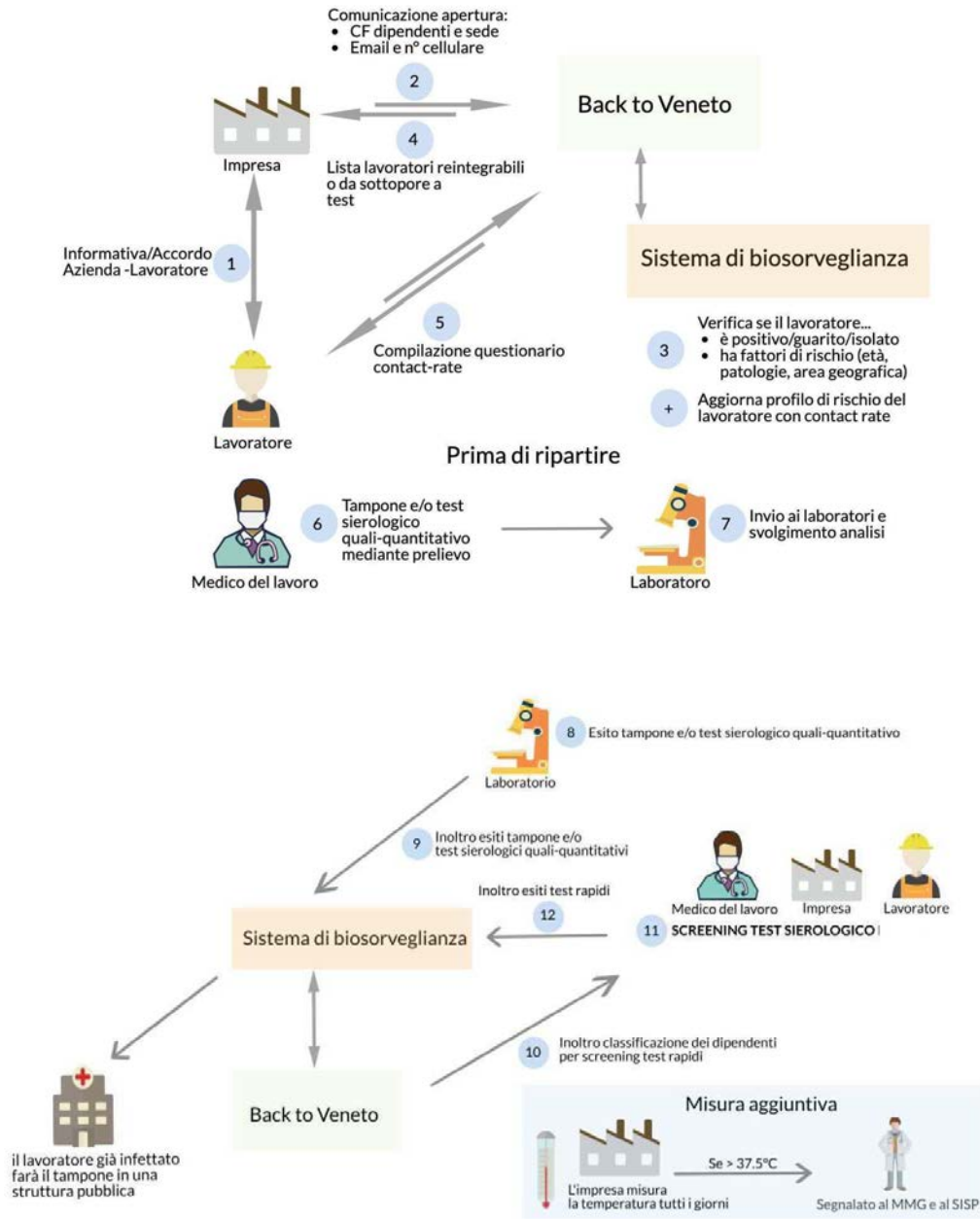


90a234ad



IL MODELLO TECNICO-FUNZIONALE DEL PROGETTO PILOTA

Lo schema successivo illustra le azioni di controllo per il reintegro e/o il mantenimento del lavoratore in azienda e il monitoraggio periodico nel Progetto Pilota.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Manuale per l'utilizzo dell'applicativo per le attività di contact tracing

Documento Attuativo

MANUALE PER L'UTILIZZO DELL'APPLICATIVO PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).





EMERGENZA COVID-19

Revisione SIAVr-COVID19

v. 11.05.2021

Manuale/Glossario



REVISIONE GRAFICA E DI IMPAGINAZIONE DELLA SCHEDA DI RILEVAZIONE

Pazient Appuntamenti Magazzino Archivio di Base Cambia Centro MovCV Statistiche Utility Alias ? Paz. PS WorkList COVID19 WorkList Scuole WorkList Ricoveri WorkList Scuole WorkList Scolastico

Scheda rilevazione **CASO POSITIVO** **LEGATO AD EVENTO SCOLASTICO** **Elimina** **Stampa** **Annulla le modifiche** **Salva**

Genera evento scolastico Cert. Negativizzazione Invia le credenziali

Ultimo tampone positivo: N/A
 Il soggetto è stato indicato come contatto da 1 caso positivo Mostra pazienti ...

Dati del soggetto

Soggetto: PROVA JACOPO - 15/04/2011 - Maschio - PRIVCPI1D15C573G

Residenza: TREVISO

Domicilio:

Telefono anagrafe:

Telefono:

Email anagrafe:

Email:

Medico curante:

Telefono:

Email:

Preso in carico e stato del soggetto

Caso / contatto *: CASO POSITIVO

Stato sorveglianza *: SORVEGLIANZA ATTIVA

Variante: *Seleziona un valore*

Motivo genotipizzazione: *Seleziona un valore*

Soggetto attualmente sintomatico: No

Data inizio sintomi: 23/04/2021

Data decesso covid:

Guarito

Guarito clinicamente

Data guarigione:



Disposizioni di isolamento o quarantena	
Data inizio isolamento/quarantena *	20/04/2021
Data fine isolamento/quarantena *	30/04/2021
Comune di isolamento	Seleziona un valore
Fonte	Seleziona un valore
Data primo tampone positivo	
Data ultimo contatto con un positivo	
Data segnalazione	01/12/2020
Data presa in carico	
Indirizzo di isolamento	
Definizione	Seleziona un valore
Operatore	Marco TEST
Ulss inserimento	DOLOMITI
Ulss incaricata	DOLOMITI
	<input type="checkbox"/> Fuori regione
Dati epidemiologici	
Luogo di Esposizione	Interna alla regione
Cluster	
Settings	non noto
Note	
Vaccinato per SARS-CoV-2	No
Numero dosi	0
OTP	
Operatore sanitario	<input type="checkbox"/>
Personale Scolastico	no / non noto
Nome vaccino	
Data ultima dose	



GLOSSARIO SCHEDA DI SORVEGLIANZA - SEZIONE 1.

ETICHETTE SOGGETTO (Etichetta Rossa) <i>Etichetta che si genera automaticamente sulla base dello "stato di sorveglianza" e dello "stato del soggetto"</i>	
Caso positivo	Per tutti i casi positivi
Contatto	Per tutti i contatti
Viaggiatore	Per tutti i viaggiatori

ETICHETTE BLU (Etichetta Rossa) <i>Etichetta che si genera automaticamente sulla base del link con file excel caricato come evento scolastico</i>	
Soggetto legato ad un evento scolastico	<i>Per tutti i contatti o i casi associati ad un evento scolastico.</i>

BOTTONE Genera Evento Scolastico	Rinomina del pulsante "Carica Contatti Scolastici". Da utilizzare per il caricamento dell'elenco dei contatti scolastici. Tale attività genera l'evento scolastico.
---	---



GLOSSARIO SCHEDA DI SORVEGLIANZA - SEZIONE 2.

SOGGETTO IN SORVEGLIANZA				
		CAMPI DA COMPILARE	COMPILAZIONE	SPECIFICHE/NOTE
DATI DEL SOGGETTO	Soggetto	Soggetto	[automatico]	Importato da anagrafe
		Indirizzo di residenza	[automatico]	Importato da anagrafe
		Indirizzo di domicilio	[automatico/ modificabile]	Importato da anagrafe
		Telefono anagrafe	[automatico]	Coincide con il numero di telefono importato da anagrafe
		Telefono	[manuale]	Numero cellulare alternativo raccolto durante l'indagine
		E-mail	[automatico/ modificabile]	E-mail personale del soggetto. Importato da anagrafe, se presente
	Medico curante	Nome e Cognome	[automatico]	Importato da anagrafe
		Telefono	[automatico/ modificabile]	Importato da anagrafe
		E-mail	[automatico/ modificabile]	Importato da anagrafe
PRESA IN CARICO E STATO DEL SOGGETTO	Caso/contatto	[automatico]	Compilare secondo le indicazioni in tabella "CASO/CONTATTO e INDICAZIONI DI UTILIZZO"	
	Stato sorveglianza	[modificabile]	Compilare secondo le indicazioni in tabella "STATI DI SORVEGLIANZA e INDICAZIONI DI UTILIZZO"	
	Variante	[automatico/ modificabile]	Dato importato in automatico dal flusso dei laboratori o inserito manualmente, relativo all'identificazione della variante del virus.	
	Motivo genotipizzazione	[automatico/ modificabile]	Indicare la motivazione della genotipizzazione. Per le voci consultare tabella MOTIVAZIONE DI GENOTIPIZZAZIONE	
	Soggetto attualmente sintomatico	[automatico]	Generato dall'ultima diaria o dallo stato di guarigione	
	Data inizio sintomi	[automatico/ modificabile]	Corrisponde alla data riferita dal soggetto e inserita manualmente dall'operatore. Può essere autogenerata dalla data della prima diaria con sintomi	
	Data del decesso	[automatico/ modificabile]	Valore compilato automaticamente dalla pagina dei ricoveri o compilato manualmente dall'operatore	
	Guarito clinicamente	[modificabile]	Da compilare per confermare la guarigione a 21 giorni ai sensi della Circolare 12.10.2020	



	Guarito	[modificabile]	Da compilare per confermare la guarigione a seguito di esito negativo del test molecolare per soggetti che non presentano tutti i campi necessari per l'automatismo di guarigione
	Data guarigione	[modificabile]	Da compilare obbligatoriamente alla spunta di uno dei due campi precedenti
DISPOSIZIONE DI ISOLAMENTO/ QUARANTENA	Data inizio isolamento/ quarantena	[modificabile]	<u>Per il caso:</u> Coincide con "data positività". Coincide con la "data inizio sintomi" se quest'ultima è stata inserita ed è antecedente alla "data positività". <u>Per il contatto:</u> Coincide con la "data ultimo contatto con un positivo"
	Data fine isolamento/ quarantena	[modificabile]	<u>Per il caso:</u> Coincide con "data positività"/"data inizio sintomi" + il numero di giorni previsti per il caso specifico. <u>Per il contatto:</u> Coincide con la "data ultimo contatto con un positivo" + il numero di giorni previsto per il caso specifico. La data di fine isolamento/quarantena può essere modificabile manualmente in caso di prolungamento del periodo di isolamento/quarantena
	Comune di isolamento	[modificabile]	Comune di isolamento da inserire solo se diverso dai dati forniti in residenza/domicilio
	Fonte	[modificabile]	Da utilizzare per definire la fonte dell'esposizione o della segnalazione. Voci: <ul style="list-style-type: none"> - Contatto positivo - A contatto con positivo - Chiamata dell'utente AS SUEM 118 - Presentazione spontanea dell'utente al Pronto Soccorso - Contatto telefonico dell'utente al MMG/PLS o servizio di Continuità Assistenziale o SISP - Presentazione spontanea dell'utente dal MMG, dal PLS, o al servizio di Continuità Assistenziale - Ricezione referto di Microbiologia - A contatto con sospetto
	Data primo tampone positivo	[automatico]	Corrisponde alla data di esecuzione del test risultato positivo
	Data ultimo contatto con un positivo	[modificabile]	Da compilare per tutti i contatti di caso
	Data presa in carico	[automatico/ modificabile]	Automaticamente generata con la data di apertura della scheda; modificabile dall'operatore che prende in carico la scheda
	Indirizzo di isolamento	[modificabile]	Eventuale indirizzo diverso dal



			<i>domicilio/residenza indicato dal soggetto</i>
	Operatore	[automatico]	<i>Nominativo dell'operatore che ha compilato la scheda</i>
	Ulss inserimento	[automatico]	<i>ULSS di appartenenza dell'operatore che ha compilato la scheda</i>
	Ulss incaricata	[automatico/ modificabile]	<i>Ulss incaricata dalla gestione della sorveglianza: 9 aziende Ulss + "Fuori Regione"</i>
	Fuori Regione	[modificabile]	<i>Si/No Utilizzare questo voce ESCLUSIVAMENTE se il soggetto non è più di competenza dell'Azienda Ulss e di nessun'altra Azienda Ulss della Regione Veneto</i>
DATI EPIDEMIOLOGICI	Luogo di esposizione	[modificabile]	<i>Voci: - Interna alla regione - Esterna alla regione Per segnalare, tramite indagine epidemiologica, il luogo di verosimile contagio.</i>
	Comune/Stato estero	[modificabile]	<i>Compilabile solo se la voce precedente è "Esterna alla regione". Voci: elenco a tendina dei comuni fuori regione o stati esteri per segnalare, tramite indagine epidemiologica, il luogo di verosimile contagio.</i>
	Cluster	[modificabile]	<i>Campo aperto. La gestione automatizzata dei focolai avviene nell'apposita sezione come descritto nel capitolo apposito</i>
	Setting	[modificabile]	<i>Indicare tipologia di setting. Per le voci consultare tabella TIPOLOGIA DI SETTING</i>
	Note	[modificabile]	-
	Operatore sanitario	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Personale scolastico	[automatico/ modificabile]	<i>Si/No; compilabile manualmente o generato in automatico se il soggetto è legato ad un evento scolastico e di età >=20 anni o con codice insegnante/operatore</i>
	Vaccinato per SARS-CoV-2	[automatico]	<i>Si/No (Fonte SIAVr)</i>
	Nome Vaccino	[automatico]	<i>Nome del vaccino utilizzato (Fonte SIAVr)</i>
	Numero dosi	[automatico]	<i>Numero dosi ricevute (Fonte SIAVr)</i>
	Data ultima dose	[automatico]	<i>Data dell'ultima dose ricevuta (Fonte SIAVr)</i>
	Codice App Immuni (OTP)	[modificabile]	<i>Codice da inserire secondo procedura per sblocco APP IMMUNI</i>



GLOSSARIO - MOTIVAZIONE DI GENOTIPIZZAZIONE

MOTIVAZIONE	DESCRIZIONE
NON ESEGUITA - PROBABILE VARIANTE	Indicare quando non è stata eseguita la genotipizzazione ma è presente un link epidemiologico con un caso confermato da variante
SCELTA RANDOM DEL TAMPONE	Campione genotipizzato in base ad un campionamento casuale
VIAGGIO IN ZONE CON ALTA INCIDENZA DI VARIANTI	Genotipizzazione eseguita a seguito di riscontro di positività di rientro da un viaggio o comunque in presenza di un link con un Paese per cui è segnalata un'elevata incidenza di variante
FOCOLAIO	Genotipizzazione eseguita a seguito di un focolaio per esigenze epidemiologiche e di sanità pubblica
REINFEZIONE	Genotipizzazione eseguita a seguito di un soggetto negativizzazione che presenta una nuova infezione da SARS-CoV-2
SOGGETTO VACCINATO	Genotipizzazione eseguita a seguito di un soggetto positivizzato che aveva già completato il ciclo vaccinale
AMPLIFICAZIONE NEGATIVA DEL GENE S	Genotipizzazione eseguita a seguito di amplificazione negativa del gene S
SORVEGLIANZA VOC PER ISS	Genotipizzazione eseguita all'interno della sorveglianza VOC condotta dall'Istituto Superiore di Sanità
ALTRO	Altra motivazione non specificata in elenco
CONTATTO DI POSITIVO DA VARIANTE	Genotipizzazione eseguita in presenza di un link epidemiologico con un caso positivo da variante



GLOSSARIO - CASO/CONTATTO e INDICAZIONI DI UTILIZZO

CASO/CONTATTO	DEFINIZIONE
DA DEFINIRE	Automaticamente selezionato al momento dell'import automatico in SIAVr di un tampone con risultato positivo o all'apertura di una scheda contatto, prima che questa venga definita
CASO POSITIVO	Da selezionare se il soggetto ha eseguito un test con risultato positivo
CONTATTO STRETTO	Da selezionare se il soggetto è un contatto stretto del caso positivo, secondo le indicazioni ministeriali
CONTATTO OCCASIONALE	Da selezionare se il soggetto è un contatto occasionale del caso positivo, secondo le indicazioni ministeriali (riclassificato in questa voce anche i "contatto non stretto")
CONTATTO SCOLASTICO	Da selezionare se il soggetto è un contatto scolastico (compagno di classe/docente) di un caso positivo
CASO SOSPETTO	Da utilizzare per persona che presenta sintomi e link epidemiologico e rifiuta di essere sottoposta a test diagnostico.
CASO ANNULLATO	Da utilizzare se il soggetto risultato positivo al test rapido e la conferma con il tampone molecolare da esito negativo. In modo tale da lasciare l'episodio se vengono dati giorni di isolamento. Il valore viene autocompilato qualora i due differenti tamponi vengano eseguiti nella stessa data.
VIAGGIATORE	Da selezionare se il soggetto, di rientro da un viaggio, è sottoposto a sorveglianza sanitaria, secondo le indicazioni ministeriali

GLOSSARIO - STATI DI SORVEGLIANZA e INDICAZIONI DI UTILIZZO

STATO SORVEGLIANZA	DEFINIZIONE
Sorveglianza attiva	Da selezionare al momento della presa in carico del caso/contatto da parte dell'operatore SISP, quando è prevista una chiamata di sorveglianza ripetuta durante il periodo di sorveglianza, in assenza di condizioni che richiedano uno stato di sorveglianza specifico (per es. auto-monitoraggio categorie previste, monitoraggio scuola). <i>Dall'esecuzione del primo tampone con referto positivo (per i casi) o dall'ultimo contatto con un caso positivo (per i contatti).</i>
Sorveglianza passiva	Da selezionare al momento della presa in carico del caso/contatto da parte dell'operatore SISP, in assenza di condizioni che richiedano uno stato di sorveglianza specifico (per es. auto-monitoraggio categorie previste, monitoraggio scuola). <i>Dall'esecuzione del primo tampone con referto positivo (per i casi) o dall'ultimo contatto con un caso positivo (per i contatti).</i>
Fine isolamento/quarantena	Da selezionare al termine del periodo di isolamento/quarantena
Inserimento Sorveglianza MMG/USCA	Automaticamente selezionato all'inserimento di un risultato positivo da parte del MMG/USCA. Non deve essere inserito dall'operatore del SISP. <i>E' in corso di valutazione lo spostamento di questa informazione relativa al fatto che il</i>



	<i>soggetto è stato inserito da MMG/USCA in uno specifico campo di sola "visualizzazione"</i>
Monitoraggio scuola	Da selezionare per i contatti scolastici di un caso positivo, qualora tutti i test eseguiti dai contatti scolastici entro le 72h risultino negativi. I contatti scolastici potranno continuare la didattica in presenza. Il periodo di monitoraggio scolastico termina con il referto negativo del tampone eseguito indicativamente al 14° giorno.
Fine monitoraggio scuola	Da selezionare al termine del periodo di monitoraggio scolastico
Auto-monitoraggio categorie previste	PER un CONTATTO DI CASO, da selezionare quando il contatto è un operatore sanitario / operatore delle forze dell'ordine (es. Polizia di Stato, Carabinieri, Guardia di Finanza, Polizia Penitenziaria, ecc.) che, in quanto asintomatico, continua l'attività lavorativa attenendosi all'esecuzione seriatà di test
Fine auto-monitoraggio categorie previste	Da selezionare al termine del periodo di auto-monitoraggio delle categorie previste
Sorveglianza non necessaria	Da utilizzare in casi specifici che non rientrano nella definizione di contatto da porre in quarantena con sorveglianza attiva o passiva, ma per i quali l'operatore valuta comunque l'opportunità di inserirlo tra i contatti per eventuali esigenze di tracciamento e ricostruzione delle catene epidemiologiche.
Ricoverato	Da selezionare quando il soggetto risulta ricoverato in una struttura ospedaliera
Deceduto	Da selezionare in seguito al decesso del soggetto, se compilato manualmente, indicare la data del decesso
Deceduto NON COVID correlato	Da selezionare in seguito al decesso del soggetto per cui non è stata identificata correlazione con l'infezione da Sars-CoV-2
Non reperibile	Da selezionare in caso di mancata risposta ad almeno 3 chiamate in due giorni diversi. Le mancate risposte dovranno essere registrate nella scheda SIAVr nella sezione "Diaria", cliccando su "Non ha risposto".
Caso Annullato	Da selezionare nel momento in cui il soggetto venga non confermato da test molecolare successivo a test antigenico positivo nei tempi corretti.

Modifica od eliminazione voci precedentemente presenti in Stato di Sorveglianza

AUTOMONITORAGGIO	Mantenuta la voce ma non più utilizzabile
FINE ISOLAMENTO	Riclassificato in "FINE ISOLAMENTO/QUARANTENA"
MONITORAGGIO MMG/USCA	Riclassificato in "x"
FINE ISOLAMENTO/DIMESSO	Eliminato



GLOSSARIO - TIPOLOGIA DI SETTING

SETTING	DESCRIZIONE
Ospedale o altra Struttura assistenziale residenziale non a lungodegenza	Da selezionare per i casi correlati a specifici contesti ospedalieri o assistenziali non a lungodegenza (es. ricoveri in ospedale, attività lavorativa di operatori sanitari, ecc)
RSA o altra Struttura di lungodegenza	Da selezionare per i casi correlati a specifici contesti assistenziali a lungodegenza (es. ospiti di RSA)
Strutture o Servizi assistenziali non residenziale (es. ambulatori)	Da selezionare per i casi correlati a specifici contesti assistenziali non residenziali (es. ambulatori)
Domiciliare o familiare	Da selezionare per tutti i casi correlati ad ambienti domiciliari o familiari (es. cluster familiari)
Navi	Da selezionare per tutti i casi correlati a viaggi in nave (es. trasporti)
Carceri	Da selezionare per tutti i casi correlati ad istituti penitenziari (es. cluster detenuti)
Scuola di ogni ordine e grado	Da selezionare per tutti i casi correlati a contesti scolastici
Centri estivi	Da selezionare per tutti i casi correlati a contesti ricreativi per bambini
Istituti religiosi	Da selezionare per tutti i casi correlati a istituti religiosi (es. conventi, monasteri, case di accoglienza, case religiose, ecc)
Comunità (Rom/Sinti, senza tetto, ecc.)	Da selezionare per tutti i casi correlati a specifiche comunità etniche e/o minoranze
Ambito lavorativo	Da selezionare per tutti i casi correlati all'ambiente lavorativo (es. aziende, uffici, ecc)
Migranti	Da selezionare per tutti i casi correlati ai centri di accoglienza per migranti
Non noto	Da selezionare per tutti i casi non chiaramente correlati a specifici setting



GLOSSARIO - SCHEDA DI SORVEGLIANZA - SEZIONE 3.

DIARIE	Data (Riportare: "Nel caso di sintomi antecedenti alla data di chiamata è possibile inserire una data relativa al momento della comparsa dei sintomi")	[automatico/ modificabile]	Corrisponde alla data in cui è stato contattato il soggetto per la definizione dei sintomi oppure data dai sintomi riferita al momento dell'indagine.
	Operatore	[automatico]	Nominativo dell'operatore che ha compilato la diaria
	Non ha risposto	[modificabile]	Flag in caso di non risposta.
	ULSS	[automatico]	ULSS di appartenenza dell'operatore che ha compilato la scheda
	Asintomatico	[modificabile]	Flag per identificare assenza di sintomi
	Sintomi	[modificabile]	Menù a tendina con scelta multipla
	Note	[modificabile]	Utilizzabile a necessità, in particolare se si inserisce una diaria antecedente al contatto è possibile indicare la data della chiamata
TEST ESEGUITI	Test di biologia molecolare e test antigenici rapidi relativi all'episodio correlato alla presente Scheda di Sorveglianza	[automatico]	Import da relativa sezione nel menù a sx
RICOVERI	Ricoveri relativi all'episodio correlato alla presente Scheda di Sorveglianza	[automatico]	Import da relativa sezione nel menù a sx
CONTATTI	Data inserimento	[automatico]	Corrisponde alla data di compilazione del campo
	Operatore	[automatico]	Nominativo dell'operatore che ha compilato la diaria
	Soggetto	[modificabile]	Nominativo soggetto identificato come contatto
	Telefono	[modificabile]	Telefono del contatto
	ULSS	[automatico]	Ulss del compilatore
	Tipologia di rapporto	[modificabile]	Voci: - convivente - contatto stretto non convivente - contatto scolastico
	Data ultimo contatto	[modificabile]	Corrisponde alla data ultimo contatto con il caso positivo
	Note	[modificabile]	-
DATORE DI LAVORO (campo opzionale)	Azienda	[modificabile]	-



	Telefono	[modificabile]	-
	Comune di lavoro	[modificabile]	-
	Referente	[modificabile]	-
	E-mail	[modificabile]	-
	Tipo Azienda	[modificabile]	Voci: - Sanitaria - Non sanitaria
	Note	-	-
ANAMNESI	Tumore	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Malattie cardiovascolari	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Malattie renali	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Obesità (BMI compreso tra 30 e 40)	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Obesità (BMI superiore a 40)	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Immunodeficienza	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Diabete	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Malattie respiratorie	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Malattie metaboliche	[modificabile]	<i>Si/No</i>
	Altro	[modificabile]	<i>Specificare manualmente</i>
FOCOLAI	Gestione dei focolai. Si rimanda alla sezione specifica		



GESTIONE DEI FOCOLAI

Premessa:

- Un focolaio è definito dalla presenza di almeno due soggetti POSITIVI legati tra loro da un link epidemiologico;
- Per ogni soggetto positivo si può associare un solo focolaio, a condizione che il paziente positivo abbia un link epidemiologico con uno o più soggetti positivi del suddetto focolaio;
- Il SIAVr-COVID19 suggerisce, per un caso positivo, tutti i focolai già associati ai contatti registrati, oppure consente la creazione di un nuovo focolaio utilizzando i contatti inseriti;
- Per associare un soggetto ad un focolaio è necessario e sufficiente l’inserimento di almeno un contatto in SIAVr-COVID19.

Esempio d’uso:

PROVA BELLUNO - 01/01/2011 è un CASO POSITIVO

tra i contatti ha : PROVA ALESSANDRO - 01/05/2013 e PROVA PROVA UNO - 01/05/1981

Nella sezione “Focolai” ci accorgiamo che PROVA ALESSANDRO fa parte di un focolaio di nome “RSA” assieme ad altre persone. Se dall’indagine epidemiologica si rileva che il CASO PROVA BELLUNO sia collegabile al focolaio “RSA” è sufficiente selezionarlo

Se dall’indagine epidemiologica rileva che il CASO PROVA BELLUNO possa aver generato un NUOVO FOCOLAIO assieme al soggetto PROVA PROVA UNO cliccare “+Crea un nuovo focolaio”

A questo punto viene chiesto di dare una descrizione al nuovo focolaio, e selezionare i contatti che lo compongono partendo dai link registrati con il soggetto



Diarie (1) Contatti (2) Tamponi (2) Ricoveri (0) Datore di lavoro Clinica Focolai

Creazione focolaio Annulla Assegna al nuovo focolaio

Descrizione FOCOLAIO DOMESTICO FAMIGLIA PROVA

Note

Filtro

PROVA PROVA UNO



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

Documento Attuativo

MODALITÀ DI CONDIVISIONE DELLE COMUNICAZIONI RIGUARDANTI LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili ad aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

SOMMARIO

Premessa

Flusso di comunicazione contact tracing

CT nazionale

CT internazionale

Indicazioni allo spostamento di casi con infezione da virus respiratorio e contatti stretti di caso di infezione da virus respiratorio, dalla sede di isolamento/quarantena ad altra sede di isolamento/quarantena

Trasferimento di caso o contatto di caso confermato di infezione da virus respiratorio dal luogo di isolamento/quarantena ad altro luogo di isolamento/quarantena

Modalità di gestione dei trasferimenti

Flusso di segnalazione

Procedura per trasferire presso strutture regionali dedicate persone soggette a misure di isolamento



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

Premessa

Con il presente documento si definiscono le modalità di trasmissione delle informazioni sul *contact tracing* (CT) dei casi e dei contatti di caso di infezione da virus respiratorio. Esso è stato redatto anche sulla base della Circolare del Ministero della Salute prot. n. 32476 del 19.07.2021 e prot. n. 32567 del 20.07.2021 (in ottemperanza all'art. 9 del Regolamento generale sulla protezione dei dati – General Data Protection Regulation (GDPR) del 2016) e Circolare prot. n. 2840 del 13.01.2022.

Flusso di comunicazione *contact tracing*

Si forniscono di seguito le indicazioni da seguire per la trasmissione delle comunicazioni sul *contact tracing*. Per l'invio di tutte le comunicazioni riguardanti il *contact tracing* regionale/nazionale e internazionale, deve essere attivata una casella di posta elettronica regionale specifica.

1. CT nazionale**Per i residenti/domiciliati in località afferenti ad altre Aziende ULSS della Regione Veneto**

Le informazioni riguardanti il *contact tracing* intra-regionale devono essere trasmesse direttamente dall'Azienda ULSS di notifica all'Azienda ULSS di residenza/domicilio coinvolta nel tracciamento/gestione dei casi/contatti da infezione da virus respiratorio.

Per i residenti/domiciliati fuori Regione Veneto

Le informazioni devono essere comunicate dall'Azienda ULSS di identificazione del caso/contatto alla Direzione Prevenzione della Regione Veneto alla casella elettronica dedicata al *contact tracing*.

Sarà cura della Direzione Prevenzione trasmettere la comunicazione alla Regione/Provincia Autonoma di residenza/domicilio del caso/contatto.

In tutte le comunicazioni relative al *contact tracing* devono sempre essere riportate le seguenti informazioni:

Tabella a. Informazioni relative al CASO INDICE residente/domiciliato in altra Regione.

DATI DEL CASO INDICE*	
Nome Cognome, data di nascita	
Residenza/domicilio attuale	
Numero di telefono e se possibile e-mail	
Data inizio sintomi o se asintomatico	
Data prima positività al test e tipologia del test utilizzato	
Eventuale tipo di variante identificata	
Se ha viaggiato fuori Regione di residenza/domicilio nelle 48 ore precedenti l'insorgenza dei sintomi o, se asintomatico, nelle 48 ore precedenti il primo test positivo e/o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso riportare:	
Data e luogo di soggiorno Luoghi visitati (mostre, musei, ospedali etc)	



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

Informazioni sul mezzo di trasporto <ul style="list-style-type: none"> ● data partenza - arrivo, ● luogo partenza - arrivo, ● compagnia aerea/ ferroviaria/navale, numero volo, numero di treno e carrozza, ● specifiche della nave/traghetto, ● numero di posto occupato 	
Eventuali contatti identificati residenti in altra regione (vedi successivo)	

dati obbligatori*Tabella b. Informazioni relative al CONTATTO DI CASO residente/domiciliato in altra Regione.**

DATI DEL CONTATTO*	
Nome Cognome, data di nascita	
Residenza/domicilio attuale	
Numero di telefono e se possibile e-mail	
Data ultimo contatto con caso indice	
Se noti risultati preliminari di test effettuati dopo il contatto con il caso indice	
DATI DEL CASO INDICE*	
Nome Cognome, data di nascita	
Regione di residenza	
Data inizio sintomi o se asintomatico	
Data prima positività al test e tipologia del test utilizzato	
Eventuale tipo di variante identificata	

dati obbligatori*2. CT internazionale****Per i residenti/domiciliati all'estero**

Le informazioni devono essere comunicate dall'Azienda ULSS di identificazione del caso alla Direzione Prevenzione della Regione Veneto alla casella elettronica dedicata al *contact tracing*.

Sarà cura della Direzione Prevenzione trasmettere la comunicazione al Ministero della Salute.

Le informazioni sui casi/contatti devono essere trasmesse utilizzando le tabelle a e b sopra riportate, compilate in tutte le loro parti.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

SETTORE AEREO - tratte nazionali e internazionali

Devono essere segnalati tutti i casi di confermata positività di infezione da virus respiratorio che, nelle 48 ore antecedenti l'insorgenza dei sintomi o del test positivo se asintomatici, dall'inchiesta epidemiologica risultino aver effettuato un volo aereo in territorio nazionale o internazionale con soggiorno in Italia o all'estero.

- **Test effettuato in aeroporto o altro Punto Testing**

L'Azienda ULSS segnala il caso via e-mail alla casella elettronica dedicata al *contact tracing* regionale.

Sarà cura della Direzione Prevenzione trasmettere le informazioni al Ministero della Salute e alle Regioni territorialmente competenti (qualora si trattasse di soggiorno in territorio italiano).

La segnalazione del CASO INDICE deve essere trasmessa il prima possibile, corredata dei seguenti dati:

Tabella c. Informazioni relative al CASO INDICE che ha effettuato un volo aereo.

DATI DEL CASO INDICE*	
Nome Cognome, data di nascita	
Residenza/domicilio attuale	
Numero di passaporto (se disponibile)	
Numero di telefono e se possibile e-mail	
Data inizio sintomi o se asintomatico	
Data prima positività al test e tipologia del test utilizzato	
Eventuale tipo di variante identificata	
DATI DEL VOLO: Numero volo, compagnia aerea, tratta, data di partenza, posto a sedere	
Data e luogo di soggiorno	
Eventuali contatti identificati (nominativi, recapito telefonico, domicilio)	

*dati obbligatori

- **CT a bordo del volo**

Il medico/operatore del Gruppo operativo CT dell'Ufficio 5 della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria - Ministero della Salute, acquisisce i dati dei passeggeri individuati quali contatto di caso e trasmette le informazioni sui contatti alle Regioni competenti che a loro volta li trasmettono all'Azienda ULSS di competenza territoriale.

SETTORE MARITTIMO – TRAGHETTI (Ro-Ro e Ro-Pax)

Devono essere segnalati tutti i casi di confermata positività di infezione da virus respiratorio che, nelle 48 ore antecedenti l'insorgenza dei sintomi o del test positivo se asintomatici, dall'inchiesta epidemiologica risultino aver effettuato un viaggio a bordo di un traghetto con soggiorno all'estero o in Italia.

- **Test effettuato dall'ULSS competente all'ingresso in Italia**

L'Azienda ULSS segnala il caso via e-mail alla casella elettronica dedicata al *contact tracing* regionale.

La segnalazione del CASO INDICE deve essere trasmessa il prima possibile, corredata dai seguenti dati:



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

Tabella d. Informazioni relative al CASO INDICE che ha effettuato un viaggio a bordo di un traghetto.

DATI DEL CASO INDICE*	
Nome Cognome, data di nascita	
Residenza/domicilio attuale	
Numero di passaporto (se disponibile)	
Numero di telefono e se possibile e-mail	
Data inizio sintomi o se asintomatico	
Data prima positività al test diagnostico e tipologia del test utilizzato	
Eventuale tipo di variante identificata	
DATI DEL TRAGHETTO: Nome, compagnia di navigazione, tratta, data di partenza.	
Data e luogo di soggiorno	
Eventuali contatti identificati (nominativi, recapito telefonico, domicilio)	

**dati obbligatori*

- **Se il caso positivo è individuato dall'Ufficio di sanità marittima, aerea e di frontiera (UT-USMAF)**

L'UT-USMAF segnala al riferimento telefonico unico delle Regioni/Aziende ULSS il caso/contatto di caso positivo di infezione da virus respiratorio.

Qualora il caso/contatto di caso positivo di infezione da virus respiratorio sia residente/domiciliato in Regione Veneto, l'Azienda ULSS territorialmente competente prende in carico la segnalazione e comunica eventuali aggiornamenti.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing*

Indicazioni allo spostamento di casi con infezione da virus respiratorio e contatti stretti di caso di infezione da virus respiratorio, dalla sede di isolamento/quarantena ad altra sede di isolamento/quarantena

Le persone sottoposte alla misura di isolamento e quarantena in quanto casi e contatti di caso di infezione da virus respiratorio hanno, da Decreto Legislativo n. 33 del 16/05/2020, successivamente convertito in Legge n. 74 del 14/07/2020, il divieto di mobilità dalla propria abitazione, fino all'accertamento della guarigione o al ricovero in una struttura sanitaria o altra struttura allo scopo destinata.

In corso di pandemia, spesso si rendono necessari trasferimenti di casi e contatti di caso di infezione da virus respiratorio tra due distinte sedi di isolamento o quarantena, sia all'interno del territorio italiano sia da e verso Paesi esteri.

Il movimento in altro luogo di casi confermati o contatti stretti di caso confermato di infezione da virus respiratorio deve avvenire sempre con modalità atte a ridurre al minimo i rischi per quanti, a vario titolo, entrino in contatto con loro. La decisione di autorizzare il trasferimento verso altra sede di una persona con infezione da virus respiratorio o con esposizione nota deve essere attentamente considerata e accuratamente pianificata, con il coinvolgimento di tutte le Aziende ULSS interessate, dalla sede di partenza a quella di destinazione, fino agli Organi Centrali, in modo da evitare l'esposizione di altri individui durante le diverse fasi del viaggio.

Le Aziende ULSS territorialmente competenti e le UT-USMAF (in caso di riscontro di positività in viaggiatori al momento dello sbarco da aerei o navi o altri natanti) dovrebbero valutare caso per caso le richieste di trasferimento di casi o contatti di caso di infezione da virus respiratorio, verificando la necessità e la fattibilità di spostamento, disincentivando gli spostamenti evitabili, specie su grandi distanze, e proponendo prioritariamente le soluzioni alternative disponibili nel territorio di diagnosi (strutture/hotel dedicati).

Le indicazioni tecnico-procedurali di seguito riportate, hanno lo scopo di fornire alle Aziende ULSS le modalità di trasferimento all'interno del territorio nazionale e da/verso Paesi esteri di casi di infezione da virus respiratorio e di contatti stretti di caso confermato, al fine di promuovere una gestione di questi eventi condivisa, omogenea e coordinata sull'intero territorio nazionale.

Trasferimento di caso o contatto di caso confermato di infezione da virus respiratorio dal luogo di isolamento/quarantena ad altro luogo di isolamento/quarantena

Non è consentito, salvo specifiche eccezioni di seguito riportate, lo spostamento a mezzo pubblico (volo di linea, taxi, bus, treno, metropolitana, mezzo in *public sharing*, navi o traghetti per trasporto pubblico urbano e per le isole maggiori) di casi di infezione da virus respiratorio sottoposti a misura di isolamento.

Il trasferimento verso il domicilio o da un domicilio ad un altro di un caso confermato di infezione da virus respiratorio, asintomatico o lieve/moderato è possibile con mezzo sanitario, a carico dell'interessato, oppure secondo le modalità di seguito riportate. Per i casi con sintomatologia grave si rimanda alle modalità di trasporto sanitario.

1. Trasferimento con trasporto terrestre (automobile, pulmino, pullman) privato

È consentito il trasferimento verso il domicilio o da un domicilio ad un altro di un caso asintomatico confermato di infezione da virus respiratorio lieve/moderata o contatto di caso, con trasporto privato terrestre (anche a noleggio qualora la società di noleggio garantisca l'attuazione di protocolli per la sanificazione del mezzo alla riconsegna dello stesso), complessivamente entro i 300 km e comunque con durata di tempo prevista inferiore alle 4 ore di viaggio.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing*

Nel caso di più veicoli usati durante il trasferimento terrestre (ad es. bus dedicato e autovettura), i 300 km per l'autorizzazione devono considerarsi come la somma di tutti i tragitti percorsi e la durata di tempo di 4 ore complessive previste è da considerarsi dalla partenza al punto di destinazione.

Il limite temporale può essere derogato nel caso il percorso preveda collegamenti marittimi da e per le isole minori la cui distanza dal luogo in cui inizia lo spostamento terrestre è uguale o inferiore ai 300 km.

Più casi o contatti di caso confermato possono essere trasportati insieme (in *cohorting*), rispettando i seguenti criteri:

- **Più casi confermati di infezione da virus respiratorio**, indipendentemente dalla presenza di sintomi.
Eventuali altri passeggeri non sanitari, negativi al test diagnostico (compresi i contatti di caso), non devono viaggiare in *cohorting* con i casi confermati.
Qualora un genitore o un *caregiver* negativo al test diagnostico dovesse accompagnare un caso minorenne o che necessita di assistenza, si raccomanda di escludere dal viaggio ulteriori persone infette.
- **Più contatti di caso confermato di infezione da virus respiratorio**, se appartenenti ad uno stesso *cluster*.
Eventuali altri passeggeri non sanitari, negativi al test diagnostico senza un'esposizione nota (inclusi i contatti di contatto di caso), non devono viaggiare in *cohorting* con i contatti di caso confermato.
Qualora un genitore o un *caregiver* negativo al test diagnostico senza esposizione a rischio dovesse accompagnare un caso minorenne o che necessita di assistenza, si raccomanda di assicurare la corretta ventilazione dell'abitacolo, il distanziamento fisico e l'uso costante per tutti, se possibile dalle condizioni del caso, di idonei dispositivi di protezione individuale (indipendentemente dallo stato vaccinale).

Durante il trasferimento di più persone con singolo veicolo, si raccomanda di assicurare la corretta ventilazione dell'abitacolo, il distanziamento fisico e l'uso costante per tutti, di idonei dispositivi di protezione individuale.

Durante il tragitto non è consentito alle persone occupanti l'abitacolo sostare in luoghi pubblici (eccetto piazzole all'aperto in assenza di altre persone) o recarsi presso le aree di rifornimento carburante.

In caso di necessità di soccorso o imprevisti che allunghino eccessivamente i tempi di percorrenza del tragitto, si fa obbligo al soggetto di avvisare tempestivamente la ULSS di competenza territoriale al numero fornito prima della partenza e comunicare ai responsabili dei servizi allertati (forze dell'ordine, vigili del fuoco, 118) la condizione di isolamento.

2. Trasferimento con trasporto aereo o via mare privato (aereo privato, barca privata)

Nei viaggi con aereo o natante privati più casi o contatti di caso confermato di infezione da virus respiratorio sospetta o confermata, possono essere trasportati insieme (in *cohorting*), rispettando i seguenti criteri:

- **Più casi confermati di infezione da virus respiratorio**, possono viaggiare nella stessa sezione del vettore, indipendentemente dalla sintomatologia.
Eventuali altri passeggeri negativi al test diagnostico (compresi i contatti di caso), non devono viaggiare in *cohorting* con casi confermati.
Qualora un genitore o un *caregiver* negativo al test diagnostico dovesse accompagnare un caso minorenne o che necessita di assistenza, si raccomanda di escludere dalla stessa sezione ulteriori persone infette.
- **Più contatti di caso confermato di infezione da virus respiratorio**, possono viaggiare nella stessa sezione del vettore se appartenenti allo stesso *cluster*.
Eventuali altri passeggeri non sanitari, negativi al test diagnostico senza esposizione a rischio o con esposizione a diverso *cluster*, non devono viaggiare in *cohorting* con i contatti di caso confermato.
Qualora un genitore o un *caregiver* negativi al test diagnostico senza esposizione a rischio dovesse accompagnare un contatto di caso minorenne o che necessita di assistenza, si raccomanda di assicurare la corretta ventilazione dell'abitacolo, il distanziamento fisico e l'uso costante per tutti, di idonei dispositivi di protezione individuale.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing*

Durante il trasferimento di più persone nella stessa sezione, si raccomanda di assicurare la corretta ventilazione della sezione, il distanziamento fisico e pertanto il non utilizzo della massima capienza del mezzo, e l'uso costante, per tutti, di idonei dispositivi di protezione individuale.

Nel caso di natanti, una volta a bordo non è più consentito ai soggetti sottoposti a isolamento/quarantena:

1. lasciare il luogo di isolamento/quarantena temporaneo (cabina),
2. sbarcare a terra se non a destinazione,
3. entrare in contatto con persone di altri natanti o recarsi presso le aree di rifornimento carburante.

In caso di necessità di soccorso in mare il soggetto deve tempestivamente avvisare i responsabili dei servizi allertati (Guardia Costiera o CIRM-Centro Internazionale Radio Medico nel caso di soccorso sanitario) della condizione di isolamento/quarantena.

Nel caso di velivoli, una volta a bordo del vettore non è consentito ai soggetti sottoposti a isolamento/quarantena:

1. lasciare il posto assegnato,
2. sbarcare a terra se non a destinazione.

Prima della partenza le Aziende ULSS competenti verificheranno la disponibilità a bordo del velivolo di un servizio igienico dedicato.

In caso di necessità di soccorso il soggetto deve preventivamente avvisare i responsabili dei servizi allertati (Torre di controllo) della condizione di isolamento.

3. Trasferimento da e per le isole minori

Nel caso di trasferimento da e per le isole minori potrà essere consentito l'imbarco ai casi confermati o ai contatti di caso solo se le Autorità navali abbiano preventivamente previsto percorsi e/o zone di parcheggio dedicati (meglio se all'esterno), attrezzati per possibili soggiorni oltre le 4 ore previste, che escludano qualunque contatto con altri passeggeri o con il personale di bordo.

I viaggiatori positivi o i contatti di caso di infezione da virus respiratorio, devono rimanere per tutto il tragitto nella zona dedicata (nell'abitacolo dell'auto, se muniti di autoveicolo); non sono consentiti ulteriori sbarchi oltre a quello di destinazione.

4. Trasferimento da e per le isole maggiori

Non sono consentiti trasferimenti da e per le isole maggiori mediante l'uso di traghetti, ad eccezione dei collegamenti tra Calabria e Sicilia, sempre all'interno dei limiti dei 300 km, di cui sopra. Solo altresì consentiti gli spostamenti per le isole maggiori, se con mezzo aereo o marittimo ad uso personale, secondo le disposizioni concordate con le autorità sanitarie.

5. Trasferimento in biocontenimento

Il trasferimento di più casi o di contatti di caso di infezione da virus respiratorio con mezzi in biocontenimento in condizioni di sicurezza, è sempre possibile qualora previsto da accordi tra Enti preposti.

Modalità di gestione dei trasferimenti

In caso di richiesta di trasferimento di un caso o di un contatto di caso confermato di infezione da virus respiratorio, le Aziende ULSS territorialmente competenti o le UT-USMAF devono (tabella e):

1. accertarsi che dal momento della diagnosi, fino al momento della partenza, i viaggiatori positivi o i contatti di casi positivi non interrompano l'isolamento/quarantena;
2. procedere alla valutazione di ciascun caso positivo, riguardo la gravità della malattia e la stabilità clinica, per determinare la fattibilità dello spostamento e l'adeguatezza della modalità di viaggio prevista;



DOCUMENTO ATTUATIVO

Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing

3. procedere alla valutazione di ciascun contatto stretto di caso per escludere la comparsa di febbre o altri sintomi ascrivibili ad infezione da virus respiratorio. I contatti stretti dovrebbero essere sottoposti a nuovo test il più possibile in prossimità della partenza e comunque entro le 48 ore; il risultato del test deve essere disponibile prima della partenza. In caso di comparsa dei sintomi, il contatto deve rimandare il viaggio ed essere rivalutato per possibile positività. I contatti e i loro accompagnatori dovrebbero essere istruiti in merito alle azioni da intraprendere nel caso di comparsa dei sintomi durante il viaggio;
4. acquisire le informazioni riguardanti ciascun viaggiatore caso o contatto di caso:
 - a. nome e cognome, data di nascita, indirizzo, recapito telefonico;
 - b. **per i casi:** data e tipo di test positivo eseguito, data comparsa sintomi;
 - c. **per i contatti di caso:** data ultima esposizione al caso, data e tipo ultimo test negativo eseguito dopo l'esposizione al caso confermato; status vaccinale
 - d. recapito telefonico o email di una persona da contattare in caso d'emergenza;
5. acquisire le informazioni riguardanti le modalità di viaggio:
 - a. data e luogo di partenza, data e luogo di arrivo;
 - b. modalità di viaggio previste;
 - c. targa del veicolo se su gomma, specifiche dell'aeromobile o del natante;
 - d. itinerario pianificato;
6. trasmettere le informazioni acquisite alle autorità sanitarie del luogo di destinazione.

Tabella e. Modalità di trasferimento di caso o contatto di caso confermato di infezione da virus respiratorio dal luogo di isolamento/quarantena ad altro luogo di isolamento/quarantena

	Trasporto sanitario	Trasporto privato terrestre	Trasporto privato via mare	Trasporto privato aereo	Trasporto pubblico con area dedicata
Caso confermato di infezione da virus respiratorio, asintomatico o con sintomi lievi/moderati	SI, SEMPRE	Entro i 300 km e comunque con durata di tempo inferiore alle 4 ore di viaggio	SI Se condizioni di sicurezza assicurate	SI Se condizioni di sicurezza assicurate	Solo traghetto con mezzo privato
Caso confermato di infezione da virus respiratorio con sintomi gravi	SI, SEMPRE	NO	NO	NO	NO
Contatto di caso confermato di infezione da virus respiratorio	SI, SEMPRE	Entro i 300 km e comunque con durata di tempo inferiore alle 4 ore di viaggio	SI Se condizioni di sicurezza assicurate	SI Se condizioni di sicurezza assicurate	Solo traghetto con mezzo privato

Flusso di segnalazione

Trasferimento da Regione Veneto verso altra Regione

Le AULSS del Veneto e/o UT-USMAF di origine, trasmettono le informazioni a:

1. ASL/Regione e/o UT-USMAF del luogo di destinazione/passaggio;
2. Regione Veneto sempre per conoscenza all'indirizzo di posta elettronica dedicato al *contact tracing*;



DOCUMENTO ATTUATIVO*Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing*

3. Ufficio 5 - Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute all'indirizzo di posta elettronica dedicato al *contact tracing*. La ASL/Regione/UT-USMAF di destinazione/transito, una volta ricevuta la segnalazione e provveduto alle opportune verifiche, comunica alla ULSS/Regione/USMAF di origine e al Ministero della Salute il parere positivo o negativo al trasferimento.

Trasferimento da altra Regione verso Regione Veneto

L'Azienda ULSS territorialmente competente, una volta ricevuta la segnalazione di richiesta trasferimento di caso/contatto di caso positivo da parte di altra ASL/Regione/UT-USMAF, provvede ad effettuare le opportune verifiche e comunica alla ASL/Regione/USMAF di origine, al Ministero della Salute e alla Regione Veneto il parere positivo o negativo al trasferimento.

Trasferimento da Regione Veneto verso Paese Estero

Le AULSS del Veneto e/o UT-USMAF di origine, trasmettono le informazioni a:

1. Ufficio 5 - Prevenzione delle Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute all'indirizzo di posta elettronica dedicato al *contact tracing*;
2. Ufficio 3 Coordinamento USMAF - SASN della Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute;
3. Regione Veneto sempre per conoscenza all'indirizzo di posta elettronica dedicato al *contact tracing*;

che provvederanno alla trasmissione delle informazioni ai Paesi di destinazione ed a comunicare alla Regione di origine il parere positivo o negativo al trasferimento;

4. Regione/ASL/USMAF del luogo di passaggio (recapiti da richiedere alle Regioni) in caso il luogo di partenza dall'Italia sia in altra Regione. La Regione di passaggio comunicherà alla Regione di origine il parere positivo o negativo al passaggio per il trasferimento.

La mail di richiesta di trasferimento dovrà contenere il seguente oggetto: TRASFERIMENTO CASO o CONTATTO DA REGIONE X a STATO Y.

Gli accordi per il trasporto al luogo finale e l'isolamento a destinazione devono essere confermati prima della partenza, in particolare se la destinazione prevede il ricovero presso strutture sanitarie o socio-assistenziali.

Al termine del processo, le ASL territorialmente competenti o le UT-USMAF possono procedere ad autorizzare il trasferimento dei casi e dei contatti di caso provvedendo a rilasciare a ciascun viaggiatore una certificazione nominativa che attesti l'autorizzazione al trasferimento nonostante la condizione di isolamento/quarantena, da mostrare alle forze di pubblica sicurezza che ne facessero richiesta durante il viaggio.

Nel caso di navi da crociera, laddove le Società navali provvedano ai servizi di assistenza e trasporto, ai fini del trasferimento nei rispettivi luoghi di residenza dei casi positivi a infezione da virus respiratorio, tale trasferimento potrà avvenire solo previa valutazione dei criteri di fattibilità e autorizzazione degli uffici UT-USMAF.

Le ASL territorialmente competenti o le UT-USMAF, prima della partenza provvedono a fornire al caso tutte le indicazioni sulle procedure da seguire per garantire un trasferimento in sicurezza (ad es. uso corretto e costante dei DPI, divieto di sosta in luoghi frequentati da altre persone, etc.) e procurano un recapito telefonico di un operatore sanitario sempre reperibile, da contattare per eventuali criticità incontrate sul territorio Italiano durante il viaggio.

Procedura per trasferire presso strutture regionali dedicate persone soggette a misure di isolamento

Gestione dei soggetti che fanno ingresso dall'estero sul territorio regionale

Ogni Azienda ULSS in accordo con la Protezione Civile identifica sul proprio territorio le strutture dedicate all'eventuale soggiorno (hotel dedicati o altre strutture) di soggetti sottoposti a quarantena o isolamento che non possono effettuare la stessa presso il proprio domicilio, per ragioni igienico-sanitarie e sociali o che ne sono sprovvisti in quanto residenti in altro paese, così come previsto dall'articolo 6 del d.l. n. 18/2020 conv. in L. n. 27/2020, secondo i criteri e le procedure stabiliti dalla DGR n. 438 del 7 aprile 2020.



DOCUMENTO ATTUATIVO*Modalità di condivisione delle comunicazioni riguardanti le attività di contact tracing*

Per i soggetti che fanno rientro o ingresso da territori (inclusi soggetti stranieri temporaneamente presenti per lavoro o turismo) per cui è prevista la quarantena, le Aziende ULSS di residenza dovranno garantire le opportune sinergie con le Aziende ULSS di arrivo e con la Protezione Civile in caso di necessità di trasferimenti.

Ogni Azienda ULSS deve:

1. definire modalità di attivazione in tempo reale del trasporto nelle strutture dedicate (hotel dedicati o altre strutture), identificare e comunicare alla Direzione Prevenzione il numero telefonico attivo h24 e 7/7 per il contatto da comunicare agli altri Enti/Istituzioni coinvolte per la presa in carico dei soggetti di cui sopra;
2. identificare sul proprio territorio le strutture dedicate (hotel dedicati o altre strutture) con relativo numero di posti letto per soggetti positivi e contatti stretti;
3. definire la procedura di attivazione in tempo reale del trasporto presso la struttura del proprio territorio di eventuali soggetti che arrivano presso i punti di ingresso regionali - con particolare riferimento a porto e aeroporto di Venezia - e che risultano afferenti alla propria ULSS o privi di residenza sul territorio nazionale.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione

Documento Attuativo

DEFINIZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE STANDARD DEI SERVIZI DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione

Premessa

La **Legge Regionale n. 23/2012**, ha individuato tra le diverse scelte strategiche della programmazione regionale la necessità di assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale. La definizione di valori minimi di riferimento si pone anche il precipuo scopo di favorire la stretta collaborazione tra i diversi profili professionali e le relative competenze. L'inserimento nei modelli organizzativi di figure professionali specifiche ha comportato dei mutamenti nell'organizzazione delle attività e nelle modalità di erogazione dei servizi. Partendo dalla considerazione che lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione, la definizione delle dotazioni persegue l'obiettivo di ricercare adeguati e appropriati livelli di efficienza, appropriatezza, qualità e sicurezza, diventando un importante elemento nella programmazione sociosanitaria regionale.

La riorganizzazione del Servizio Sanitario Regionale, avviata dalla **Legge Regionale n. 19/2016**, rappresenta un'occasione importante per proporre una governance del sistema della prevenzione che contemperisca esigenze di efficienza e razionalizzazione delle risorse con l'aggiornamento delle competenze in linea con i nuovi Livelli Essenziali di Assistenza. **In tale contesto, il presente documento ha quindi l'obiettivo di fornire alcuni principi per la successiva definizione di uno standard minimo di riferimento delle principali figure professionali coinvolte nelle attività ordinarie garantite dai Dipartimenti di Prevenzione.**

Nel contesto dell'esperienza pandemica da COVID-19, tali obiettivi risultano prioritari al fine di garantire le **attività ordinarie** e al contempo pianificare l'organizzazione per fronteggiare un'eventuale situazione di emergenza. Quanto riportato ed analizzato nel presente documento riguarda quindi l'erogazione delle attività ordinarie del Dipartimento di Prevenzione, mentre per la gestione delle situazioni di emergenza - con particolare riferimento alle minacce di natura pandemica - l'organizzazione deve fare riferimento a quanto previsto dall'intero Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante "*Indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale*" e dai relativi documenti attuativi allegati.

La definizione di standard minimi di riferimento per le attività ordinarie potrà quindi consentire, sia a livello delle singole Aziende, che a livello programmatico, la corretta allocazione/distribuzione delle risorse umane, rispetto ai citati valori, definendo "*de facto*" una baseline di riferimento regionale. I diversi modelli organizzativi in essere presso le Aziende, le diverse caratteristiche logistico-organizzative, comportano una diversa pianificazione delle attività dei Servizi. Le modalità con cui sono stati calcolati gli standard individuano dei "modelli" di riferimento con la definizione di alcuni elementi organizzativi minimi, per la realizzazione delle attività previste per le singole attività considerate.

Con il presente documento vengono individuati alcuni principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole Aziende, possono garantire una base comune e un riferimento per l'organizzazione delle attività svolte dai diversi Servizi del Dipartimento di Prevenzione al fine di garantire l'applicazione dei **Livelli Essenziali di Assistenza (LEA)**. In tal senso nel presente documento sono stati individuati alcuni parametri organizzativi minimi, da considerare come valori tendenziali, ai quali adeguarsi in relazione alle specifiche tipicità aziendali tenendo conto delle eventuali peculiarità delle realtà territoriali.

Lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione e ne consegue che la definizione delle dotazioni di personale necessarie a garantire adeguati e appropriati servizi rappresenta un importante elemento strategico per l'attuazione di quanto previsto dal "*Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025*". Quanto definito dal presente documento deve quindi essere considerato nel contesto generale e richiede un periodico aggiornamento in considerazione delle strategie di livello nazionale e della pianificazione regionale.

Per garantire le attività sopra citate, il Dipartimento di Prevenzione, è articolato così come indicato nella **DGR n. 1306 del 16.08.2017** - in adesione ai contenuti dell'articolo 7-quater del D.lgs. n. 502/1992 e s.m.1, della L. n. 189/2012, della L.R. n. 23/2012 e degli artt. 15 e 27 della L.R. n. 19/2016.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione

Attività e LEA

Il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 12 gennaio 2017 definisce i nuovi Livelli essenziali di assistenza, sostituendo integralmente il DPCM del 29 novembre 2001 e ridefinendo il livello della Prevenzione. La denominazione da "Assistenza sanitaria collettiva" diviene "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" e descrive in modo dettagliato tutte le attività e prestazioni volte a salvaguardare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi, ambientali, legati alle condizioni di lavoro, correlati agli stili di vita. Rispetto al DPCM del 2001, il nuovo decreto definisce i programmi in modo più specifico e pone una maggiore attenzione alla sorveglianza e alla prevenzione primaria delle malattie croniche. Dai nuovi LEA sono escluse le prestazioni per attività certificativa di interesse privato e gli interventi di prevenzione individuale, a eccezione degli screening oncologici quando sono organizzati in programmi di popolazione e del counseling individuale per la promozione di stili di vita salutari.

Nell'ambito della "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" sono articolate 7 aree di intervento che includono programmi/attività volti a raggiungere specifici obiettivi di salute:

A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali

In quest'area sono descritti tutti i programmi e le attività volte alla sorveglianza e prevenzione delle malattie infettive e parassitarie. È sottolineata l'importanza del monitoraggio continuo dell'andamento delle malattie diffuse a partire dalla valutazione dei fattori di rischio, della comunicazione e diffusione dei risultati a operatori sanitari, cittadini e istituzioni. Sono inoltre definiti gli interventi necessari per il controllo delle malattie infettive e di eventuali focolai epidemici e la 'medicina del viaggiatore' che richiede un continuo aggiornamento del rischio infettivo presente in varie aree. Rientrano in quest'area anche il monitoraggio delle coperture vaccinali, la valutazione della qualità dei programmi vaccinali e la sorveglianza delle reazioni avverse ai vaccini. Infine, è specificata l'importanza della predisposizione di idonei sistemi di risposta in caso di una possibile emergenza di origine infettiva.

B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati

I programmi compresi in questa area sono volti alla tutela della salute e della sicurezza in vari ambienti come ad esempio: piscine, acque di balneazione, stabilimenti termali, strutture sanitarie, abitazioni civili, edifici a uso scolastico e ricreativo e pianificazione urbanistica e sicurezza stradale. Particolare importanza è data anche ai programmi volti alla tutela della popolazione dal rischio di esposizione all'amianto e al radon, alla sicurezza nell'utilizzo di varie sostanze chimiche, gas tossici e radiazioni ionizzanti/non ionizzanti e alla predisposizione delle strategie da attuarsi in caso emergenziale da fenomeni naturali o provocati (climatici e nucleari, biologici, chimici e radiologici).

C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Un'altra parte importante dei LEA è data dalle attività che riguardano la sorveglianza epidemiologica e la prevenzione dei rischi per la sicurezza nei luoghi di lavoro e delle malattie lavoro correlate. Rientra in questa area anche la sorveglianza degli ex-esposti a cancerogeni e a sostanze chimiche/fisiche con effetti a lungo termine. Per poter realizzare i vari componenti di questo programma, sono previste attività di controllo, report informativi periodici e interventi intersettoriali in collaborazione con le rappresentanze sindacali e datoriali.

D - Salute animale e igiene urbana veterinaria

Questa è una sezione molto ampia che include tutte le prestazioni che riguardano la sorveglianza sui concentramenti e spostamenti animali e sulla riproduzione e il benessere di questi ultimi, il controllo sui mangimi e sui farmaci in ambito veterinario, il contenimento delle malattie diffuse animali, la lotta al randagismo e la vigilanza sull'utilizzo di animali nella sperimentazione scientifica. Per poter raggiungere questi obiettivi è previsto un aggiornamento continuo dell'anagrafe degli allevamenti e delle relative aziende, rilascio di report informativi ai cittadini, operatori sanitari e istituzioni, controlli ufficiali e produzione di certificazioni e di autorizzazioni.

E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori

In ambito di sicurezza alimentare, i LEA prevedono fra le prestazioni in carico al Dipartimento di Prevenzione le mansioni di anagrafica e sorveglianza delle strutture del settore alimentare, delle



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione*

attività produttive, di lavorazione e, più in generale, connesse alla manipolazione degli alimenti, anche non destinati a uso umano, secondo norma di legge. Rientra in quest'area la sorveglianza sui materiali a contatto con gli alimenti, sulla presenza di contaminanti, OGM, farmaci negli alimenti, sul ciclo di vita dei prodotti fitosanitari e affini, nonché sui laboratori che svolgono attività di autocontrollo per le imprese alimentari. Competono a questo ambito, infine, le prestazioni di ispezione micologica, di controllo delle acque potabili, la gestione degli stati di allerta legati agli alimenti.

F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani e i programmi organizzati di screening; sorveglianza e prevenzione nutrizionale

Questa ampia area di intervento consta nell'attuazione dei programmi intersettoriali che coinvolgono sia le istituzioni sia i cittadini per la prevenzione e la sorveglianza dei fattori di rischio delle malattie croniche maggiormente rilevanti a livello epidemiologico. La promozione di stili di vita sani è assurta a valore di legge, tramite i LEA, solamente a partire dal 2017. Alla sorveglianza dei fattori di rischio nella popolazione si affiancano le prestazioni erogate riguardo: la lotta all'abuso di alcol, al tabagismo e, più in generale, alle dipendenze; la promozione dell'attività fisica, dell'alimentazione sana, dell'allattamento al seno, dei benefici dei programmi di screening; nonché una attiva partecipazione nell'esecuzione dei programmi di screening stessi.

G - Attività medico-legali per finalità pubbliche

I LEA assegnano al Dipartimento di Prevenzione l'attività certificativa medico-legale nell'ambito della disabilità, l'attività di medicina necroscopica, nonché il compito di fornire pareri medico-legali su richiesta della pubblica amministrazione per l'applicazione di norme e regolamenti in tema, ad esempio, di erogazione di benefici a persone con disabilità, adozioni di minori, responsabilità sanitaria in ambito di rischio clinico, trapianti. Sono inoltre incluse le attività di comunicazione e informazione destinate tanto ai professionisti sanitari quanto alla popolazione generale su questi e altri temi come bioetica, sicurezza delle prestazioni sanitarie etc.

L'aggiornamento dei LEA dopo il 2017, a cura della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA e la promozione dell'appropriatezza nel Servizio sanitario nazionale, dovrebbe essere annuale, come espresso dal DPCM del 12 gennaio 2017 stesso, secondo due modalità definite dal già citato DL n. 208/2015, commi 554 e 559, ovvero la legge di stabilità 2016:

- tramite DPCM, come per l'emanazione dei "nuovi LEA" del 2017;
- tramite Decreto del Ministro della salute per gli aggiornamenti degli elenchi delle prestazioni erogabili dal SSN.

Inoltre, col Decreto-Legge n. 36 del 30 aprile 2022 *Ulteriori misure urgenti per l'attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR)*, art. 27 *Istituzione del Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici*, i Dipartimenti di Prevenzione entrano a far parte del **Sistema nazionale prevenzione salute dai rischi ambientali e climatici (SNPS)**, organismo che ha lo scopo di migliorare e armonizzare le politiche e le strategie messe in atto dal Servizio Sanitario Nazionale per la prevenzione, il controllo e la cura delle malattie acute e croniche, trasmissibili e non trasmissibili, associate a rischi ambientali e climatici.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione

Figure professionali

Nel presente documento si è ritenuto di definire il fabbisogno minimo di alcune delle principali figure professionali coinvolte nelle diverse attività dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione. Di seguito sono riportate le figure professionali minime, qui analizzate, che si ritengono appropriate per garantire le prestazioni tecnico-specialistiche richieste dal mandato istituzionale, nonché dagli atti di indirizzo di natura nazionale e regionale, che devono essere rappresentate, per ciascuna Azienda ULSS.

Di seguito è riportata una breve descrizione non esaustiva delle principali competenze delle principali figure professionali che svolgono la propria attività nel contesto del Dipartimento di Prevenzione.

Medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva	Il professionista che, nel contesto del Dipartimento di Prevenzione, è formato ed esperto principalmente nella governance, nel coordinamento delle attività di sanità pubblica, nel valutare e promuovere le attività e gli interventi di promozione della salute comunitaria, nella sorveglianza e prevenzione dei rischi per la salute umana di natura infettiva, ambientale e comportamentale, nonché nelle attività di programmazione, organizzazione, gestione e valutazione dei servizi sanitari di prevenzione.
Medico specialista in Medicina del Lavoro	Il professionista che, nel contesto del Dipartimento di Prevenzione, è formato ed esperto principalmente nel campo dell'epidemiologia occupazionale, nella valutazione dei rischi e dei danni acuti e cronici associati ad esposizioni professionali, nella valutazione dell'idoneità lavorativa dei Lavoratori, nella valutazione della sorveglianza sanitaria effettuata dai Medici Competenti, nella pianificazione di interventi intersettoriali in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, in sinergia con soggetti istituzionali e parti sociali.
Medico specialista in Medicina Legale	Il professionista formato ed esperto negli ambiti di medicina necroscopica, le attività certificative e gli altri ambiti medico-legali ed incaricato di collaborare con l'Autorità giudiziaria per le attività previste (es. ispezioni di cadavere, sopralluoghi, etc).
Medico veterinario	Il professionista, che, nel contesto del Dipartimento di Prevenzione, è formato ed esperto nelle attività di sanità pubblica veterinaria, che comprende la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive, il benessere animale, la farmacovigilanza, l'igiene delle produzioni zootecniche e la tutela igienico sanitaria degli alimenti di origine animale.
Assistente Sanitario	Il professionista sanitario esperto e specificatamente formato nelle attività di Prevenzione, Promozione ed Educazione alla Salute (D.M. 17.01.1997 n. 69) con competenze specifiche negli ambiti di attività della Nuova Sanità Pubblica. Opera nell'ambito della prevenzione primaria, secondaria e terziaria, della promozione della salute, dell'educazione alla salute individuale, familiare, di gruppo, di collettività ed istituzionale, della ricerca epidemiologica e sanitario-sociale, della medicina sociale, dell'igiene, della sanità pubblica, dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria integrata.
Tecnico della Prevenzione	Il professionista sanitario esperto e specificatamente formato,



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione

nell'Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	istituito con D.M. 17.01.1997 n. 58, che nel contesto del Dipartimento di Prevenzione è responsabile, nell'ambito delle proprie competenze tecniche, di tutte le azioni di tutela della salute della collettività attraverso attività di prevenzione, verifica e controllo in materia di igiene e sicurezza ambientale, nei luoghi di vita e di lavoro, di igiene degli alimenti e delle bevande, di igiene di sanità pubblica e veterinaria. Tra i suoi obiettivi professionali si ritrova l'individuazione e la riduzione dei fattori di rischio per la salute della popolazione anche attraverso l'attuazione di interventi di prevenzione primaria.
Statistico o esperto in data science	Il professionista che, nel contesto del Dipartimento di Prevenzione, è formato ed esperto nella gestione, nell'elaborazione e nell'analisi dei dati statistici e biostatistici, nel supporto alle attività di epidemiologia e sanità pubblica, di programmazione e strategia, attraverso l'analisi e l'elaborazione dei dati contenuti nelle fonti informative strutturate o rilevazioni puntuali per le specifiche tematiche di interesse.
Chimico	Il professionista che, nel contesto del Dipartimento di Prevenzione, risulta essere formato ed esperto per il controllo, la valutazione e gestione del rischio chimico.

Per quanto concerne il personale Medico per alcune attività specifiche sono considerate anche altre specializzazioni con particolare riferimento alla Medicina dello Sport e a Scienze dell'Alimentazione.

Partecipano inoltre, alle attività nell'ambito della Prevenzione numerose altre figure professionali quali **Infermieri, Ostetriche, Psicologi, Educatori, Dietisti, Operatori Socio-sanitari**, nonché altre figure tecnico-specialistiche - quali ad esempio **Ingegneri, Biologi, Architetti e Fisici** - la cui attività, per caratteristiche proprie, si ritiene debba essere valutata in ottica dipartimentale e non necessariamente di singolo Servizio. Rispetto a queste figure, infatti, l'attività può essere organizzata in ambito dipartimentale, tenendo conto delle caratteristiche epidemiologiche della popolazione di riferimento, delle caratteristiche del territorio e delle modalità organizzative aziendali, nonché delle caratteristiche "storiche" del contesto di riferimento.



DOCUMENTO ATTUATIVO

Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione

Elementi per la definizione degli standard

Il Documento *"Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale"* (Decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze, n. 77 del 23 maggio 2022), ha definito che il Dipartimento di Prevenzione nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle proprie funzioni e definite dai LEA *"Prevenzione collettiva e sanità pubblica"*.

Sempre il citato DM n. 77 ha definito lo standard massimo di popolazione per il Dipartimento di Prevenzione al fine di mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva.

Standard

Standard massimo di popolazione per **Dipartimento di Prevenzione = 1:500.000 abitanti.**

Inoltre, tale dotazione organica costituisce l'elemento fondamentale per pianificare le attività in capo ai Dipartimenti di Prevenzione nel contesto di un eventuale emergenza sanitaria anche in riferimento a quanto previsto dal *"Piano strategico-operativo nazionale di preparazione e risposta a una pandemia influenzale (PanFlu 2021-2023)"* considerando comunque che, nel contesto delle emergenze di sanità pubblica le dotazioni dei Dipartimenti di Prevenzione devono essere rimodulate in un contesto di pianificazione Aziendale per contrastare la situazione specifica. Infatti, sempre il citato DM n. 77 ribadisce quanto già definito dal Piano strategico-operativo regionale 2021-2023 recante *"Indicazioni ad interim di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale"* che prevede che per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della Legge n. 234/2021. I principali elementi di rimodulazione sono riportati nel documento *"Indirizzi operativi per la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione in caso di emergenza pandemica"* che pertanto, nel contesto dell'organizzazione aziendale, deve prevedere una lettura congiunta con quanto indicato nel presente documento.

A questo proposito, risulta utile citare qui il Decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 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"*, nel quale si definisce che nel contesto delle attività di monitoraggio del rischio sanitario connesso ad un'emergenza pandemica, quale quella da COVID-19:

"[...] La ricerca e la gestione dei contatti, per essere condotta in modo efficace, deve prevedere un adeguato numero di risorse umane, quali operatori sanitari e di sanità pubblica, personale amministrativo e, ove possibile, altro personale già presente nell'ambito dei Servizi veterinari dei Dipartimenti di Prevenzione, da coinvolgere secondo le esigenze locali.

*Sulla base delle stime dell'ECDC, per garantire in modo ottimale questa attività essenziale dovrebbero essere messe a disposizione nelle diverse articolazioni locali non meno di **1 persona ogni 10.000 abitanti** includendo le attività di indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, l'esecuzione dei tamponi, preferibilmente da eseguirsi in strutture centralizzate (drive in o simili), il raccordo con l'assistenza primaria, il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi."*

Standard

Standard minimo di operatori per attività connesse al monitoraggio del rischio sanitario in contesti di emergenza pandemica = **1:10.000 abitanti.**



DOCUMENTO ATTUATIVO*Indicazioni Regionali per la definizione delle dotazioni organiche standard dei Servizi del Dipartimento di Prevenzione*

Facendo seguito a quanto previsto dal **DL 34/2020** (Decreto rilancio), la Regione del Veneto con **DGR 782 del 16 giugno 2020** "Decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19. Attuazione delle misure in materia sanitaria", tra le varie azioni predisposte, ha individuato, nell'ambito del modello organizzativo del Dipartimento di Prevenzione, la presenza di specifiche figure professionali nel contesto dei Servizi di "Epidemiologia" e di "Salute e Ambiente" come di seguito riportato:

Standard

Servizio di Epidemiologia	Servizio Salute e Ambiente
n. 1 medico specialista in Igiene	n. 1 medico specialista in Igiene
n. 1 assistente sanitario	n. 1 assistente sanitario
n. 1 statistico	n. 1 tecnico della prevenzione
	n. 1 chimico
	n. 1 ingegnere gestionale



DOCUMENTO ATTUATIVO
"Manuale malattie infettive"

Documento Attuativo

MANUALE MALATTIE INFETTIVE

(versione 29.06.22)

Il presente documento è elaborato nel contesto dell'attuale fase pandemica dell'emergenza da COVID-19. Le analisi e le revisioni effettuate durante la fase di transizione pandemica con ritorno alla fase inter-pandemica suggeriranno dei miglioramenti nei modelli e nei processi utili da aggiornare le raccomandazioni qui contenute, nell'ottica di un percorso dinamico e ciclico di preparazione e risposta alle emergenze (ciclo di preparedness).



Manuale Malattie Infettive



Redazione della presente edizione a cura di: Francesca Russo¹, Francesca Zanella¹, Michele Tonon¹, Debora Ballarin², Sara Rosafio², Irene Zecchinato², Gaia Lattavo⁵, Anil Minnicelli⁵, Alberto Zardetto⁵, Michele Nicoletti⁵, Francesco Paolo De Siena⁵, Chiara Zampieri⁵, Valerio Valeriano³, Anna Ferraresso⁴.

1. Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
2. U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica, Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria, Regione del Veneto
3. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 6 Euganea
4. Dipartimento di Prevenzione Servizio Igiene e Sanità Pubblica, Azienda ULSS 8 Beriva
5. Università degli Studi di Padova, Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva



ANTRACE (nota come CARBONCHIO)	4
BOTULISMO	10
BRUCELLOSI	13
CANDIDA AURIS	16
CHIKUNGUNYA (malattia da virus o febbre da)	19
COLERA	23
CREUTZFELDT-JAKOB (malattia di)	26
DENGUE	29
DIFTERITE	31
ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE: TICK-BORNE ENCEPHALITIS)	35
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS A	37
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS B	39
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS C	40
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS D	41
EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS E	42
FEBBRE DI LASSA	44
FEBBRE GIALLA	47
FEBBRE TIFOIDE	50
FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG	53
FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE	56
FORMA INVASIVA DA NEISSERIA MENINGIDITIS	58
FORME INVASIVE DA PNEUMOCOCCO	60
INFEZIONE DA HIV	72
INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA - SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA	75
INFLUENZA	78
LEGIONELLOSI	81
LEPTOSPIROSI	91
LISTERIOSI	94



MALARIA	97
MERS-CoV (SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE)	100
MORBILLO	103
MORBO DI HANSEN (o Lebbra)	106
PESTE	109
POLIOMIELITE ACUTA (Paralisi Flaccida Acuta)	112
RABBIA UMANA	115
ROSOLIA	120
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE	121
SCABBIA	123
SHIGELLOSI (dissenteria bacillare)	132
TETANO	135
TOSSINFEZIONI ALIMENTARI	138
TRICHINOSI	141
TUBERCOLOSI	144
VAIOLO DELLE SCIMMIE (Infezione da Monkeypox virus o MPXV)	148
VARICELLA	151
Infezione da virus WEST- NILE	154
YERSINIOSI	158
BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA	161
RIFERIMENTI NORMATIVI	170



ANTRACE (nota come CARBONCHIO)

Descrizione:

Infezione provocata dal *Bacillus anthracis*, batterio gram positivo, capsulato, sporigeno, estremamente resistente all'azione di disinfettanti chimici e fisici. E' una zoonosi, perché la principale via di infezione è rappresentata da animali (contatto diretto o con prodotti animali infetti). La germinazione avviene a temperatura corporea. I principali fattori di virulenza sono la capsula e 2 tossine (tossina letale e tossina dell'edema). Le manifestazioni cliniche si differenziano in base alla via di ingresso del bacillo:

- carbonchio cutaneo: è la forma più comune di antrace. Colpisce la cute e i tessuti vicini al sito in cui sono penetrate le spore (di solito tramite un taglio o un graffio). Si tratta di lesione cutanea che si sviluppa nel giro di 1-7 giorni dall'esposizione, e passa dallo stato di papula a quello di papula a quello di un'ulcera, con linfadenopatia locale; la letalità senza terapia è del 20%;;
- carbonchio da inalazione: è la forma più letale. Di solito si manifesta dopo poche settimane dall'esposizione, ma possono anche passare oltre 2 mesi. È caratterizzata da un breve periodo prodromico, tipo simil influenzale, seguito da dispnea ed ipossia, con possibile evoluzione a insufficienza respiratoria e shock
- carbonchio gastrointestinale: comprende due forme distinte, una intestinale e una orofaringea.

La meningite emorragica è secondaria alle forme per diffusione ematogena e può svilupparsi senza altri apparenti segni clinici, con una mortalità che arriva al 100% nelle forme senza trattamento antibiotico.

Tempi di segnalazione:

- Caso singolo: entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.
- Focolaio: entro 24 ore, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.
- Inserimento segnalazione in SIRMI.

Scheda specifica di Flusso: NO
SIRMI: SI (SISP)

Periodo di incubazione:

Da poche ore a 7 giorni, anche se sono possibili periodi di incubazione superiori a 60 giorni. La maggior parte dei casi si verifica entro 48 ore dall'esposizione.

Periodo di contagiosità:

In assenza di terapia, le lesioni cutanee possono rappresentare una fonte di contagio, anche se molto raramente. Le altre forme di antrace (da inalazione, gastrointestinale) non sono contagiose.

Modalità di trasmissione:

Fonti di contagio: aria, terriccio, materiali di diversa natura contaminati da spore (possono rimanere infettanti per decenni), animali infetti e loro prodotti. Il contagio interumano è eccezionale e sembra sempre associato a forme cutanee con secrezioni infette.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica

Non è richiesto l'isolamento.

Tutte le forme di antrace sono trattabili con gli antibiotici.

La forma inalatoria prevede il drenaggio delle secrezioni per tutta la durata della malattia, ed eventualmente ventilazione meccanica in presenza di distress respiratorio.

Il trattamento, per essere efficace, deve essere tempestivo ed iniziare immediatamente dopo il contagio.

- Antrace cutaneo non complicato da edema o sintomi sistemici
 - Ciprofloxacina 500 mg (da 10 a 15 mg/kg per bambini) per via orale ogni 12 h
 - Doxiciclina 100 mg (2,5 mg/kg per i bambini) per via orale ogni 12 h



Il trattamento ha una durata di 7-10 giorni e viene prolungato fino a 60 giorni in caso di possibile concomitante esposizione inalatoria.

- Antrace cutaneo complicato, antrace da inalazione o altre forme di antrace:
La terapia antibiotica deve comprendere ≥ 1 antibiotico con attività battericida, e ≥ 1 deve essere un inibitore della sintesi proteica, che può bloccare la produzione di tossine (p. es., ciprofloxacina più clindamicina).
- Meningite: Terapia di combinazione con Meropenem per ≥ 2 settimane o fino a quando i pazienti sono clinicamente stabili

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

Sorveglianza sanitaria; in caso di sicura inalazione di spore, confermata da indagini di laboratorio, può essere effettuata chemioprolifassi con terapia antibiotica.

Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfezione degli ambienti contaminati e corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** In Italia non è disponibile un vaccino contro l'antrace ad uso umano. Al contrario, esiste un vaccino obbligatorio per gli animali a rischio, che rappresenta un buon metodo di prevenzione. Tale vaccino viene prodotto e distribuito in Italia solo dall'Istituto zooprofilattico della Puglia e Basilicata.
- **Chemioprofilassi:** come da indicazioni in tabella

	Profilassi post-esposizione	Durata
Adulti (inclusi donne in gravidanza ¹ e immunocompromessi ²)	Ciprofloxacina 500mg x 2 per os oppure Doxiciclina 100 mg x 2 per os	60 giorni
Donne in gravidanza	<i>Se necessario un trattamento prolungato, dopo 14-21 giorni di trattamento, sostituire con:</i> amoxicillina 500 mg x 3/die	
Bambini ³	Ciprofloxacina 10-15 mg/kg/die x 2 per os (max 1g/die) oppure Doxiciclina <ul style="list-style-type: none"> • 8 anni e >45 Kg 100 mg x 2 per os • 8 anni e <45 Kg: 2.2 mg/Kg x 2 ≤ 8 anni: 2.2 mg/Kg x 2⁴ <i>Se necessario un trattamento prolungato, dopo 14-21 giorni di trattamento, sostituire con:</i> 15-30 mg/kg nei bambini) 3 volte/die	60 giorni

¹**Donne gravide:** i fluorochinoloni non sono generalmente raccomandati durante la gravidanza a causa della comparsa di artropatia in animali e in un piccolo numero di bambini. Gli studi su animali non hanno evidenziato una teratogenicità legata all'uso di ciprofloxacina. Tuttavia non sono stati condotti trials clinici controllati sulla sicurezza della ciprofloxacina in donne gravide.



Il *Consensus Statement* su *JAMA* vol. 281 n. 18 May 12,1999 considerando questo possibile rischio in rapporto alla comparsa di antrace dovuto a ceppi antibiotico-resistenti raccomanda comunque l'utilizzo della ciprofloxacina in gravidanza a dosaggio per adulti, per la profilassi dell'antrace dovuto ad evento terroristico.

Qualora i test di suscettibilità evidenziassero un ceppo suscettibile, la profilassi post-esposizione va sostituita con amoxicillina 500mg x3 per via orale, sempre per 60 giorni.

L'impostazione del trattamento antibiotico deve essere comunque concordata con lo specialista ostetrico di fiducia della donna.

Immunocompromessi: non ci sono studi umani o su modelli animali che ci diano informazioni sull'efficacia e la sicurezza della profilassi post-esposizione negli immunodepressi. Tuttavia, in questi soggetti, sia adulti che bambini, è raccomandata la stessa profilassi post-esposizione che viene indicata per le persone immunocompetenti.

Bambini: i fluorochinolonici non sono generalmente raccomandati nei bambini ed adolescenti a causa della comparsa di artropatia permanente in animali adolescenti e transitoria in un piccolo numero di bambini. Il *Consensus Statement* su *JAMA* vol. 281 n. 18 May 12,1999 considerando questo possibile rischio in rapporto alla comparsa di antrace dovuto a ceppi antibiotico-resistenti raccomanda comunque l'utilizzo della ciprofloxacina nei bambini per la profilassi dell'antrace dovuto ad evento terroristico. Qualora i test di suscettibilità evidenziassero un ceppo suscettibile la profilassi post-esposizione va sostituita con amoxicillina per via orale sempre per 60 giorni al dosaggio di 40 mg/kg peso corporeo/die suddiviso ogni 8 ore per i bambini di peso inferiore a 20Kg), per pesi superiori si procede con il dosaggio previsto per gli adulti.

* Per quanto riguarda la doxiciclina, questa non andrebbe somministrata al di sotto degli 8 anni poiché il farmaco può determinare un ritardo nella crescita scheletrica e un danno nell'accrescimento dei denti. Nelle madri che allattano l'*American Academy of Pediatrics* ritiene compatibile l'uso della ciprofloxacina e della doxiciclina con l'allattamento, considerata la piccola quantità di farmaco assorbito dal bambino; tuttavia ancora molto poco si conosce sulla sicurezza a lungo termine.

La scelta del farmaco e la continuazione dell'allattamento al seno devono essere decisi dalla madre e dal pediatra.





INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER ANTRACE/CARBONCHIO

Antrace cutanea Antrace da inalazione Antrace gastrointestinale

Data di segnalazione _____

Caso sospetto Caso accertato Cognome e nome _____ M F

nato a _____ il _____

Residente a _____ in via _____ n° _____

n° telefono _____

Professione _____ Luogo di lavoro _____

Nazionalità _____ Se nato all'estero, da quanti anni è in Italia? _____

Curante MMG /PLS _____

Ricovero SI Data _____ NO

Struttura di ricovero _____

Medico Referente _____

Data di inizio dei sintomi _____

Lesione cutanea si no Gastrointestinali si no
(nausea, diarrea, ematemesi)Simil-influenzali si no
(espansione del mediastino, febbre e dispnea grave)**PROBABILE FONTE DI CONTAGIO** (es. animali e oggetti di origine animale, materiali biologici infetti, siringhe, viaggi all'estero etc., negli ultimi 60 giorni): _____**INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE** SI NO **Quali** _____

Data di inizio chemioprophilassi o terapia _____

NOTE:

Data _____

Nome dell'operatore che ha raccolto le informazioni _____





ELENCO DELLE PERSONE POTENZIALMENTE ESPOSTE ALLA CONTAMINAZIONE DI ANTRACE /CARBONCHIO					Data _____	
Caso indice: _____						
Materiale potenzialmente infetto: _____						
N.	COGNOME NOME E RESIDENZA	DATA DI NASCITA	TELEFONO	DATA ESPOSIZIONE SOSPETTA	CHEMIOPROFILASSI	NOTE



Flusso di segnalazione

ANTRACE

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>CASO SPORADICO</p> <div data-bbox="236 667 552 824" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="608 678 979 801" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a: </div> <div data-bbox="608 864 975 976" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Inchiesta epidemiologica e/o compilazione elenco dei soggetti esposti </div>	<div data-bbox="1031 678 1366 835" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute </div>
<p>FOCOLAIO – CASI EPIDEMICI</p> <div data-bbox="236 1115 555 1283" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 24 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="608 1137 979 1261" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a </div> <div data-bbox="608 1317 975 1429" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> Inchiesta epidemiologica e/o compilazione elenco dei soggetti esposti </div>	<div data-bbox="1031 1126 1366 1283" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute </div>



BOTULISMO

Descrizione:

Grave intossicazione alimentare neuroparalitica causata dalla tossina rilasciata da *Clostridium botulinum*, un batterio sporigeno Gram +. caratterizzata da una paralisi flaccida acuta, febbrile, simmetrica e discendente. Si conoscono 7 tipi antigenici di tossina di *C. botulinum* (A, B, C, D, E, F, G); è la tossina più letale conosciuta. Può essere classificato in varie forme: alimentare, da ferita, inalatoria, intestinale (bambini e adulti). La forma alimentare è dovuta all'ingestione di tossina preformata contenuta in alimenti contaminati da spore di *C. botulinum*. La forma da ferita è legata all'esposizione di spore di *C. botulinum* dentro ferite aperte, in presenza di un milieu anaerobico.

La forma inalatoria non avviene mai per via naturale, ma è legata ad incidenti o bioterrorismo, con rilascio di aerosol di tossine

La forma intestinale è correlata alla colonizzazione intestinale da parte delle spore ingerite, in associazione alla produzione in situ di tossina.

Molto rara è la forma iatrogena, legata alla somministrazione di eccessive quantità di tossina botulinica per scopi medici.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

variabile in base alla forma:

- 12-48 ore (alimentare),
- 4-14 giorni (da ferita),
- 3-30 giorni (intestinale).

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano.

Modalità di trasmissione:

il botulismo alimentare è causato dal consumo di alimenti prodotti, conservati o fermentati in condizioni inadeguate che favoriscono lo sviluppo dei clostridi produttori di tossine botuliniche (anaerobiosi, substrati non troppo acidi o contenenti fonti di proteine consistenti).

Il botulismo intestinale si manifesta principalmente nei lattanti sotto l'anno di vita che ingeriscono alimenti contaminati, escluso il latte materno. Nei bambini di età maggiore e negli adulti può verificarsi in seguito ad interventi intestinali o all'esposizione ad antibiotici, in presenza di una grave forma di dismicrobismo intestinale.

Il botulismo da ferita si osserva in relazione alla contaminazione di lesioni traumatiche e all'utilizzo di siringhe non sterili, soprattutto nei soggetti che fanno uso di droghe.

Provvedimenti nei confronti del malato:

non previsti. E' importante l'inchiesta epidemiologica per tracciare la possibile via di esposizione. La terapia specifica consiste nella somministrazione di un siero iperimmune di antitossine botuliniche che deve avvenire il prima possibile e comunque non oltre 72 ore dall'insorgenza dei sintomi. Tutti i pazienti affetti da botulismo devono essere ospedalizzati per un attento monitoraggio delle capacità vitali. Il trattamento comprende la terapia di supporto alla ventilazione, la ventilazione assistita e, nei casi più gravi, la nutrizione parenterale. In caso di botulismo alimentare devono essere eseguite le procedure di decontaminazione intestinale tramite la somministrazione di carbone vegetale attivo. I pazienti affetti da botulismo da ferita richiedono sbrigliamento della lesione e profilassi antibiotica. In caso di botulismo infantile è indispensabile fornire assistenza di supporto, mentre la casistica clinica suggerisce l'inutilità dell'impiego di antitossina per il rischio di sensibilizzazione e shock anafilattico.



Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti nei confronti degli esposti:

nei co-esposti asintomatici va valutata attentamente l'opportunità di iniziare un trattamento con antitossina polivalente. Sorveglianza sanitaria in chi abbia ingerito lo stesso alimento del caso.

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca attiva della fonte di intossicazione, con prelievo di appropriati campioni degli alimenti consumati dal paziente nelle 48-72 ore precedenti l'insorgenza della sintomatologia.

Indagine epidemiologica sui commensali (Vedi Tossinfezioni alimentari).*

I metodi di controllo dell'intossicazione alimentare risiedono essenzialmente nella corretta preparazione delle conserve vegetali e degli insaccati in ambito domestico e nella sorveglianza dell'applicazione delle corrette pratiche di lavorazione in ambito industriale e/o artigianale, anche mediante l'educazione sanitaria della popolazione.

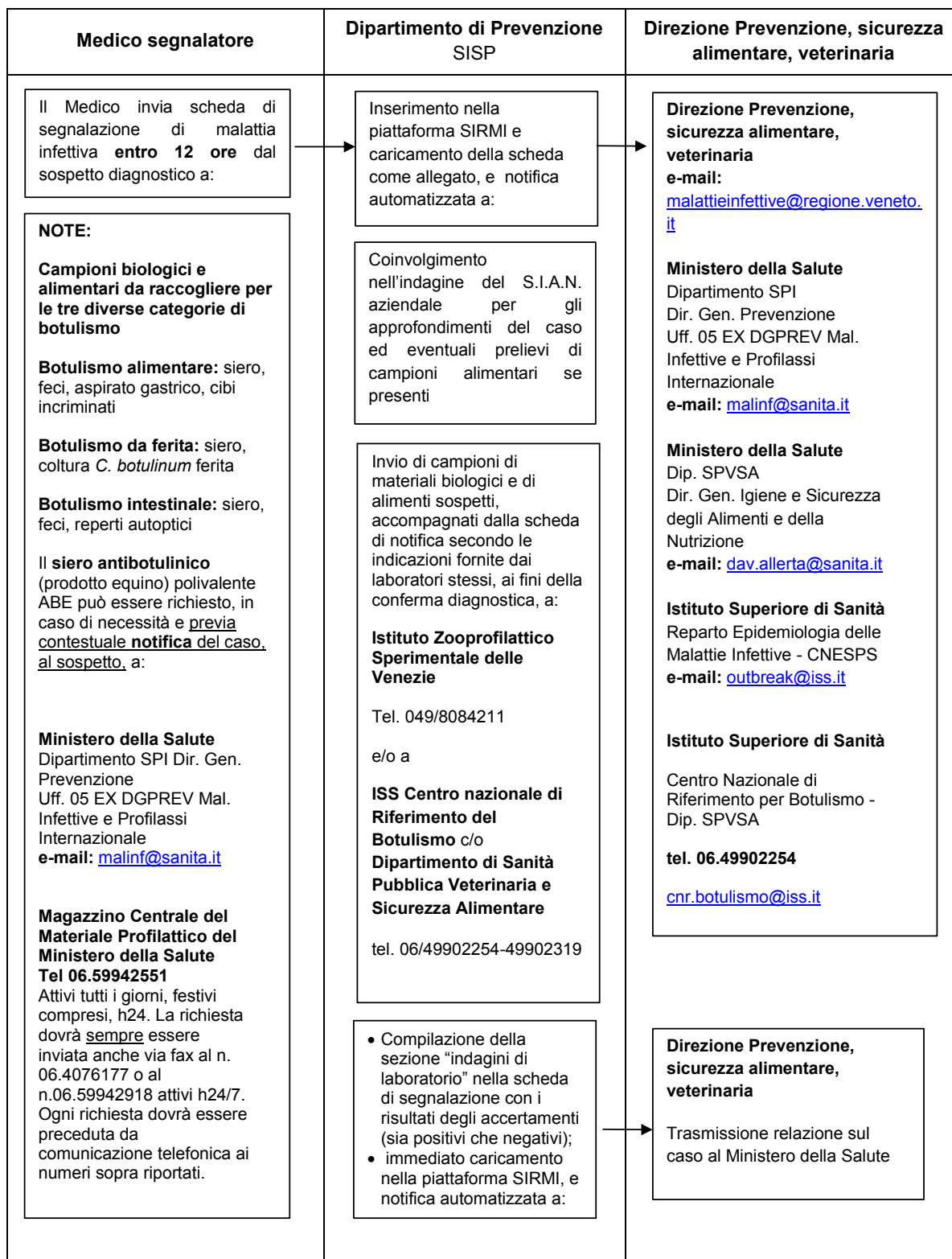
Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** nessuna



Flusso di segnalazione

BOTULISMO



BRUCELLOSI

Descrizione:

Nota anche come febbre ondulante, febbre maltese o febbre del Mediterraneo, è una malattia zoonotica ed è una delle zoonosi più importanti a livello mondiale. E' trasmessa all'uomo da che interessa gli animali domestici e selvatici. E' causata da 6 specie del batterio del genere *Brucella*, un cocco-bacillo gram negativo ed aerobio facoltativo. L'uomo rappresenta un ospite accidentale che contrae la malattia principalmente per contatto diretto con secrezioni ed escrezioni di animali infetti o per ingestione di prodotti di origine animale contaminati. L'infezione può decorrere in forma acuta o subacuta, con esordio insidioso o improvviso. Di solito causa sintomi "flu-like", con febbre, astenia, malessere. Possono esserci febbre di tipo "ondulante", sudorazione notturna, anoressia, artralgia, mialgia, dolore addominale, cefalea e depressione. Le complicanze sono rare e comprendono endocardite, encefalite, orchite ed osteomielite, e può essere necessario il ricovero. In alcuni casi si sviluppano forme croniche, soprattutto negli adulti, che possono essere subdole, senza pregresse sintomatologie acute.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da meno di una settimana a diversi mesi; in media 2-4 settimane. Se il contagio è avvenuto per via aerea, l'incubazione di solito è di pochi giorni.

Periodo di contagiosità:

L'animale infetto rilascia il batterio con secrezioni e deiezioni per mesi e talvolta anche per diversi anni. Nell'ambiente il batterio può sopravvivere per periodi lunghi (anche oltre 2 mesi).

Modalità di trasmissione:

L'infezione viene trasmessa per 3 vie principali: cutanea, alimentare e aerogena:

- la trasmissione cutanea/mucosa avviene per inoculazione attraverso tagli o abrasioni cutanee, o per contatto con mucose, ed è solitamente la occupazionale (allevatori, macellai, veterinari etc.)
- la trasmissione per inalazione di aerosol contaminati è di solito professionale, legata a esposizione in laboratorio
- la trasmissione per ingestione di cibi o bevande contaminati

La trasmissione interumana è rara, così come quella per via sessuale o da trapianti di tessuti. Risulta inoltre possibile il contagio da madre a figlio attraverso il latte materno.

Il fatto che l'inalazione di 10-100 batteri possa causare la malattia, e che abbia un'incubazione di diverse settimane, la rende una potenziale arma biologica.

Provvedimenti nei confronti del malato:

inchiesta epidemiologica, per determinare la modalità di contagio. Oltre alle precauzioni standard, maggiore attenzione è richiesta nei confronti dei pazienti con lesioni drenanti. Il trattamento prevede la somministrazione di doxiciclina (100 mg per via orale 2 volte/die) per 6 settimane, associata a streptomicina o a gentamicina per 14 giorni. In alternativa agli aminoglicosidi, possono essere applicati regimi terapeutici con rifampicina e ciprofloxacina. Nei bambini di età inferiore a 8 anni possono essere utilizzati trimetoprim/sulfametossazolo e rifampicina per via orale per 4-6 settimane.



Provvedimenti nei confronti degli esposti:

nessuno

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

il controllo della brucellosi umana dipende dal controllo della bBrucellosi in campo veterinario. Per prevenire la malattia risulta indispensabile evitare il consumo di latte crudo e suoi derivati, applicare un'accurata disinfezione delle stalle dopo l'abbattimento dei capi infetti, rispettare le norme di bio-sicurezza negli allevamenti ed evitare movimentazioni di animali senza i controlli previsti dalla normativa vigente. I lavoratori a rischio devono utilizzare gli opportuni dispositivi di protezione.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemiopprofilassi:** nessuna. La profilassi antibiotica post-esposizione può essere considerata per i pazienti ad alto rischio e prevede la somministrazione di doxiciclina e rifampicina per via orale.



Flusso di segnalazione

BRUCELLOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="245 622 561 763" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="619 622 968 734" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a: </div>	<div data-bbox="1015 622 1351 752" style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: fit-content;"> Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute </div>



CANDIDA AURIS

Descrizione:

Candida auris è un lievito patogeno emergente a livello mondiale, di recente interesse da parte della comunità scientifica con diffusione nota in almeno 5 continenti. La sua prima identificazione risale al 2009 e da allora si è associata a infezioni nosocomiali, invasive e non, con un tasso di mortalità che oscilla tra il 30% ed il 70% in funzione del background clinico dei pazienti, spesso soggetti fragili per condizioni pregresse.

Le principali criticità di questo fungo rispetto alle altre forme di candidosi sono:

- la difficoltà nell'identificazione da parte dei laboratori non specificamente attrezzati;
- è spesso MDR (multi-drug resistant), e talvolta resistente a tutti i 3 tipi di antifungini
- una scarsa awareness del patogeno da parte degli operatori sanitari.
- Tende a formare biofilm, ed è molto resistente nell'ambiente

I pazienti colonizzati, benché trattati, conservano il rischio aumentato di recidive da *C. auris* con carattere invasivo.

Tempi di segnalazione:

Segnalazione dei casi sporadici e focolai epidemici con inserimento in SIRMI

Segnalazione tempestiva delle informazioni richieste

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Ignoto. Molte persone possono rimanere colonizzate senza sviluppare sintomi.

Periodo di contagiosità:

Il soggetto colonizzato può diffondere il lievito

Modalità di trasmissione:

C. auris, coerentemente alle altre candidosi, sembra avere una propensione alla trasmissione nosocomiale paziente-paziente, legata verosimilmente alla contaminazione degli ambienti e alla colonizzazione di device sanitari. In generale si trasmette per contatto diretto tra persone, oppure con oggetti contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, finalizzata soprattutto a rilevare i contatti stretti. Sono raccomandate azioni tempestive per prevenire la formazione di outbreaks adottando un rapido contact tracing sui contatti stretti del soggetto positivo, ricercando anche colonizzazioni asintomatiche ed attivando un processo di sorveglianza attiva.

Al momento non sono stabiliti protocolli per la decolonizzazione né è stato definito un periodo di fine isolamento, che in generale viene fatto coincidere con la dimissione ospedaliera. In generale è utile lavarsi correttamente le mani dopo aver toccato soggetti colonizzati; in caso di pazienti colonizzati fortemente disabili, chi li accudisca potrebbe usare dei guanti.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

In assenza di linee guida delle società scientifiche, lo screening dei contatti stretti dovrebbe prevedere l'esecuzione di tamponi ascellari ed inguinali. In funzione del quadro clinico e della valutazione del rischio specifico, possono essere inoltre testate altre matrici, come le urine, eventuali ferite, siti di cateterismo, o la gola, ecc.



Si ipotizza che un utilizzo massivo di antibiotici ed antifungini ad ampio spettro a scopo profilattico si associ ad un aumentato rischio della creazione di ceppi di lieviti ad alta resistenza. Il CDC pertanto consiglia la terapia solo in presenza di sintomatologia.

Provvedimenti sull'ambiente:

Vista la capacità di produrre biofilm, si prevede una accurata sanificazione delle superfici e dei device medici di cui anche solo si sospetta la contaminazione. Si consiglia l'utilizzo di disinfettanti clorati (concentrazione minima 1000 ppm) o di perossido di idrogeno o di altri disinfettanti con potere fungicida documentato dal produttore. Sono da evitarsi disinfettanti a base di ammonio quaternario.

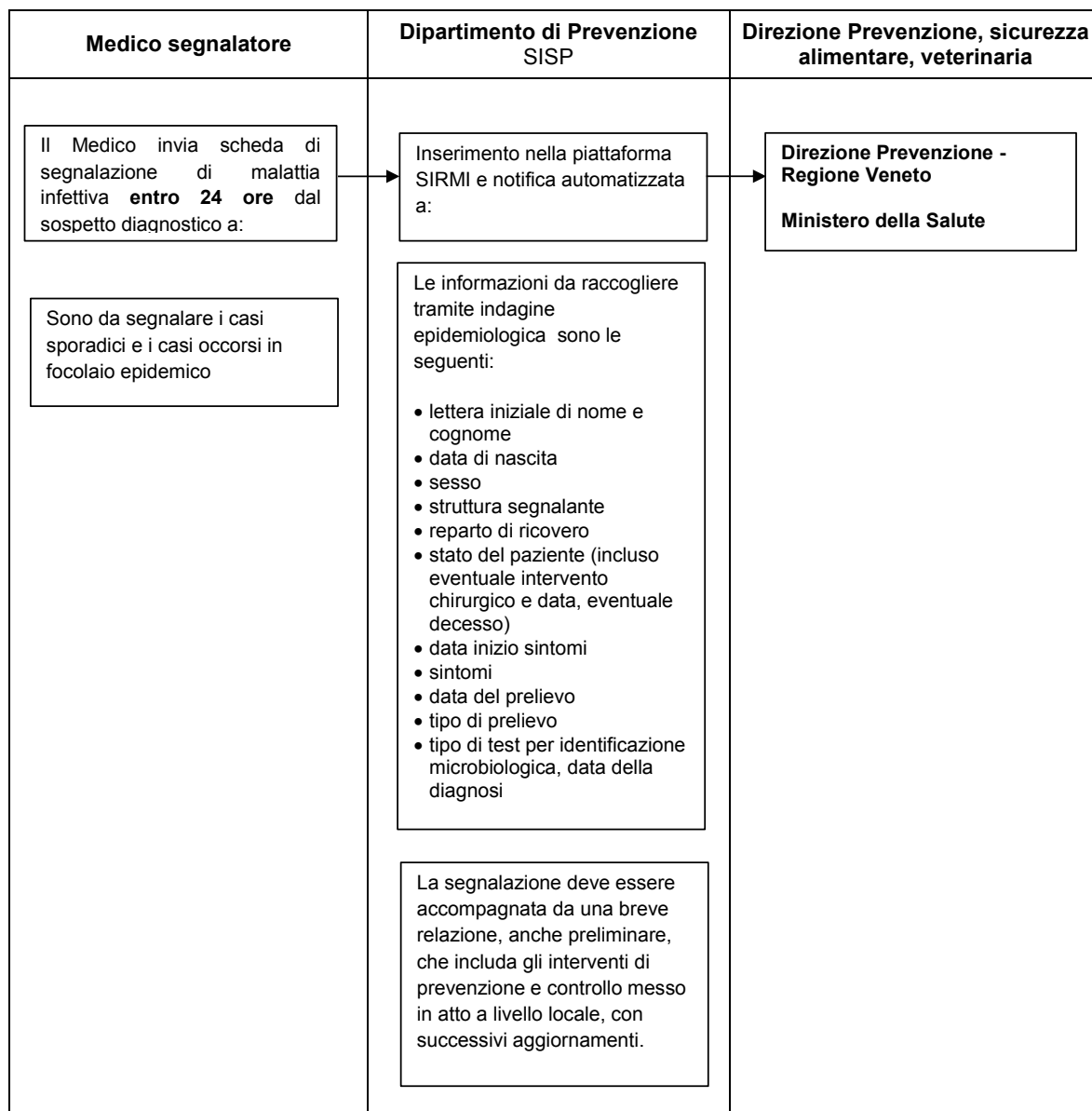
Profilassi:

La necessità di una profilassi antimicotica deve essere valutata in una logica di rischio-beneficio in funzione del setting di trasmissione e delle valutazioni puntuali, tenendo presente che questa può impedire la colonizzazione ma può incentivare la selezione di ceppi di lieviti resistenti.



Flusso di segnalazione

CANDIDA AURIS



CHIKUNGUNYA (malattia da virus o febbre da)

Descrizione:

Malattia febbrile acuta virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette (artropodi) del genere *Aedes*, soprattutto *Ae. (Stegomyia) albopictus* (zanzara tigre asiatica), *Ae. (Stegomyia) aegypti* (zanzara tigre egiziana), e *Ae. (Stegomyia) polynesiensis* (zanzara tigre polinesiana), che pungono principalmente nelle ore diurne. Si tratta dunque di un arbovirus, ed in particolare di un mobovirus (mosquito-borne virus). La parola Chikungunya deriva dal linguaggio kimakonde e significa "essere contorti", caratteristica legata alle artralgie causate dall'infezione. Il virus appartiene al genere *Alphavirus* alla famiglia *Togaviridae*. I sintomi sono rappresentati dall'improvvisa insorgenza di febbre elevata, importanti artralgie, mialgie, cefalea, nausea, vomito e *rash* cutaneo (al volto, tronco, radice degli arti). Raramente sono riportate forme meningo-encefalitiche, specie in soggetti defedati. Questa malattia è quasi sempre auto-limitante entro un paio di settimane e raramente fatale. Artrite e artralgie debilitanti possono durare mesi o anni.

E' diffusa in Africa, India, Pakistan, Nepal, Guam, Sud-Est asiatico, Nuova Guinea, Cina, Messico, Sud e Centro America, isole dei Caraibi, Oceano Indiano e Pacifico, e aree circoscritte dell'Europa.

Nel 2008 c'è stato il primo outbreak europeo, in Emilia-Romagna e, dopo 10 anni, nel 2017 si sono verificati altri outbreak italiani, in Calabria e nel Lazio. A differenza di altre arbovirosi (es. West-Nile) non è endemizzata, e gli outbreak sono dunque legati all'introduzione del virus da zone endemiche, anche se talvolta può essere difficile rilevare il "paziente zero", a causa della frequente asintomaticità/paucisintomaticità delle infezioni (3-28% asintomatici).

Nelle aree endemiche, la prevenzione della malattia consiste innanzitutto nell'impedire o ridurre al minimo le punture delle zanzare attraverso l'uso di spray repellenti, abbigliamento chiaro e il più possibile coprente, utilizzo di zanzariere.

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Mediamente 4-8 giorni (range 2-12 giorni dopo la puntura).

Periodo di contagiosità:

Non c'è trasmissione interumana. La viremia nell'uomo si ritiene sia di 3-10 giorni e comincia a calare con la comparsa dei sintomi; raramente può esserci passaggio del virus dalla madre al feto durante la gravidanza.

Modalità di trasmissione:

Attraverso il morso di zanzare tigre infette; l'esordio della malattia avviene generalmente entro una settimana. Il paziente è viremico durante i primi 4-5 giorni di malattia: è dunque in questa fase che una zanzara, attraverso il sangue del paziente, può infettarsi e trasmettere a sua volta il virus. In fase epidemica l'uomo è la riserva del virus, in altri periodi i principali serbatoi sono le scimmie, i roditori, gli uccelli e altri vertebrati.

Seppur rari, sono stati documentati casi di trasmissione verticale materno fetale del virus: ciò avviene con più facilità se la fase viremica è contemporanea al parto. Il virus non può essere trasmesso tramite l'allattamento.



Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per determinare la modalità del contagio, e per tracciare dove il paziente abbia soggiornato negli ultimi 10 giorni, in modo da programmare attività mirate di bonifica dei vettori.

Terapia sintomatica (antipiretici, antiinfiammatori, riposo). Le persone affette da febbre da *Chikungunya* dovrebbero essere protette dalle punture delle zanzare per evitare la propagazione dell'infezione. Per i casi sospetti è previsto sia l'isolamento fiduciario del paziente, fino all'esclusione della patologia e comunque non oltre il periodo di trasmissibilità del virus (7 giorni dall'inizio dei sintomi).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Evitare contatto ematico in fase viremica. Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

- Disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico
- Disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.

Profilassi:

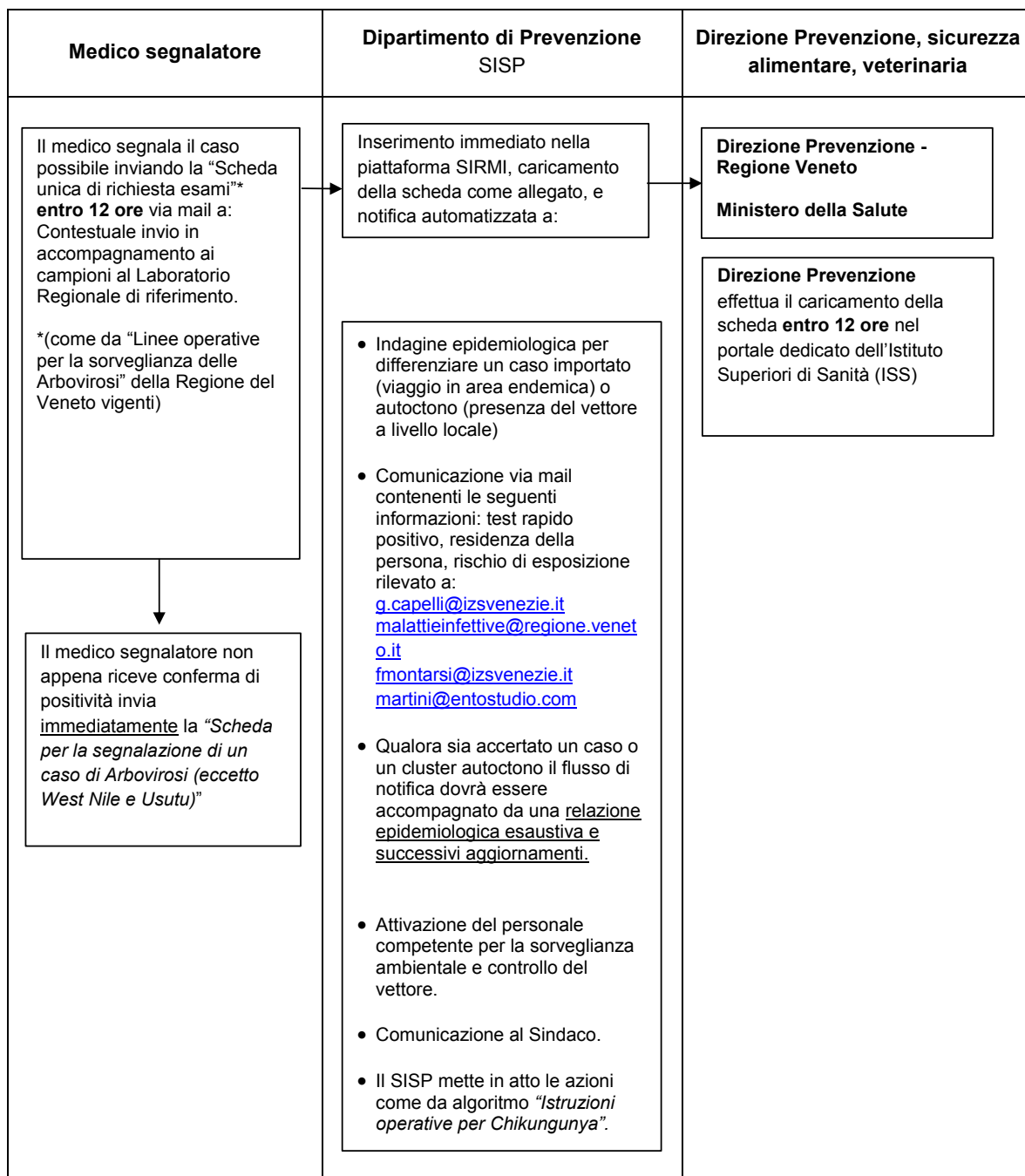
- **vaccinazione:** vaccino non disponibile.

E' importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare potenzialmente infette.



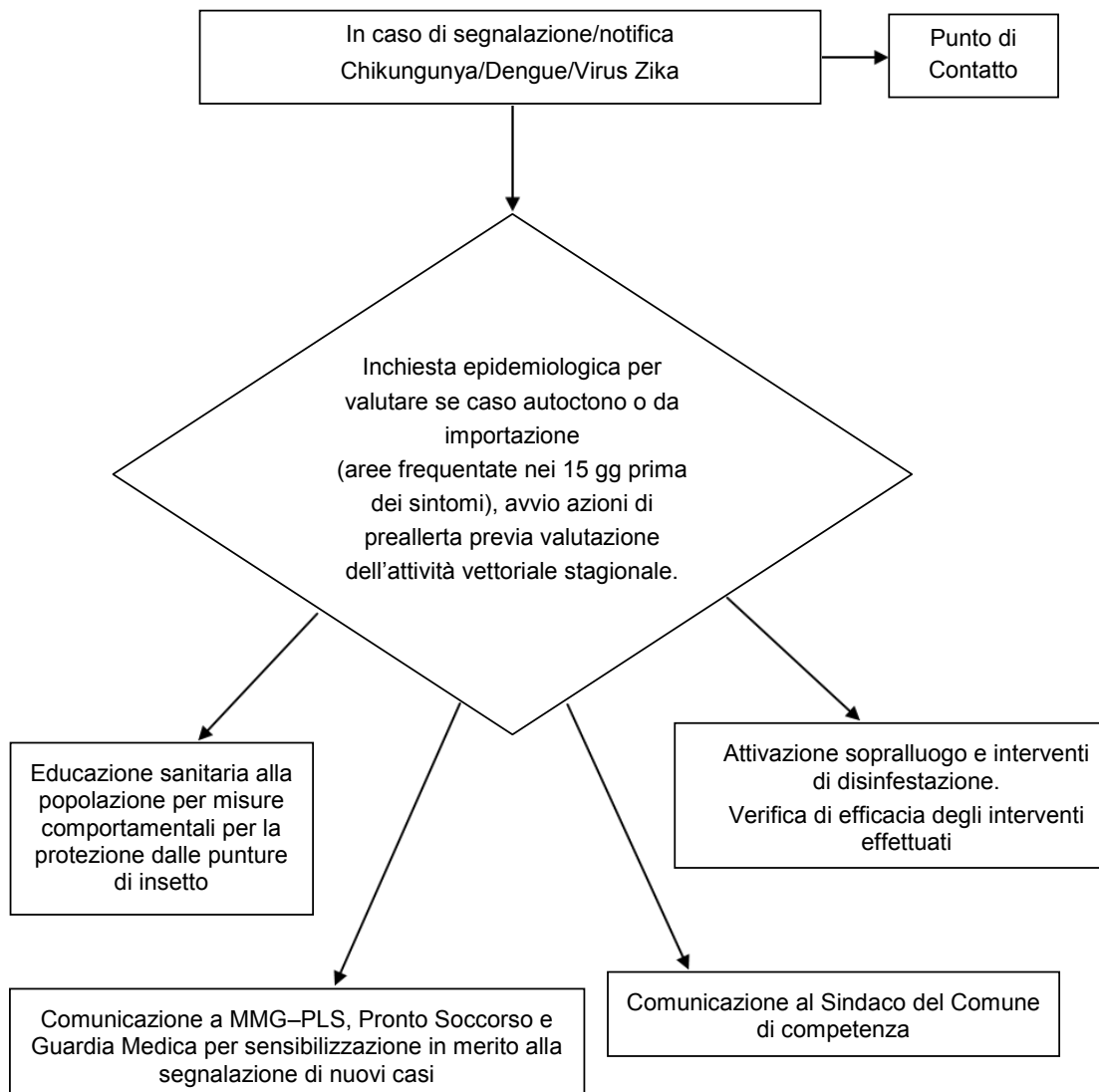
Flusso di segnalazione

CHIKUNGUNYA / DENGUE / VIRUS ZIKA / Encefalite da zecche





ISTRUZIONI OPERATIVE
CHIKUNGUNYA/DENGUE/ VIRUS ZIKA



COLERA

Descrizione:

E' una malattia acuta, diarroica, legata all'infezione intestinale da parte del batterio gram negativo *Vibrio cholerae* gruppo 01 o 0139. Altri sierogruppi, con o senza tossina, possono dare sintomi simil colera. Il vibrione predilige due ecosistemi: intestino umano e ambiente acquatico.

Di solito l'infezione è asintomatica/paucisintomatica; il 10% delle infezioni decorre in forma severa con esordio acuto e improvviso, diarrea acquosa profusa (feci ad acqua di riso) non dolorosa e spesso vomito. Nei casi non trattati si verifica rapida disidratazione, ipotermia, acidosi, collasso circolatorio, shock ipovolemico e morte; nei bambini può dare ipoglicemia e insufficienza renale. Nei casi gravi non trattati il tasso di letalità può superare il 50%, mentre con un trattamento adeguato è inferiore all'1%.

Il colera è endemico in alcune regioni dell'Asia, in Medio Oriente, Africa, America Centrale e Meridionale e negli Stati Uniti nella zona del Golfo del Messico. I casi importati in Europa, Giappone ed Australia hanno provocato epidemie circoscritte.

Nelle aree endemiche le epidemie di solito avvengono durante i mesi caldi. L'incidenza è più alta tra i bambini ma può comunque interessare soggetti di qualsiasi età.

Scheda specifica di Flusso: NO

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Periodo di incubazione:

12-72 ore dall'ingestione del batterio, fino ad un massimo di 5 giorni, a seconda della carica batterica.

Periodo di contagiosità:

Tutto il periodo in cui i microrganismi vengono escreti con le feci, solitamente cessa con la guarigione. Occasionalmente lo stato di portatore può persistere per diversi mesi. Gli antibiotici (tetracicline) riducono il periodo di contagiosità.

Modalità di trasmissione:

Ingestione di cibo o bevande contaminati direttamente o indirettamente da feci o vomito di persone infette, anche asintomatiche.

Veicoli di infezione sono pesci e molluschi contaminati, prodotti o avanzi di cereali cotti, non adeguatamente riscaldati. La trasmissione da persona a persona, anche degli operatori sanitari durante le epidemie, è raramente documentata. I contatti domestici di pazienti con il colera sono ad alto rischio di infezione, dato che questa spesso avviene attraverso fonti comuni di cibo e acqua contaminati. I vibrioni possono persistere nell'acqua per lunghi periodi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per rilevare la possibile fonte di esposizione.

Isolamento preferibilmente ospedaliero, con precauzioni enteriche, durante la fase acuta nei per i pazienti gravemente colpiti per garantire una migliore gestione clinica. Per considerare il paziente guarito, dovrebbero essere effettuate 3 coproculture a giorni alterni, iniziate dopo almeno 3 giorni dalla fine della terapia antibiotica. I casi meno gravi possono essere trattati in ambulatorio con reidratazione orale e appropriata terapia. L'aspetto più importante nel trattamento del colera è la reintegrazione dei liquidi e dei sali persi con la diarrea e il vomito. La reidratazione orale ha successo nel 90% dei casi, e può avvenire tramite assunzione di soluzioni ricche di zuccheri, elettroliti e acqua, e deve essere intrapresa immediatamente.



Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria per almeno 5 giorni dall'ultima esposizione per i soggetti che abbiano condiviso cibi e bevande di un paziente affetto da colera. I contatti stretti vanno sottoposti a chemioprolifassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

Indagare la possibilità di infezione da acque potabili o da cibo contaminato. In caso di epidemia adottare provvedimenti per assicurare un adeguato rifornimento di acqua potabile, clorare o bollire l'acqua da bere o per cucinare. Adottare adeguate misure per un efficace smaltimento dei liquami.

Profilassi:

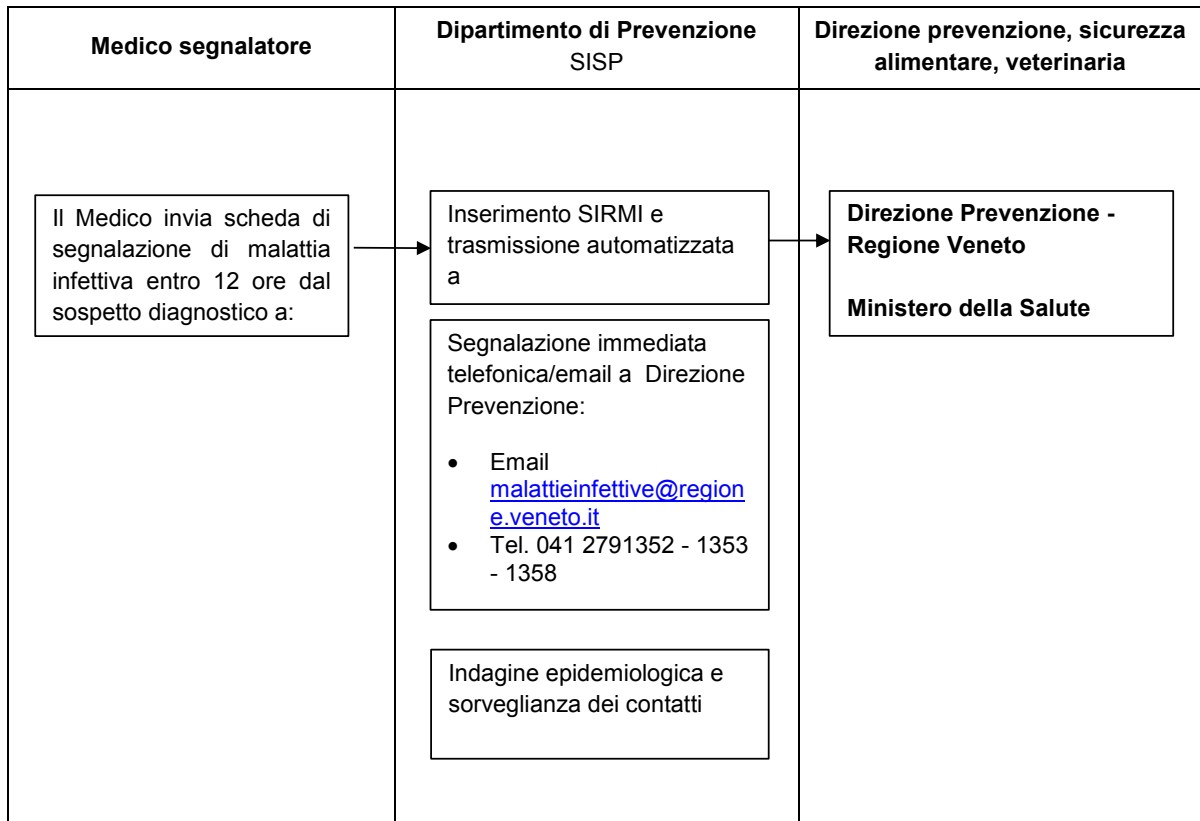
- **Vaccinazione:** è disponibile un vaccino orale che, per gli adulti e i bambini dai 6 anni di età, prevede la somministrazione di 2 dosi distanziate di 1-6 settimane e conferisce una protezione per 2 anni. Nei bambini di 2-6 anni la vaccinazione di base è costituita da 3 dosi a distanza di 1-6 settimane e una dose booster dopo 6 mesi. La vaccinazione è raccomandata ai viaggiatori diretti in aree endemiche o con epidemia di colera, specie se presentano fattori di rischio (ipocloridria, gastrectomia totale o parziale, malattia cardiaca, anziani, gruppo sanguigno 0).
- **Chemioprofilassi:** come da indicazioni in tabella.

Adulti	Tetraciline (500 mg x 4 volte/die) x 3 gg
	Doxicilina (300 mg in dose singola) x 3 gg
Bambini > 8 anni	Tetraciline 50 mg/Kg in 4 dosi oppure Doxicilina (6mg/Kg) x 3 gg



Flusso di segnalazione

COLERA



CREUTZFELDT-JAKOB (malattia di)

Descrizione:

il morbo di Creutzfeldt-Jakob (CJD) è una malattia neurodegenerativa rara e rientra fra le encefalopatie spongiformi trasmissibili (TSE) per l'aspetto che acquisiscono i tessuti cerebrali dei pazienti colpiti. Si suppone sia una patologia da prione, ed è invariabilmente fatale. La proteina prionica normale PrPC è espressa nei neuroni, e in minor quantità nei gliociti, in alcuni tessuti periferici, e nei leucociti; l'alterazione della PrPC nella forma PrPSc sarebbe alla base del CJD. Le funzioni esatte di PrPC sono poco chiare, ma parrebbe giocare un ruolo nell'adesione cellulare, nello stress e nel signalling. A tutt'oggi si riconoscono 3 forme principali: sporadica, familiare, e infettiva. Quella più frequente (circa l'85% dei casi) è la forma sporadica; non è ancora nota la causa ma probabilmente sono coinvolte alterazioni stocastiche in PrP, e colpisce persone di età superiore ai 50 anni. I sintomi tipici comprendono una progressione rapida verso uno stato di demenza, a cui è associato un andamento molto particolare dell'elettroencefalogramma, che però non sempre è presente; l'EEG patologico presenta delle scariche periodiche sincrone epilettiformi bilaterali (BiPEDs). Nel tessuto cerebrale, la malattia porta a lesioni che appaiono come dei "buchi" da cui il nome encefalopatia spongiforme.

La forma familiare (es. insonnia fatale familiare) è caratterizzata da una trasmissione con ereditarietà autosomica dominante, mentre la forma infettiva è rarissima, prevede il contagio tramite prione, ed è legata di solito alla via alimentare (es. consumo di tessuti animali contenenti prione), a procedure iatrogene (es. trapianto di tessuti infetti) e, teoricamente, è possibile la via verticale (madre-feto).

Una forma infettiva è la nuova variante del morbo di Creutzfeldt-Jakob (nvCJD), che è stata identificata per la prima volta nel 1996: ad oggi, la maggior parte dei casi si è registrata nel Regno Unito, con 178 casi fino a settembre 2018. Questa variante è legata al consumo di carne di bovini con encefalopatia spongiforme (malattia della mucca pazza) e colpisce principalmente persone in giovane età (dai 15 ai 50 anni) con una sopravvivenza media di circa 15 mesi. I sintomi della nuova variante sono: disturbi di tipo sensoriale, forti dolori, perdita di memoria, movimenti involontari, fino ad un vero e proprio stato demenziale, con mutismo e immobilità, fino alla morte generalmente per polmonite.

La malattia di Creutzfeldt-Jakob è stata segnalata in tutto il mondo.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Il periodo di incubazione è ignoto, ma può durare decenni.

Periodo di contagiosità:

I tessuti del SNC rimangono infettivi per tutto il periodo sintomatico della malattia. Altri tessuti e lo stesso liquor possono essere a volte contagiosi. L'infettività durante il periodo di incubazione non è nota, anche se studi condotti negli animali fanno pensare che gli organi linfoidi ed altri organi siano probabilmente infettivi prima che appaiano i segni della malattia.

Non è stata riportata la trasmissione interpersonale della CJD mediante sangue, latte, saliva, urine o feci, tuttavia alcuni studi recenti ipotizzano che anche le trasfusioni senza deplezione leucocitaria possano rappresentare una via di trasmissione.

Modalità di trasmissione:

La modalità di trasmissione è ancora oggetto di dibattito, ma si ipotizzano modifiche in PrPC. L'agente infettivo è una proteina mutata: proteina prionica scrapie (PrPSc) o prione.

Si tratterebbe di una forma modificata e quindi patologica della normale proteina prionica cellulare (PrPC), presente fisiologicamente in molti tessuti e cellule.



Alcuni dei prioni di nuova formazione resistono alla digestione da parte di proteasi neuronali e si accumulano lentamente, causando inoltre la trasformazione di altre PrPC circostanti in prioni e il processo continua. Quando raggiungono un certo numero, ne risulta la malattia.

L'estrema resistenza di queste molecole modificate le renderebbe in grado di sopportare molti processi di lavorazione della carne e di entrare nell'organismo umano per via alimentare. Da qui poi riuscirebbero a raggiungere il sistema nervoso centrale, inducendo la modificazione patologica alla base del decorso della malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Sono raccomandate le precauzioni standard. Non esistono trattamenti per la malattia di Creutzfeldt-Jakob. Il trattamento è di supporto.

I dati disponibili indicano che anche un contatto intimo prolungato con pazienti affetti da CJD non ha determinato la trasmissione della malattia.

Ad oggi la possibilità di prevenire la vCJD non è chiara. Si consiglia di eseguire biopsie cerebrali nei pazienti con diagnosi sospetta o certa di CJD per confermare la diagnosi e identificare nuove forme.

Nei casi con sospetto clinico di Malattia di Creutzfeldt-Jakob l'accertamento autoptico è obbligatorio (DM 21/12/2001).

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

L'indagine sui contatti e sulla fonte di infezione deve comprendere un'anamnesi completa con notizie circa precedenti interventi chirurgici o odontoiatrici, esposizione all'ormone della crescita e familiarità positiva per casi di demenza.

Profilassi:

I lavoratori che manipolano liquidi e tessuti di pazienti potenzialmente affetti da malattia di Creutzfeldt-Jakob devono indossare guanti ed evitare l'esposizione delle mucose. La pelle contaminata può essere disinfettata applicando idrossido di Na al 4% per 5-10 minuti seguito da lavaggio estensivo con acqua.

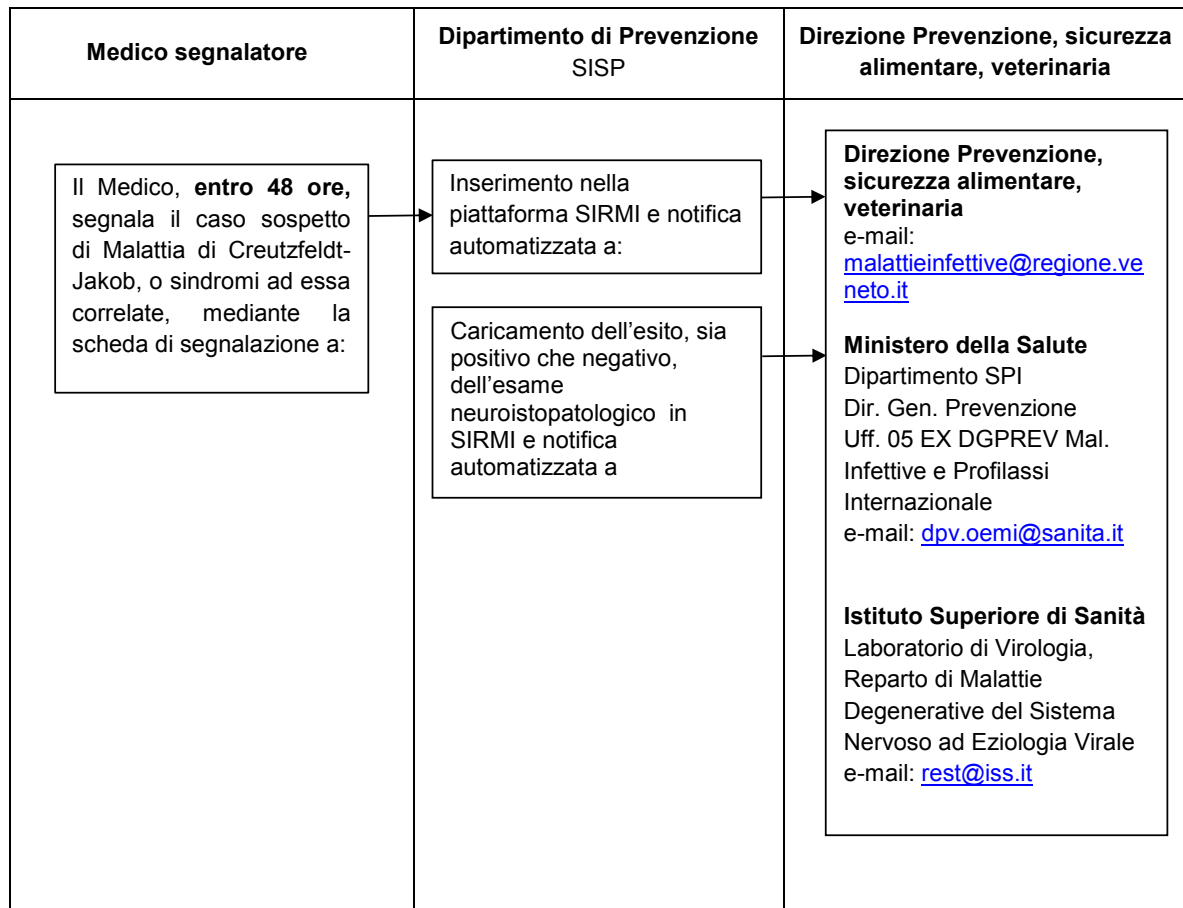
- **vaccinazione:** la vaccinazione contro le malattie da prione non è disponibile e non è stata dimostrata alcuna risposta immunologica all'infezione



Flusso di segnalazione

MALATTIA DI CREUZFELD JACOB

La variante della *Malattia di Creutzfeldt–Jacob* e le sindromi ad essa correlate (la *Sindrome di Gerstmann-Straussler-Scheinker*, l'*insonnia fatale familiare*) sono sottoposte a sorveglianza obbligatoria e devono essere segnalate sia al sospetto che nei casi accertati



DENGUE

Descrizione:

malattia acuta virale trasmessa all'uomo dalla puntura di zanzare infette del genere *Aedes*, soprattutto *A. aegypti*. Il virus della dengue comprende quattro sierotipi (1,2,3,4) distinti ma strettamente correlati che appartengono al genere *Flavivirus*, famiglia *Flaviviridae*. Si tratta di un arbovirus, in particolare di un morbovirus (mosquito-borne virus). Sono endemici nella maggior parte dei paesi tropicali e subtropicali. L'esordio della malattia è acuto e si caratterizza per la comparsa improvvisa di febbre, malessere, cefalea, dolore retro-orbitale, mialgia/artralgia, disturbi gastrointestinali, spesso seguiti da petecchie e rash cutaneo maculo-papulare. Nella maggior parte dei casi, (~80%) l'infezione decorre asintomatica o paucisintomatica, e in generale i sintomi si risolvono in 7 giorni senza ulteriori complicazioni. Talvolta, dopo un breve periodo di defervescenza, la malattia evolve in forme più gravi con elevata permeabilità capillare, emorragie e shock. La dengue grave (febbre emorragica) è una complicanza potenzialmente mortale che colpisce soprattutto i bambini ed è più comune in caso di reinfezione con un altro sierotipo.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

4-10 giorni dal morso del vettore infetto

Periodo di contagiosità:

non c'è trasmissione interumana, anche se l'uomo è il principale ospite e funge da serbatoio del virus per le zanzare non infette nel cosiddetto ciclo urbano; nel ciclo silvestre invece l'ospite principale è rappresentato dai primati non umani. La zanzara diventa contagiosa 8-12 giorni (periodo di incubazione estrinseco, o EIP) dopo aver ingerito sangue da paziente viremico e rimane capace di trasmettere il virus per il resto della sua vita. Le persone infette, sia sintomatiche che asintomatiche, possono trasmettere il virus alle zanzare 1-2 giorni prima dell'esordio dei sintomi e fino a 2 giorni dopo la fine della febbre. Possibile trasmissione con trasfusioni, trapianti e madre-feto (verticale).

Modalità di trasmissione:

attraverso la puntura di zanzare infette, soprattutto *A. aegypti* che vive in ambienti urbani e punge prevalentemente la mattina presto e la sera prima del tramonto. Focolai di dengue sono stati attribuiti anche ad *A. albopictus*, *A. polynesiensis* e diverse specie del gruppo *A. scutellaris*. Il virus viene mantenuto in circolazione grazie ad un ciclo che coinvolge l'uomo, le scimmie e la zanzara. Durante la fase viremica (di solito 4-5 giorni, ma può arrivare anche a 12 giorni) possibile trasmissione con trasfusioni, trapianti e madre-feto (verticale).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per tracciare la via di contagio, e determinare i luoghi di soggiorno, in modo da programmare le attività di controllo del vettore. Isolamento fiduciario.

Prevenire le punture di zanzara dei pazienti fino alla defervescenza (zanzariere, insetticidi).

Terapia di supporto (antipiretici, antinfiammatori, idratazione, riposo a letto). L'acido acetilsalicilico è controindicato. Isolamento fiduciario del paziente.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

evitare contatto ematico in fase viremica. Adottare misure di protezione dalle punture di insetto ed educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

- disinfestazione ordinaria: per merci provenienti da Paesi endemici, disinfestazione da zanzare e azioni specifiche per contrastare la proliferazione degli insetti vettori, in ambiente urbano e domestico
- disinfestazione straordinaria come da protocollo regionale.



Profilassi:

- **vaccinazione:** esiste un vaccino tetravalente (contro i 4 sierotipi), ma non è disponibile in Italia. Le raccomandazioni internazionali sono di riserverlo SOLO a chi viva in zone endemiche e abbia già avuto una infezione da dengue. È importante, per chi viaggia in zone endemiche e soggiorna in zone a rischio, adottare misure comportamentali per ridurre le punture di zanzare potenzialmente infette.

Vedi flusso di segnalazione ed istruzioni operative in Chikungunya/Dengue/virus Zika.



DIFTERITE**Descrizione**

La Difterite è una malattia infettiva provocata da batteri aerobi Gram positivi principalmente della specie *Corynebacterium diphtheriae*. Più raramente la malattia è causata da *Corynebacterium ulcerans* e *Corynebacterium pseudotuberculosis*. Tutte e tre le specie sono in grado, se infettate da un batteriofago tossigeno, di produrre la tossina difterica responsabile dei quadri clinici più severi. In base al sito anatomico coinvolto si distingue una forma respiratoria (naso, tonsille, faringe, laringe) e una forma non-respiratoria (cute e altre membrane mucose).

Tempi di segnalazione

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: NO**Periodo di incubazione**

2-5 giorni

Periodo di contagiosità

nei soggetti non trattati, il patogeno è presente nelle secrezioni di naso e gola e nelle lesioni cutanee e mucose da 2 a 6 settimane dopo l'infezione; pazienti trattati con appropriata terapia antimicrobica generalmente non sono più infettivi 48 ore dopo l'inizio del trattamento.

Modalità di trasmissione

per via aerea, attraverso le goccioline di saliva (droplets) e le secrezioni respiratorie, sia per via diretta (tosse, starnuti) che indiretta (dispersione delle goccioline e secrezioni su superfici e oggetti)

Provvedimenti nei confronti del malato

Inchiesta epidemiologica.

Nei confronti del malato e del portatore asintomatico di ceppo tossigeno si ricorre a:

1. terapia antibiotica: è fondamentale per eradicare il patogeno e prevenire la trasmissione ad altre persone. La scelta del regime terapeutico deve tenere conto della sensibilità del ceppo all'antibiogramma ed eventuali controindicazioni.

Principio attivo	Fascia di età	Posologia	Via somministrazione	Durata
Eritromicina (Claritromicina o Azitromicina in alternativa)	Bambini	40-50 mg/kg/die suddivisi in quattro somministrazioni	p.o. o i.m.	14 giorni
	Adulti	2 g/die suddivisi in quattro somministrazioni	p.o. o i.m.	14 giorni
Benzilpenicillina	Bambini	100.000 U/kg/die suddivise in due somministrazioni	i.m.	14 giorni
	Adulti	4.000.000 U/die suddivise in due somministrazioni	i.m.	14 giorni
Penicillina G procaina	Bambini	50.000 U/kg/die in unica somministrazione	i.m.	14 giorni
	Adulti	1.200.000 U/die in unica somministrazione	i.m.	14 giorni



2. profilassi passiva con siero equino anti-difterico: il siero deve essere somministrato tempestivamente nei casi con quadro clinico di difterite respiratoria classica oppure con segni e sintomi di tossicità sistemica riconducibili alla tossina (es. segni di tossicità cardiaca o renale, paralisi nervosa periferica)
3. isolamento: per le forme respiratorie è necessario applicare sia le precauzioni da contatto sia quelle da droplets, che includono isolamento del soggetto in stanza singola, disinfezione continua del morbillo e degli oggetti venuti in contatto con le secrezioni, utilizzo di dpi per visitatori e caregivers; per le forme cutanee si effettuano una copertura della lesione con garze o cerotti, isolamento del soggetto in stanza singola o isolamento spaziale, disinfezione continua mobiliario ed oggetti venuti in contatto con il patogeno.
4. vaccinazione: soggetti infetti non immunizzati in precedenza devono ricevere subito una dose di vaccino e completare l'immunizzazione attiva durante la convalescenza; soggetti infetti già immunizzati in precedenza in modo parziale devono completare il ciclo vaccinale durante la convalescenza.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Si considera *contatto stretto* un soggetto esposto alle secrezioni del caso probabile e/o confermato nei 10 giorni precedenti l'esordio dei sintomi e fino a 48 ore dall'inizio di appropriata terapia antibiotica. Se la possibile fonte della trasmissione è un portatore asintomatico, va considerato *contatto stretto* chiunque sia stato esposto alle sue secrezioni nei 10 giorni precedenti.

Nei confronti dei contatti stretti si adottano i seguenti provvedimenti immediati:

1. *esecuzione di tamponi nasale e faringeo* per l'identificazione dello stato di portatore; in caso di positività eseguire test di tossigenicità sul ceppo isolato
2. *isolamento domiciliare*
3. *temporanea esclusione dal lavoro* nel caso di contatti che svolgono occupazioni ad alto rischio di trasmissione (es. operatori sanitari, scolastici e di assistenza, addetti alla preparazione, manipolazione o somministrazione di cibo)
4. *profilassi antibiotica*: eritromicina per 7-10 giorni, oppure benzatina penicillina G in singola somministrazione
5. *vaccinazione anti-difterica*: somministrazione di un richiamo nei soggetti che abbiano effettuato un ciclo vaccinale completo (almeno 3 dosi) con ultima dose di vaccino risalente a più di cinque anni prima, somministrazione immediata di una dose di vaccino e completamento del ciclo vaccinale nei soggetti senza precedente vaccinazione, completamento del ciclo vaccinale nella fase di convalescenza nei soggetti con precedente immunizzazione incompleta
6. *sorveglianza sanitaria attiva* per 7 giorni dall'ultimo contatto

In base agli esiti degli esami microbiologici eseguiti sul *caso indice* si adottano i successivi provvedimenti nei confronti del contatto stretto:

1. il ceppo isolato è tossigeno: il contatto stretto prosegue con l'isolamento domiciliare e l'eventuale esclusione dal lavoro e, ad almeno 24 ore dal completamento della profilassi antibiotica, esegue due tamponi di controllo a distanza di almeno 24 ore l'uno dall'altro. Se i tamponi di controllo risultano negativi, il contatto stretto interrompe l'isolamento domiciliare e l'eventuale esclusione dal lavoro; se i tamponi risultano positivi bisogna eseguire il test di tossigenicità sul ceppo isolato ed attendere il risultato
2. il ceppo isolato non è tossigeno: il contatto stretto interrompe l'isolamento domiciliare e l'eventuale esclusione dal lavoro, completa la profilassi antibiotica senza eseguire tamponi di controllo

L'isolamento di un ceppo tossigeno su un contatto stretto, indipendentemente dalla fase in cui avvenga (tamponi iniziale o tamponi di controllo a fine profilassi), impone di classificare il soggetto come "portatore asintomatico di ceppo tossigeno".



Provvedimenti sull'ambiente

Non previsti.

Profilassi

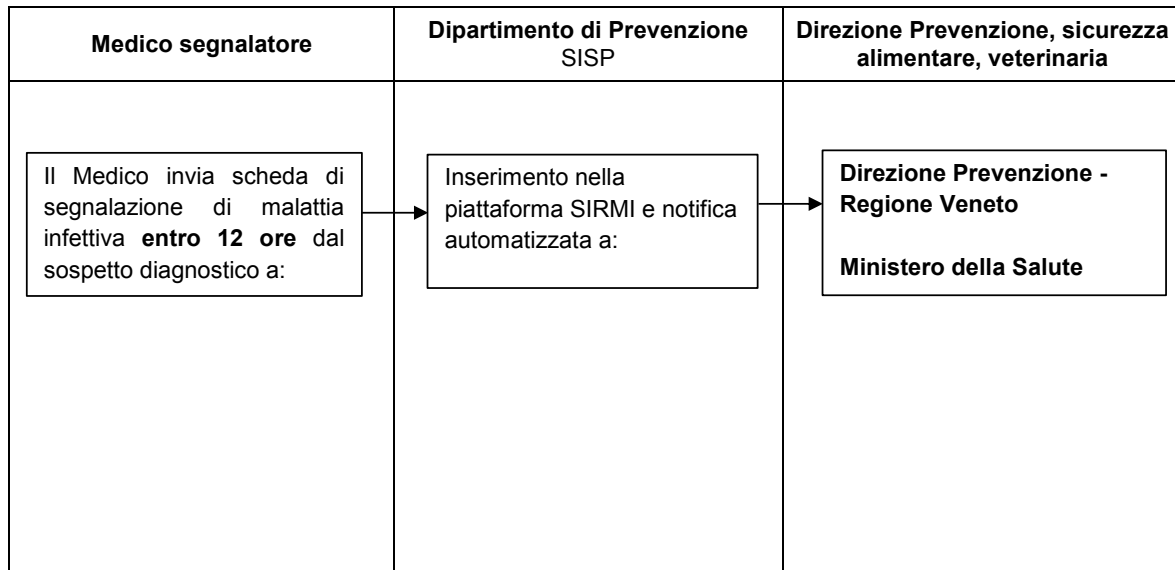
In Italia la vaccinazione contro la difterite è offerta a tutti i nuovi nati e prevede la somministrazione di tre dosi nel primo anno di vita. Il Ministero raccomanda la vaccinazione dei nuovi nati con il vaccino esavalente, che protegge anche contro il tetano, la poliomielite, la pertosse, l'epatite virale B e le infezioni invasive da *Haemophilus influenzae b*. Un richiamo viene effettuato all'età di 5-6 anni in associazione con i vaccini contro la difterite, la pertosse e la poliomielite (vaccino quadrivalente). Poiché la protezione non è duratura, sono consigliati ulteriori richiami ogni 10 anni. È consigliato effettuare i richiami in associazione con il vaccino contro il tetano e la pertosse (dTap). Gli adulti non vaccinati e i bambini di età >7 anni non vaccinati o che non hanno completato il ciclo vaccinale ricevono la formulazione per adulti. Il ciclo primario è costituito da 2 dosi di vaccino contro tetano e difterite (dT) e una terza dose associata anche al vaccino contro la pertosse (dTap).

Successivamente sono raccomandati richiami ogni 10 anni, preferibilmente in associazione con il vaccino contro la difterite e la pertosse (dTap). L'unica controindicazione alla vaccinazione è la manifestazione di una reazione allergica grave ad una precedente dose o agli eccipienti contenuti nel vaccino.



Flusso di segnalazione

DIFTERITE



ENCEFALITE DA ZECCHIE (TBE: TICK-BORNE ENCEPHALITIS)

Descrizione:

Malattia virale acuta causata da un arbovirus in particolare un tbovirus (tick-borne virus), appartenente al genere *Flavivirus*, famiglia Flaviviridae e trasmessa dal morso di zecca. Vi sono tre sottotipi di virus della TBE: europeo, siberiano e dell'Estremo Oriente. La TBE è endemica in molti Paesi dell'Europa centro-orientale e settentrionale, Italia compresa. Le zecche svolgono sia il ruolo di vettore sia quello di serbatoio del virus; restano infette tutta la vita, e possono contrarre l'infezione o col sangue infetto di un ospite o per via transovarica, dalla madre. Le specie di zecche più frequentemente coinvolte sono le cosiddette zecche dure (fam. Ixodidae), *Ixodes ricinus* (virus sottotipo europeo) e *Ixodes persulcatus* (virus sottotipi siberiano e orientale), che parassitano roditori, cervidi, ovini, caprini e uccelli. Altre zecche dure che possono trasmettere il virus sono *Dermacentor* (zecca del cane) ed *Haemaphysalis*

L'infezione umana decorre in maniera asintomatica o paucisintomatica nei due terzi dei casi. Nei rimanenti, dopo un periodo d'incubazione di 3-28 giorni, si manifestano sintomi simil-influenzali come febbre alta, cefalea, mal di gola, astenia, mialgie e artralgie. Talvolta, dopo un intervallo senza sintomi di 8-20 giorni, possono comparire segni di coinvolgimento del sistema nervoso centrale (meningite, encefalite, paralisi flaccida). Nei bambini la malattia tende ad essere più lieve, con progressivo aumento della severità all'avanzare dell'età

Tempi di segnalazione

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione

3-28 giorni (in media 7); più breve (3-4 giorni) in caso di trasmissione alimentare.

Periodo di contagiosità

la TBE non è soggetta a trasmissione interumana; fa eccezione la trasmissione verticale madre-feto/neonato.

Modalità di trasmissione

l'uomo viene infettato prevalentemente attraverso il morso di una zecca infetta, soprattutto nel periodo primaverile-estivo; i soggetti più a rischio sono quelli esposti per ragioni professionali o ricreative ad ambienti selvatici o rurali dove le zecche trovano il loro habitat ideale. Sono segnalati casi di trasmissione verticale madre-feto o madre-neonato (attraverso il latte materno) o alimentare (consumo di latte crudo proveniente da animali infetti). Nell'ambito di laboratori analisi è stata descritta la trasmissione per inalazione di aerosol e per puntura con ago contaminato. L'uomo non sviluppa viremie capaci di infettare eventuali vettori.

Provvedimenti nei confronti del malato

Inchiesta epidemiologica per determinare, se possibile, alla modalità di contagio. terapia di supporto; non esiste terapia specifica.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti: precauzioni standard per prevenire la trasmissione del virus dal soggetto viremico ai contatti.

Provvedimenti nei confronti degli esposti: nel caso in cui si rinvenga una zecca sul proprio corpo, è necessario rimuoverla delicatamente con una pinzetta (o con apposito strumento acquistato in farmacia) cercando di non schiacciarla e di non spezzare l'apparato buccale. La manovra di estrazione deve essere verticale, senza torsioni e senza troppa forza, e la pinzetta va spinta in basso fino al capitulum (la "testa"). Bisogna evitare di applicare sul parassita fonti di calore o sostanze chimiche o oleose: queste manovre facilitano il rigurgito di sangue da parte della zecca aumentando la probabilità di trasmissione di eventuali agenti infettivi. Dopo aver rimosso la zecca occorre disinfettare accuratamente la cute, usando disinfettanti non colorati in modo da poter monitorare la cute ed



identificare l'eventuale comparsa di eritemi. Se l'apparato buccale è rimasto conficcato nella cute, rimuoverlo con un ago sterile.

Provvedimenti sull'ambiente: nelle aree naturali più frequentate dalle persone, lo sfalcio regolare dell'erba e la rimozione del fogliame depositato sul terreno contribuiscono a ridurre gli habitat in cui le zecche possono annidarsi. Inoltre, è opportuno ispezionare ogni giorno la cute degli animali domestici per individuare parassiti ed eventualmente intervenire con acaricidi o repellenti specifici.

Profilassi: vaccinazione e misure comportamentali

È disponibile un vaccino inattivato somministrato per via intramuscolare, preferibilmente nella regione deltoidea; il ciclo vaccinale di base prevede tre dosi (0, 1-3 mesi, 6-15 mesi) con un primo richiamo dopo 3 anni e successivi richiami ogni 5 anni (ogni 3 anni per le persone dai 60 anni in su). È disponibile la formulazione pediatrica che è indicata nei bambini di età compresa da 1 a 15 anni. Per ottenere la protezione immunitaria prima dell'inizio dell'attività stagionale delle zecche, che avviene in primavera, la prima e la seconda dose devono essere somministrate nei mesi invernali.

Le persone che frequentano gli habitat naturali delle zecche dovrebbero adottare una serie di precauzioni per ridurre la probabilità di essere morsi:

- evitare per quanto possibile di entrare in contatto con l'erba alta, i cespugli e il terreno coperto di foglie, in cui le zecche si annidano;
- proteggersi con indumenti adeguati (pantaloni lunghi infilati negli scarponi e maniche lunghe) ed utilizzare repellenti a base di DEET o permetrina;
- al ritorno dall'escursione o dal soggiorno all'aperto, ispezionare accuratamente la propria pelle, i propri effetti personali e i propri animali domestici per individuare eventuali zecche;
- sciacquarsi sotto la doccia appena possibile per lavare via eventuali zecche;
- lavare i vestiti in acqua calda oppure trattarli in asciugatrice per uccidere eventuali zecche.

Per prevenire la trasmissione alimentare è opportuno non consumare latte e latticini non pastorizzati, soprattutto se derivano da animali allevati in aree endemiche.

Vedi flusso di segnalazione in Chikungunya/Dengue/virus Zika.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS A

Descrizione:

Malattia febbrile acuta provocata dal virus dell'Epatite A (HAV), trasmessa per via oro-fecale attraverso l'ingestione di cibi o acqua contaminati. Il quadro clinico può variare da lieve a severo, con febbre, malessere, inappetenza, nausea, disturbi digestivi, urine scure e ittero. I bambini minori di 6 anni tendono ad avere forme lievi o asintomatiche. Rare le forme fulminanti a carico di soggetti già epatopatici.

Diffusa in tutto il mondo, endemica nei Paesi in via di sviluppo.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Generalmente 14-28 giorni (può arrivare fino a 50 giorni).

Periodo di contagiosità:

massima contagiosità da 1–2 settimane prima dell'esordio dei sintomi fino a 1 settimana dopo la comparsa dell'ittero. Il virus è presente nelle feci 7-10 giorni prima dell'esordio dei sintomi e fino a una settimana dopo, mentre è presente nel sangue solo per pochi giorni. Infanti e bambini possono diffondere il virus fino a oltre 6 mesi dopo l'infezione.

Modalità di trasmissione:

La principale via di trasmissione è quella oro-fecale, tramite cibo/bevande contaminate da feci infette. Il virus è anche trasmesso tramite contatto fisico intimo (es. sesso orale- anale) con un soggetto infetto. Altre vie meno frequenti di contagio sono l'utilizzo di droghe per via endovenosa. Raramente il passaggio verticale da madre a bambino, e le trasfusioni.

Epidemie in asili nido e comunità frequentate da bambini con pannolino sono favorite da carenze norme igieniche.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per tracciare la catena del contagio. Allontanamento da eventuali collettività e precauzioni enteriche (stanza e bagno dedicati al paziente, uso di guanti e vestiario monouso se prevista la manipolazione delle feci del paziente) per 15 giorni dalla diagnosi fino a 7 giorni dopo la comparsa dell'ittero.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria di 50 giorni per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo alimenti, ecc.).

La profilassi post-esposizione, vaccinale (SOLO monovalente anti-HAV) o con IgG, deve essere somministrata ai familiari e alle persone che sono venute a stretto contatto con i pazienti affetti da epatite A, idealmente entro 12 giorni dal contatto a rischio.

Valutare l'opportunità di applicare l'art. 42 e seguenti, Titolo V. del DPR n. 1518 del 22.12.1967 per le collettività infantili (asili nido e scuole materne).

Valutare l'opportunità di adottare provvedimenti nei confronti del personale in ambito lavorativo alimentare del caso indice, qualora l'indagine evidenzia un rischio di trasmissione attraverso la manipolazione di alimenti.



Provvedimenti sull'ambiente:

Miglioramento dal punto di vista igienico-sanitario in campo alimentare e nell'approvvigionamento idrico.

Educazione sanitaria della popolazione con particolare riferimento a operatori sanitari, addetti alla manipolazione e somministrazione di alimenti, operatori di asilo nido e scuole materne.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** il ciclo completo di vaccinazione rappresenta la migliore prevenzione contro il virus. Vaccinare le persone a rischio (p. es., i viaggiatori in aree endemiche, il personale di laboratorio).
- Contatti (SOLO con vaccino monovalente anti-HAV);
- Personale impegnato nell'assistenza sanitaria e della prima infanzia, in caso di epidemia estesa.
- **Profilassi post-esposizione:** la somministrazione del vaccino entro 8 giorni dall'esposizione ha mostrato un'efficacia di oltre l'80%. Considerata la breve durata dell'esposizione, la variabilità e la tendenza alla diminuzione del titolo anticorpale nelle immunoglobuline, l'intervento con vaccino è da considerare preferibile all'impiego delle gammaglobuline.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS B

Descrizione:

Malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite B (HBV). La gran parte delle infezioni decorre asintomatica, soprattutto nei soggetti minori di 5 anni, mentre nei soggetti di età maggiore è più frequente (~40% dei casi) la presenza di sintomi indicativi di una forma acuta, clinicamente indistinguibile da altre epatiti virali. Complessivamente, quasi il 90% delle infezioni si risolve in modo completo, garantendo un'immunità a lungo termine. Circa il 5-10% dei casi evolve verso la forma cronica, con rischio di evoluzione in cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare (HCC). In particolare cronicizza meno del 5% delle infezioni dell'adulto, mentre la percentuale di cronicizzazione è del ~95% nelle infezioni dell'infanzia. Ha una letalità quasi dell'1%, che tende ad aumentare oltre i 40 anni di età.

E' diffusa in tutto il mondo, ed ha caratteristiche endemiche con minime variazioni stagionali.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 30 a 180 giorni, mediamente 60-90 giorni.

Periodo di contagiosità:

Inizia mediamente dopo 2 settimane dall'avvenuta infezione, ed è coincidente con la rilevazione di HBsAg nel sangue. Il soggetto è comunque contagioso fintanto che rimane HBsAg positivo..

Modalità di trasmissione:

La trasmissione avviene per via parenterale (es. trasfusioni, ferite con taglienti infetti), per via sessuale e per via verticale (es. madre a figlio durante la gravidanza).

Non è stata dimostrata la trasmissione oro-fecale o da vettori.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per tracciare la catena del contagio.

In caso di forme acute, il paziente andrà allontanato dalle collettività fino a guarigione clinica. In caso invece di pazienti cronicamente infettati, sono importanti le norme igienico/comportamentali atte a ridurre il rischio di infezione in conviventi e contatti.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Ricerca marker di epatite B nei conviventi e in eventuali contatti a rischio (es. partner sessuali) rilevati durante l'inchiesta. Vaccinazione di conviventi e contatti stretti preferibilmente entro una settimana dall'esposizione.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici infetti.

Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **vaccinazione:** Il vaccino attualmente in uso è prodotto con tecniche di ingegneria genetica, si è dimostrato sicuro ed efficace e fornisce immunità di lunga durata. In Italia, dal 1991 la vaccinazione è obbligatoria per tutti i nuovi nati e, fino al 2003, lo è stata anche per gli adolescenti a 12 anni, e fortemente raccomandata per i gruppi di popolazione a maggior rischio d'infezione (tossicodipendenti, conviventi di portatori cronici, personale sanitario, ecc).
- **chemioprolifassi:** non indicata;
- **immunoglobuline:** conferiscono una protezione a breve termine (3-6 mesi) e sono indicate, contemporaneamente alla prima dose di vaccino, nel trattamento post-esposizione di soggetti suscettibili.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS C

Descrizione:

Malattia infettiva provocata dal virus dell'epatite C (HCV). I segni e i sintomi dell'infezione non si differenziano da quelli di altre epatiti acute virali, tuttavia nella maggior parte dei casi (80%) l'infezione iniziale è asintomatica. In coloro che manifestano clinicamente la malattia, possono esserci inappetenza, nausea, vomito, febbre, dolori addominali, urine scure, feci pallide, artralgia e ittero. Il decorso fatale è raro (0,1% dei casi), mentre frequente (85% dei casi) è la cronicizzazione; il 20-30% di questi sviluppa, nell'arco di 10-20 anni, cirrosi e, circa l'1-4%, un successivo epatocarcinoma. La distribuzione del virus è universale, molto spesso correlata alle pratiche parenterali in ambito sanitario.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 2 settimane a 6 mesi, per lo più è compreso fra 6 e 9 settimane. Nelle forme acute, di norma, l'RNA virale non è rilevabile nel plasma/siero prima di 2 settimane dall'infezione.

Periodo di contagiosità:

da una o più settimane prima dell'esordio dei sintomi e per un periodo indefinito. Tutte le persone con HCV RNA sono infettive (l'anticorpo non implica infettività)

Modalità di trasmissione:

Principalmente per via parenterale, con l'uso di taglienti infetti, sangue/emoderivati non verificati per HCV, e molto meno frequentemente con altre procedure dove ci sia contatto di sangue, come tatuaggi o contatti sessuali. Meno frequente, ma possibile, è la trasmissione perinatale madre/bambino.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento dalle collettività fino a guarigione clinica dalla fase acuta. Norme igienico-comportamentali per evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari. Educazione sanitaria rispetto alle norme igienico-comportamentali per conviventi e contatti stretti.

Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici. Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- Vaccinazione: vaccino non disponibile.
- Immunoglobuline: Vista l'assenza di studi che ne dimostrino l'efficacia, non si raccomanda l'uso di immunoglobuline post-esposizione.

Terapia:

Oltre il 90% delle infezioni croniche è curabile tramite i DAAs (Direct Acting Antivirals) pan-genotipici, utilizzabili a partire da soggetti maggiori di 12 anni. La terapia di solito è breve, da 12 a 24 settimane.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS D

Descrizione:

il virus dell'epatite D, o virus delta, (HDV) provoca l'infezione solo in associazione con il virus B (HBV). L'infezione può essere contemporanea (coinfezione) oppure il virus D può infettare un soggetto già cronicamente infettato con il virus B (superinfezione). Nella coinfezione di solito (>95% dei casi) si ha una forma autolimitata, mentre nella superinfezione può accadere spesso (70-90% dei casi) che l'epatite cronica acceleri la sua evoluzione. L'infezione cronica da HBV e HDV è considerata l'epatite virale cronica più severa a causa della più rapida evoluzione verso complicazioni diffuse particolarmente in Italia meridionale, Europa orientale, Sud America, Africa, Medio Oriente e Sud America.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore per dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Da 2 a 8 settimane.

Superinfezione: 70-80% dei casi sviluppa cirrosi e insufficienza epatica entro 5-10 anni, 15% dei casi li sviluppa in 1-2 anni

Periodo di contagiosità:

Attualmente non noto.

Modalità di trasmissione:

per inoculazione parenterale, cutanea o mucosa, attraverso emoderivati, iniezioni, rapporti sessuali, ma solo in presenza dell'HBV.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento dalle collettività fino a risoluzione clinica della forma acuta. Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca della fonte di infezione al fine di prevenire casi secondari. Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione di suppellettili e attrezzature contaminate con sangue e liquidi organici. Corretto smaltimento del materiale potenzialmente infetto.

Profilassi:

- **vaccinazione:** sono indicate le stesse misure di controllo e di prevenzione dell'epatite B. Dato che l'HDV non può essere trasmesso in assenza di HBV, la vaccinazione contro l'Epatite B è protettiva anche per l'Epatite D.



EPATITE VIRALE ACUTA DA VIRUS E

Descrizione:

malattia acuta provocata dal virus dell'Epatite E (HEV) della famiglia degli *Herpesviridae*. Esistono 4 genotipi di HEV (1, 2, 3 e 4). Si manifesta generalmente con ittero, malessere, anoressia, febbre, dolori addominali e artralgia. Il decorso può anche essere sub clinico.

I bambini tendono ad avere forme asintomatiche o paucisintomatiche, mentre le donne in gravidanza tendono ad avere forme più severe, con mortalità del 10-25% nel terzo trimestre. Tende a causare epatiti acute ma raramente l'infezione può cronicizzare, solitamente nei soggetti con gravi immunodeficienze ed infettati da HEV 3 o 4.

È presente in tutto il mondo: epidemie e casi sporadici sono stati registrati principalmente in aree geografiche con livelli igienici inadeguati. Nei Paesi industrializzati, invece, la maggior parte dei casi riguarda persone di ritorno da viaggi in Paesi endemici. Tuttavia, nei Paesi industrializzati è in aumento il numero di casi autoctoni.

Tempi di segnalazione:

entro le 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

range 2-10 settimane, ma in media 5-6 settimane.

Periodo di contagiosità:

non noto.

HEV è stato identificato nelle feci 14 giorni dopo l'insorgenza dell'ittero e all'incirca 4 settimane dopo l'ingestione di cibo e acqua contaminati e persiste per circa 2 settimane.

Modalità di trasmissione:

principalmente per via oro-fecale soprattutto attraverso l'ingestione di acqua contaminata. L'HEV dei genotipi 3 e 4, può avere come ospiti anche altri animali (es. cinghiali, maiali, cervi). I genotipi 1 e 2 circolano solo nell'uomo.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento da collettività fino a risoluzione clinica della forma acuta. Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per la ricerca di casi secondari o altri casi sfuggiti alla diagnosi, qualora si sospetti una fonte di infezione comune (viaggio, consumo acqua contaminata etc...). Educazione sanitaria per norme igienico-comportamentali finalizzate ad evitare la trasmissione dell'infezione.

Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

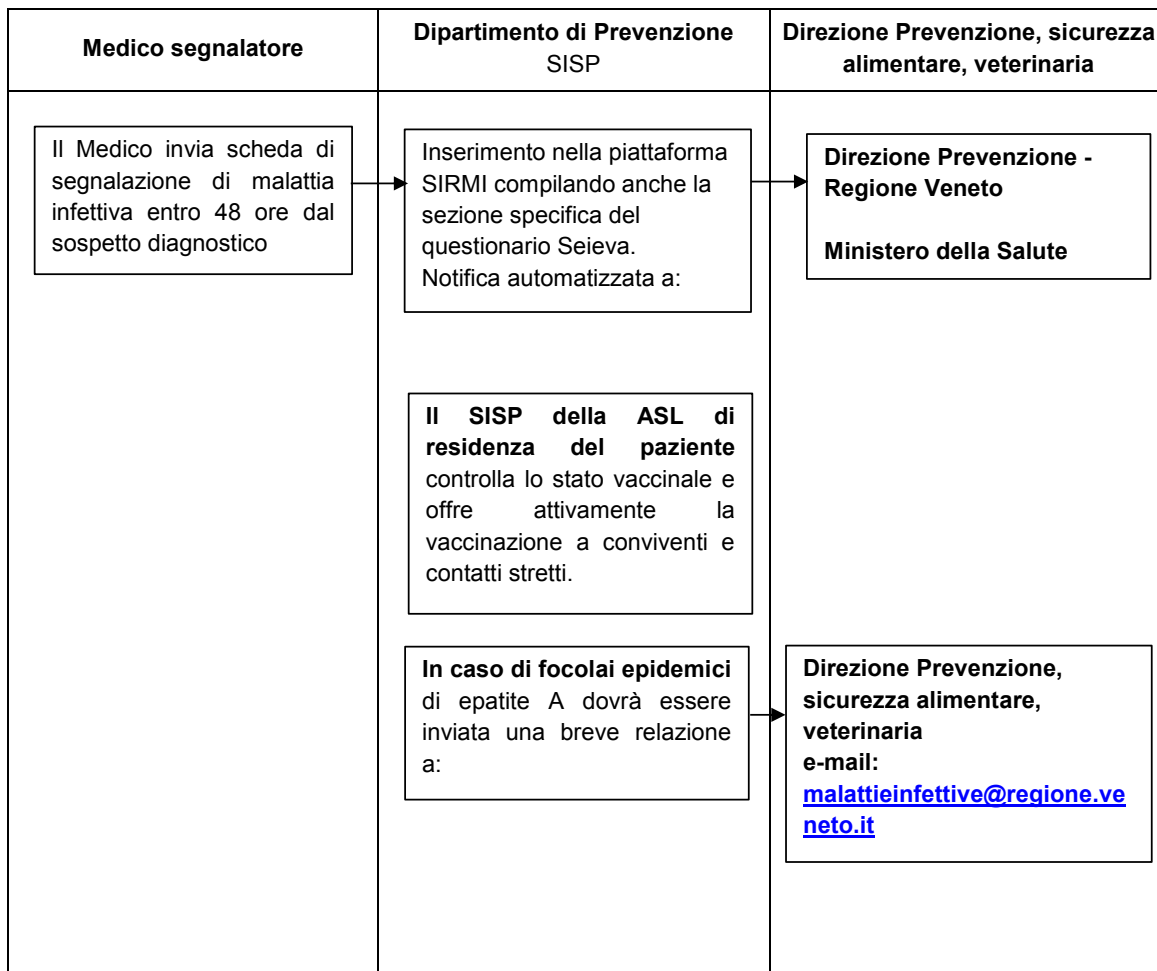
Profilassi:

- **vaccinazione:** è stata proposta la somministrazione di gammaglobuline, soprattutto nelle donne gravide, ma la loro efficacia deve essere dimostrata. Sono in corso studi clinici sperimentali per la commercializzazione di due vaccini.



Flusso di segnalazione

EPATITE A-B-C-D-E



FEBBRE DI LASSA

Descrizione:

La febbre di Lassa è una zoonosi causata dal virus Lassa (LASV), della famiglia *Arenaviridae*. La gran parte delle infezioni (~80%) decorre in modo asintomatico. Sintomi comuni sono febbricola, malassere generale, cefalea e astenia.

Circa il 20% delle infezioni decorre però in modo più serio, con manifestazioni emorragiche (es. nasali, oculari), distress respiratorio, vomito frequente, dolori toraco-addominali, shock, insufficienza multiorgano. Possono sopraggiungere complicazioni neurologiche come sordità (circa 1/3 degli infetti può sviluppare forme di ipoacusia permanente) ed encefaliti. La malattia ha una durata variabile da 1 a 4 settimane. La mortalità complessiva è ~1% (superiore al 15% negli ospedalizzati). La mortalità ospedaliera può aumentare in caso di epidemie. La malattia è endemica in Africa occidentale: Sierra Leone, Liberia, Guinea e in alcune regioni della Nigeria.

Tempi di segnalazione:

Entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda Specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

6-21 giorni.

Periodo di contagiosità:

Non è ancora chiaro in modo definitivo quando e per quanto tempo le persone infettate risultano contagiose. Si sa che dopo circa 3 settimane dall'esordio sintomatico, durante la remissione, si ha una progressiva clearance del virus dal sangue.

Serbatoio

Il serbatoio naturale è rappresentato da alcuni roditori (es. ratti a mammelle multiple).

Modalità di trasmissione:

Contatti diretti o indiretti con escreti di roditori infetti depositati su pavimenti, letti o cibo contaminato, o consumando carne di roditore infetto. La trasmissione interumana avviene in seguito a contatto con sangue, secrezioni, urine, organi, liquido seminale di soggetti infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Isolamento stretto in strutture dotate di pressione negativa fino al termine della fase viremica. Disinfezione continua di escreti e fluidi biologici e di tutti i materiali che sono stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiali di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na allo 0,5% o di fenolo all'0,5% o trattamento in autoclave oppure termodistruzione.

Astensione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza del virus nello sperma o comunque per 3 mesi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Stretta sorveglianza dei contatti per almeno tre settimane (misurazione di temperatura due volte al giorno e isolamento immediato al primo riscontro di temperatura > 38,3°C).

Misure di Prevenzione:

Nelle zone endemiche la prevenzione consiste essenzialmente nell'adozione di norme igieniche che riducano l'accesso dei roditori nelle case, oltre a evitare il consumo delle loro carni. In particolare, occorre conservare i cereali e altre provviste in contenitori sigillati, tenere i contenitori dei rifiuti lontano dalle abitazioni e mantenere le case il più pulite possibile.

Sorveglianza sanitaria dei viaggiatori provenienti dalle aree interessate da epidemie.

Per quanto riguarda il controllo dell'infezione, familiari e operatori sanitari dovrebbero evitare il più possibile il contatto con il sangue o altri fluidi corporei dei malati. Generalmente è sufficiente l'adozione delle misure protettive routinarie. Tuttavia, è sempre bene indossare maschera, guanti, camice e occhiali protettivi, oltre a sterilizzare gli strumenti contaminati.



Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfezione terminale degli ambienti; le superfici vanno spruzzate con disinfettanti (ipoclorito, fenolo) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formaldeide o ossido di etilene per almeno 8 ore.

Profilassi:

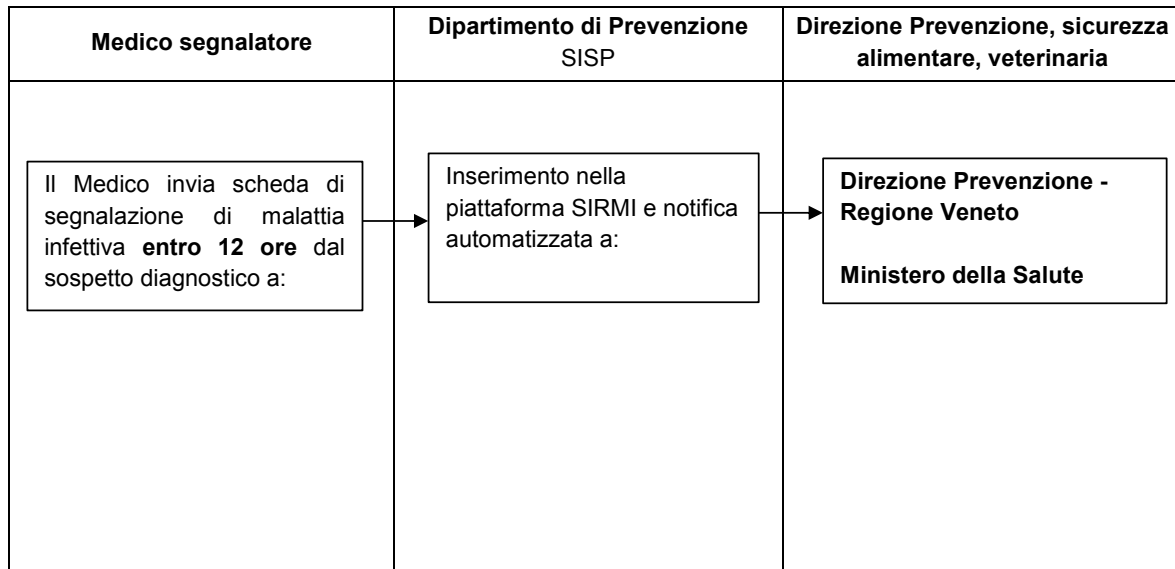
- Vaccinazione e chemioprolassi: vaccino non disponibile.

Per tutte le febbri emorragiche è necessaria una terapia di supporto che preveda il mantenimento della volemia e dell'equilibrio idroelettrolitico. La ribavirina è utile, soprattutto se somministrata entro i primi 6 giorni dall'esordio sintomatico.



Flusso di segnalazione

FEBBRE DI LASSA



FEBBRE GIALLA

Descrizione:

Malattia (Virosi) acuta dovuta a un virus del genere *Flavivirus*, che può presentare un diverso grado di severità, andando da forme lievi simil-influenzali fino a forme gravi emorragiche. Il quadro clinico solitamente è lieve, asintomatico o paucisintomatico. Le forme lievi hanno un corollario sintomatico piuttosto aspecifico con febbre, cefalea, brividi, mialgia, vomito, astenia. Si stima che una buona parte dei pazienti affetti (variabile dal 40 al 60%) sia asintomatica.

Dopo una apparente fase di remissione, che dura circa 24 ore, nel 15% dei pazienti la malattia progredisce verso la *forma grave* caratterizzata da ittero, febbre emorragica, shock e segni di insufficienza multiorgano. La forma grave ha una letalità del 20-50%. Il tasso di letalità tende ad essere più alto durante le epidemie

L'infezione è endemica nelle zone urbane e forestali delle regioni tropicali e subtropicali dell'Africa e dell'America meridionale. L'Asia e l'Oceania sono indenni dall'areale di diffusione del virus.

Tempi di segnalazione:

Entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

3-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

Il sangue dei pazienti è infettivo per le zanzare da poco prima dell'inizio della febbre e per i primi 3- 5 giorni di malattia. Le zanzare rimangono infettive per tutta la vita.

Modalità di trasmissione:

Mediante la puntura di zanzare infette del genere *Aedes* e *Haemagogus*. La trasmissione avviene al di sotto dei 2.300 metri di altitudine. Il virus della febbre gialla infetta l'uomo e altri primati. Nelle foreste le scimmie sono i principali serbatoi di infezione e l'uomo si infetta quando vi si reca. Nelle zone urbane l'infezione è trasmessa da un individuo all'altro tramite la puntura di zanzare infette; non è trasmissibile per contatto diretto da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Precauzioni per evitare di entrare in contatto con il sangue ed i liquidi organici. Impedire che le zanzare pungano il paziente per i primi 5 giorni di malattia, attraverso l'uso di zanzariere e insetticidi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

i familiari, altri contatti e i vicini di abitazione non immunizzati vanno vaccinati in tempi brevi.

Provvedimenti sull'ambiente:

Disinfestazione della casa del paziente e di quelle vicine con insetticidi efficaci. Indagare le zone visitate dal paziente 3-6 giorni prima dell'inizio della malattia per localizzare il focolaio di febbre gialla. Eradicazione delle zanzare tramite l'eliminazione dei potenziali luoghi di riproduzione delle zanzare, mediante l'utilizzo di larvicidi nei contenitori di stoccaggio e nei siti di ristagno di acqua, nonché nell'impiego di insetticidi per ridurre la densità delle zanzare adulte.



Profilassi:

- **Vaccinazione:** è disponibile un vaccino costituito da un virus vivo attenuato, sicuro ed efficace, somministrato per via sottocutanea. La protezione inizia 10 giorni dopo la singola dose e per gran parte delle persone dura tutta la vita; in caso di soggiorni ripetuti in zone endemiche, si può valutare una dose booster dopo almeno 10 anni dalla prima dose. La vaccinazione non è di solito consigliata per bambini con meno di 9 mesi di età, donne in gravidanza, persone con allergia grave alle proteine dell'uovo. In tutti questi casi gli effettivi rischi di infezione (destinazione e durata del viaggio, probabilità di esposizione alle punture di zanzare) dovrebbero essere attentamente valutati prima di una eventuale vaccinazione. Sempre importante valutare anche il rapporto rischi/benefici in soggetti con età pari o superiore a 60 anni o con patologie del timo, dato il rischio maggiore di effetti avversi. Molti Paesi richiedono un certificato di vaccinazione contro la febbre gialla rilasciato dai Centri vaccinali autorizzati dal Ministero della Salute a tutti i viaggiatori oppure a quelli che provengono o che hanno transitato in zone endemiche.

Rischi per i viaggiatori

Il rischio medio di contrarre la malattia per un viaggiatore (non immune) in aree endemiche è di 0.5/100.000 nell'Africa occidentale, e di 0.05/100.000 in Sud America. Oltre la vaccinazione, i viaggiatori devono adottare idonee misure di protezione dalle punture di zanzara quando viaggiano in aree endemiche per febbre gialla, tenendo presente le abitudini "diurne" di questo tipo di zanzare. Le misure per evitare di essere punti includono l'uso di repellenti, seguendo le istruzioni riportate nelle etichette dei prodotti, l'utilizzo di pantaloni lunghi e maglie a maniche lunghe, e il dormire in stanze con l'aria condizionata o con la protezione di zanzariere.

In caso di epidemia:

Vaccinazione di massa iniziando dalle persone più esposte e disinfestazione dei luoghi, conosciuti e potenziali, in cui si riproducono le zanzare del genere *Aedes spp.*



Flusso di segnalazione

FEBBRE GIALLA

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="204 577 544 719" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="608 577 941 712" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a: </div>	<div data-bbox="1007 577 1353 719" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute </div>



FEBBRE TIFOIDE

Descrizione:

malattia infettiva sistemica severa provocata dal batterio *Salmonella typhi*, bacillo Gram negativo, e diffusa in tutti i Paesi in cui le condizioni igienico-sanitarie sono scarse. Clinicamente si manifesta con febbre alta, diffuso senso di debolezza, cefalea, tosse, esantema papuloso localizzato al tronco, epatosplenomegalia, dolori addominali, cefalea e perdita di appetito. In alcuni casi si osservano anche diarrea ed emorragie o perforazioni intestinali che possono causare gravi complicanze, quali batteriemie, peritoniti e shock settico. Altre complicanze più rare possono essere costituite da alterazioni dello stato mentale, epatite, colecistite, polmonite, miocardite e meningite (nei bambini). L'uomo è l'unico vettore della malattia che, se non trattata, ha un tasso di mortalità superiore al 10%.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

1-2 settimane generalmente, ma può variare da 3 giorni a 2 mesi a seconda della carica infettante.

Periodo di contagiosità:

fino a quando la *Salmonella typhi* è presente nelle feci. La maggior parte dei pazienti è contagiosa fino alla fine della prima settimana di convalescenza, ma il 10% degli individui non trattati disperde i batteri fino a tre mesi dopo la guarigione. Il 2-5% dei pazienti non trattati può diventare portatore cronico, cioè elimina attraverso urine e feci il batterio per un periodo superiore ai 12 mesi seguenti l'infezione. Anche dopo scomparsa dei sintomi, se il paziente è ancora portatore del batterio e interrompe la terapia prima dei termini stabiliti dal medico, può avere recidive.

Modalità di trasmissione:

per via diretta oro-fecale o, più frequentemente, per via indiretta, tramite l'ingestione di cibi o bevande contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Precauzioni enteriche fino alla negativizzazione di 3 coproculture consecutive eseguite a distanza di almeno 24 ore una dall'altra e a non meno di 48 ore dalla sospensione della terapia antibiotica. Allontanamento dall'attività lavorativa se alimentarista o addetto all'assistenza sanitaria o dell'infanzia, fino alla completa negativizzazione delle coproculture.

Il trattamento prevede la somministrazione di terapia antibiotica, ma anche misure di supporto come la reidratazione per via orale o per via endovenosa, l'uso di antipiretici, un'appropriata nutrizione e trasfusioni di sangue, se necessario. I pazienti con complicanze richiedono l'ospedalizzazione. L'azitromicina viene considerato il farmaco di scelta per il trattamento della febbre tifoide non complicata, soprattutto nelle aree in cui è comune la resistenza ai fluorochinoloni; il ceftriaxone può essere invece usato nelle forme complicate ed è considerato sicuro anche nei bambini e nelle donne in gravidanza. Anche i portatori cronici vanno trattati con adeguata terapia antibiotica in base alla sensibilità rilevata per limitare la diffusione del batterio.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria per almeno 3 settimane dall'ultimo contatto col caso. I conviventi, i contatti che siano sanitari, addetti alla manipolazione di cibo, o operatori che lavorino con bambini, andranno allontanati dal lavoro e testati con coprocultura (2 a distanziate almeno di 24h), mentre altri



eventuali contatti a rischio faranno coprocoltura alla comparsa di sintomi. Ricerca di altri casi di infezione e se possibile della fonte con particolare riguardo a storie di viaggi in zone endemiche e alle abitudini alimentari.

Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne).

Provvedimenti sull'ambiente:

Indagare la possibilità di infezione da acque potabili o da cibo contaminato. Adottare adeguate misure per il controllo dei sistemi di fognatura e delle mosche, che possono trasportare il batterio, nonché per il corretto smaltimento e allontanamento dei rifiuti solidi e liquidi. Ai viaggiatori si consiglia di evitare il consumo di carne o pesce crudi, verdura cruda lavata con acqua di cui non si conosce l'origine, frutta già servita sbucciata e tagliata, latte non pastorizzato. È opportuno consumare acqua minerale sigillata, anche per il lavaggio dei denti, oppure, nel caso non sia disponibile, portare l'acqua ad ebollizione per almeno un minuto prima di berla. Le bevande dovrebbero essere consumate senza ghiaccio e il cibo ben cotto.

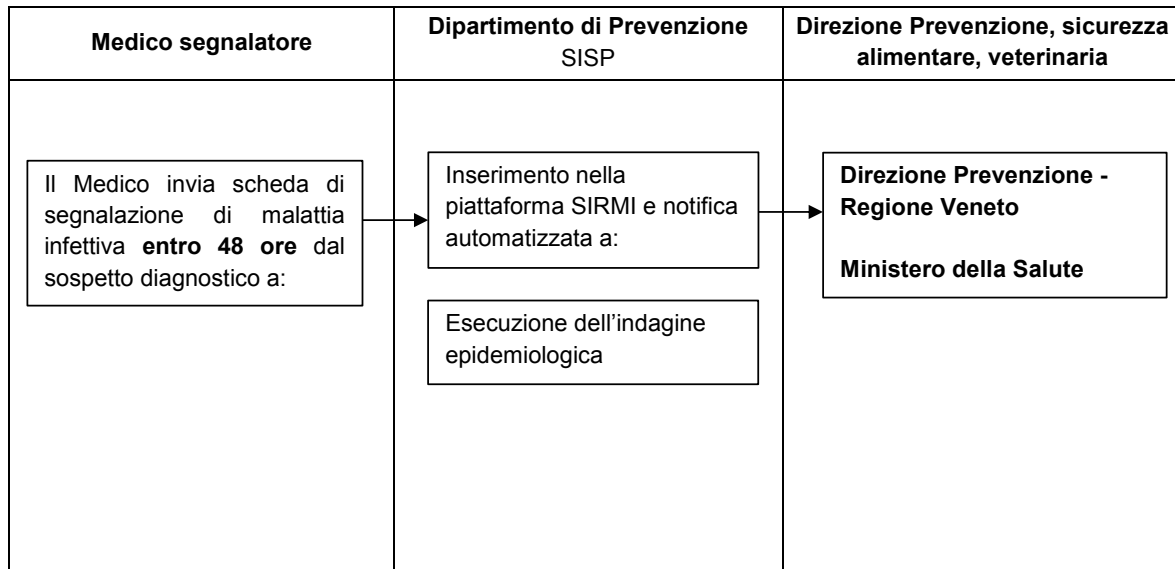
Profilassi:

- **Vaccinazione:** è raccomandata ai viaggiatori diretti in aree in cui la febbre tifoide è endemica. Il ciclo di vaccinazione deve iniziare almeno una settimana prima della partenza, ma bisogna tenere presente che non sempre è efficace e che dopo qualche anno andrebbe effettuato il richiamo se persiste la necessità di copertura. Sono disponibili due tipi di vaccino che conferiscono protezione dopo circa 10 giorni dalla somministrazione: un vaccino iniettabile per via intramuscolare (costituito da un componente della capsula del batterio) e che può essere somministrato dall'età di 2 anni e protegge per circa 3 anni; un vaccino orale vivo attenuato, costituito da 3 capsule (1 capsula da assumere a giorni alterni, 1°, 3°, 5°giorno), somministrabile agli adulti e ai bambini dopo i 5 anni, che protegge almeno per 3 anni. In occasione di viaggi in aree ad alta endemia di tifo, è consigliabile ripetere la vaccinazione ogni anno.



Flusso di segnalazione

FEBBRE TIFOIDE



FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG

Descrizione:

si tratta di virosi causate da virus ad RNA appartenenti alla famiglia dei *Filoviridae*. Sono stati identificati molteplici ceppi virali con diversi gradi di letalità, tutti endemici esclusivamente nell'Africa subsahariana. Sebbene i virus Ebola e Marburg siano distinti fra loro, provocano manifestazioni cliniche simili. Il quadro clinico si caratterizza per la comparsa improvvisa di sintomi aspecifici (febbre, malessere, cefalea, dolore toracico e mialgia/artralgia), seguiti rapidamente da sintomi gastrointestinali (vomito, diarrea, dolore addominale) e, in alcuni casi, rash cutaneo maculo-papulare. Nei casi gravi si osservano emorragie cutanee e viscerali, quadri neurologici (disorientamento, convulsioni, coma), shock e insufficienza sistemica multi-organo.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda Specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Circa 8 giorni (intervallo di 2-21 giorni)

Periodo di contagiosità:

l'uomo risulta contagioso durante la fase conclamata della malattia e fino a quando il virus è presente nel sangue e nelle secrezioni biologiche. È documentata la persistenza a lungo termine dei virus nel liquido seminale, nel latte materno, nel sistema nervoso centrale, nelle articolazioni e negli occhi.

Serbatoio:

i pipistrelli della frutta sono considerati il serbatoio naturale più probabile dei virus Ebola e Marburg.

Modalità di trasmissione:

l'infezione umana primaria è causata dal contatto con sangue, secrezioni, organi o altri fluidi corporei di animali infetti (scimpanzé, gorilla, pipistrelli della frutta, scimmie, antilopi e porcospini).

La trasmissione interumana avviene con 3 modalità:

- contatto diretto con organi, sangue e altri fluidi biologici di soggetti infetti (vivi o morti)
- contatto indiretto con oggetti contaminati da tali fluidi
- contatto con pipistrelli o primati non umani infetti

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. isolamento stretto in unità di alto isolamento, in stanze dotate di pressione negativa, fino al termine della fase viremica (circa 3 settimane dall'esordio della malattia). Disinfezione continua di escreti, fluidi biologici e di tutti i materiali che siano stati a contatto con il paziente, inclusi strumenti e materiali di laboratorio, con soluzioni di ipoclorito di Na alla 0,5% o di fenolo allo 0,5% oppure trattamento in autoclave o mediante termodistruzione.

Astensione dai rapporti sessuali fino a dimostrazione di assenza dei virus nello sperma.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

isolamento stretto dei contatti primari, cioè di tutti coloro potenzialmente infettati dal materiale biologico di un caso. Ricerca attiva delle persone che hanno avuto contatto con il caso nelle tre settimane seguenti l'inizio della malattia e sorveglianza stretta per almeno tre settimane con misurazione di temperatura corporea due volte al giorno e isolamento immediato al primo riscontro di temperatura > 38°C.



Prevenzione:

il virus Ebola, per l'elevata contagiosità, è classificato dall'OMS tra gli agenti patogeni che richiedono un livello di biosicurezza 4 (BLS 4) per l'esecuzione degli esami di laboratorio per la ricerca del virus. Guanti e adeguati dispositivi di protezione personale devono essere indossati durante la manipolazione di animali infetti o di loro tessuti. Gli operatori sanitari devono utilizzare indumenti e dispositivi di protezione individuale (mascherine, camice, guanti, occhiali), possibilmente monouso, per prestare cure ai pazienti e per maneggiare il materiale biologico. E' necessario applicare tutte le precauzioni standard con i pazienti, quali l'igiene delle mani, l'igiene respiratoria, le pratiche di iniezione sicure e la sepoltura sicura.

Sorveglianza sanitaria dei viaggiatori provenienti da aree interessate da epidemie.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione terminale degli ambienti; le superfici vanno sanificate con disinfettanti (ipoclorito, fenolo) da lasciare agire per almeno 4 ore prima del lavaggio con acqua; disinfezione gassosa con formaldeide o ossido di etilene per almeno 8 ore.

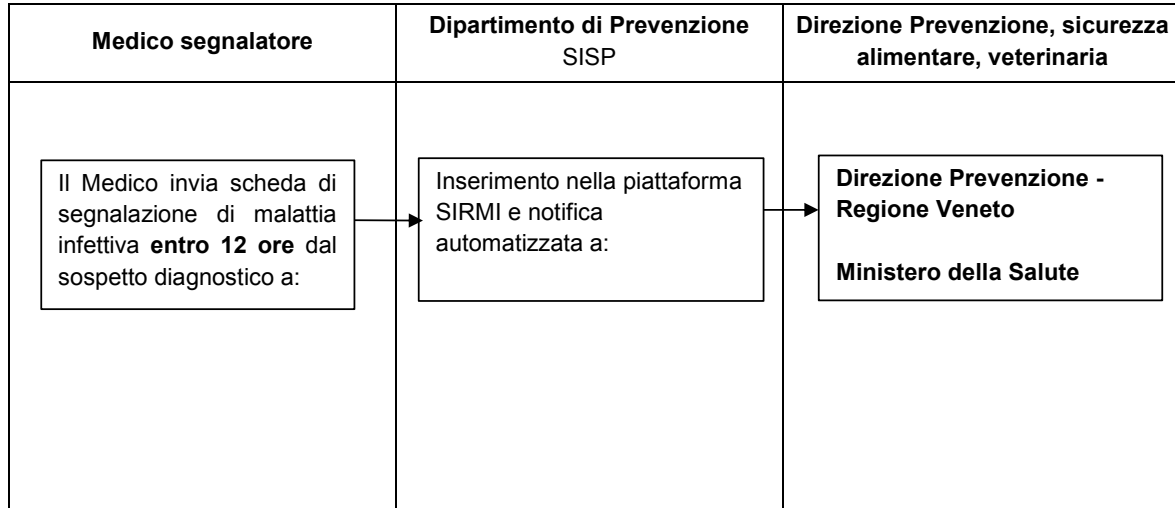
Profilassi:

vaccinazione e chemioprolassi: In Italia, nel 2020, è stato approvato il vaccino Ervebo, particolarmente efficace e sicuro contro il virus Ebola Zaire (ZEBOV). Tuttavia l'uso è ristretto a particolari missioni internazionali e non è reperibile sul mercato ordinario. Esiste almeno un altro vaccino contro il virus Ebola in via di approvazione. In Italia non ci sono attualmente terapie antivirali autorizzate.



Flusso di segnalazione

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI (VHFS) EBOLA E MARBURG



FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE

Descrizione:

Malattie batteriche acute causate da *Haemophilus influenzae*, coccobacillo Gram negativo capsulato. Fanno parte delle cosiddette MIB, malattie invasive batteriche. Le infezioni rilevanti più frequenti sono le polmoniti, le setticemie, le meningiti, e le epiglottiti. Nei bambini può anche causare otiti e nell'adulto bronchiti. Il ceppo "B" (HIB) risulta essere quello maggiormente patogeno e colpisce principalmente i bambini dai 2 mesi ai 3 anni di età, raramente oltre i 5 anni. L'esordio può essere subacuto, ma solitamente in caso di meningite è brusco con febbre, vomito, letargia, irritazione meningea, tensione della fontanella nei neonati o rigidità nucale e dorsale nei bimbi più grandi. Frequenti torpore e/o coma.

La malattia invasiva da *H. influenzae* colpisce prevalentemente neonati e bambini di età inferiore ai 5 anni o anziani al di sopra dei 65 anni. Il rischio di contrarre un'infezione invasiva negli adulti è maggiore con condizioni croniche di rischio, legate generalmente a patologie, come l'asplenia e il trapianto di midollo.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto.

Periodo di contagiosità:

Il periodo di incubazione è sconosciuto.

Modalità di trasmissione:

H. influenzae non è molto contagioso, la trasmissione può avvenire attraverso il contatto diretto con malati e/o portatori asintomatici) con inalazione di goccioline di muco contenenti i batteri emessi da una persona infetta con gli starnuti, i colpi di tosse, o toccando superfici contaminate dalle goccioline e portandosi le mani alla bocca, al naso o agli occhi. Tuttavia, in comunità (asili, scuole) si possono verificare infezioni singole o piccole epidemie (gruppi di casi) causate dall'*H. influenzae* di tipo b in bambini non vaccinati. Le infezioni sono trattate con antibiotici somministrati per bocca o, se gravi, per via endovenosa.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Isolamento fino a 24 ore dopo l'inizio di un idoneo trattamento antibiotico, e allontanamento dalle collettività fino a guarigione clinica.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Sorveglianza sanitaria per minimo 60 giorni dei contatti stretti con particolare riferimento ai bambini di età inferiore a 6 anni, anche se già sottoposti a chemioprolifassi. Chemioprolifassi principalmente per i soggetti <6 anni.

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

Profilassi:

Il vaccino rappresenta l'unico mezzo efficace per prevenire le infezioni da *Haemophilus influenzae* di tipo b (Hib). Le infezioni da tipi diversi o da *H. influenzae* non tipizzabile sono rare ma non sono prevenibili con il vaccino contro il tipo b.



Il vaccino coniugato per Hib è stato incluso dal Ministero della Salute nel programma nazionale delle vaccinazioni dal 1999. Grazie alla vaccinazione (obbligatoria dal 2017) si è osservata una drastica diminuzione delle meningiti da Hib nei bambini al di sotto dei 5 anni.

Vaccinazione: come da calendario regionale vaccinale; di routine nella prima infanzia.

- **Chemioprofilassi:** raccomandata in caso di malattia da *Haemophilus influenzae* di tipo B per: tutti i contatti familiari in una famiglia con almeno un bambino di meno di 48 mesi (oltre il caso indice), non vaccinato o con ciclo incompleto o immunocompromesso (anche se vaccinato);
- tutti i bambini e il personale (vaccinati e non vaccinati) di asili nido e scuole materne quando nella comunità siano presenti bambini non vaccinati o con ciclo incompleto, e nel caso in cui si siano verificati due o più casi di malattia invasiva entro 60 giorni.
- Va valutata la somministrazione della chemioprofilassi anche qualora si sia verificato un solo caso. I bambini non vaccinati oltre alla profilassi devono essere sottoposti anche alla vaccinazione. Non è consigliata la chemioprofilassi quando tutti i bambini della comunità siano stati correttamente vaccinati;
- il caso indice, al termine della terapia dell'infezione invasiva, se non è stato trattato con farmaci che eradicano il germe deve ricevere la chemioprofilassi (rifampicina).

Farmaci: come da indicazioni in tabella.

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Rifampicina	< 1 mese	10 mg/kg per os	4 giorni	Non utilizzare in gravidanza Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni an-tiepiletici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide
	≥ 1 mese	20 mg/kg (max 600 mg) per os, 1 volta al giorno	4 giorni	



FORMA INVASIVA DA NEISSERIA MENINGIDITIS

Descrizione:

malattie batteriche acute causate da *Neisseria meningitidis*, cocco Gram negativo capsulato. Fanno parte delle cosiddette MIB, malattie invasive batteriche. Si conoscono 13 sierogruppi di meningococco: i sierogruppi patogeni più frequenti sono 6 A, B, C, Y, W135 e X (i primi 5 originano gran parte dei casi).

L'esordio dei sintomi (spesso rigidità nucale, vomito, cefalea e febbre) rapido, il decorso in alcuni casi è fulminante, con un tasso di letalità che varia dal 5 al 15% e determina sequele permanenti in circa un quinto di coloro che sopravvivono. Si manifesta più comunemente sotto forma di meningite, ma anche come setticemia o con la presenza di entrambe.

Il meningococco è diffuso in tutto il mondo con picco di incidenza da fine inverno a inizio primavera. L'uomo è l'unico serbatoio del batterio. Circa il 10% della popolazione è portatrice del meningococco nel tratto rinofaringeo. La sua presenza non è correlata a un aumento del rischio di meningite o di altre malattie gravi.

Alcuni dei principali fattori di rischio "generali" per forme invasive ci sono la giovane età, o l'età molto avanzata, recenti infezioni delle prime vie aeree, consumo di alcol, abitudine al fumo; esistono poi condizioni croniche di rischio, legate generalmente a patologie, come l'asplenia e il trapianto di midollo osseo.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

da 2 a 10 giorni, mediamente 3-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

Contagio interumano attraverso le secrezioni respiratorie. La principale causa di contagio è rappresentata dai portatori sani del batterio: solo nello 0,5% dei casi la malattia è trasmessa da persone affette dalla malattia.

La contagiosità persiste fino a 24 ore dall'istituzione di una corretta terapia antimicrobica, che raggiunga adeguate concentrazioni nelle secrezioni orofaringee. La contagiosità è comunque bassa, e i casi secondari sono rari. Il meningococco può tuttavia dare origine a focolai epidemici.

Modalità di trasmissione:

per contatto diretto attraverso le secrezioni e i droplets respiratori.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per identificare i contatti a rischio. Isolamento respiratorio per almeno 24h da inizio terapia antibiotica adeguata con disinfezione continua delle secrezioni nasali e faringee, e allontanamento dalle collettività fino a guarigione clinica.

Il caso indice deve ricevere uno schema di profilassi prima della dimissione se è stato curato con antibiotici che non eradicano lo stato di portatore.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Inchiesta epidemiologica atta ad individuare i contatti stretti. Sottoporre a chemioprophilassi i contatti a rischio regolari e occasionali. Nella valutazione di contatto (che deve essere fatta caso per caso) vengono tenuti in considerazione i conviventi, eventuali compagni di classe o colleghi di lavoro che condividono gli stessi spazi, persone che nei 7 giorni precedenti abbiano avuto contatti con le secrezioni infette (compresi gli operatori sanitari).

Sorveglianza sanitaria per 10 giorni dall'ultimo contatto a rischio.



Provvedimenti sull'ambiente:

Aerazione dei locali, in particolare nelle condizioni di sovraffollamento.

Profilassi:

- **Vaccinazione:** come da calendario regionale vaccinale.
- **Chemioprofilassi:** deve essere iniziata idealmente entro 24 ore dopo la diagnosi di un caso indice, per i contatti stretti nei 7 giorni precedenti l'esordio dei sintomi.

La chemioprofilassi non è più indicata solo qualora siano trascorsi più di 14 giorni dall'ultimo contatto stretto con il paziente (vedi tabella).

Farmaci per la profilassi (tratta da Red Book XXXIX Edizione—VIII Edizione Italiana):

Farmaci	Età	Dose	Durata	Precauzioni
Ciprofloxacina	<ul style="list-style-type: none"> • 18 anni 	500 mg per os	Dose singola	Non utilizzare in gravidanza. Utilizzare solo se non sono stati identificati nella comunità ceppi di <i>N. meningitidis</i> resistenti ai fluorochinoloni
Rifampicina	< 1 mese	10 mg/kg per os ogni 12 ore	2 giorni	Non utilizzare in gravidanza. Può interferire con l'efficacia di contraccettivi orali, alcuni antiepilettici e anticoagulanti; può colorare le lenti a contatto morbide
	≥ 1 mese	10 mg/kg (max 600 mg) per os ogni 12 ore	2 giorni	
	Adulti	600 mg per os ogni 12 ore	2 giorni	
Ceftriaxone	< 15 anni	125 mg intramuscolo	Dose singola	Per ridurre il dolore dovuto all'iniezione diluire con lidocaina all'1%
	≥ 15 anni	250 mg intramuscolo	Dose singola	
Azitromicina		10 mg/kg (max 500 mg)	Dose singola	Non raccomandato di routine; equivalente alla Rifampicina per l'eradicazione di <i>N. meningitidis</i> dal nasofaringe in uno studio



FORME INVASIVE DA PNEUMOCOCCO

Descrizione:

Malattie batteriche acute causate da *Streptococcus pneumoniae*, diplococco Gram-positivo capsulato. Fanno parte delle cosiddette MIB, malattie invasive batteriche. Sono noti almeno 90 sierotipi capsulari, molti sono in grado di provocare meningite e malattia invasiva pneumococcica.

L'esordio dei sintomi è brusco con febbre alta, letargia oppure coma e irritazione meningea. Infezione diffusa in tutto il mondo, ha un'alta incidenza nei neonati e nella prima infanzia, negli anziani e nei soggetti immunocompromessi, soprattutto nella stagione invernale. Il batterio è un comune commensale rinofaringeo, rilevabile almeno nel 5% della popolazione. Nonostante il trattamento, il tasso di mortalità totale per la batteriemia è 15 al 20% nei bambini (soprattutto in caso di meningite, o se immunocompromessi, e/o se hanno avuto splenectomia e presentano grave batteriemia); dal 30 al 40% negli anziani. Il rischio di morte è più alto durante i primi 3 giorni.

Condizioni di rischio predisponenti verso forme invasive sono l'impianto cocleare, la frattura della base cranica che comporta fistole di comunicazione con il nasofaringe, la presenza di cardiopatie, BPCO, asplenie, trapianto di midollo.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

non noto, probabilmente breve 1-4 giorni.

Periodo di contagiosità:

non noto, può durare fino a che il germe sia presente nelle secrezioni respiratorie, ma presumibilmente meno di 24 ore all'instaurarsi di un'efficace terapia antibiotica.

Modalità di trasmissione:

da persona a persona, per contatto tramite goccioline e secrezioni respiratorie; il contatto diretto con una persona affetta da malattia pneumococcica causa uno stato di portatore nasofaringeo di *S. pneumoniae* piuttosto che la malattia.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni standard nel paziente ospedalizzato.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

l'indagine dei contatti e della fonte di infezione non ha alcun valore pratico.

Provvedimenti sull'ambiente:

non previsti.

Profilassi:

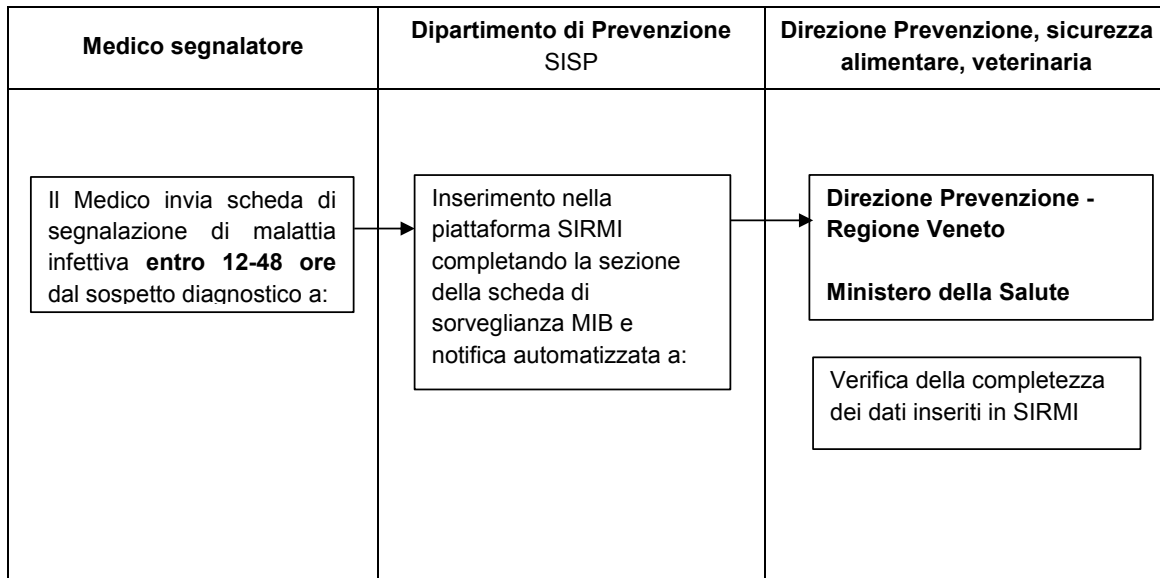
- **Vaccinazione:** rappresenta il principale strumento di prevenzione. Vaccinare il caso indice secondo l'età del soggetto. Disponibili i vaccini 13-valente e 23-valente, con calendarizzazione e indicazioni specifiche a seconda dell'età del soggetto e fattori di rischio.

Chemioprofilassi: non è raccomandata (non sempre è efficace e può indurre resistenza). Per i bambini < 5 anni affetti da asplenia funzionale o anatomica, si raccomanda una profilassi con penicillina V 125 mg per via orale 2 volte/die. La durata della profilassi antibiotica è empirica, ma alcuni esperti preferiscono continuare la profilassi per tutta l'infanzia e in età adulta nei pazienti con asplenia, ad alto rischio. La penicillina 250 mg per via orale 2 volte/die è raccomandata anche nei bambini più grandi o negli adolescenti per almeno 1 anno dopo la splenectomizzato.



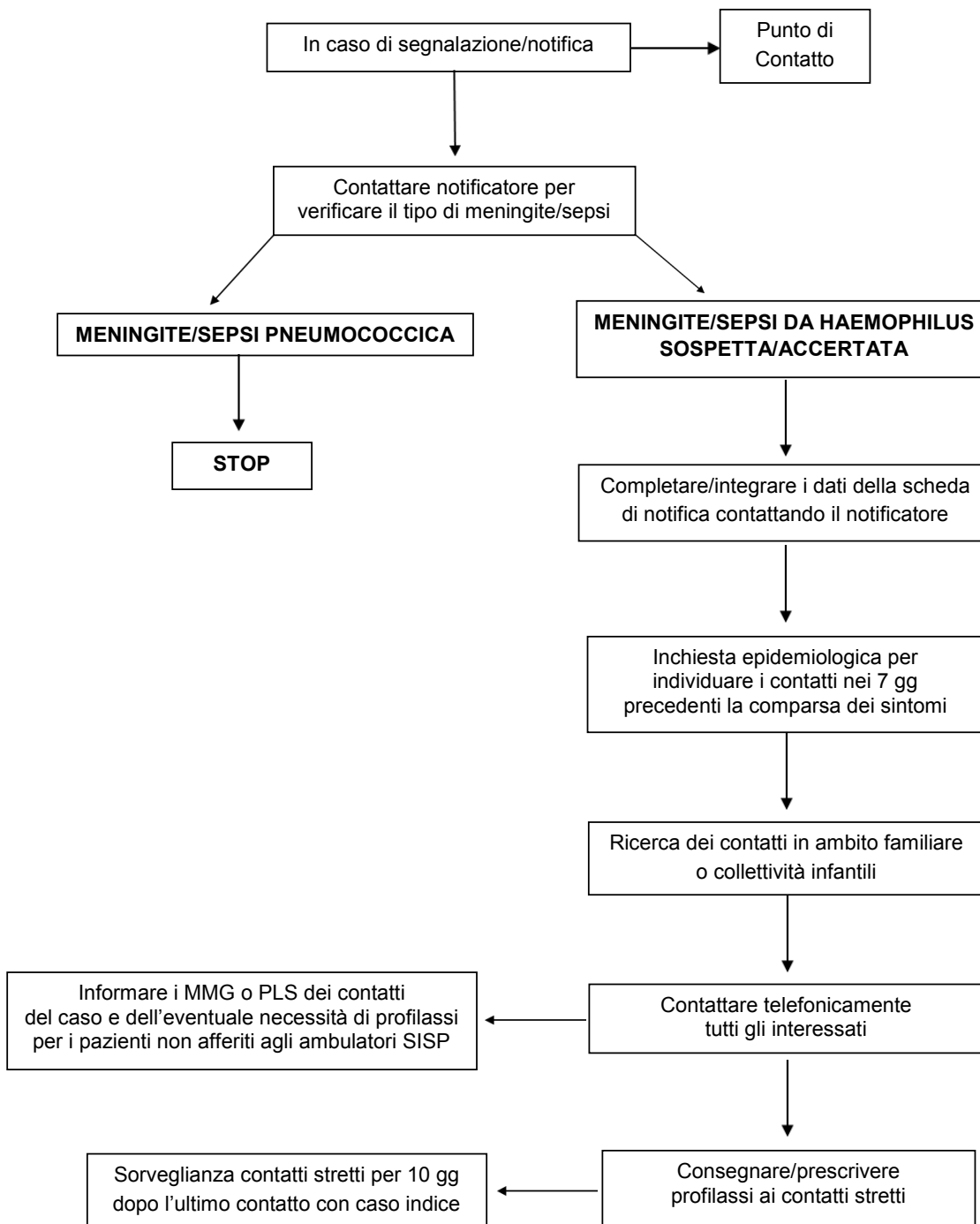
Flusso di segnalazione

MALATTIE BATTERICHE INVASIVE





ISTRUZIONI OPERATIVE
FORME INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B





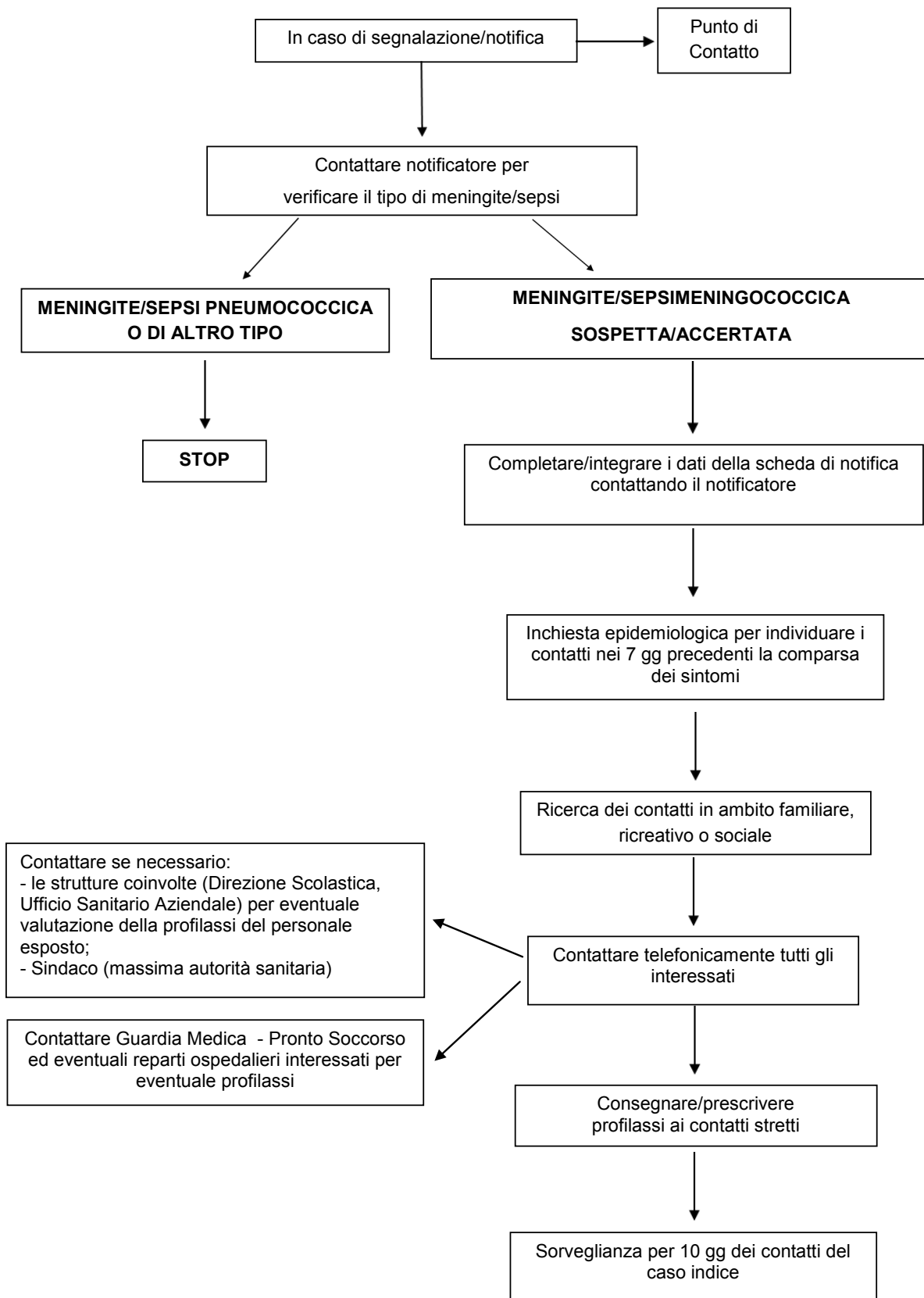
ELENCO CONTATTI: caso indice _____

COGNOME NOME	INDIRIZZO	TEL.	CONTATTATO IN DATA \ORE	PROFILASSI PRESCRITTA il	PROFILASSI CONSEGNATA il	Medico di base





**ISTRUZIONI OPERATIVE
FORME INVASIVE DA NEISSERIA MENINGITIDIS**



Prot. _____

Al Dirigente Scolastico
Scuola

e p.c.

Al Sig. Sindaco del Comune di

Oggetto: **caso di sospetta meningite meningococcica.**

A seguito della notifica di un caso di meningite meningococcica insorta il _____ a carico dell'alunno _____ frequentante la classe _____ di codesto Istituto, **si chiede con la massima urgenza l'elenco dei ragazzi frequentanti la classe _____, degli insegnanti e di coloro i quali avessero comunque avuto contatti stretti con _____ nelle giornate di _____, aggiornato con indirizzo e recapito telefonico, se in vostro possesso.**

Questo Servizio è a disposizione per:

- eventuali informazioni
- garantire un accesso presso la scuola qualora ritenuto opportuno
- la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- la consegna diretta del farmaco.

Sarà cura di questo Servizio contattare telefonicamente tutti gli interessati per le prescrizioni del caso.

Si fa presente che non è necessaria la chiusura dell'Istituto quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per coloro che non sono stati in contatto con il paziente.

Distinti saluti

Firma

.....

Prot. _____



Al Dirigente Ditta/Azienda

e p.c.

Al Sig. Sindaco del Comune di

Oggetto : **caso di sospetta meningite meningococcica.**

A seguito della notifica di un caso di meningite meningococcica insorta il _____ a carico del/la Sig/Sig.ra _____ dipendente di codesto Ditta/Azienda, **si chiede con la massima urgenza l'elenco dei dipendenti e di coloro i quali avessero comunque avuto contatti stretti con _____ nelle giornate di _____, aggiornato con indirizzo e recapito telefonico, se in vostro possesso.**

Questo Servizio è a disposizione per:

- eventuali informazioni
- garantire un accesso presso la Ditta qualora ritenuto opportuno
- la consegna delle prescrizioni farmacologiche necessarie
- la consegna diretta del farmaco

Sarà cura di questo Servizio contattare telefonicamente tutti gli interessati per le prescrizioni del caso.

Si fa presente che non è necessaria la chiusura della Ditta/Azienda quale misura di profilassi, né alcun tipo di disinfezione, né il trattamento preventivo con antibiotico per coloro che non sono stati in contatto con il paziente.

Distinti saluti

Firma

.....



Al Medico Curante

del Sig

Gent.mo Collega,

Ti informo che, in seguito ad un'indagine epidemiologica effettuata per un caso di meningite batterica, è emerso che il Tuo assistito _____ è stato esposto a rischio di infezione. Pertanto si è ritenuto opportuno, fornirgli direttamente i farmaci necessari per la profilassi, informandolo sul possibile rischio di infezione e dei possibili effetti collaterali del farmaco.

E' stato inoltre invitato a rivolgersi al proprio curante per eventuali e ulteriori necessità.

Nel ringraziarTi per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Firma

.....

Data _____





INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER MENINGITE/SEPSI BATTERICA

CASO DI: **MENINGITE** **SEPSI**

DATA INCHIESTA: _____

DATA SEGNALAZIONE _____

scritta telefonica (dati segnalatore) _____

Email _____

Colloquio effettuato con:

Paziente Coniuge altro

Cognome e nome _____ Tel _____

Dati paziente:

Cognome e nome: _____ M F

Data di nascita: _____ Residente a: _____

in via _____ N _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso) _____

CURANTE MMG/PLS: _____ Tel. _____

Data inizio sintomi: _____ Ricovero: Data _____

Struttura di ricovero _____

Medico Referente: _____

Sintomatologia d'esordio: _____

Terapia effettuata pre-diagnosi NO SI (specificare farmaci, dosaggi, date, orari):

Patologie pre-esistenti (immunodepressione, patologie cronico degenerative, traumi...) NO SI (precisare)

Vaccinato NO SI

Meningococco ACYW n. dosi _____ Meningococco B n. dosi _____ Meningococco C n. dosi _____

Hib n. dosi _____ Pneumococco 23 valente n. dosi _____ Pneumococco 13 valente n. dosi _____



**E' stato a contatto con un altro caso di meningite?**

NO SI Se si, Cognome e nome del caso _____
 data Esposizione _____

Chemioprolifassi NO SI Farmaco _____

INDAGINI DIAGNOSTICHE ESEGUITE

Liquor aspetto: limpido torbido purulento

Coltura liquor (data _____) sangue (data _____)

Altro (precisare tipo di test, data di effettuazione) _____

AGENTE EZIOLOGICO IDENTIFICATO NO SI (precisare) _____

Presso il laboratorio dell'Ospedale di _____

Invio ceppo all'ISS NO SI inviato da _____ data _____

Esito sierotipizzazione _____ pervenuto in data _____

Ceppo resistente alla Rifampicina NO SI

ESITO:

Guarigione data dimissione _____

Decesso data _____ indicare se dovuto ad altra causa _____

Reliquati (esiti neurologici/paresi, deficit uditivi di grado lieve/elevato, amputazioni per necrosi periferica, deficit cognitivi) _____

COLLETTIVITA'

Data inizio esposizione a rischio dei contatti (10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi) _____

Se studente:

Scuola (sede e classe) _____

Data ultima frequenza _____

Altre classi frequentate (specificare classi, tipo di attività) _____

Se lavoratore:

Professione _____ Ditta _____

Data ultima frequenza _____

Altre collettività frequentate (società sportiva, oratorio, scout, ecc) (sede, tipo di attività e di contatto)





Comunicazioni effettuate agli enti e alle persone interessate (specificare data):

- Direzione Sanitaria _____ MMG/PLS _____ Regione _____
- Sindaco _____ Cittadini/famiglie _____ Ditta/scuola _____
- Organi di stampa _____ Medico competente _____

Chemioprofilassi (tabella riassuntiva dei contatti riportati nell'allegato)

Ambito (specificare famiglia, scuola, lavoro, ecc)	N. bambini	N. adulti	Farmaco utilizzato	Data somministrazione

Vaccinoprofilassi

Seduta vaccinale eseguita in data _____ ambulatorio di _____

N. bambini _____ N. adulti _____

NOTE:

Assistente Sanitaria/o

Sorveglianza sanitaria conclusa in data _____





ELENCO CONTATTI: caso indice _____

COGNOME NOME	INDIRIZZO	TEL.	Contattato in Data/Ore	Profilassi prescritta il	Profilassi consegnata il	Medico di base



INFEZIONE DA HIV

Descrizione:

Gli HIV (Human Immunodeficiency Virus) sono dei virus a RNA che in fase replicativa utilizzano un intermedio a DNA; appartengono alla famiglia Retroviridae, genere *Lentivirus*. Verosimilmente, come tutti i retrovirus, hanno un'origine zoonotica, probabilmente derivata da mutazioni di SIV (Simian Immunodeficiency Virus), virus molto simile all'HIV-1. Il sistema immunitario viene in tal modo fortemente indebolito. Esistono due tipi di virus, HIV-1 e HIV-2, con differente rappresentazione epidemiologica nelle diverse regioni del mondo (1 causa la maggior parte dei casi di AIDS nell'emisfero occidentale, Europa, Asia, Africa Centrale, meridionale ed orientale mentre il tipo 2 è maggiormente presente in Africa occidentale). HIV-1 è il più virulento. In alcune regioni dell'Africa occidentale esiste circolazione di entrambi i microrganismi.

L'infezione da Hiv non ha una propria specifica manifestazione, ma si rivela attraverso gli effetti che provoca sul sistema immunitario: : i.e. infezioni da agenti opportunisti e neoplasie.

Si definisce caso confermato qualsiasi persona che soddisfi i criteri di laboratorio per l'infezione da HIV. La presenza di anticorpi anti-Hiv nel sangue viene definita sieropositività all'HIV. Una delle caratteristiche principali dell'HIV è la forte variabilità genetica, in particolare dell'HIV-1; questa spiega sia l'escape immunitario, che il tropismo cellulare variabile, che l'evasione dai farmaci antivirali.

L'AIDS (Acquired immune deficiency syndrome) identifica uno stadio clinico avanzato dell'infezione da HIV. È una sindrome che può manifestarsi anche dopo diversi anni dall'acquisizione dell'infezione, quando le cellule CD4 del sistema immunitario calano drasticamente e l'organismo perde la sua capacità di combattere anche le infezioni più banali (infezioni/malattie opportunistiche).

Negli ultimi anni il trend delle segnalazioni a livello europeo è in caso passando dai 6 casi su 100.000 individui nel 2012 agli attuali 3.7 del 2020 (16917 casi).

Tempi di segnalazione:

non previsto. Invio delle schede di segnalazione dei soli casi positivi dalle strutture di afferenza ai Dipartimenti di Prevenzione.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Nella maggior parte dei casi, il tempo che intercorre dal momento dell'infezione allo sviluppo di anticorpi è di 28 giorni. Il tempo che intercorre tra l'infezione da HIV e la diagnosi da AIDS conclamata può durare anche diversi anni.

Periodo di contagiosità:

Dal momento del contagio e la comparsa nel sangue degli anticorpi contro l'HIV esiste il cosiddetto è detto "periodo finestra" e dura mediamente 4-6 settimane, ma può estendersi anche fino a 6 mesi. Durante questo periodo, anche se la persona risulta sieronegativa è comunque in grado di trasmettere l'infezione. Il soggetto infetto può trasmettere sempre la malattia a meno che la carica virale (cioè la quantità di virus presente nel sangue/secrezioni) non rimanga persistentemente a livelli non misurabili per effetto di almeno 6 mesi di terapia specifica. In tal caso il virus viene definito undetectable e il soggetto untrasmissibile..

Modalità di trasmissione:

Secondo il rapporto annuale del 2021 dell'European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC), nella Regione Europa dell'OMS le principali modalità di trasmissione sono state:



OMS Regione Europa - Dati 2020 editati 2021	
Rapporto omosessuale tra uomini	9.4%
Trasmissione eterosessuale (uomini)	29.7%
Trasmissione eterosessuale (donne)	27.9%
Uso di droghe per via parenterale	22.4%
Trasmissione madre-figlio	0.4%
Dato non disponibile	10.0%

Provvedimenti nei confronti del malato:

l'isolamento dei pazienti con infezione da HIV non è necessario, è inefficace e non giustificato. Le precauzioni universali si applicano a tutti i pazienti ospedalizzati.

Provvedimenti sull'ambiente:

disinfezione degli strumenti contaminati da sangue e da secrezioni o da liquidi organici e da escrezioni visibilmente contaminate da sangue e da liquidi organici.

Profilassi:

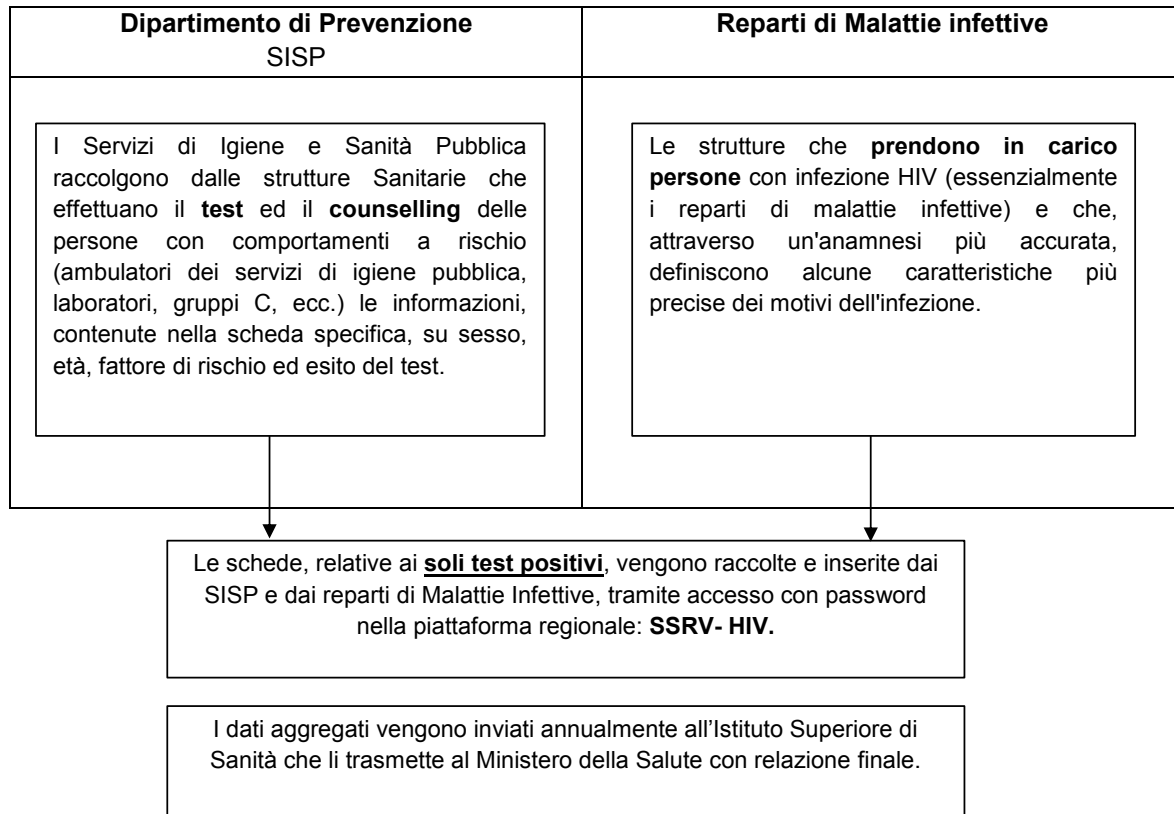
- **Vaccinazione:** non disponibile
- **Terapia** antiretrovirale specifica.



Flusso di segnalazione

INFEZIONE DA HIV

L'organizzazione del sistema ha individuato due tipi di strutture:



INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA - SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA

Descrizione:

malattia infettiva causata da *Rubella virus*, un virus a RNA a singolo filamento positivo del genere *Rubivirus*, famiglia *Matonaviridae*. La rosolia contratta dalla donna poco prima del concepimento, fino a 8-10 settimane di gestazione, può causare gravi anomalie fetali in oltre il 90% dei casi (Sindrome da Rosolia Congenita, o CRS), e può causare anche aborti e nascite di bambini morti. Le manifestazioni cliniche possono essere permanenti o transitorie, e non sempre sono riconosciute alla nascita; le alterazioni possono riguardare praticamente qualsiasi apparato e tessuto, ma sono più frequenti sordità, cataratta, glaucoma congenito, cardiopatia congenita, basso peso alla nascita, diarrea cronica, trombocitopenia, ittero, etc.

Rosolia e morbillo sono considerate malattie eradicabili, avendo come unico serbatoio l'uomo. In linea con quanto indicato dall'OMS l'Italia ha creato il PNEMoRc (Piano Nazionale di Eliminazione di Morbillo e Rosolia congenita), per eradicare morbillo e rosolia e ridurre i casi di rosolia congenita a <1/100000 nati vivi.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI**Periodo di contagiosità del soggetto affetto da rosolia congenita:**

alcuni lattanti con rosolia congenita possono eliminare virus nelle secrezioni naso faringee e nelle urine per molti mesi; è importante evitare contatti con donne gravide suscettibili.

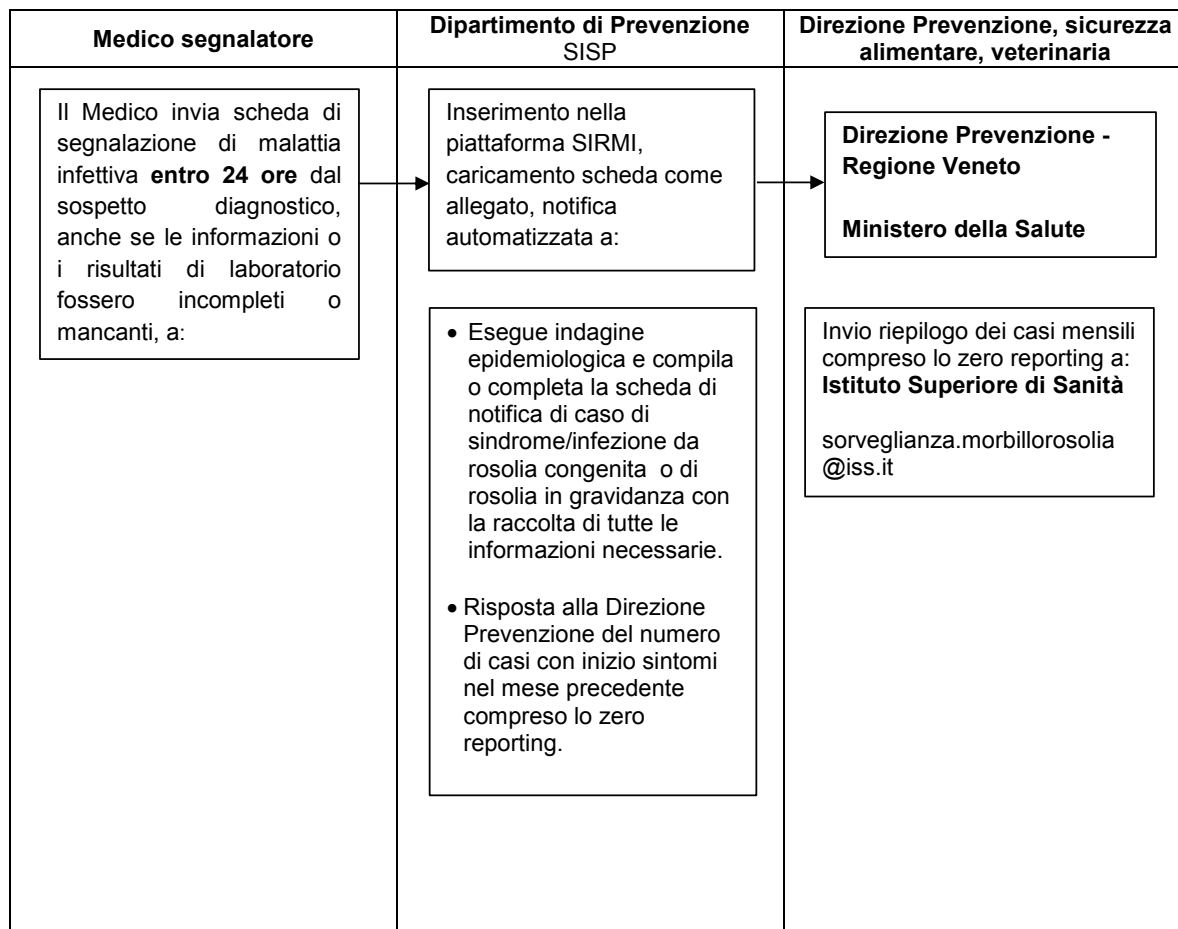
Modalità di trasmissione:

durante la viremia può esserci passaggio intrauterino del virus. La rosolia congenita, generalmente, può verificarsi se l'infezione nella madre avviene entro le prime 18 settimane di gestazione; dopo le 18 settimane il rischio di CRS è basso.



Flusso di segnalazione

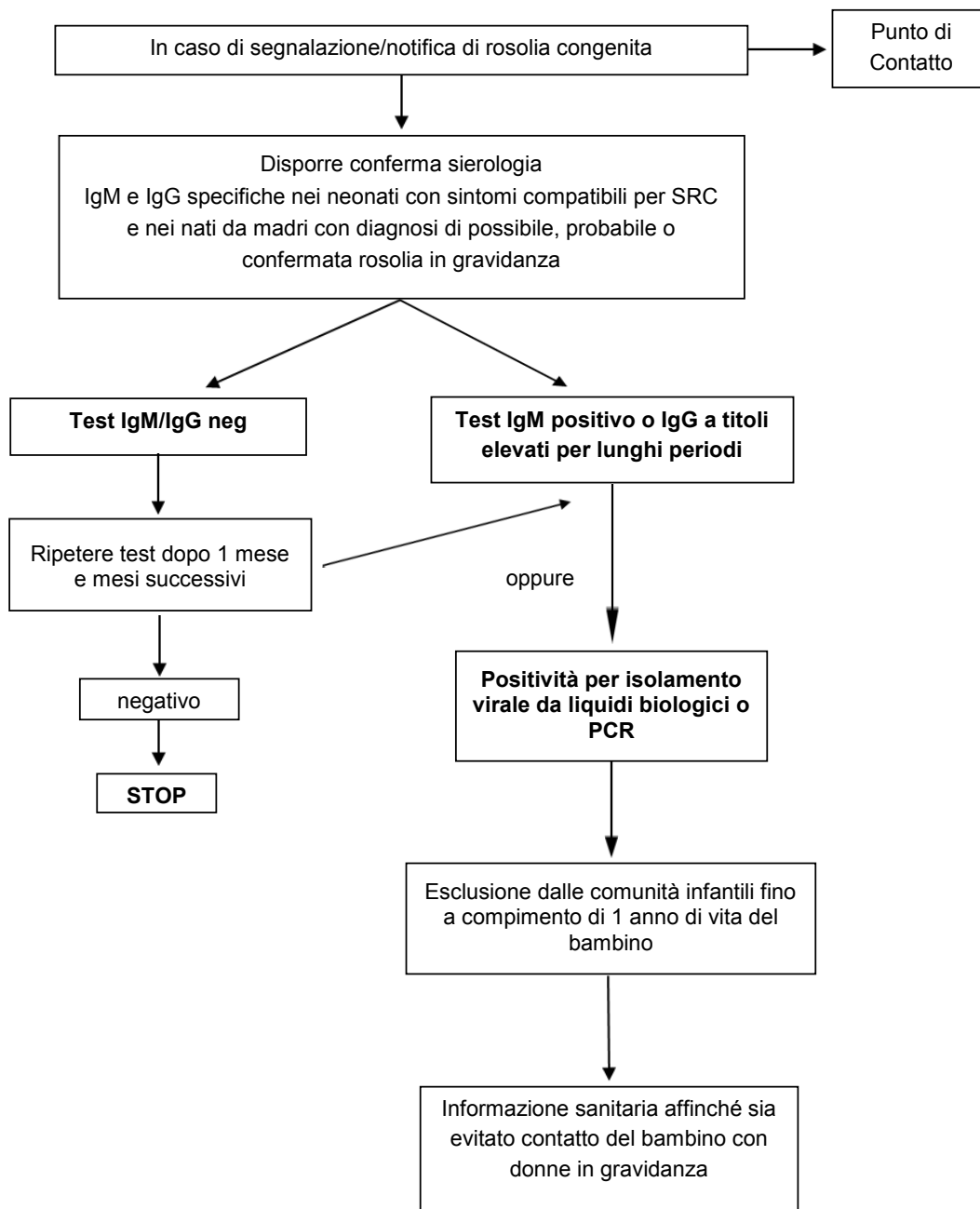
INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA





ISTRUZIONI OPERATIVE

INFEZIONE DA ROSOLIA IN GRAVIDANZA/SINDROME DA ROSOLIA CONGENITA (SRC)



INFLUENZA

Descrizione:

L'influenza è una malattia virale acuta provocata da un virus a RNA a singolo filamento negativo segmentato della famiglia *Orthomyxovirus*, di cui si conoscono quattro tipi differenti: i tipi A e B, responsabili della sintomatologia influenzale classica; il tipo C, di scarsa rilevanza clinica (generalmente asintomatico); il tipo D, che infetta principalmente i bovini la cui possibilità di infettare l'uomo non è ancora chiara. I virus dell'influenza A sono ulteriormente suddivisi in sottotipi sulla base di differenze molecolari nelle due glicoproteine di superficie emoaagglutinina (HA) e neuraminidasi (NA). Alla base dell'epidemiologia dell'influenza vi è la marcata tendenza dei virus influenzali a mutare, cioè presentare variazioni antigeniche nelle due glicoproteine HA e NA che permettono loro di eludere la risposta immunitaria dell'ospite dovuta a precedenti infezioni e trova quindi gran parte della popolazione immunologicamente suscettibile e può diffondersi. Il fatto che abbia un genoma segmentato rende anche possibile lo scambio di segmenti tra virioni di ceppi differenti coinfectanti lo stesso ospite. L'influenza può diffondersi in forma pandemica (rara), epidemica (almeno annuale), con focolai localizzati e con casi sporadici. Nelle zone a clima temperato, le epidemie tendono a verificarsi durante l'inverno, nelle regioni tropicali invece nella stagione delle piogge anche se epidemie o casi sporadici possono verificarsi nel corso dell'intero anno.

È possibile che l'infezione abbia un decorso asintomatico, ma nella maggior parte dei casi i sintomi più comuni includono: febbre, tosse, (può durare anche oltre 2 settimane), mal di gola, congestione nasale, congiuntivite, artromialgie, cefalea e malessere generale, mancanza di appetito. Soprattutto nei bambini, si possono manifestare anche sintomi a carico dell'apparato gastro-intestinale (nausea, vomito, diarrea). Nei casi non complicati, i sintomi durano solitamente per 3-4 giorni, potendo tuttavia prolungarsi per una/due settimane.

Le complicanze dell'influenza vanno dalle polmoniti batteriche, alla disidratazione, al peggioramento di malattie preesistenti (es. diabete, malattie immunitarie o cardiovascolari e respiratorie croniche), alle sinusiti e alle otiti (queste ultime soprattutto nei bambini), fino all'ARDS (per rottura della barriera endotelio-epiteliale).

Sono più frequenti nei soggetti al di sopra dei 65 anni di età e con condizioni di rischio, nei bambini molto piccoli e nelle donne incinte. Tuttavia, casi gravi di influenza si possono verificare anche in persone sane che non rientrano in alcuna delle categorie sopra citate.

Tempi di segnalazione:

vanno notificati tutti i casi di influenza con isolamento virale attraverso la scheda di segnalazione di malattia infettiva; dalla stagione pandemica 2009/10 è attivo in Italia il monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata. Vanno segnalati i casi gravi e complicati di influenza, SARI (gravi infezioni respiratorie acute) e ARDS (sindromi da distress respiratorio acuto), le cui condizioni prevedano il ricovero in UTI (unità di terapia intensiva) e/o il ricorso alla terapia in ECMO (Ossigenazione Extracorporea a Membrana).

Scheda Specifica di Flusso: SI, prevista per le forme gravi e complicate di influenza confermata.

Periodo di incubazione:

generalmente di 1-4 giorni (può anche superare i 7 giorni), con una media di due.

Periodo di contagiosità:

i pazienti affetti da influenza sono già contagiosi durante il periodo di incubazione, prima della manifestazione dei sintomi. Una persona adulta può trasmettere il virus da tre a sette giorni dopo l'inizio della malattia. I bambini invece sono contagiosi più a lungo.

Serbatoio:

Uomo e animali (uccelli, suini, etc.) sono i principali serbatoi dell'IAV (virus dell'influenza A). IBV (virus dell'influenza B) avrebbe come unico serbatoio l'uomo, anche se studi recenti hanno svelato presenza di virus IBV-like anche in alcuni pesci. L'ICV (virus dell'influenza C) ha come serbatoio principale l'uomo, ma occasionalmente può infettare cani e suini.



Modalità di trasmissione:

per via aerea, attraverso le goccioline di saliva e le secrezioni respiratorie, sia per via diretta (tosse, starnuti, colloquio a distanza molto ravvicinata) che indiretta (dispersione delle goccioline e secrezioni su oggetti e superfici).

Provvedimenti nei confronti del malato:

se possibile isolamento respiratorio per i primi 5-7 giorni di malattia, adozione delle misure di igiene respiratoria, trattamento sintomatico e in casi specifici, in base alle condizioni cliniche, valutare il trattamento con antivirali.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

In generale non occorrono provvedimenti verso i contatti, ma in casi selezionati valutare chemioprophilassi con antivirali.

Provvedimenti sull'ambiente: aerazione frequente e sanificazione ordinaria di superfici ed ambienti.

Profilassi:

- adozione di idonee misure di igiene respiratoria;
- lavare spesso le mani con acqua e sapone, e in particolare dopo avere tossito e starnutito, coprire naso e bocca con un fazzoletto (possibilmente di carta) quando si tossisce e/o dopo avere frequentato luoghi e mezzi di trasporto pubblici; se acqua e sapone non sono disponibili è possibile usare, in alternativa, soluzioni detergenti a base di alcol;
- in caso di starnuto gettare immediatamente il fazzoletto usato nella spazzatura o nella biancheria da lavare;
- evitare di toccare occhi, naso e bocca con le mani non lavate;
- rimanere a casa se malati, evitando di intraprendere viaggi e di recarsi al lavoro o a scuola, in modo da limitare contatti possibilmente infettanti con altre persone, nonché ridurre il rischio di complicazioni e infezioni concomitanti (superinfezioni) da parte di altri batteri o virus.

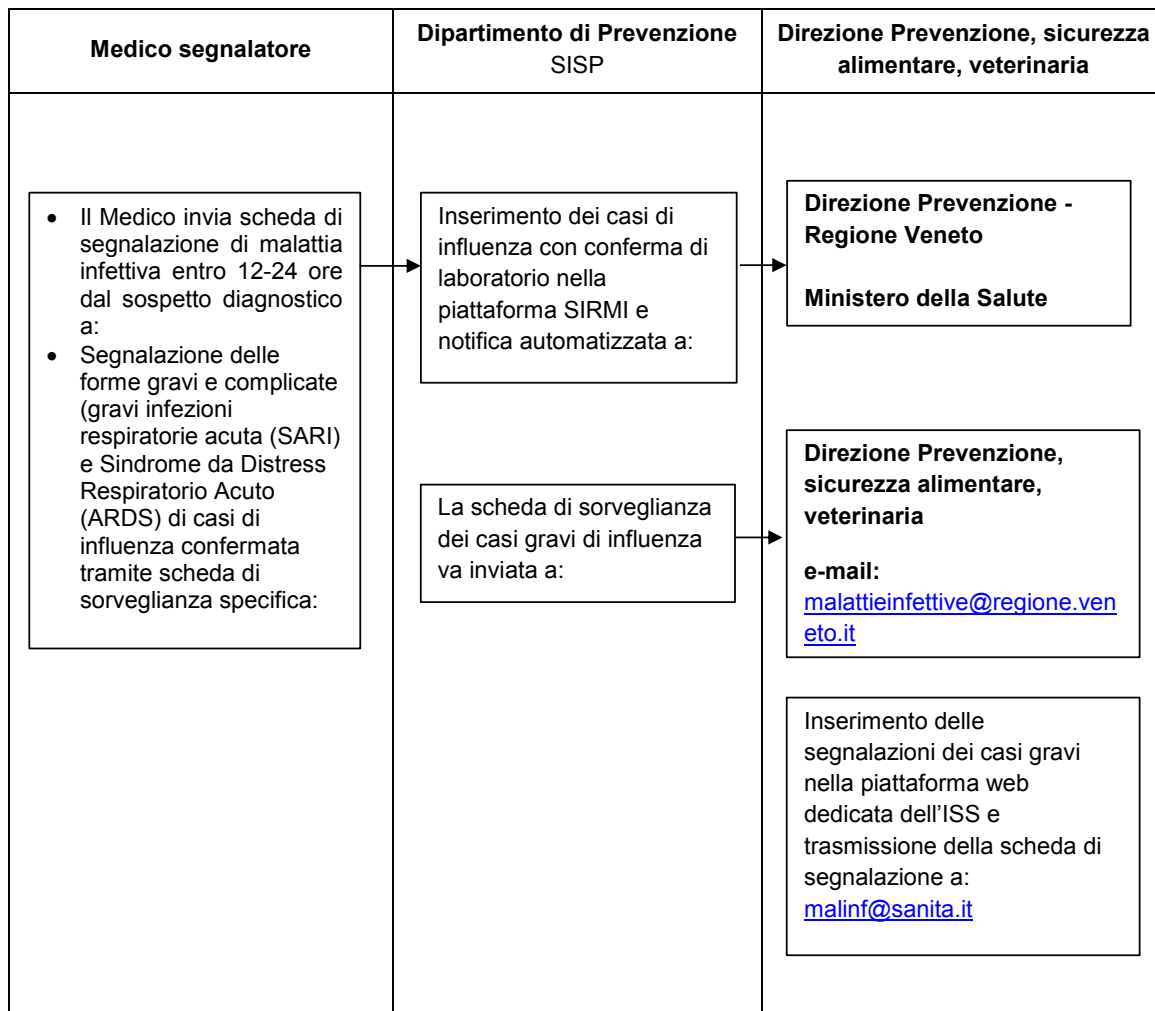
Vaccinazione: vaccinazione antinfluenzale specifica.

Terapia con farmaci antivirali: in casi selezionati (il loro impiego a scopo preventivo è riservato a situazioni particolari, ovvero in soggetti in cui l'influenza rappresenta un alto rischio ma non è possibile utilizzare il vaccino a causa di controindicazioni).



Flusso di segnalazione

INFLUENZA



LEGIONELLOSI

Descrizione:

infezione da *Legionella spp.*, genere di batteri gram-negativi flagellati che presenta due manifestazioni cliniche:

1. Febbre di Pontiac: sintomatologia simil-influenzale;
2. Malattia dei Legionari: malattia respiratoria (polmonite) da lieve a severa con febbre, tosse, distress respiratorio fino ad insufficienza respiratoria e morte (altri sintomi possibili: brividi, mialgia, manifestazioni gastrointestinali, del SNC e renali).

La maggior parte delle infezioni è dovuta a *Legionella pneumophila*, sierogruppo 1, ubiquitaria.

Le manifestazioni cliniche sono più frequenti in estate ed in autunno.

Le legionelle sono presenti negli ambienti acquatici naturali ed artificiali: acque sorgive, comprese quelle termali, fiumi, laghi, fanghi, etc. Dagli ambienti naturali quelli artificiali con condotte cittadine ed impianti idrici degli edifici, quali serbatoi, tubature, fontane e piscine, che possono agire come amplificatori e disseminatori del microorganismo.

Fattori predisponenti lo sviluppo della malattia sono l'età avanzata, il fumo di sigaretta, la presenza di malattie croniche, l'immunodeficienza.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

1. Febbre di Pontiac: 1-2 giorni;
2. Malattia dei Legionari : 2-10 giorni (prevalentemente 5-6 giorni).

Periodo di contagiosità:

non documentato il contagio interumano.

Modalità di trasmissione:

La legionella viene normalmente acquisita per via respiratoria mediante inalazione, aspirazione o microaspirazione di aerosol contenente Legionella, oppure di particelle derivate per essiccamento. Le goccioline si possono formare sia spruzzando l'acqua che facendo gorgogliare aria in essa, o per impatto su superfici solide. Malgrado il carattere ubiquitario di Legionella, la malattia umana rimane rara; i tassi d'attacco nel corso di focolai epidemici sono bassi, inferiori al 5%.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

Inchiesta epidemiologica per tracciare la possibile fonte del contagio, su cui effettuare approfondimenti. precauzioni standard.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

nessuno.

Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca della sorgente in base alle risultanze dell'indagine epidemiologica:

- impianti di distribuzione dell'acqua (impianto idrosanitario, fontane, impianto di irrigazione, etc.);
- impianti di condizionamento con torri di raffreddamento o condensatori evaporativi.



La prevenzione delle infezioni da Legionella si basa essenzialmente sulla corretta progettazione e realizzazione degli impianti idro-sanitari, gli impianti di condizionamento con umidificazione dell'aria ad acqua, gli impianti di raffreddamento a torri evaporative o a condensatori evaporativi, gli impianti che distribuiscono ed erogano acque termali, le piscine e le vasche idromassaggio.

Risulta fondamentale, ai fini della prevenzione, la manutenzione e, all'occorrenza, disinfezione atte a contrastare la moltiplicazione e la diffusione di Legionella negli impianti a rischio.

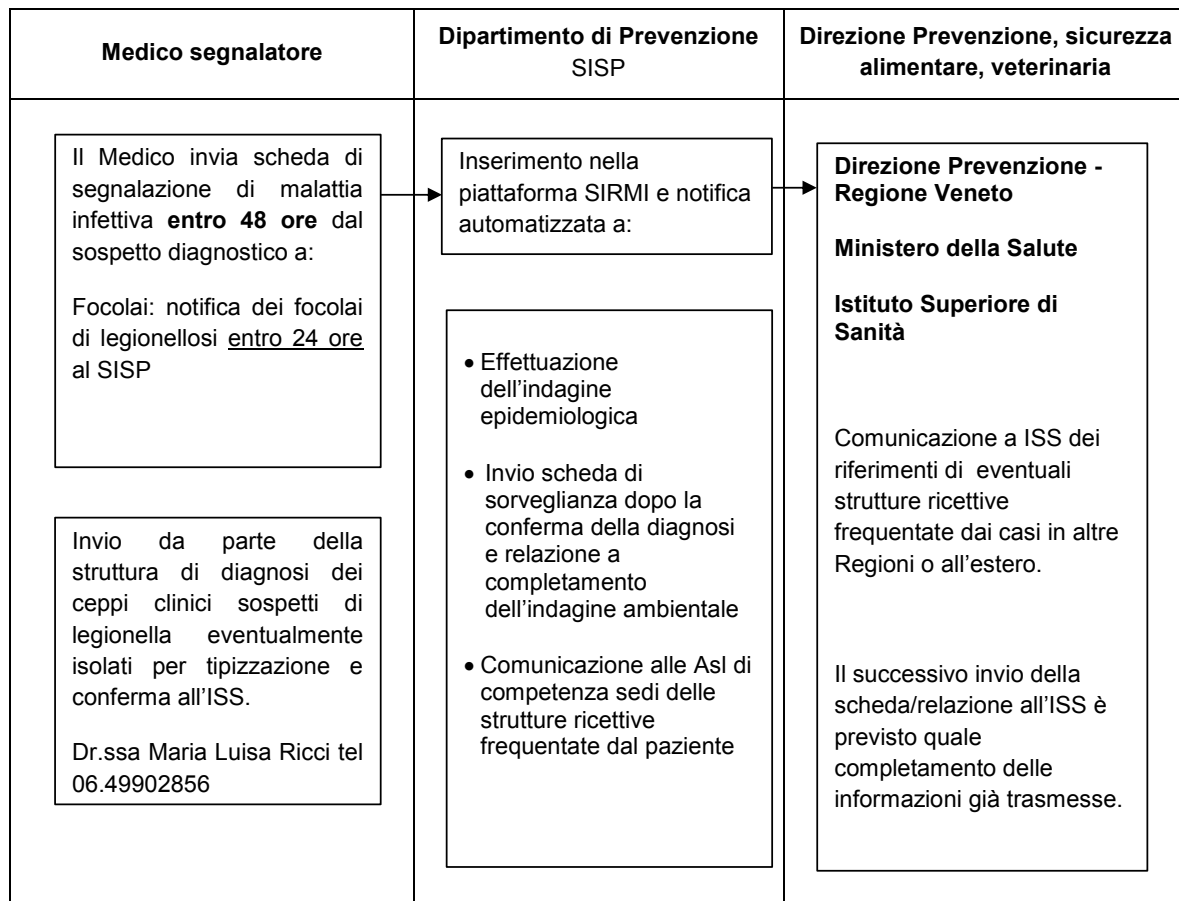
Eventuali interventi di bonifica secondo normativa (cfr. in appendice) e norme di buona tecnica.

Profilassi:

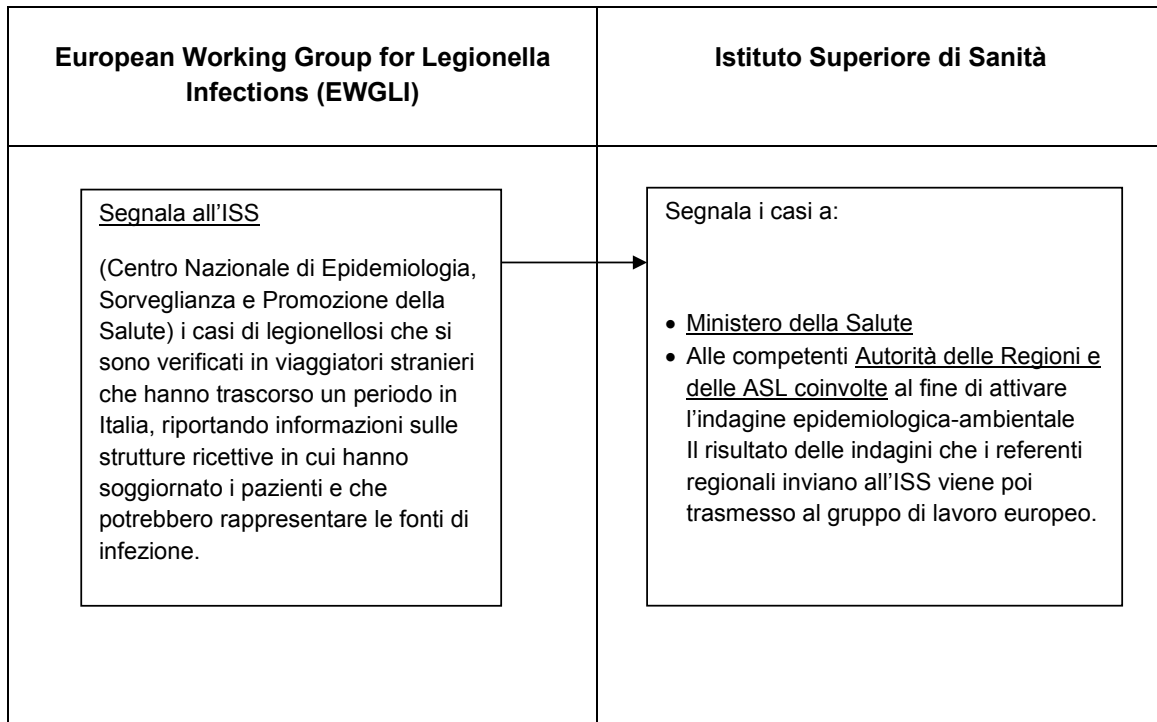
nessuna.



Flusso di segnalazione

LEGIONELLOSI

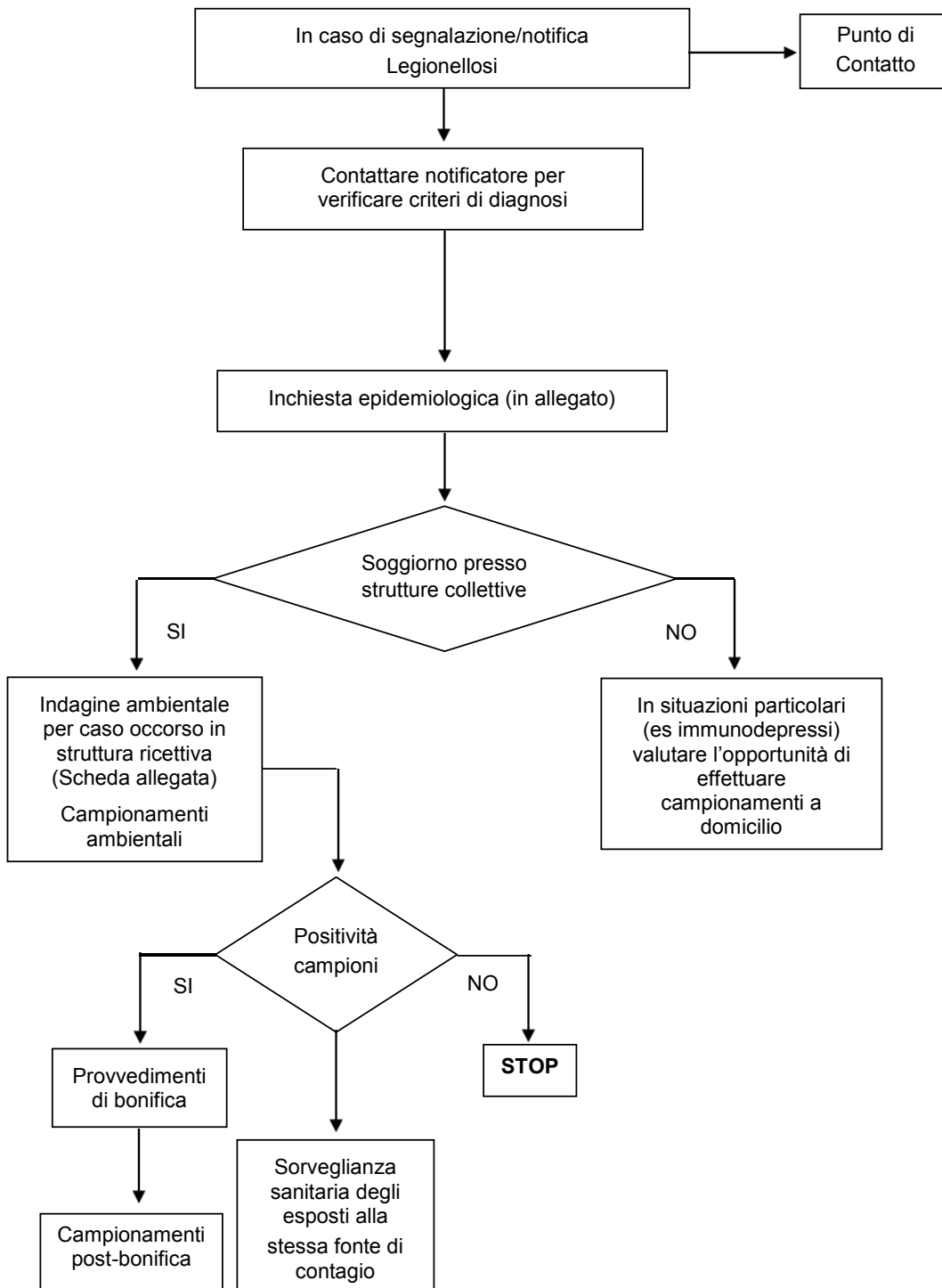
Sorveglianza internazionale della legionellosi nei viaggiatori





ISTRUZIONI OPERATIVE

LEGIONELLOSI





INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA LEGIONELLOSI

Data dell'intervista: _____

Informazioni personali

Cognome e Nome _____

Data di nascita: _____ Maschio Femmina

Residenza: Via _____ Tel _____

Comune: _____ Provincia _____

Domicilio (se diverso) _____

Medico di Base _____ Tel _____

Persona che risponde al questionario:

Paziente Coniuge Fratello/Sorella altro _____

Cognome e nome _____ Tel _____

Ospedalizzazione per legionellosi:

Ospedale _____ Reparto _____

Medico Ospedaliero _____ Tel _____

Data inizio sintomi: _____ Data ricovero: _____ Data dimissione: _____

Esito: Guarigione Esiti/Complicanze _____

Decesso Data decesso: _____

Diagnosi di laboratorio:

Antigene urinario

Sierologia Specie/sierogruppo: L. pneumophila gruppo 1

L. pneumophila altri sierogruppi

Altre specie _____

Fattori di rischio

Abitudine al fumo NO SI da quanto tempo _____ quantità _____

Abitudine all'alcool NO SI quantità _____

Malattie concomitanti NO SI Specificare _____





Trapianto d'organo NO SI Specificare _____

Chemioterapia NO SI Specificare _____

Somministrazione di corticosteroidi, per via sistemica, nelle 4 settimane precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare _____

Ossigenoterapia a domicilio nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare _____

Trattamenti medici nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi (fisioterapia, visite odontoiatriche, cure termali, cure inalatorie, aerosol etc...)

NO SI Specificare _____

Ricovero ospedaliero nei 10 gg. precedenti l'inizio dei sintomi

NO SI Specificare (Ospedale – Reparto – n. stanza – periodo)

Soggiorno nei 10 giorni precedenti all'esordio, in luoghi diversi dalla propria abitazione

(albergo – terme – campeggio – nave – parco acquatico – fiera - altra abitazione, ecc)

Nome e indirizzo

Operatore turistico

In gruppo Individuale Dal _____ Al _____

Esposizione ad acqua aerosolizzata (fontane, getti d'acqua, parrucchiere/estetista ecc...)

Rischio professionale

Professione _____ Ditta: _____

Reparto _____

Ultimo giorno di lavoro _____





Nei 10 giorni precedenti l'esordio:

Esposizione professionale ad acqua aerosolizzata SI NO

Utilizzo della doccia SI NO

Luogo con presenza di torri di raffreddamento SI NO

Rischio abitazione

Tipo di casa: Singola Appartamento Altro _____

Anno/periodo di costruzione della casa: _____

Caldaia: Autonoma Condominiale

Tipo di caldaia: Istantanea Boiler Serbatoio di accumulo

Addolcitore Anticalcare: SI NO Manutenzione regolare filtro SI NO

Approvvigionamento idrico: Acquedotto Comunale Pozzo Privato Sorgente

Utilizzo prevalente di: Vasca da bagno con idromassaggio SI NO Doccia

Utilizzo di umidificatore domestico: SI NO

Impianto di aria condizionata: SI NO Centralizzato Split

Funzionante nel periodo precedente l'inizio dei sintomi: SI NO

Manutenzione ordinaria impianto idraulico: Programmata/regolare Non regolare

Presenza di calcare su augelli e soffioni: Modesta Normale Rilevante

Pulizia e disincrostazione augelli/soffioni: Regolare Non regolari

Recenti interventi di riparazione/manutenzione impianto idrotermosanitario: NO SI

Recenti interruzioni di fornitura dell'acqua e/o guasti della rete idrica comunale: SI NO

Lavori in corso nelle vicinanze dell'abitazione: SI NO

Presenza di torri di raffreddamento o torri evaporative nelle vicinanze: SI NO

L'abitazione dispone di:

Giardino SI NO

Sistema di irrigazione Manuale Automatico

Fontane ornamentali SI NO

Altre attività a rischio:

Utilizzo autolavaggio SI NO Frequenza _____

Indirizzo _____

Utilizzo di idropultrici: SI NO





Utilizzo di docce, vasche per idromassaggio presso impianti sportivi, centri balneari, centri benessere nei 10

giorni precedenti l'esordio dei sintomi: SI NO

Indirizzo _____

Mezzi di trasporto abituale _____

Utilizzo di erogatori idrici in parchi/cimiteri/giardini SI NO

Hobby praticati con regolarità NO SI _____

A.S.





INCHIESTA EPIDEMIOLOGICA PER CASO OCCORSO IN STRUTTURA RICETTIVA	
DATI GENERALI	
Notifica del:	A carico di:
Pervenuta il:	
Il soggetto ha soggiornato presso la struttura:	
dal _____ al _____	
Apertura struttura: Stagionale <input type="checkbox"/> Continuativa <input type="checkbox"/>	
Inizio sintomi:	
RILIEVI A CARATTERE SANITARIO	
E' presente un registro per le chiamate sanitarie: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
A chi si rivolge la struttura in caso di necessità: 118 <input type="checkbox"/> medico <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/>	
Nome e cognome del medico:	
Telefono:	
Contatto con il medico si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Quali informazioni riferisce? _____	
Altri ospiti hanno manifestato sintomi simil-influenzali: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
Manifestazioni di sintomi specifici a carico dei dipendenti: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/>	
E' possibile dalle informazioni inviare risalire all'ubicazione stanza/piazzola: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> Se si, quale numero/denominazione _____	
Come sono le condizioni generali delle struttura: buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>	
Come sono le condizioni igieniche delle camere: buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>	
E in particolare quella della stanza dove ha soggiornato il paziente: buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>	
Sono presenti e in funzione: piscina <input type="checkbox"/> idromassaggio <input type="checkbox"/> fontane <input type="checkbox"/> centro benessere <input type="checkbox"/> altro <input type="checkbox"/> Condizioni igieniche: buone <input type="checkbox"/> discrete <input type="checkbox"/> scadenti <input type="checkbox"/> insufficienti <input type="checkbox"/>	





NOTE E/OSSERVAZIONI
<p data-bbox="284 972 580 1003">Data _____</p>



LEPTOSPIROSI

Descrizione:

La leptospirosi è una zoonosi provocata da spirochete (un phylum di batteri) del genere *Leptospira* (circa 10 specie sono patogene per l'uomo) del genere *Leptospira*. E' una malattia acuta febbrile con diverse manifestazioni cliniche spesso derivanti da vasculiti. La gravità dei sintomi consente di dividere 2 possibili forme cliniche: una forma lieve che guarisce spontaneamente (circa 90% dei casi) ad una forma severa, spesso letale con ittero, insufficienza renale e polmonite emorragica. L'andamento è tipicamente bifasico, con una setticemia acuta che dura una settimana, seguita da una fase immunomediata.

Indipendentemente dalla gravità, l'insorgenza è generalmente improvvisa, con sintomi non specifici, simil-influenzali, (febbre, brividi, cefalea, nausea, vomito e *rash* transitorio). Il segno clinico più caratteristico è l'emorragia congiuntivale non purulenta (30-99% dei casi) e le mialgie del polpaccio e delle regioni lombari (40-100% dei casi). In alcuni pazienti queste due fasi sono separate da una breve riduzione della febbre (3-4 giorni).

La durata dei sintomi di entrambe le fasi varia da meno di una settimana a vari mesi. La maggior parte delle persone che non sviluppano ittero guarisce. Circa il 5-10% dei soggetti con ittero può morire di leptospirosi, e questa percentuale è maggiore fra i soggetti di età superiore a 60 anni. Il rischio di decesso è maggiore se si manifestano alterazioni della funzione mentale, insufficienza renale, insufficienza respiratoria ed emorragie interne.

I bambini sono particolarmente vulnerabili alle forme più gravi della malattia. Inoltre, se la leptospirosi si sviluppa nelle prime fasi della gravidanza, aumentano i rischi di aborto spontaneo.

Spesso la malattia è asintomatica o subclinica e si verifica una sierconversione particolarmente in zone endemiche.

Si tratta di una malattia diffusa in tutto il mondo con esclusione delle regioni polari.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione:

Mediamente 10 giorni, con un range di 2-30 giorni.

Periodo di contagiosità:

Le leptospire possono essere escrete nelle urine di solito per un mese ma anche per periodi molto più lunghi dopo la malattia acuta. La trasmissione diretta da persona a persona è molto rara.

Modalità di trasmissione:

La circolazione del batterio è garantita dall'infezione renale cronica di roditori e altri piccoli mammiferi. Eventi climatici rilevanti (alluvioni, uragani etc.), possono temporaneamente aumentare l'incidenza dei casi. Per contatto della cute, in particolare se abrasa, oppure delle mucose con acqua, suolo umido, oppure vegetazione contaminata con urine di animali infetti; per contatto diretto con urine o tessuti di animali infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica (soprattutto per comprendere eventuali esposizioni ad animali o all'ambiente). Se il paziente è ospedalizzato: precauzioni nei confronti di sangue e liquidi organici. E' prevista la disinfezione continua degli oggetti contaminati con le urine.

Provvedimenti nei confronti di contatti/esposti:



proteggere i lavoratori implicati in occupazioni rischiose attraverso la fornitura di stivali, guanti, camici.

Provvedimenti sull'ambiente:

verificare le fonti di esposizione e le possibili misure di controllo.

Profilassi:

- **vaccino:** non disponibile in Italia.
- **chemioprolassi:** valutare l'opportunità per i soggetti a rischio: 200 mg di doxiciclina, 1 volta alla settimana durante l'intero periodo di esposizione.



Flusso di segnalazione

LEPTOSPIROSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="209 495 523 696" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="603 495 922 925" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Compila la scheda di sorveglianza delle leptospirosi indicando, se disponibile, il metodo sierologico utilizzato per la conferma di Laboratorio (metodo, eventuale nome commerciale del kit, titolo se applicabile) e caricamento della scheda come allegato in SIRMI e notifica automatizzata a: </div>	<div data-bbox="991 495 1345 853" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Istituto Superiore di Sanità</p> <p>Centro Nazionale per la leptospirosi</p> </div>



LISTERIOSI

Descrizione:

Patologia dovuta al batterio gram-positivo intracellulare facoltativo *Listeria monocytogenes*, capace di invadere e replicarsi dentro le cellule fagocitarie e non-fagocitarie. *Listeria monocytogenes*. Può contaminare diversi alimenti, essendo un batterio presente ubiquitariamente nell'ambiente, sia nell'acqua, che nel suolo, che nelle piante, che nella vegetazione in decomposizione. Manca, tuttavia, certezza su quale sia l'habitat ideale (nicchia ecologica) per questo batterio. Il batterio può essere riscontrato anche in carni crude, lavorate e prodotti caseari. Molti animali possono essere infettati dal batterio senza presentare sintomi.

La listeriosi può assumere due forme:

- diarroica, tipica delle tossinfezioni alimentari, si manifesta nel giro di poche ore dall'ingestione,
- invasiva o sistemica, causa di sepsi, encefaliti e meningiti.

I primi sintomi sono febbre, dolori muscolari, nausea, diarrea. Quando l'infezione si diffonde al sistema nervoso, si possono manifestare emicranie, confusione, irrigidimento del collo, perdita dell'equilibrio o anche convulsioni.

La listeriosi può essere particolarmente severa per le persone immunodepresse, malati di cancro, diabete, le persone anziane, i neonati e le donne in gravidanza, nelle quali può causare aborto spontaneo o parto prematuro, morte in utero o infezione del feto. I sintomi però, nel caso delle donne incinte, sono generalmente molto simili a quelli di una influenza leggera. La listeriosi è una patologia umana di raro riscontro, mentre è più comune il riscontro di casi negli animali.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI (per la forma invasiva)

Periodo di incubazione:

da 1-2 giorni per la forma diarroica a 90 giorni (mediamente 30 giorni) per la forma invasiva

Periodo di contagiosità:

la *Listeria* può essere presente per mesi nelle feci di individui infetti. Nelle madri di neonati affetti da listeriosi connatale, il batterio può essere riscontrato nelle secrezioni vaginali e nelle urine per fino a 7-10 giorni dopo il parto.

Modalità di trasmissione:

la trasmissione mediante cibi è la più frequente

Donne gravide portatrici asintomatiche possono trasmettere la *Listeria* al feto per via transplacentare o durante il parto.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, anche se i tempi di incubazione piuttosto variabili rendono arduo determinare la via di contagio.

Non sono necessarie misure di isolamento; sufficiente il rispetto delle comuni norme igieniche e di precauzioni enteriche.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per identificare possibili focolai epidemici con ricerca della fonte comune di infezione/esposizione.



Raccomandazioni circa l'astensione dal consumo di carni crude e poco cotte e di latte non pastorizzato e prodotti derivati, per le donne in stato di gravidanza e per le persone immunocompromesse.

Provvedimenti sull'ambiente:

La migliore strategia di lotta alla listeriosi passa attraverso una efficiente prevenzione, che si può facilmente attuare applicando le generali norme di igiene e attenzione previste per tutte le altre tossinfezioni alimentari:

- cottura completa e corretta dei cibi derivati da animali;
- lavaggio accurato delle verdure prima del consumo;
- separazione delle carni crude dalle verdure e dai cibi cotti e pronti al consumo;
- uso di prodotti lattiero-caseari pastorizzati;
- lavaggio accurato di coltelli, taglieri e mani dopo aver maneggiato cibi crudi, consumo dei cibi deperibili in tempi brevi.

Profilassi:

terapia antibiotica, sia per gli adulti che per i bambini. Una cura antibiotica somministrata precocemente a una donna incinta può prevenire la trasmissione dell'infezione al feto.



Flusso di segnalazione

LISTERIOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento dei casi di listeriosi e dei focolai epidemici nella piattaforma SIRMI e caricamento della scheda come allegato.</p> <p>Coinvolgimento del Servizio Igiene degli alimenti e del Servizio di Igiene degli Alimenti di origine animale territorialmente competenti.</p> <p>Approfondimento dell'indagine dei casi al fine di individuare le fonti di infezione.</p> <p>Gli isolati clinici devono essere inviati al Laboratorio di riferimento dell'Istituto Superiore di Sanità (Operational Contact Point dell'ECDC per la listeriosi, DSPVSA@pec.iss.it Tel. 0649903419 per la caratterizzazione del ceppo.</p> <p>Nel caso sia accertata, a seguito dell'indagine epidemiologica, l'origine alimentare dell'infezione, i campioni alimentari ed eventuali campioni ambientali ed animali devono essere inviati anche al Laboratorio Nazionale di Riferimento, presso l'Istituto Zooprofilattico Abruzzo e Molise listeria@izs.it</p> <p>Se l'infezione da Listeria ha causato una sepsi o meningite dovrà essere compilata la notifica in SIRMI come Malattia Batterica Invasiva da Listeria e compilando la sezione specifica dedicata.</p>	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Istituto Superiore di Sanità</p>



MALARIA

Descrizione:

è una malattia causata da protozoi appartenenti al genere *Plasmodium* e trasmessi all'uomo da zanzare femmine infette del genere *Anopheles*. Le specie di plasmodi responsabili della malaria umana sono: *P. falciparum*, *P. vivax*, *P. ovale*, *P. malariae* e *P. knowlesi*.

Il quadro clinico può essere asintomatico, lieve o coi sintomi classici, rappresentati dall'insorgenza improvvisa di febbre elevata, brividi, nausea/vomito, sudorazione, cefalea, mialgia, che possono presentarsi ad intervalli (secondo la specie, a giorni alterni o ogni terzo giorno). Talvolta compaiono sintomi di tipo gastrointestinale (nausea, vomito, diarrea), tosse, artralgia, dolori addominali e lombari. Le complicanze gravi più comuni sono anemia, trombocitopenia, emolisi con ittero, epatosplenomegalia.

La forma severa, molto comunemente dovuta al *P. falciparum* (terzana maligna), presenta manifestazioni cliniche potenzialmente fatali, quali convulsioni, confusione mentale e coma (malaria cerebrale), insufficienza renale, sindrome da distress respiratorio (ARDS), ipoglicemia, severa anemia e shock. L'infezione da *P.vivax* e *P.ovale* può provocare recidive a distanza di mesi dall'attacco primario, mentre *P. malariae* può causare recrudescenze anche a distanza di decenni.

Il rischio di malaria è elevato in larghe aree dell'Africa, del Centro e Sud America, dell'Asia, di parte dei Caraibi, Europa Orientale e Pacifico sud-occidentale.

Tempi di notifica:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Per i casi importati, di decesso, di recidiva e recrudescenza, la segnalazione va eseguita entro 5 giorni (48 + 72 ore dalla diagnosi effettuata da parte del Presidio Ospedaliero).

Un caso di Malaria confermato, che si presume sia autoctono, anche indotto, va segnalato entro 24 ore dalla diagnosi per le vie brevi.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo che intercorre tra la puntura dell'insetto infettante e la comparsa di sintomi clinici è circa: 7-14 gg per il *P. falciparum*, 8-14 gg per *P. vivax* e *P. ovale*, 7-30 gg per *P. malariae*.

Alcuni ceppi di *P. vivax* possono avere un periodo di incubazione protratto fino a 8-10 mesi ed oltre.

Periodo di contagiosità:

le zanzare possono infettarsi finché sono presenti gametociti nel sangue dei pazienti; ciò dipende dalla specie e dai ceppi di parassita e dalla risposta alla terapia. Pazienti non trattati o trattati in modo insufficiente possono rappresentare un serbatoio di infezione per le zanzare per diversi anni nella malaria da *P. malariae*, fino a 5 anni per quella da *P. vivax* e per circa un anno per quella da *P. falciparum*. La trasmissione attraverso emotrasfusioni può durare fino a quando forme asessuate rimangono nel sangue circolante.

Modalità di trasmissione:

con la puntura di una femmina di zanzara *Anopheles* infetta, che punge specialmente dal tramonto fino alle prime ore del mattino. Occasionalmente si può avere la trasmissione per via perinatale da madre a feto (malaria congenita), attraverso trasfusioni di sangue da persone infette o tramite l'uso di aghi e siringhe contaminate.

Provvedimenti nei confronti del malato:

rapido trattamento antimalarico.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

nessuno.



Provvedimenti sull'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

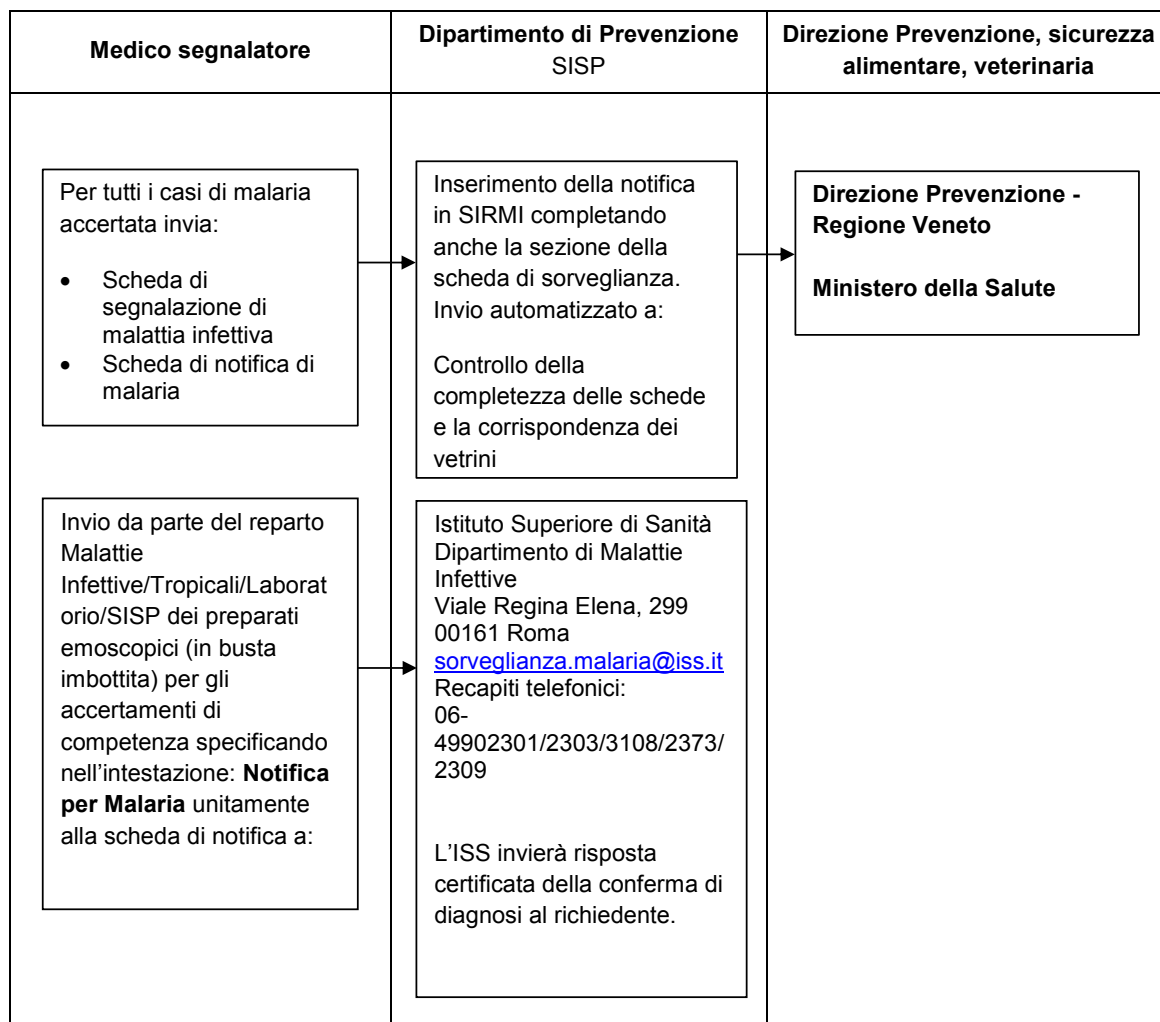
- **Vaccinazione:** Attualmente esiste un vaccino utilizzato nell'Africa sub-sahariana.
- **Profilassi comportamentale:** bonifica degli alloggi con insetticidi, utilizzo di indumenti con maniche lunghe, pantaloni lunghi e calze spesse, applicazione di repellenti per uso topico contro le zanzare
- **Chemioprofilassi:** secondo le indicazioni Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET) – Revisione 2018 (vedi tabella).

Farmaco	Adulti	Bambini	Controindicazioni
Atovaquone-Proguanil (adulti e pediatrico) (da 24/48 h. prima dell'arrivo in zona a rischio fino a 7 gg dopo averla lasciata)	1 cp/die	11-20 Kg: 1 cp ped/die 21-30 kg: 2 cp ped/die 31-40 kg: 3 cp ped/die 40 kg: 1 cp adulti al giorno	Ipersensibilità al farmaco Insufficienza renale E' controindicato in gravidanza. Non è consigliato nelle donne che allattano e nei bambini di peso inferiore a 11 kg
Doxiciclina 100 mg (da 24 h prima dell'arrivo in zona a rischio fino a 4 settimane dopo averla lasciata)	1 cp/die	8 anni e peso > 25 Kg: 1,5 mg/Kg/die	Età <8 anni Gravidanza Allattamento Ipersensibilità al farmaco Insufficienza epatica grave Il farmaco potrebbe ridurre l'efficacia della terapia anticoncezionale ormonale
Meflochina 250 mg (da almeno 7 gg prima della partenza per zona a rischio e fino a 4 settimane dal rientro)	1 cp/settimana	5 mg/kg alla settimana	Allergia al farmaco Epilessia Disordini psichiatrici Insufficienza epatica Controindicazione relativa nel I trimestre di gravidanza e nell'allattamento
Cloroquina 250 mg (da 7-14 gg prima della partenza per zona a rischio e fino a 4 settimane dal rientro)	2 cp/settimana	5 mg/kg alla settimana	Ipersensibilità al farmaco Epilessia in atto Retinopatie Psoriasi generalizzata Insufficienza epatica grave Può essere somministrata in gravidanza e allattamento



Flusso di segnalazione

MALARIA



MERS-CoV (SINDROME RESPIRATORIA MEDIO-ORIENTALE)

Descrizione:

La Sindrome Respiratoria medio-orientale (Mers-CoV - *Middle East respiratory syndrome coronavirus infection*) è una malattia infettiva acuta causata da un virus MERS-CoV, un virus a RNA del genere *Betacoronavirus* appartenente alla famiglia dei Coronaviridae o che può essere trasmesso dagli animali all'uomo. In particolare il virus MERS-CoV è stato identificato nei dromedari (si ipotizza che a loro volta siano infettati da pipistrelli) in diversi paesi del Medio Oriente, Africa e Asia meridionale e, se trasmesso all'uomo, può causare quadri patologici di varia gravità che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria acuta grave (SARS).

I Coronavirus sono una grande famiglia di virus a RNA, che possono causare malattie negli esseri umani e negli animali. Il serbatoio naturale è rappresentato dai cammelli e dromedari. Negli esseri umani causano malattie di varia gravità che vanno dal comune raffreddore alla sindrome respiratoria acuta grave (SARS). Nella gran parte dei casi si tratta di una zoonosi, trasmessa dall'animale all'uomo. La presentazione clinica può essere pertanto molto variabile, includendo forme asintomatiche e forme sintomatiche che esordiscono generalmente con febbre, tosse, brividi, nausea, cefalea, diarrea, mal di gola, mialgia e difficoltà respiratoria. Oltre alla comune polmonite, possono comparire sintomi gastrointestinali quali vomito, diarrea e dolore addominale.

La maggior parte dei casi severi è stata identificata nei soggetti adulti anziani di sesso maschile affetti da comorbidità, (es. Diabete, insufficienza renale cronica, pneumopatie, immunosoppressione) mentre i bambini manifestano tipicamente sintomi più lievi. La mortalità è circa del 35%.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Il periodo di incubazione varia da 2 a 14 giorni, mediamente 5-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

Nell'uomo il virus MERS-CoV può essere rilevato nelle vie respiratorie alte e basse, nelle feci, nel sangue e nelle urine. Talvolta il DNA virale è stato ritrovato dai 13 ai 30 giorni dopo la comparsa dei sintomi.

Modalità di trasmissione:

La trasmissione da animale a uomo non è completamente conosciuta, ma i dromedari sembrano rappresentare la principale via di contagio e la trasmissione avviene per contatto diretto e/o indiretto con animali infetti.

Il virus non sembra trasmettersi facilmente da uomo a uomo in condizioni normali. Il rischio di trasmissione aumenta nei contatti stretti che accudiscono la persona infetta senza l'adozione di adeguate misure di protezione (ambito familiare, operatori sanitari che assistono pazienti). Tuttavia, il meccanismo con cui la trasmissione si è verificata in questi casi, se respiratoria/droplet (es. tosse, starnuti) o tramite contatto (contaminazione dell'ambiente da parte del paziente), non è ancora completamente nota. Sembra che il virus possa rimanere vitale per alcuni giorni disperso nell'aerosol e sulle superfici inanimate per almeno 48 ore.

Provvedimenti nei confronti del malato: Inchiesta epidemiologica, per rilevare la via di esposizione ed eventuali contatti a rischio.

Si raccomanda agli operatori sanitari di adottare e rafforzare le precauzioni standard per il controllo delle infezioni nella gestione di tutti i pazienti e la gestione dei casi probabili.



Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Nei casi asintomatici non è necessario isolare i pazienti, mentre per i contatti stretti (soggetti che sono rimasti per più di 15 minuti faccia a faccia con un soggetto sospettato di essere ammalato di MERS-CoV) deve essere fatta una sorveglianza sanitaria di 14 giorni dall'ultimo contatto con il soggetto ammalato per escludere un possibile contagio. I familiari che vivono assieme ad un soggetto affetto da MERS-CoV devono evitare il più possibile i contatti e stare ad almeno un metro dal malato. È comunque importante rispettare le norme di igiene ambientale e utilizzare dei dispositivi di protezione (mascherina, guanti, camice).

Profilassi: vaccinazione e chemioprolissi

Al momento non è disponibile un vaccino, né chemioprolissi.

Terapia di supporto nei casi più gravi. Sono in via di sperimentazione l'utilizzo di steroidi, plasma di soggetti convalescenti, interferone, lopinar/ritonavir, ribavirina, anticorpi mono-e policlonali.



Flusso di segnalazione
MERS-COV

Medico segnalatore	Dipartimento di PrevenzioneSISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p data-bbox="231 555 547 689">Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 24 ore dal sospetto diagnostico a:</p> <p data-bbox="231 748 547 949">Invio dei campioni di secrezione respiratorie al Laboratorio Regionale di Riferimento per il monitoraggio dei virus circolanti</p>	<p data-bbox="606 562 938 689">Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a:</p>	<p data-bbox="1010 562 1342 703">Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute</p> <p data-bbox="1023 741 1329 994">Inserimento delle segnalazioni dei casi gravi nella piattaforma web dedicata dell'ISS e trasmissione della scheda di segnalazione a: malinf@sanita.it</p>



MORBILLO

Descrizione:

malattia acuta causata da un virus a RNA genere *Morbillivirus* nella famiglia dei *Paramyxoviridae*. Si manifesta con febbre elevata, congiuntivite, tosse, rinite, esantema caratteristico (macchie di *Koplik*: chiazze biancastre nel cavo orale) e con un esantema maculo papulare eritematoso, che compare dopo 3–5 giorni dall'esordio della febbre, ed inizia dal volto, si diffonde prima al tronco e poi agli arti. L'esantema si attenua nell'arco di 3–4 giorni dando luogo ad una desquamazione cutanea. La malattia, che solitamente dura tra i 10-20 giorni, può complicarsi, più spesso nei bambini piccoli, con otite media, broncopolmonite, laringotracheobronchite (*croup*) e diarrea. L'encefalite acuta si verifica in circa 1/1000 casi, spesso con esiti di encefalopatia permanente. La mortalità si presenta in 1-3 su 1000 casi riportati, principalmente per complicanze respiratorie e neurologiche.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

è in genere di 7-14 giorni dall'esposizione all'inizio dei sintomi; in studi familiari l'intervallo medio tra la comparsa dell'esantema nel caso indice e nei casi successivi è di 14 giorni, con un *range* di 7–18 giorni.

Periodo di contagiosità:

i pazienti sono contagiosi da 1–2 giorni prima dell'inizio dei sintomi (3–5 giorni prima dell'esantema) fino a 4 giorni dopo la comparsa dell'esantema.

Modalità di trasmissione:

la trasmissione avviene per via aerea attraverso le goccioline o per contatto diretto con secrezioni nasali o faringee di persone infette e, meno comunemente, attraverso oggetti contaminati dalle stesse.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Isolamento domiciliare fino a guarigione clinica e per almeno 5 giorni dalla comparsa dell'esantema.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

per i contatti suscettibili di un caso di morbillo, si raccomanda la vaccinazione per controllare e prevenire la diffusione della malattia.

Valutare l'opportunità di applicare l'art.42 e seguenti Titolo V, del DPR n.1518 del 22.12.1967 per le collettività infantili (asili nido e scuole materne).

Profilassi:

vaccinazione: Il vaccino del morbillo appartiene ai vaccini vivi attenuati. Il vaccino esiste sotto forma di un complesso vaccinale contro il morbillo, la parotite e la rosolia (Mpr).

Si consiglia una prima dose del MPR prima del 24° mese di vita, preferibilmente al 12-15° mese, con un richiamo verso 5-6 anni o 11-12 anni. Fino al 6°-9° mese, il neonato può essere protetto dagli anticorpi che gli vengono dalla madre se questa è immunizzata. La durata di immunizzazione del neonato è inferiore se la madre è stata immunizzata da un vaccino e non dal morbillo stesso.

Come per tutti i vaccini vivi attenuati, la vaccinazione non viene effettuata negli individui con deficit immunitario o sotto terapia immunosoppressiva (corticoidi, antineoplastici, antirigetto), né, per precauzione, nelle donne gravide o che desiderano esserlo nel mese successivo. Invece, è consigliato alle persone infette da HIV che non hanno ancora sviluppato l'Aids.



Flusso di segnalazione

SORVEGLIANZA INTEGRATA MORBILLO E ROSOLIA (postnatale)

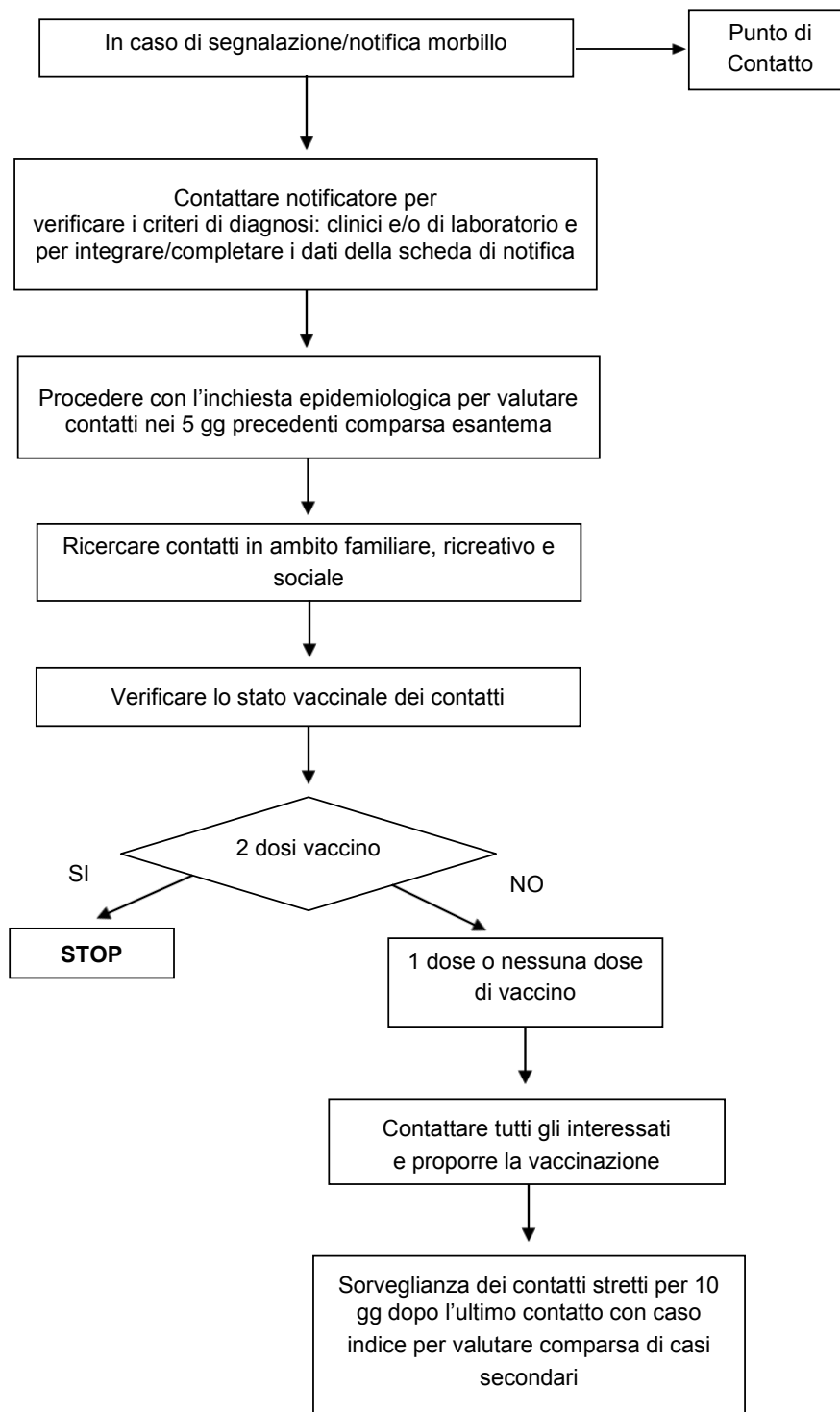
Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento nella piattaforma SIRMI entro 24 ore, compilando la sezione dedicata alla Sorveglianza Integrata Morbillo e Rosolia, e notifica automatizzata a:</p> <p>Per ogni caso di morbillo dovranno essere condotte appropriate indagini di laboratorio per confermare la diagnosi.</p> <p>I casi negativi per morbillo dovranno essere testati per rosolia e viceversa.</p> <p>Per tutti i <u>casi sporadici</u> di morbillo e rosolia e su <u>almeno 5-10 casi di ogni focolaio</u> dovranno essere effettuate la ricerca virale e la genotipizzazione del virus inviando i campioni accompagnati dalla scheda al Laboratorio di riferimento Regionale o Nazionale. Questi comunicano i risultati alla Regione.</p> <p>Ogni focolaio dovrà essere tempestivamente segnalato alla Regione con aggiornamento settimanale del relativo numero dei casi.</p>	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria</p> <p>Richiesta mensile alle ULSS del numero di casi segnalati nel mese precedente, incluso lo “zero reporting” e trasmissione all’ISS.</p> <p>sorveglianza.morbillorosolia@iss.it</p> <p>Un <u>report epidemiologico descrittivo settimanale</u> di aggiornamento sull’andamento dell’epidemia deve essere inviato al Ministero della Salute e all’ISS.</p>





ISTRUZIONI OPERATIVE

MORBILLO



MORBO DI HANSEN (o Lebbra)

Descrizione

La lebbra è una patologia cronica causata da *Mycobacterium leprae*, un bacillo acido resistente con tropismo particolare per i nervi periferici, la cute, e le mucose del tratto respiratorio superiore. I sintomi sono variabili ma si manifestano generalmente con lesioni cutanee polimorfe con anestesia e neuropatia periferica. La diagnosi è clinica e viene confermata mediante biopsia.

La lebbra può essere classificata in base alla risposta immunitaria ed al decorso clinico:

- *L. tuberculoide*: si riscontra in pazienti con forte risposta cellulo-mediata; forma benigna, meno diffusa e contagiosa.
- *L. lepromatosa*, Borderline: si riscontra in pazienti con scarsa risposta immunitaria; forma sistemica, più grave della precedente.

La maggior parte dei casi si concentra nei Paesi tropicali e subtropicali, in particolare India, America Latina e Africa. La *M. leprae* era l'unica causa nota della lebbra fino al 2008, quando una seconda specie, *M. lepromatosis*, è stata identificata in Messico.

Tempi di segnalazione

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di flusso: SI

Periodo di incubazione:

L'insorgenza della malattia può verificarsi a qualsiasi età, più frequentemente intorno ai 20-30 anni.

L'incubazione è lunga, da 1 anno a oltre 20 anni, in media 5 anni.

Periodo di contagiosità:

l'infettività, continua di solito fino ad inizio di appropriata terapia antibiotica. Dopo inizio terapia l'infettività cessa, viene persa, nella maggior parte dei casi, entro 3 mesi dall'inizio di un trattamento continuo e regolare con dapsona o clofazimina o entro 3 giorni dall'inizio del trattamento con rifampicina.

Modalità di trasmissione:

La principale sorgente di infezione è il malato lepromatoso non trattato.

I bacilli vengono eliminati dall'organismo infetto tramite lesioni cutanee ulcerate e tramite la mucosa nasale e penetrano in un altro individuo attraverso le alte vie respiratorie e soluzioni di continuo della cute. Esistono alcuni animali naturalmente infettati dal *M. leprae* (es. l'armadillo), ed è ipotizzabile che possano essere contagiosi verso l'uomo, anche se verosimilmente in modo poco efficiente.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica

Gli antibiotici possono arrestare la progressione della lebbra, ma non permettono la guarigione del danno ai nervi o delle deformità. Pertanto, una diagnosi e un trattamento precoce sono di vitale importanza. Se la cura viene iniziata nelle prime fasi della malattia, si possono prevenire lesioni disabilitanti. Se non trattata, può causare danni progressivi e permanenti alla pelle, ai nervi, agli arti e agli occhi, provocando segni fisici e deformità.

Isolamento da contatto per i pazienti affetti da lebbra lepromatosa; non sono necessarie misure di isolamento per le altre forme di lebbra.

Restrizione dall'attività lavorativa o scolastica fino a permanenza dello stato di infettività.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

Poiché la lebbra non è molto contagiosa, il rischio di diffusione è basso. Solo la forma lepromatosa non trattata è contagiosa, ma anche in questo caso l'infezione non è facilmente trasmissibile. Tuttavia, i contatti abitativi (in particolare bambini) di pazienti con la lebbra devono essere monitorati per lo



sviluppo di sintomi e segni di lebbra. Una volta iniziato il trattamento, la lebbra non può più essere trasmessa.

Sorveglianza clinica mediante esame immediato e successivi esami periodici di conviventi ed altri contatti stretti, ad intervalli non superiori a dodici mesi, per almeno 5 anni dall'ultimo contatto con un caso infettivo.

Provvedimenti nei confronti dell'ambiente:

nessuno.

Profilassi:

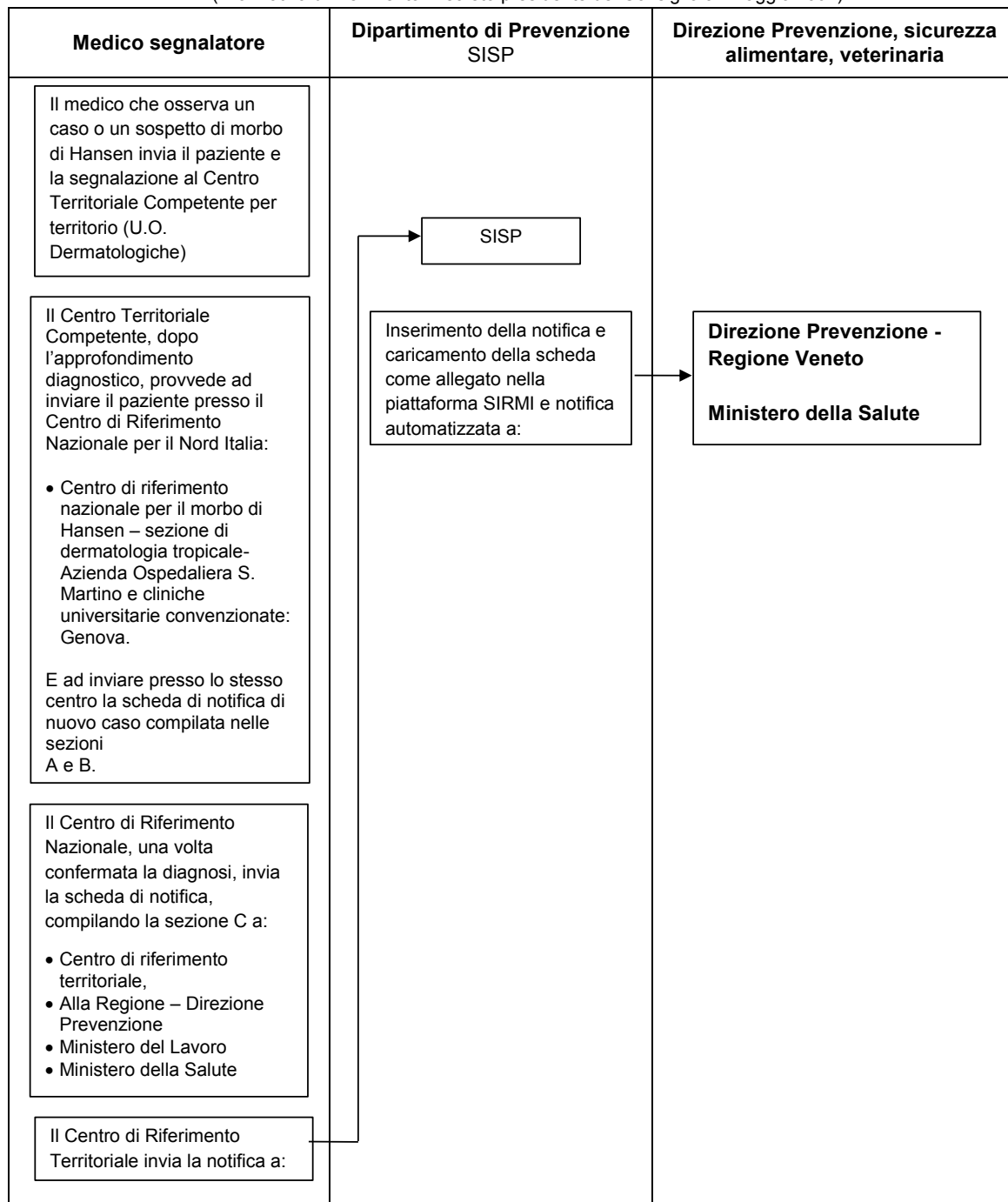
- **Vaccinazione:** Ricerche sulla efficacia di un vaccino costituito da BCG e *M. leprae* uccisi con il calore ha dato per ora risultati contrastanti e, pertanto, non rappresenta al momento un mezzo di prevenzione primaria. Significativa è la protezione offerta dal BCG somministrato in bambini di aree endemiche.
- **Chemioprofilassi:** la profilassi farmacologica non è consigliata per il rischio di selezione di ceppi batterici farmacoresistenti.



Flusso di segnalazione

MORBO DI HANSEN

La scheda di notifica del nuovo caso segue il percorso diagnostico del paziente
(Normativa di riferimento: Decreto presidente del Consiglio 31 maggio 2001)



Il centro territoriale deve rilasciare ai pazienti una certificazione valida ai fini dell'erogazione del sussidio, la mancata effettuazione dei controlli trimestrali determina la sospensione del sussidio, così come previsto dall'art. 1, settimo comma della legge 31 marzo 1980, n. 126, e successive modificazioni.



PESTE

Descrizione:

è una infezione batterica, solitamente zoonotica causata dal batterio coccobacillo gram-negativo *Yersinia pestis*, solitamente presente nei piccoli roditori (ratti, alcune specie di scoiattoli, cani della prateria, gatti), che può essere trasmesso dagli animali all'uomo attraverso la puntura di pulci infette. Storicamente, si ritiene abbia causato almeno 3 pandemie negli ultimi 1500 anni.

Si sa ancora poco sull'epizootia della peste, che è considerata una patologia murina trasmessa da pulci; è probabile che eventi climatici rilevanti possano causare l'esplosione dei casi murini con aumento del rischio di trasmissione all'uomo. I ratti *Rattus rattus* e *R. Norvegicus* sono quelli che più facilmente possono trasmettere all'uomo le pulci vettore (in particolare le pulci del genere *Xenopsylla*). Le manifestazioni cliniche iniziali comprendono generalmente sintomi simil-influenzali (febbre, brividi, malessere, mialgia, vomito e nausea) e possono aggravarsi soprattutto nella forma setticemica e polmonare, con elevata mortalità se non trattate.

Si distinguono varie forme cliniche di peste: **peste bubbonica**: febbre, improvvisa linfadenite dolorosa, cefalea, brividi e debolezza; **peste polmonare**: febbre, tosse, dispnea, emottisi; **peste setticemica**: febbre, brividi, dolori addominali, ipotensione, distress respiratorio acuto, lesioni cutanee purpuriche, coagulopatia intravascolare, insufficienza d'organo.

La malattia è diffusa nelle aree rurali con scarso livello igienico, dove le abitazioni sono infestate da pulci e da ratti, soprattutto in Africa (Madagascar, Uganda, Sudafrica), Asia (Caucaso, Russia, Cina) e Sudamerica (Brasile e regione andina della Bolivia, Perù ed Ecuador).

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

da 3 a 7 giorni, per la peste polmonare 1-6 giorni.

Periodo di contagiosità:

la peste polmonare può essere altamente infettante; il sovraffollamento facilita la trasmissione. La peste bubbonica non è generalmente trasmessa direttamente da uomo a uomo, a meno che non vi sia contatto con il pus di bubboni in suppurazione. Le pulci possono rimanere infettanti per mesi.

Modalità di trasmissione:

L'uomo si può infettare coi morsi di pulce (più frequenti durante le epizootie, quando le pulci abbandonano i numerosi roditori morti in cerca di altri ospiti), con contatto diretto con tessuti o secrezioni di animali infetti, o raramente con aerosol infetti. Nella forma polmonare il batterio può trasmettersi da persona a persona attraverso l'aria o gli aerosol di persone infette e quindi costituisce una delle forme più pericolose per il potenziale epidemico che la caratterizza.

La peste bubbonica è trasmessa dalla puntura di pulci infette o per contatto diretto tra materiale infetto e lesioni cutanee.

Peste setticemica: è dovuta alla moltiplicazione del batterio nel sangue e può essere una complicanza delle due forme precedenti; non si trasmette da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per tracciare la fonte del contagio (es. contatto con animali durante viaggi all'estero). isolamento stretto dei pazienti con peste polmonare, precauzioni contro la diffusione aerea per 48 ore dall'inizio di un'appropriata terapia. Per la forma bubbonica, se assente tosse, ricovero e precauzione nei confronti delle secrezioni per 48 ore dall'inizio di una terapia efficace.



Disinfestare dalle pulci gli abiti e i bagagli dei pazienti con l'uso di insetticidi efficaci.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

i contatti stretti con soggetti affetti da peste polmonare devono essere sottoposti a chemioprolassi e posti sotto stretta sorveglianza per almeno 7 giorni.

I contatti stretti di soggetti con peste bubbonica vanno valutati per l'eventuale chemioprolassi.

Provvedimenti sull'ambiente:

trattamento igienico e disinfestazione degli ambienti dalle pulci, interventi di derattizzazione delle zone dove transitano i roditori e delle relative tane, eliminazione di rifiuti e di materiali che possono attrarre i roditori, controllo costante dello stato di salute dei propri animali domestici, educazione sanitaria della popolazione. Il batterio è facilmente distrutto dalla luce del sole, nell'aria può sopravvivere per oltre 1 ora.

Profilassi:

- **Vaccinazione** al momento non è disponibile un vaccino contro la peste, per cui è essenziale la prevenzione dalla malattia.
- **Chemioprolassi:** la chemioprolassi va effettuata con tetraciclina (15-30 mg/Kg) o cloramfenicolo (30 mg/Kg) in 4 dosi al giorno per una settimana dall'ultima esposizione
- **Profilassi:** la terapia antibiotica deve essere instaurata al momento del sospetto diagnostico con una durata di 10 giorni. Possono essere utilizzati streptomina (1 g/12h i.m.) o gentamicina (5 mg/kg/die i.m.), in particolari condizioni (es. meningite o insufficienza renale) sono raccomandati preferibilmente ciprofloxacina, doxiciclina e cloramfenicolo. In gravidanza il farmaco di scelta è la gentamicina, nei bambini è opportuno rimodulare adeguatamente i dosaggi terapeutici.

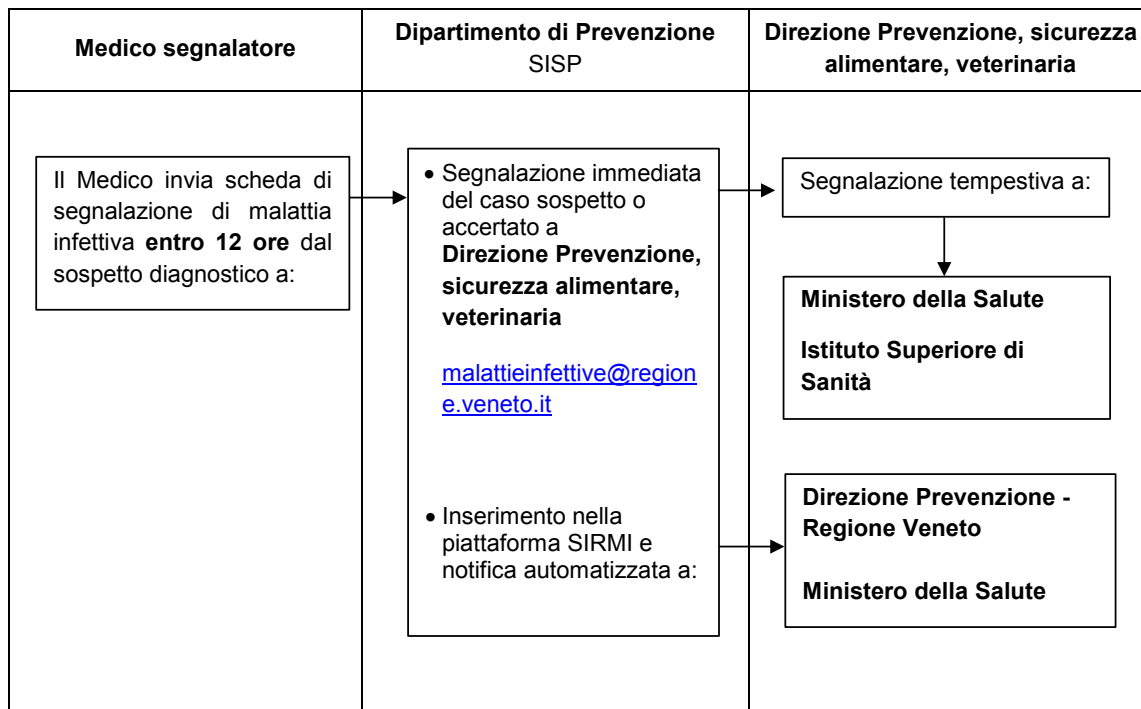
Misure internazionali:

I viaggiatori internazionali provenienti da aree dove vi è un'epidemia di peste polmonare, in caso di sospetta esposizione devono essere tenuti in isolamento per 6 giorni dopo l'ultima esposizione. All'arrivo di navi ed aerei infestati o sospetti i viaggiatori vanno tenuti sotto sorveglianza per 6 giorni dalla data dell'arrivo.



Flusso di segnalazione

PESTE



POLIOMIELITE ACUTA (Paralisi Flaccida Acuta)

Descrizione:

la poliomielite è una grave malattia infettiva a carico del sistema nervoso centrale che colpisce principalmente i neuroni motori del midollo spinale. Deve il nome al fatto di colpire i motoneuroni della sostanza grigia (in greco: polios = grigio e myelos = materia) del corno anteriore spinale. E' causata da tre tipi di *Poliovirus* (1, 2 e 3), appartenente al genere *Enterovirus* tipo C, famiglia Picornaviridae, una famiglia di virus a RNA a singolo filamento positivo.. La maggior parte delle infezioni si localizza nell'intestino, dove decorre in modo asintomatico (forme inapparenti), mentre in una minoranza di casi si manifestano sintomi aspecifici si localizza nell'intestino, di tipo influenzale (febbre, mal di gola, affaticamento, cefalea, vomito, costipazione, indolenzimento del collo, dolore agli arti). Talvolta, in seguito alla defervescenza dei sintomi iniziali, in meno dell'1% delle infezioni può comparire rapidamente una paralisi flaccida acuta che tende ad essere permanente.

E' importante sottolineare che la paralisi flaccida acuta (AFP) generata dal poliovirus è simile nei sintomi e nelle manifestazioni ad altre malattie come la sindrome di *Guillain-Barré*, la mielite trasversa, la poliradiculoneurite, la neurite traumatica e quella neoplastica. Solo l'isolamento e la tipizzazione dell'agente patogeno consentono di valutare l'effettiva incidenza della polio rispetto all'insieme delle AFP.

L'ultimo caso nel nostro paese è stato notificato nel 1982.

La sorveglianza è attiva e mira a identificare i casi di AFP dovuti a qualsiasi eziologia in soggetti di tutte le fasce di età.

Attualmente sono stati eradicati a livello mondiale i tipi 2 e 3, ma persiste in un areale limitato (Pakistan e Afghanistan) il tipo 1.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, alla U.O. Prevenzione e Sanità Pubblica.

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

3-6 giorni per la forma minore non paralitica, 7-21 per la forma paralitica.

Periodo di contagiosità:

non definibile con precisione; la contagiosità sussiste fintanto che i poliovirus vengono escreti. I poliovirus sono dimostrabili nelle secrezioni oro-faringee e nelle feci rispettivamente 36-72 ore dall'esposizione, con persistenza fino ad una settimana nel faringe e per 3-6 settimane e oltre nelle feci.

Modalità di trasmissione:

il contagio avviene per via oro-fecale, attraverso l'ingestione di acqua, cibi contaminati o tramite la saliva, le goccioline emesse con i colpi di tosse e gli starnuti da soggetti ammalati o portatori sani. Il poliovirus si moltiplica nella mucosa oro-faringea, nell'intestino e nei tessuti linfatici sottostanti e può diffondersi anche attraverso le feci, ben prima che i sintomi della malattia siano evidenti. L'uomo rappresenta l'unico serbatoio naturale del virus della poliomielite, che può colpire persone di tutte le età, ma principalmente si manifesta nei bambini sotto i 5 anni.

Provvedimenti nei confronti del malato:

precauzioni enteriche nel caso di ricovero in ospedale; pur essendo altamente auspicabili, sono di scarso significato in ambiente domestico perché al momento della comparsa dei sintomi tutti i contatti domestici sono già stati infettati.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:



sorveglianza clinica di conviventi e contatti stretti per individuazione di altri casi di paralisi flaccida acuta o di meningite asettica.

Profilassi:

Vaccinazione: antipolio se non effettuata. Consigliata una dose di richiamo (IPV) se il viaggiatore intende recarsi in una zona in cui è presente un focolaio di malattia.



Flusso di segnalazione

PARALISI FLACCIDE ACUTE

Referenti delle U.O. di Pediatria, Neurologia e Malattie Infettive, Terapia Intensiva pediatrica	Centro di Referenza Regionale	Ministero della Salute Istituto Superiore di Sanità
<div data-bbox="245 651 580 1211"> <p>Invio della seguente documentazione a Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria, email: malattieinfettive@regione.veneto.it</p> <ul style="list-style-type: none"> • Invio scheda segnalazione iniziale entro 48 ore dal sospetto diagnostico • Invio della scheda di raccolta campioni biologici per i casi pediatrici • Invio della scheda di follow-up a 60 giorni </div> <div data-bbox="245 1294 580 1832"> <ul style="list-style-type: none"> • Raccolta e preparazione dei campioni biologici entro 14 gg. dalla diagnosi di malattia: 2 campioni di feci prelevati ad un intervallo minimo di 24 ore e massimo di 48 uno dall'altro e conservati a -20°C e 1 campione di siero • Ritiro dei campioni: il laboratorio di virologia di ISS organizza il ritiro dei campioni tramite il corriere, n. tel. 06.49903237 </div>	<div data-bbox="639 651 938 987"> <p>Centro di Referenza Regionale</p> <p>Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria</p> <p>Trasmette le schede con mail informativa sul caso a:</p> </div>	<div data-bbox="1002 651 1310 797"> <p>Ministero della Salute malinf@sanita.it</p> </div>



RABBIA UMANA

Descrizione:

La malattia è causata da un virus ad RNA del genere *Lyssavirus*, famiglia Rhabdoviridae, presente nella saliva degli animali infettati.

Si tratta di una zoonosi caratterizzata da una encefalomyelite con esordio di sintomatologia neurologica (malessere, cefalea, disturbi della sensibilità spesso nella regione morsicata da un animale), che progredisce con eccitabilità, paresi, spasmo dei muscoli della deglutizione (idrofobia), fino a delirio, convulsioni, coma e decesso entro 10 giorni dalla manifestazione dei primi sintomi. La malattia può evolvere in due forme a decorso acuto:

- Forma furiosa (75 % dei casi) caratterizzata da disturbi psicomotori eccitatori nei quali spiccano la perdita del senso dell'orientamento, vagabondaggio, accessi di iperattività talora a carattere furioso. L'epilogo della malattia è caratterizzato dai segni progressivi di paralisi della muscolatura, fino al coma e alla morte.
- Forma paralitica (25 % dei casi), nella quale compare la paralisi progressiva senza le manifestazioni di aggressività che caratterizzano la forma furiosa.

Tempi di segnalazione di caso sospetto:

Entro le 12 ore dal sospetto, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Generalmente da 3 a 8 settimane, raramente breve (giorni) o lungo (anni); dipende dalla gravità e Dalla localizzazione della ferita, intesa come distanza dal Sistema Nervoso Centrale. In generale, più la sede del morso è vicina alla testa, tanto più veloce è l'incubazione

Periodo di contagiosità:

Non sono documentati casi di trasmissione diretta da persona a persona.

Modalità di trasmissione:

- Attraverso morso di animale rabido;
- Attraverso saliva infetta su cute non integra;
- Attraverso contatto diretto di cute lesionata o mucose con saliva o tessuti nervosi di animale rabido;
- Raramente attraverso trapianto d'organo.

Prevenzione della malattia nell'uomo

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica.

Terapia intensiva di supporto.

La prevenzione della malattia nell'uomo si basa sulla vaccinazione preventiva per chi svolge attività professionale "a rischio specifico" (veterinari, guardie forestali, cinovigili, guardie venatorie, viaggiatori che svolgano attività a rischio ecc.) e sul trattamento vaccinale post esposizione, limitato a particolari situazioni di rischio, come l'aggressione da parte di un animale sospetto. In questo caso, l'animale deve essere sottoposto ad una osservazione di 10 giorni, in modo tale da poter escludere l'esposizione al virus al momento dell'aggressione o esposizione.

Terapia intensiva di supporto.



Provvedimenti nei confronti dell'animale

L'animale deve essere sottoposto ad una osservazione di 10 giorni, in modo tale da poter escludere l'esposizione al virus al momento dell'aggressione o esposizione.

Provvedimenti nei confronti dei soggetti esposti alla stessa fonte del malato:

Inchiesta epidemiologica su fonte di esposizione.

Profilassi post-esposizione in caso di morso, graffio, contaminazione con saliva o altro materiale infettivo (escluse urine e feci) di ferite aperte/mucose.

In caso di esposizione, è sempre bene procedere con la profilassi vaccinale (a prescindere dai giorni trascorsi dall'esposizione).

Esposizione a rischio di infezione:**Tempi di segnalazione di caso esposto a rischio:**

- Comunicazione immediata al SISP di soggetto morso da animale;
- Comunicazione immediata dal SISP/PS al Servizio Veterinario per la sorveglianza dell'animale morsicatore e per l'eventuale conferimento di carcassa;
- Comunicazione immediata dal Servizio Veterinario al SISP in caso di animale sospetto rabido;
- Comunicazione dal Servizio Veterinario al SISP dell'esito della sorveglianza dell'animale morsicatore;

Provvedimenti nei confronti del soggetto esposto:

- Adeguato trattamento della ferita con pulizia e lavaggio per almeno 15' con acqua e sapone e con irrigazione con soluzione virucida (es. IODOPOVIDONE);
- Valutazione dell'epidemiologia locale della zona dove è avvenuto il morso;
- Valutazione del tipo di esposizione, del tipo di animale morsicatore e della possibilità di osservazione dell'animale morsicatore;
- Offerta e somministrazione della profilassi immunologica attiva e passiva post esposizione secondo linee guida;
- Adeguamento delle azioni di profilassi in rapporto alla visita del Veterinario dell'animale morsicatore e all'esito del periodo di osservazione dell'animale morsicatore.

Provvedimenti sull'ambiente:

- Attuazione/mantenimento del sistema di sorveglianza attiva sugli animali selvatici da parte del Servizio Veterinario;
- Nell'evenienza di epidemia, attuazione delle misure di contenimento stabilite dalle Autorità Sanitarie competenti (vaccinazione orale dei selvatici, vaccinazione degli animali domestici, soppressione degli animali con sintomatologia sospetta)

Profilassi Pre-Esposizione

Tipo Vaccino	Ciclo	Richiami
Virus inattivato prodotto in cellule di embrione di pollo (PCECV)	3 dosi (1 mL) ai giorni 0, 7, 21 o 28	Ogni 2-5 anni.
Virus inattivato, prodotto su cellule vero	3 dosi (0,5 mL) ai giorni 0, 7 e 28 (o a 21 giorni se si ha poco tempo)	Dopo 1 anno. Successivi richiami : ogni 5 anni



Profilassi Post-Esposizione (PEP)

MMWR, 19.03.10, Vol. 59, N. RR2 e WHO-WER n.32 del 2010

Stato Vaccinale	Interventi	Regime (è applicabile per le persone di tutte le età, compresi i bambini)
Soggetti non vaccinati precedentemente	Pulizia della ferita	Iniziare la PEP con l'immediata e completa pulizia di tutta la ferita con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di Povidone-iodio).
	Immunoglobuline (RIG)	Somministrare 20 UI/Kg di peso corporeo. Se anatomicamente fattibile, la maggior parte della dose deve essere infiltrata intorno e all'interno della ferita, la quantità residua è somministrata per via intramuscolare, in sito diverso dalla vaccinazione. Poiché le RIG possono inibire la risposta al vaccino antirabbico, non si deve superare la dose raccomandata.
	Vaccino umano con cellule diploidi (HDCV) o purificato da cellule di embrione di pollo (PCECV)	<ol style="list-style-type: none"> Una dose di 1 ml, IM, (deltoide o parte antero-laterale della coscia nei bambini piccoli), ai tempi 0, 3, 7 e 14 giorni. Per persone con immunodepressione: 5 dosi di vaccino ai tempi 0,3,7,14,28 Due dosi al tempo 0 (in siti separati), seguite da una dose ai tempi 7 e 21.
Soggetti precedentemente vaccinati	Pulizia della ferita	La PEP è iniziata con l'immediata e completa pulizia delle ferite con acqua e sapone. Se disponibile usare un disinfettante (soluzione di Povidone-iodio per irrorare le ferite.
	Immunoglobuline (RIG)	Le immunoglobuline non sono somministrate
	Vaccino umano con cellule diploidi (HDCV) o purificato da cellule di embrione di pollo (PCECV)	È somministrato vaccino HDCV. Una dose di 1 ml, IM, (deltoide o zona antero-laterale della coscia nei bambini piccoli), nei giorni 0 e 3.

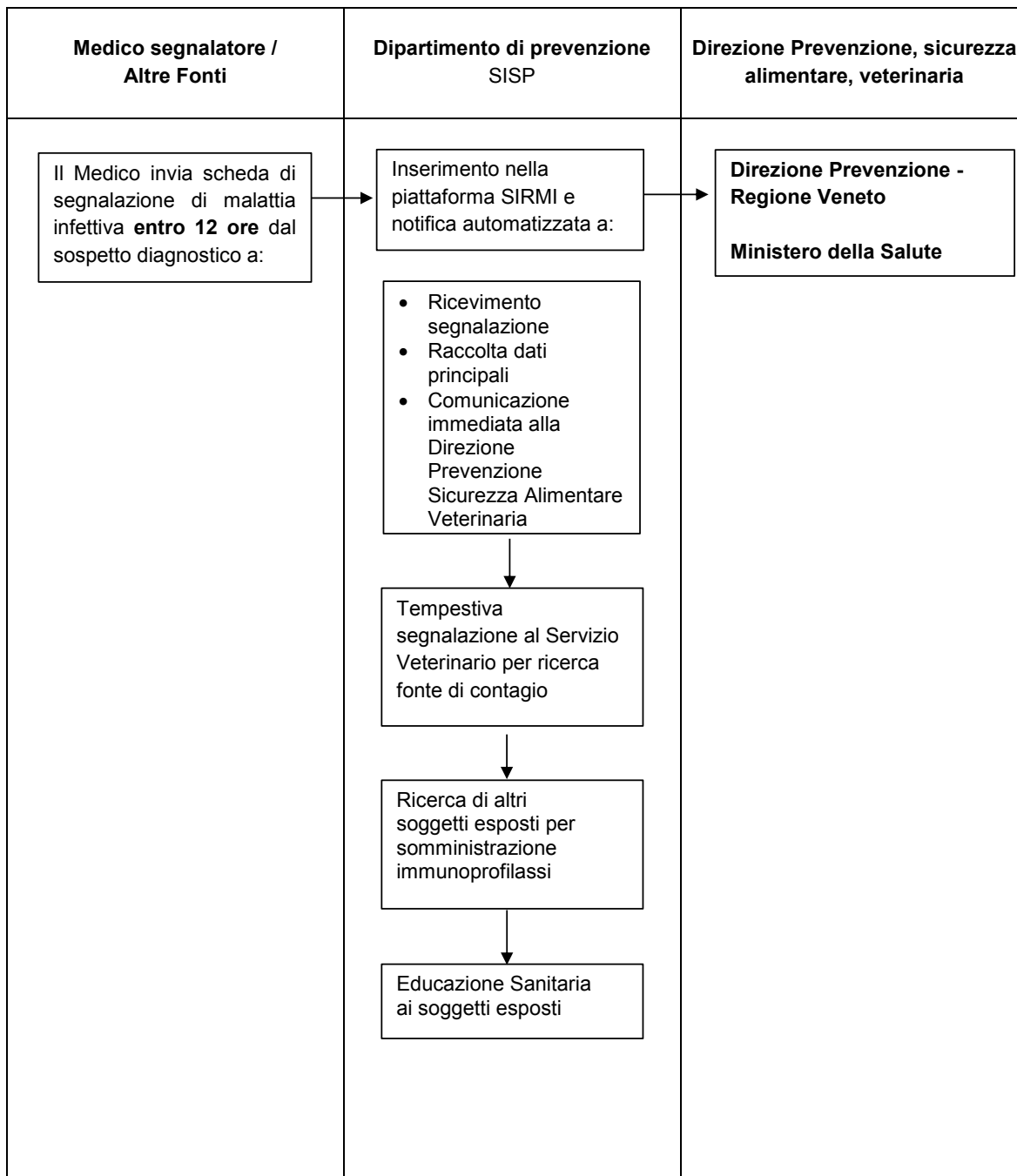
Se necessario il trattamento sarà completato dalla somministrazione della profilassi antitetanica e/ o antibiotico terapia.

N.B. La gravidanza non rappresenta una controindicazione alla vaccinazione dopo l'esposizione.



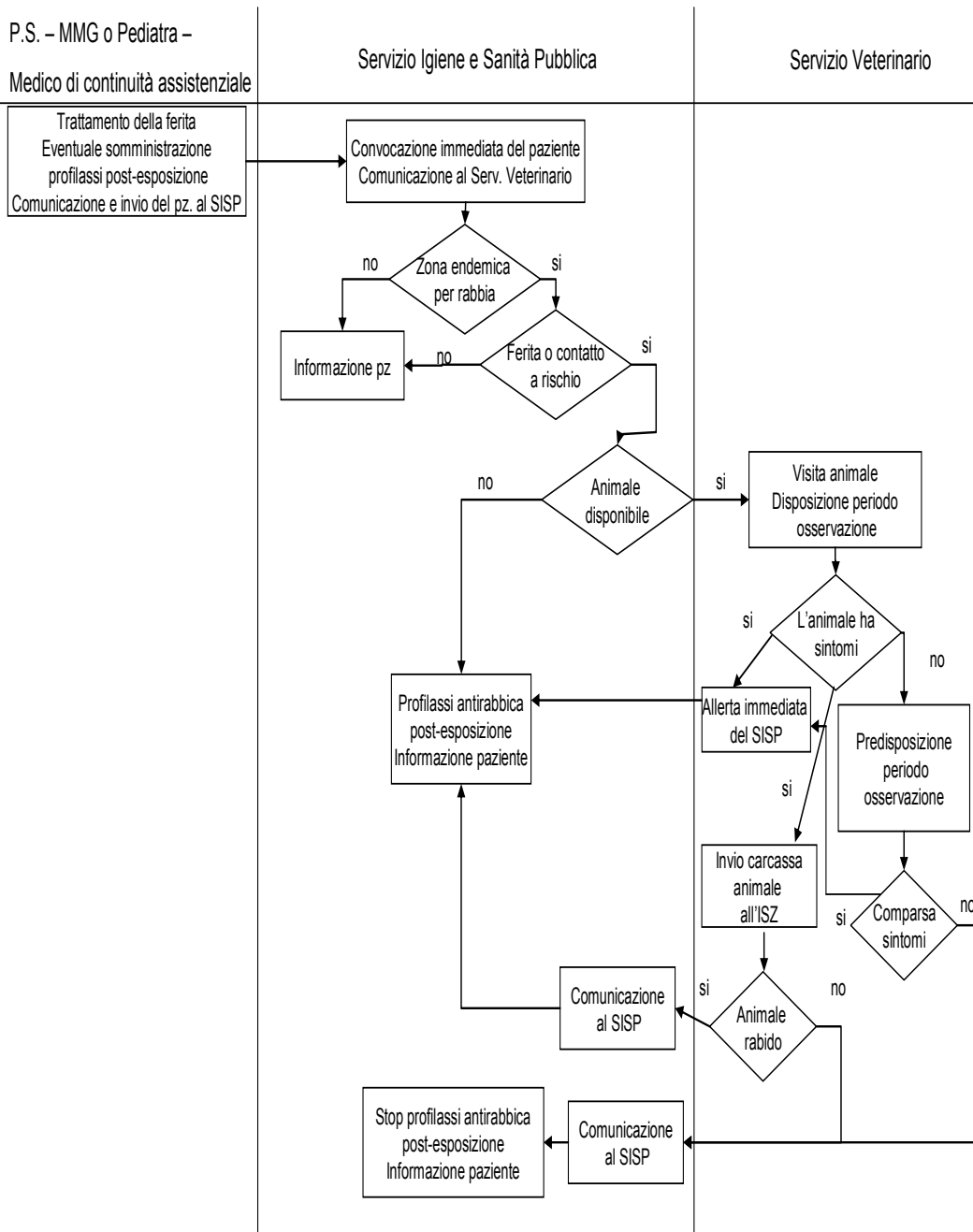
Flusso di segnalazione

RABBIA UMANA





**ISTRUZIONI OPERATIVE
ESPOSIZIONE A FONTE RABIDA**



ROSOLIA

Descrizione:

è una malattia infettiva causata da un virus a RNA a singolo filamento positivo della famiglia *Togaviridae*, genere *Rubivirus*. Solitamente colpisce bambini e giovani adulti. Fino al 50% dei casi l'infezione decorre in modo subclinico. I sintomi più comuni della rosolia sono febbre lieve, malessere, lieve congiuntivite, esantema maculo-papulare, linfadenopatia (spesso in sede retro-auricolare o suboccipitale). La linfadenopatia esordisce normalmente prima dell'esantema; quest'ultimo di solito comincia dal viso e in un giorno tende a diffondersi al resto del corpo, perdurando per pochi giorni.

Alcune infezioni sono complicate da poliartralgia e poliartrite, specie nelle donne adulte (particolarmente colpite sono le piccole articolazioni delle mani), in particolare nei Paesi in via di sviluppo (scarsa vaccinazione nei bambini), mentre in rari casi possono manifestarsi encefalite e porpora trombocitopenica. L'infezione, se contratta in gravidanza, può provocare anomalie del feto (Sindrome da rosolia congenita, scheda specifica).

La malattia è diffusa in tutto il mondo a livello endemico con epidemie ogni 3-5 anni. Nei Paesi dove sono mantenuti alti i livelli di vaccinazione si sono drasticamente ridotti i casi di rosolia e di Sindrome da rosolia congenita.

Tempi di segnalazione:

entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

Mediamente 18 giorni, con un range di 12-23 giorni.

Periodo di contagiosità:

Il picco di contagiosità si ha durante la fase di eruzione del rash, ma ci può essere escrezione virale dalla gola da 10 giorni prima del rash a 15 giorni dopo la sua comparsa.

Modalità di trasmissione:

per via aerea attraverso le goccioline respiratorie diffuse con tosse e starnuti o tramite il contatto diretto con le secrezioni nasofaringee di persone infette. Altra possibilità di trasmissione è quella verticale, se la donna contrae l'infezione durante la gravidanza o poco prima del concepimento

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. isolamento da contatto, in una camera separata per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. Allontanamento dalla frequenza scolastica o dall'attività lavorativa per 7 giorni dalla comparsa dell'esantema. E' richiesto l'isolamento dei lattanti, fino all'età di un anno, con infezione rubeolica congenita, da contatti suscettibili, a meno che le colture del naso-faringe e delle urine non siano negative.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

quarantena: non applicabile. Indagine sui contatti e sulla fonte di infezione: identificare le donne gravide che hanno avuto contatti con casi di rosolia, specie nel primo trimestre e sottoporre a test sierologici per la ricerca di anticorpi (IgG, IgM). Suggestire la vaccinazione alle donne in età fertile non precedentemente vaccinate.

Profilassi:

- **vaccinazione:** : in Italia sono disponibili 2 vaccini multicomponente vivi attenuati (trivalente: morbillo/parotite/rosolia, e tetravalente: morbillo/parotite/rosolia/varicella).

Il vaccino, somministrato dopo l'esposizione, non sempre è in grado di prevenire l'infezione o la malattia.

Note: flusso di segnalazione come per il morbillo



SALMONELLOSI NON TIFOIDEE

Descrizione:

La salmonellosi è una patologia causata da alcuni batteri del genere Salmonella, bacilli Gram negativi. Le salmonellosi sono causate dalle salmonelle cosiddette minori, diverse da quelle tifoidee e paratifoidee.

Sono responsabili di oltre il 50% del totale delle infezioni gastrointestinali, e sono una delle cause più frequenti di tossinfezioni alimentari nel mondo industrializzato. I principali serbatoi dell'infezione sono rappresentati dagli animali. Prodotti alimentari di origine animale (come carne, uova e latte consumati crudi o non pastorizzati) e ambiente (acque non potabili) rappresentano veicoli di infezione.

Le infezioni da Salmonella non tifoidee provocano diverse sindromi cliniche: stato di portatore asintomatico, gastroenterite, batteriemia e infezioni focali (come meningite e osteomielite). Più frequente è la gastroenterite, in cui diarrea, crampi addominali e febbre sono i sintomi comuni.

I sintomi della malattia possono comparire tra le 6 e le 72 ore dall'ingestione di alimenti contaminati (ma più comunemente si manifestano dopo 12-36 ore) e si protraggono per 4-7 giorni.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di flusso: NO**Periodo di incubazione:**

da 6 a 72 ore, abitualmente 12-36 ore.

Periodo di contagiosità:

da alcuni giorni prima a diverse settimane dopo la comparsa della sintomatologia clinica. L'instaurarsi di uno stato di portatore cronico è particolarmente frequente nei bambini e può essere favorito dalla somministrazione di antibiotici.

Modalità di trasmissione:

ingestione di cibi o bevande contaminate o contatto con persone infette (via oro-fecale) o animali domestici infetti (solitamente sono asintomatici).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Precauzioni enteriche fino alla risoluzione della diarrea. Se si tratta di addetto alla manipolazione del cibo, operatore sanitario o addetto ad assistere gli infanti, è necessario avere 2 coproculture successive negative, distanziate di almeno 24h, e iniziate dopo almeno 48h dalla terapia antibiotica. Per altre categorie non è necessario eseguire coproculture o allontanare dall'ambiente di lavoro e dalla scuola. Si deve comunque raccomandare di porre particolare attenzione all'igiene personale e ambientale.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

prestare particolare attenzione all'igiene personale e ambientale. Qualora vi siano conviventi o contatti stretti del caso indice addetti alla manipolazione di alimenti o addetti all'assistenza sanitaria e dell'infanzia, che dall'inchiesta epidemiologica risultino avere una sospetta esposizione all'agente infettivo, andranno testati con coprocultura.

Provvedimenti sull'ambiente:

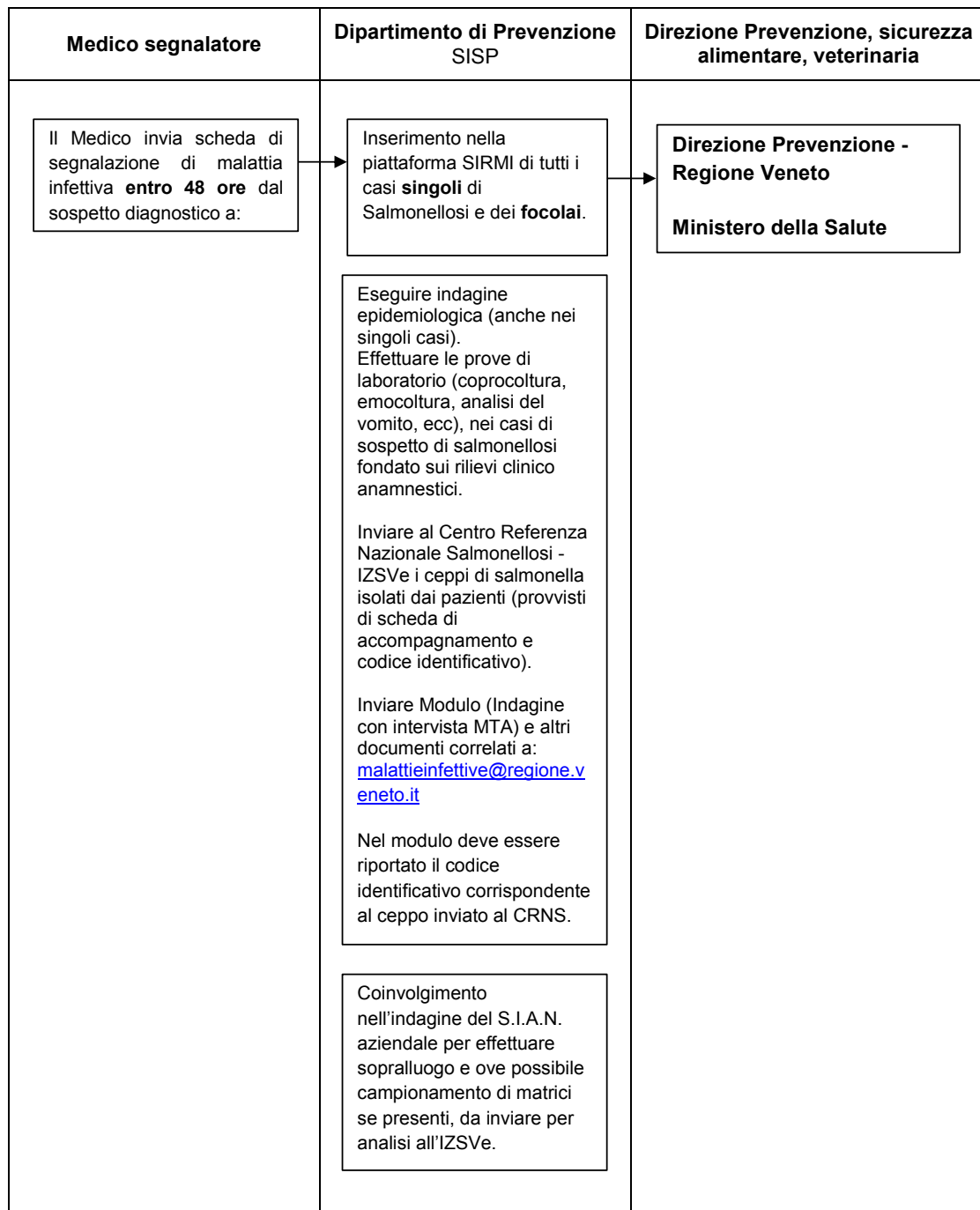
indagine epidemiologica: vedi tossinfezioni alimentari.

Profilassi:

- **vaccinazione:** vaccino non disponibile.



Flusso di segnalazione
SALMONELLOSI NON TIFOIDEE



SCABBIA

Descrizione:

infestazione della cute provocata da un acaro parassita, lo *Sarcoptes scabiei* var. *homini*.

L'infestazione si manifesta con eruzione papulare eritematosa e intensamente pruriginosa nelle zone dove l'acaro si localizza scavando cunicoli e depositando le uova e le sue deiezioni. Il prurito è più forte di notte. Le zone prevalentemente interessate sono gli spazi interdigitali, le superfici flessorie dei polsi ed estensorie dei gomiti, le pieghe ascellari anteriori, la linea della vita, le cosce, l'ombelico, i genitali, la parte inferiore delle natiche, l'addome, i capezzoli, i contorni esterni dei piedi. Nei bambini di meno di due anni, l'eruzione è spesso vescicolare e localizzata sulla testa, collo, palmo delle mani e pianta dei piedi. Sono possibili lesioni da grattamento e sovrainfezioni batteriche, soprattutto da *Streptococcus pyogenes* o *Staphylococcus aureus*.

La scabbia norvegese è una forma non comune, particolarmente intensa, caratterizzata da lesioni ipercheratosiche crostose solitamente associata a immunodeficit.

La scabbia è endemica in tutto il mondo e colpisce persone di ogni ceto, indipendentemente dall'età, dal sesso e dall'igiene personale.

Tempi di segnalazione:

- se focolaio epidemico entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica;
- se caso sporadico entro 24 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

4-6 settimane in caso di persone non esposte in precedenza.

Da 1 a 4 giorni in caso di re-infestazioni, che sono di solito più lievi.

Periodo di contagiosità:

per tutto il periodo in cui il paziente rimane infetto e non trattato, anche prima della comparsa dei sintomi.

Modalità di trasmissione:

La fonte più comune di trasmissione della scabbia è il contatto cutaneo diretto e prolungato con un individuo infetto. Occorrono da 15 a 20 minuti di contatto perché si verifichi la trasmissione. La trasmissione è frequente tra le persone che vivono a stretto contatto: all'interno di una famiglia, negli istituti di lunga degenza, asili nido, caserme, ecc. E' inoltre relativamente semplice trasmettere la scabbia al partner sessuale ma, a differenza di altre malattie sessuali, la scabbia ha bisogno di un contatto prolungato, come aver trascorso la notte insieme nello stesso letto.

Il contagio indiretto è raro, può avvenire attraverso il passaggio dell'acaro alla biancheria e lenzuola se sono stati contaminati da poco dal malato.

Un soggetto immunocompromesso può essere altamente infettante, soprattutto quando la malattia non è stata ancora riconosciuta, e sostenere importanti epidemie anche in comunità caratterizzate da contatti occasionali.

Nel caso della scabbia norvegese, può bastare un contatto minimo a causare un contagio, per il gran numero di acari nelle squame esfoliate.

Provvedimenti nei confronti dei malati:

allontanamento da scuola o dal lavoro fino a 24 ore dopo l'inizio di un trattamento efficace.

Se ospedalizzato o istituzionalizzato, isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento.



Provvedimenti nei confronti dei conviventi/contatti:

trattamento profilattico simultaneo per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il caso.

Sorveglianza sanitaria per la ricerca di altri casi di infestazione. I segni di scabbia possono comparire al massimo 2 mesi dopo l'esposizione e i pazienti possono trasmettere la scabbia durante questo intervallo.

Educazione sanitaria.

Provvedimenti sull'ambiente:

lavaggio ad acqua a temperatura superiore a 60° di lenzuola, coperte e vestiti utilizzati nelle 72 ore precedenti l'inizio della terapia. I vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte, se possibile in un sacco di plastica chiuso, per una settimana, per evitare re-infestazioni.

Profilassi: vaccinazione e chemioprolifassi

Vaccino non disponibile.

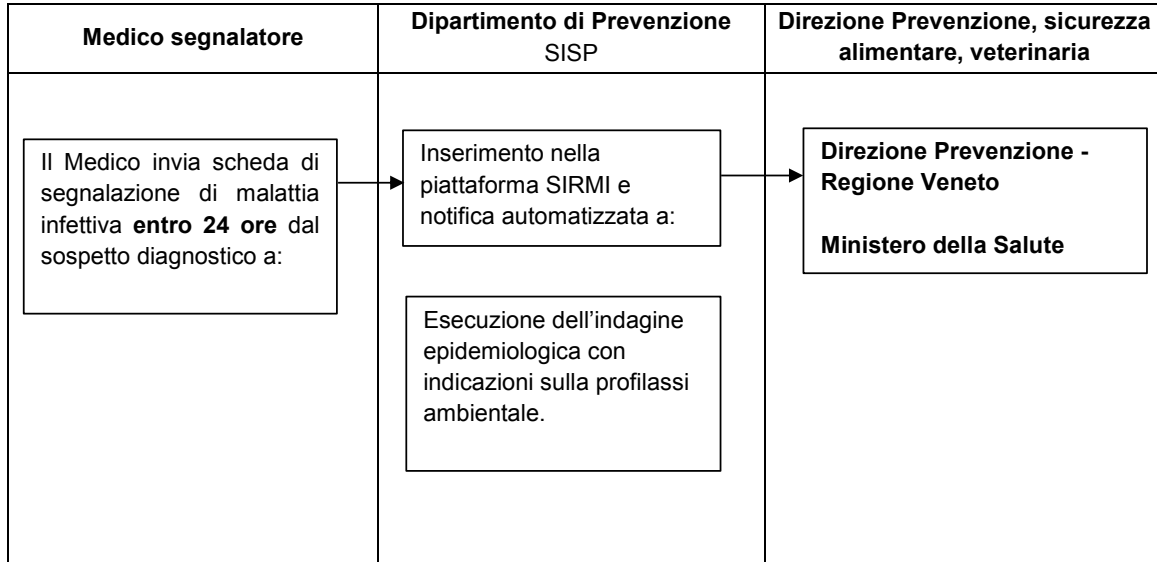
Trattamento dei contatti:

- familiari, partners sessuali e contatti cutanei prolungati: trattamento profilattico specifico con scabicidi, simultaneo al trattamento del caso;
- in comunità con soggetti immunocompromessi possono essere trattati i contatti anche non stretti e personale di assistenza;
- i bambini vanno trattati con prudenza.



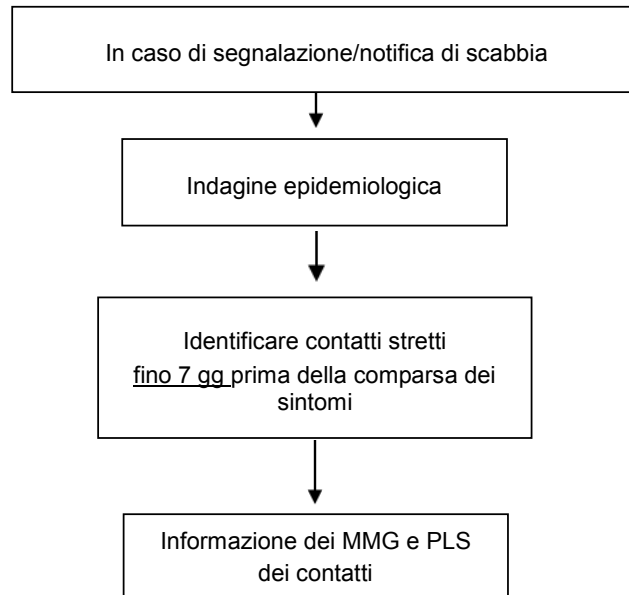
Flusso di segnalazione

SCABBIA





**ISTRUZIONI OPERATIVE
SCABBIA**





INDAGINE EPIDEMIOLOGICA PER UN CASO DI SCABBIA

Notifica del _____

Cognome _____ Nome _____

Inizio sintomi il _____

Data di nascita _____ Luogo di nascita _____

Residenza _____

Tel. _____ Professione _____

Anno di arrivo in Italia _____

Medico curante _____

Vive in comunità No Si Comunità coinvolta _____

Malattie concomitanti No Si Quali _____

Lesioni cutanee

Localizzate: sede e caratteristiche _____

Diffuse: sede e caratteristiche _____

DIAGNOSI CLINICA: _____ data _____

DIAGNOSI DI LABORATORIO:

Esame microscopico diretto: data _____ esito _____

DECORSO: Inizio terapia _____

Farmaci utilizzati: _____

Durata della terapia: _____ Risoluzione sintomi: _____

DATI EPIDEMIOLOGICI

Nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi:

Pregressi contatti con soggetti affetti da lesioni cutanee sospette No Si

Se si: Visite ospedaliere nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso:

Ricoveri nei 3 mesi precedenti la comparsa dei sintomi presso:

Ricovero in stanza con soggetti affetti da prurito Si No

Uso di ambulanza da _____ a _____

Uso promiscuo di biancheria, asciugamani etc. Si No Pregressi soggiorni in località diverse dal

Comune di domicilio nei 2 mesi precedenti la comparsa della sintomatologia: No Si





Tipo di sistemazione/alloggio _____

Località _____ dal _____ al _____

Località _____ dal _____ al _____

Frequenza a:

Palestre _____

Piscine _____

Centri diurni (doposcuola, etc.) _____

Altro _____

CONTROLLO NEI CONFRONTI DEGLI ESPOSTI anche personale sanitario e di assistenza

Nome	data di nascita	professione	sintomi	Esame clinico	data	esito

NOTE: _____

consegna materiale informativo a tutti i contatti\familiari\badanti

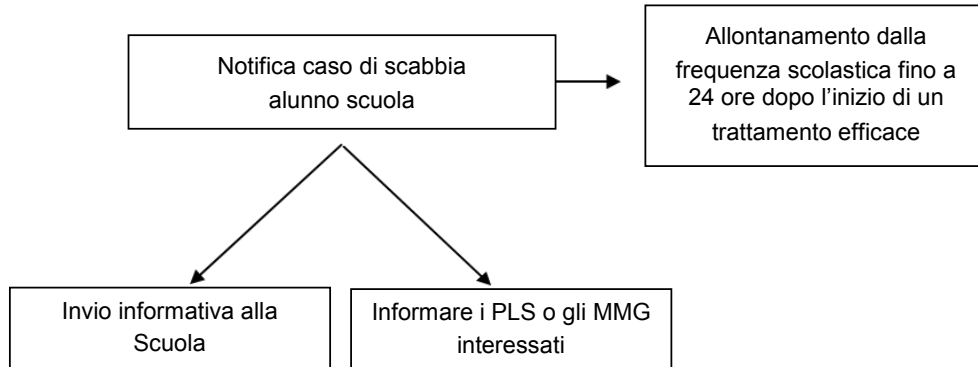
Data _____

Il Compilatore _____





ISTRUZIONE OPERATIVE
SCABBIA SCUOLE



INFORMAZIONI SULLA SCABBIA

COS'E' LA SCABBIA?

La scabbia è una malattia della pelle diffusa in tutto il mondo causata da un parassita: *Sarcoptes scabiei hominis*.

COME SI TRASMETTE?

Si trasmette facilmente, attraverso il **CONTATTO DIRETTO** con un malato. L'occasione di contagio più frequente è rappresentata dai rapporti intimi, dalla stretta coabitazione e pertanto, in generale, dall'ambiente familiare e dalla convivenza in collettività (collegi, caserme, case di riposo, ospedali etc.). Una seconda modalità di contagio è di tipo **INDIRETTO**, cioè attraverso effetti lettereci, asciugamani, indumenti, scarpe, pettini etc., *L'acaro della scabbia non sopravvive più di 48-72 ore se lontano dall'uomo.*

COME SI MANIFESTA?

Il periodo di incubazione dura in media 4-6 settimane in caso di primo contagio, mentre è di circa una settimana nelle reinfestazioni.

Il paziente accusa **INTENSO PRURITO**, soprattutto **NOTTURNO**, che risparmia il viso e il cuoio capelluto. L'eruzione scabbiosa è caratterizzata dalla comparsa di cunicoli, cioè piccoli rilievi della cute allungati, serpiginosi, che interessano gli spazi tra le dita delle mani e dei piedi, la superficie interna dei polsi, le superfici estensorie dei gomiti, le ascelle, le zone glutee, la regione periombelicale, la superficie interna delle cosce e i genitali.

Le **LESIONI DA GRATTAMENTO**, dovute all'intenso prurito, possono essere così importanti da rendere difficile la diagnosi clinica.

La comparsa di prurito notturno, anche nel coniuge o negli altri componenti della famiglia o della collettività, costituiscono elementi importantissimi per la diagnosi della malattia.

COSA DEVE FARE CHI E' STATO A CONTATTO CON UN MALATO?

I soggetti conviventi o che abbiano avuto contatti cute-cute prolungati nel tempo, dovrebbero essere sottoposti a trattamento anche se non presentano sintomi.

COMPORAMENTI CORRETTI DA OSSERVARE:

La disinfezione dell'ambiente non è di alcuna utilità, è sufficiente un'accurata pulizia dei locali.

La biancheria intima, gli abiti e le lenzuola usati dal paziente, fino a trattamento concluso, dovranno essere lavati a 60°. Gli indumenti che non si possono lavare in questo modo devono essere chiusi in sacchetti di plastica per una settimana e successivamente lavati secondo le specifiche istruzioni riportate sull'etichetta dell'indumento stesso. Per gli arredi ed effetti lettereci si consiglia l'uso di elettrodomestici che impiegano vapore o devono essere trattati come al punto precedente. Chi cura il malato deve indossare guanti puliti da gettare dopo l'uso, evitando la manipolazione di oggetti personali del malato a mani nude; è consigliabile l'uso di camici di protezione da rimuovere all'uscita dalla stanza e da trattare come al punto 2.

La biancheria del letto dovrà essere rimossa evitandone lo scuotimento.

Le attrezzature e gli strumenti usati dal paziente (padelle, termometri, apparecchi per la pressione etc.) dovranno essere accuratamente puliti e disinfettati.

Deve essere limitato il contatto del malato con altre persone se non strettamente necessario.

TRATTAMENTO

La terapia di prima scelta è a base di permetrina al 5% in crema da applicare su tutto il corpo e da rimuovere con acqua dopo 8-14 ore. In genere la terapia viene ripetuta a distanza di una settimana.

Farmaci alternativi sono ivermectina orale, crotamitone al 10% in crema o lozione, unguento di zolfo precipitato al 5-10%. Al termine del trattamento può persistere il prurito anche per settimane; il prurito può essere alleviato utilizzando antistaminici orali o corticosteroidi topici. La terapia antibiotica è indicata nel caso di sovrainfezioni batteriche.



SHIGELLOSI (dissenteria bacillare)

Descrizione:

l'infezione da batteri appartenenti al genere *Shigella*, bacilli Gram-negativi della famiglia delle *Enterobacteriaceae*, colpisce principalmente l'intestino crasso, provocando manifestazioni che vanno da feci acquose o semiliquide, con pochi o assenti sintomi, fino a manifestazioni più gravi con febbre, crampi, tenesmo e feci mucose, con o senza sangue. *Shigella dysenteriae* sierotipo 1 causa una malattia più grave rispetto ad altre shigella, con un rischio maggiore di complicanze, come sepsi, colite pseudomembranosa, megacolon tossico, perforazione intestinale, emolisi e sindrome emolitica-uremica. *S. sonnei* è l'agente eziologico più frequentemente implicato nelle shigellosi dei Paesi sviluppati. *S. flexneri* prevale nei Paesi sottosviluppati, ed ha il 2% di probabilità di sviluppare un'artrite reattiva, che di solito dura pochi mesi, ma può cronicizzare. *Shigella* è complessivamente la causa del 5-18% delle diarree del viaggiatore. I sintomi durano mediamente 5-7 giorni, ma in qualcuno possono durare oltre 4 settimane.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

12-96 ore.

Periodo di contagiosità:

durante l'infezione acuta e fino a che l'agente patogeno è presente nelle feci (abituamente 4 settimane).

Modalità di trasmissione:

la via di trasmissione è quella oro-fecale, quindi può essere contratta in seguito all'ingestione di acqua e alimenti contaminati; la trasmissione può anche avvenire con il contatto sessuale. La bassa dose infettiva facilita la trasmissione da persona a persona. Le mosche possono trasmettere meccanicamente i batteri, trasportandoli da materiali contaminati su cibi e oggetti, comportandosi, quindi, come vettore meccanico

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. precauzioni enteriche nei casi che richiedono l'ospedalizzazione, fino a risultato negativo di due coproculture eseguite su campioni fecali raccolti a non meno di 24 ore di distanza l'uno dall'altro e a non meno di 48 ore dalla cessazione del trattamento antimicrobico (uso di guanti nel caso di manipolazione o contatto con materiali contaminati e uso di grembiuli in caso di possibilità di insudiciamento; una stanza ed un bagno separati sono indicati nel caso di scarsa igiene del paziente).

In caso di positività persistente, il soggetto, una volta dimesso, andrà sottoposto a sorveglianza sanitaria fino a negativizzazione, con allontanamento dalle attività che comportino direttamente o indirettamente la manipolazione di alimenti e dalle attività di assistenza sanitaria e all'infanzia.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

sorveglianza sanitaria per almeno 7 giorni dall'ultimo contatto con il paziente ed effettuazione di coprocultura di controllo per i conviventi ed i contatti sintomatici; trattamento dei positivi.

Coprocultura di controllo nei conviventi e contatti, anche asintomatici, impegnati in attività che comportino manipolazione di alimenti o assistenza sanitaria all'infanzia e loro esclusione da tali attività in caso di risultato positivo.

Coprocultura di controllo nelle situazioni in cui sia verosimile un alto rischio di trasmissione. Educazione sanitaria dei conviventi e dei contatti sulla necessità dell'accurato lavaggio delle mani e dello spazzolamento delle unghie dopo l'uso dei servizi igienici e prima della manipolazione di alimenti o della cura di malati e bambini.



Valutare nei singoli casi l'opportunità di adottare eventuali provvedimenti nei confronti dei bambini delle comunità infantili (asili nido e scuole materne).

Provvedimenti sull'ambiente:

essenziale la stretta osservanza del lavaggio delle mani. Altre importanti misure sono il controllo igienico-sanitario della fornitura dell'acqua, la corretta preparazione e cottura dei cibi, l'esclusione dei soggetti infetti dalla preparazione di alimenti, la protezione degli alimenti dalle mosche. Persone con diarrea non devono frequentare zone ricreative acquatiche.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemiopprofilassi:** nessuna.



Flusso di segnalazione

SHIGELLOSI



TETANO

Descrizione:

E' una patologia severa con sintomatologia malattia neurologica causata da una neurotossina prodotta dal batterio anaerobio sporigeno gram positivo *Clostridium tetani*. Il batterio solitamente ha accesso ai tessuti tramite ferite, dove giunge in forma di spora. Nella maggior parte dei casi, il periodo di incubazione varia da 3 a 21 giorni. Generalmente, più breve è il periodo di incubazione più grave è il decorso clinico.

Le contrazioni muscolari di solito iniziano dal capo, e progrediscono poi verso il tronco e gli arti. Un caratteristico sintomo iniziale è il trisma, cioè la contrattura del muscolo massetere, che dà al volto del paziente un aspetto caratteristico (riso sardonico), seguito da rigidità del collo, difficoltà di deglutizione, rigidità dei muscoli addominali. Altri sintomi includono febbre, sudorazione, tachicardia. Il paziente rimane conscio e gli spasmi muscolari, provocati da stimoli anche minimi, causano dolore.

Una forma particolare di tetano è quella che colpisce i neonati (tetano neonatale), osservata soprattutto in Paesi in via di sviluppo. Colpisce bambini nati da madri non vaccinate, che non hanno quindi la protezione conferita nei primi mesi di vita dagli anticorpi materni. L'infezione viene contratta quando il cordone ombelicale viene reciso con strumenti non sterili. Di solito, il tempo di incubazione è di 7-14 giorni. I sintomi sono quelli del tetano generalizzato, con una elevata letalità.

Tempi di segnalazione:

entro le 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Range da 1 giorno a diversi mesi.

Periodo di contagiosità:

non trasmissione diretta da persona a persona.

E' una patologia non trasmissibile da persona a persona. Il serbatoio è rappresentato dal suolo e anche dall'intestino di diversi mammiferi.

Modalità di trasmissione:

- attraverso ferita puntiforme contaminata con terreno, polvere di strada o feci animali o umane;
- attraverso lacerazioni, ustioni e ferite banali o non notate;
- iniezione di droghe da strada contaminate;
- a seguito di manovre chirurgiche, inclusa la circoncisione;
- attraverso il cordone ombelicale a seguito del taglio con strumento contaminato (tetano neonatale nei Paesi in via di sviluppo).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, per rilevare l'eventuale ferita. Immunizzazione attiva.

Immunizzazione attiva.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

indagine sul caso per individuare le circostanze della ferita e la fonte di infezione.

Rafforzamento dell'offerta dell'immunizzazione attiva ai soggetti suscettibili.



Provvedimenti sull'ambiente:

nell'evenienza rara di epidemia cercare droghe da strada contaminate.

Profilassi:

- **vaccinazione:** come da calendario vaccinale regionale. In caso di ferita seguire le indicazioni riportate in tabella.

Il vaccino è costituito da anatossina, cioè dalla tossina tetanica trattata in modo da perdere la sua tossicità, mantenendo però la capacità di stimolare la produzione di anticorpi protettivi. La somministrazione di tre dosi di vaccinazione antitetanica conferisce una protezione molto elevata, con un'efficacia superiore al 95%. La durata della protezione nel tempo è di almeno 10 anni ed è ulteriormente garantita dall'esecuzione dei richiami.

In generale sia per i cicli primari che per i richiami, andrebbero preferiti vaccini multicomponente (es. ditterite-tetano indicato anche come dT), seguendo le indicazioni (età, posologia, indicazioni etc.) specifiche dei singoli vaccini.

Profilassi del tetano nel trattamento delle ferite

Storia vaccinale	Ferite minori, pulite		Tutte le altre ferite* DTPa, DT, Td**	
	Vaccino (DTPa, DT, Td**)	Ig Tetano	Vaccino (DTPa, DT, Td)**	Ig Tetano
Non vaccinato, stato immunitario sconosciuto o incerto	Sì	No	Sì	Sì
meno di 3 dosi	Sì***	No	Sì	Sì
3 o più dosi, con ultima somministrazione tra 5 anni e 10 anni	No	No	Sì	No
3 o più dosi, con ultima somministrazione da 10 o più anni	Sì	No	Sì	No

* ferite contaminate con sporcizia, feci, terriccio, saliva, ferite penetranti profonde, exeresi, avulsioni dentarie, ferite da proiettili, schiacciamento, ustioni e congelamento.

** per i bambini di età < a 7 anni utilizzare DTP o DT; per quelli > 7 anni Td (tipo adulto).

*** completare il ciclo vaccinale per le dosi rimanenti

Se sono passati meno di 5 anni dall'ultima dose non sono necessari richiami che potrebbero accentuare gli effetti collaterali.



Flusso di segnalazione

TETANO

Medico segnalatore / Altre fonti	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<p>Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a:</p>	<p>Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Raccolta dati principali e comunicazione immediata alla Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria malattieinfettive@regione.veneto.it ▪ Avvio indagine epidemiologica per ricerca fonte di contagio ▪ Ricerca eventuali altri soggetti suscettibili per somministrazione immunoprofilassi ▪ Completamento immunizzazione attiva del caso ▪ Invio relazione conclusiva alla Regione 	<p>Direzione Prevenzione - Regione Veneto</p> <p>Ministero della Salute</p> <p>Invio scheda di notifica e relazione conclusiva del caso a:</p> <p>Ministero della Salute malinf@sanita.it</p>



TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

Descrizione:

sindromi causate dall'ingestione di alimenti contaminati da microrganismi patogeni (batteri, virus, parassiti) o da tossine di origine microbica. La contaminazione può verificarsi a causa di errori nella preparazione, manipolazione e conservazione degli alimenti in qualsiasi fase del ciclo di produzione, consegna e consumo. Si conoscono oltre 250 tossinfezioni alimentari che si manifestano principalmente con sintomi gastrointestinali (nausea, vomito, crampi addominali e diarrea) e talvolta con sintomatologia a carico di altri organi e apparati. Le principali malattie, identificate anche nella sorveglianza comunitaria, sono: Botulismo alimentare, Brucellosi, Infezione da *Campylobacter*, Colera, Criptosporidiosi, Echinococcosi, *E. coli* enteroemorragiche (EHEC), Giardiasi, Leptosirosi, Listeriosi, Salmonellosi, Shigellosi, Intossicazioni da stafilococco, Streptococcosi beta-emolitiche, Toxoplasmosi, Trichinosi, Yersinosi. A queste vanno aggiunte le Epatiti virali, le Gastroenteriti da agente di *Norwalk* e le Gastroenteriti virali non specificate.

Tempi di segnalazione:

entro le 12, 24 o 48 ore a seconda della malattia, al Servizio Igiene e Sanità Pubblica di competenza.

Scheda specifica di Flusso:

Botulismo	SI
Leptosirosi	SI
Tutte le altre	NO

Periodo di incubazione:

a seconda dell'agente eziologico (vedi tabella)

Periodo di contagiosità:

a seconda dell'agente eziologico (vedi tabella)

Modalità di trasmissione:

attraverso ingestione di alimenti o acqua contaminati.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. Allontanamento dei soggetti sintomatici da attività a rischio, rispetto delle precauzioni standard in modo particolare per il materiale fecale.

Modalità di riammissione: in rapporto al tipo di tossinfezione e all'occupazione lavorativa del paziente o frequentazione di collettività (es. asili nido, scuole materne, etc.).

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

- sorveglianza delle persone;
- ricerca attiva di altri casi di malattia;
- ricerca di casi asintomatici di infezione anche attraverso esami di laboratorio in specifici casi;
- esecuzione di indagine epidemiologica al fine di identificare l'eventuale fonte di contagio utilizzando preferenzialmente questionario guidato (Allegato 3 delle Istruzioni operative);
- educazione sanitaria in modo particolare comportamentale (lavaggio delle mani, modalità di corretta conservazione degli alimenti, etc.).



Provvedimenti sull'ambiente:

ricerca dell'agente patogeno responsabile dell'infezione in base all'indagine epidemiologica, in collaborazione con il SIAN e i Servizi Veterinari.

Disposizioni mirate per eventuali bonifiche dei foci infettivi. Eventuali sanificazione e disinfezione di superfici e ambienti.

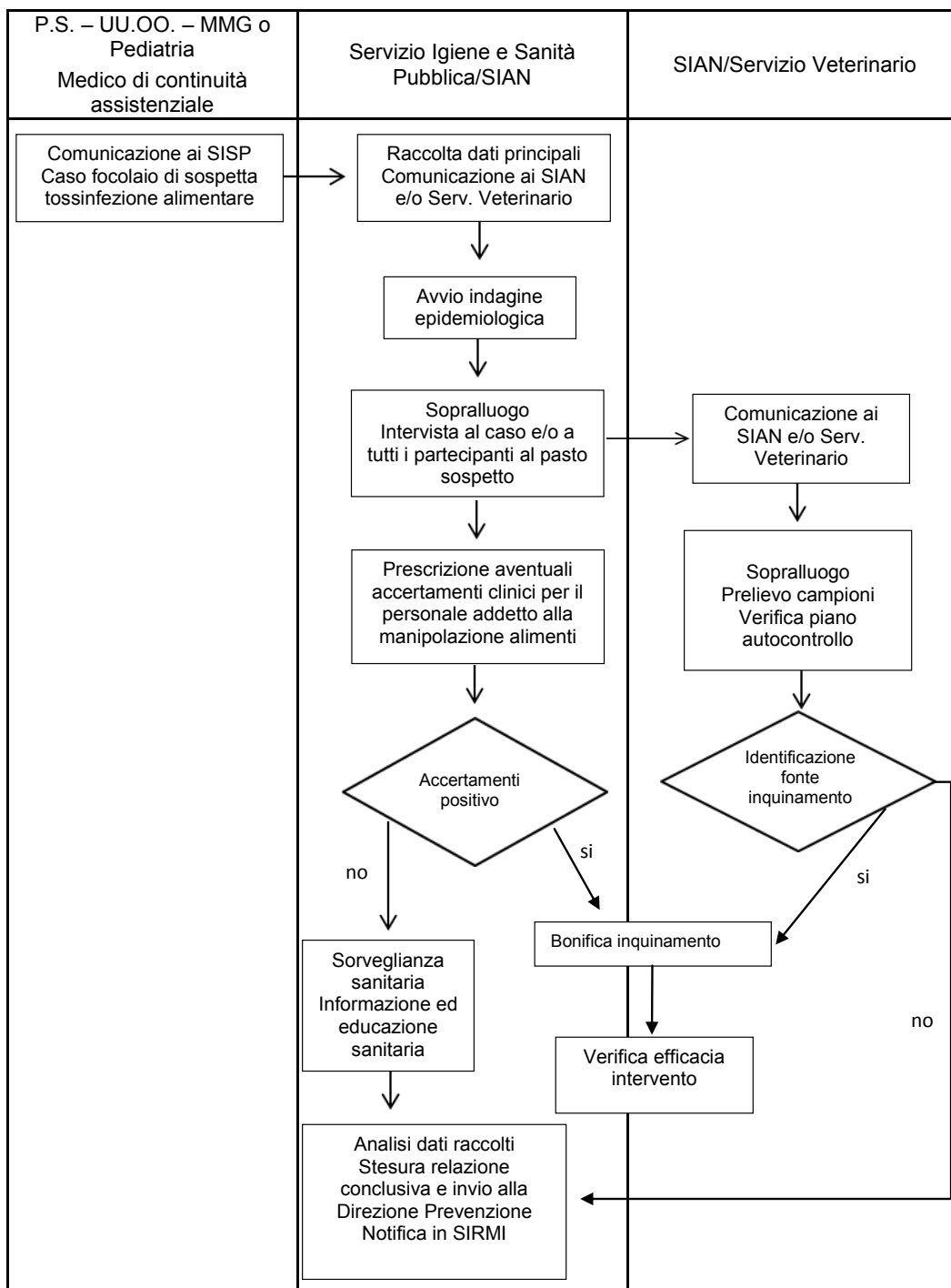
Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprofilassi:** nessuna.





ISTRUZIONI OPERATIVE TOSSINFEZIONI ALIMENTARI



TRICHINOSI

Descrizione:

La trichinosi, o trichinellosi, è una zoonosi causata da vermi cilindrici del genere *Trichinella*. Il verme raggiunge il tubo digerente in forma di cisti ripiene di larve; le cisti si dissolvono e liberano le larve che una volta penetrate nell'epitelio intestinale maturano in adulti, le cui femmine originano altre larve, che si incistano nel tessuto muscolare. Uomo e altri animali possono infestarsi consumando carni di animali a loro volta infestati da larve (racchiuse dentro cisti) di *Trichinella*; una volta infestati, diventano portatori. Il serbatoio naturale è rappresentato dai suini (selvatici e domestici), dai roditori e dagli equini. Nell'uomo il quadro clinico varia da infezioni asintomatiche a casi particolarmente gravi, letali, fulminanti a seconda del numero di larve ingerite.

I sintomi sono caratterizzati da diarrea, debolezza muscolare, mialgie, sudorazione, edemi delle palpebre superiori, fotofobia e febbre; talvolta sono presenti emorragie congiuntivali e sottoungueali. Possono insorgere complicanze respiratorie, cardiologiche e neurologiche, nei casi più gravi la morte avviene per insufficienza miocardica.

La patologia è presente in diverse zone del mondo, ma l'incidenza varia a seconda delle abitudini alimentari e delle modalità di preparazione della carne di maiale o di selvaggina.

I casi in genere sono sporadici o in forma di epidemie localizzate, attribuibili spesso al consumo di salsicce o di altri derivati della carne di maiale o equina.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

8-15 giorni dopo l'ingestione di carne infetta; varia tra 5-45 giorni, a seconda del numero di parassiti coinvolti. I sintomi gastrointestinali si sviluppano in pochi giorni.

Periodo di contagiosità:

non è trasmessa direttamente da persona a persona. Gli animali ospiti rimangono contagiosi per mesi.

Modalità di trasmissione:

avviene esclusivamente per via alimentare attraverso il consumo di carne cruda o non sufficientemente cotta, contenente le larve del parassita. In Italia il veicolo di trasmissione è la carne suina (maiale o cinghiale), equina e più raramente di carnivori selvatici (volpe). La trichinosi non si trasmette da persona a persona.

Provvedimenti nei confronti del malato:

inchiesta epidemiologica
isolamento: nessuno.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

quarantena: non applicabile. Indagine sui contatti e sulla fonte di infezione. Controllare le persone che hanno consumato la carne sospetta.

Provvedimenti sull'ambiente:

educare la popolazione sulla necessità di consumare la carne ben cotta; la selvaggina e i maiali macellati a domicilio devono essere esaminati da un veterinario per determinare l'eventuale presenza di larve nelle carni.

Per distruggere le larve è bene congelare la carne per almeno 1 mese a -15°C o per 10 giorni a $-23,3^{\circ}\text{C}$. La salatura, l'essiccamento, l'affumicamento e la cottura nel forno a microonde della carne non assicurano l'uccisione del parassita.

Profilassi:

- **vaccinazione e chemioprolassi:** non disponibile.



In caso di epidemia:

indagine epidemiologica per individuare i cibi infestati; confiscare ed eliminare i cibi infetti.



Flusso di segnalazione

TRICHINOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="240 600 557 739" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 12 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="619 593 922 719" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a: </div>	<div data-bbox="986 591 1315 734" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute </div>



TUBERCOLOSI

Descrizione:

Infezione (solitamente polmonare) causata dal batterio *Micobacterium tuberculosis* (noto anche come bacillo di Koch) un batterio gram variabile. Dopo la prima infezione polmonare, può colpire qualsiasi organo e apparato. Ai sintomi comuni, quali febbre, soprattutto serotina, sudorazione notturna, calo ponderale, astenia, inappetenza, si aggiungono quelli legati allo specifico organo colpito. Il sintomo più comune della tubercolosi (TB) polmonare è la tosse produttiva e persistente, a cui può accompagnarsi emottisi.

Esistono anche forme di tubercolosi latente (TBL), in cui il batterio viene contenuto da una reazione infiammatoria (mancano sintomi, e non c'è contagiosità); quasi il 20-25% della popolazione mondiale è colpito dalla TBL. La TB è una delle prime 20 cause di morte al mondo. Il bacillo di Koch, a causa di terapie incomplete o gestite in modo scorretto, può sviluppare resistenze; per questa ragione è essenziale un approccio terapeutico integrato e coerente.

Meno frequentemente la TB può essere causata da altri micobatteri geneticamente correlati al bacillo di Koch e facenti parte come quest'ultimo del cosiddetto MTC, o *Mycobacterium Tuberculosis Complex*.

Tempi di segnalazione:

entro 48 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente.

Scheda specifica di Flusso: SI

- scheda di notifica per TBC e Micobatteriosi;
- scheda di sorveglianza dell'esito del trattamento nella TBC polmonare.

Periodo di incubazione:

passano circa 4/12 settimane dall'infezione allo sviluppo della lesione primaria o alla reazione tubercolinica.

Periodo di contagiosità:

I pazienti con TB aperta (o bacillifera), tipicamente polmonare o laringea, sono infettivi per tutto il tempo in cui l'espettorato è positivo a bacilli tubercolari vitali.

Modalità di trasmissione:

- attraverso nuclei aerei di goccioline prodotti da persone con TBC polmonare o laringea con la tosse, il canto o le secrezioni nasali;
- attraverso consumo di alimenti quali latte o formaggi non pastorizzati contaminati

Provvedimenti nei confronti del malato:

- inchiesta epidemiologica per tracciare l'eventuale sorgente del contagio (talvolta difficile) ed eventuali contatti del caso
- isolamento nel caso di paziente bacillifero: ospedaliero o domiciliare se ne ricorrono i presupposti (condizioni cliniche, condizioni abitative, adeguata assistenza e scrupoloso utilizzo di mascherina chirurgica al fine di evitare la diffusione);
- modalità di riammissione: certificato del medico che ha in cura il paziente, dopo verifica dell'espettorato negativo (contemporaneità di: negatività dell'esame microscopico dell'espettorato, netto miglioramento della sintomatologia, assunzione di adeguata terapia per almeno 30 giorni);
- gestione del malato cronico: attivazione delle strutture territoriali di assistenza in caso di fallimento terapeutico (generalmente dovuto a MDR) e isolamento domiciliare in caso di paziente bacillifero.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e dei contatti:

- sorveglianza sanitaria:



- esecuzione dell'indagine epidemiologica con ricerca progressiva dei contatti stretti, regolari, occasionali; (di norma solo per TB polmonare);
- esecuzione dell'indagine tubercolinica o quantiferon nei contatti di TB polmonare o in altri casi selezionati (al tempo 0 e dopo circa 2 mesi se negativi); Rx Torace e visita pneumologica qualora necessari;
- somministrazione di eventuale chemioprolifassi ai contatti a rischio e in caso di TBL.
- profilassi attiva e passiva:
 - Adeguate utilizzo di DPI nell'assistenza al paziente bacillifero
 - Vaccino BCG(Bacillo di Calmette-Guerin) : vaccino vivo attenuato ricavato dal Mycobacterium bovis, attualmente ancora registrato ma non disponibile (D.P.R. 465/2001), caratterizzato da un'efficacia piuttosto variabile.

		Scuola	Luogo di lavoro	Collettività
Contatto	Stretto	Studenti ed insegnanti della stessa classe	Dividono lo stesso ufficio con il caso	Compagni di camera, stanza di degenze
	Regolare	Frequentano regolarmente spazi comuni (palestra, mensa, laboratori, mezzi di trasporto, ecc)	Dividono regolarmente i pasti con il caso	Frequentano regolarmente spazi comuni (mensa, luoghi di relax, laboratori, ecc)
	Occasionale	Altri (es. aule della stessa sezione o piano)	Altri (es. uffici dello stesso piano)	Altri (es stesso reparto)

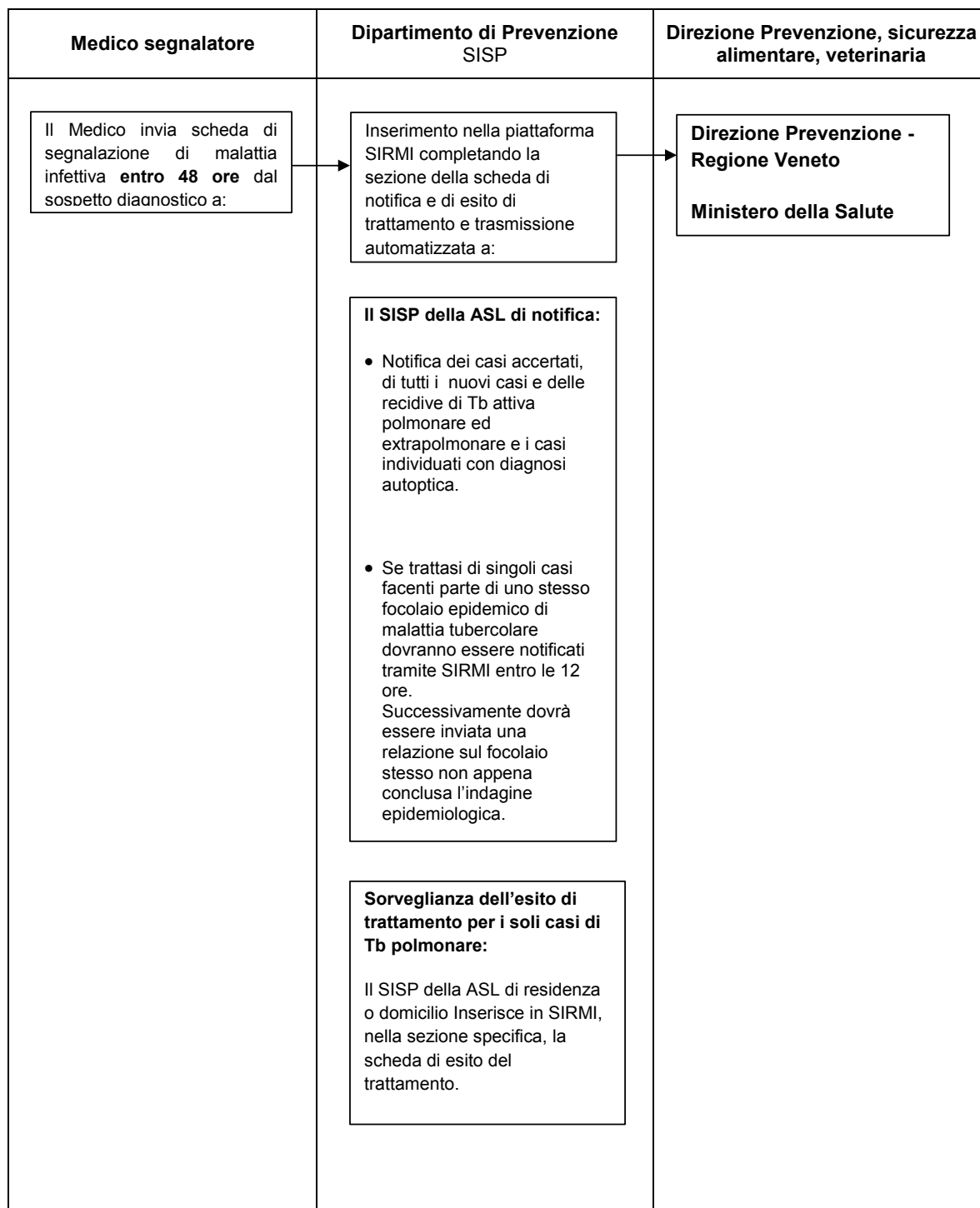
Provvedimenti sull'ambiente:

adeguata aerazione dei locali; pulizia accurata degli ambienti e delle suppellettili; adeguato smaltimento delle secrezioni respiratorie.



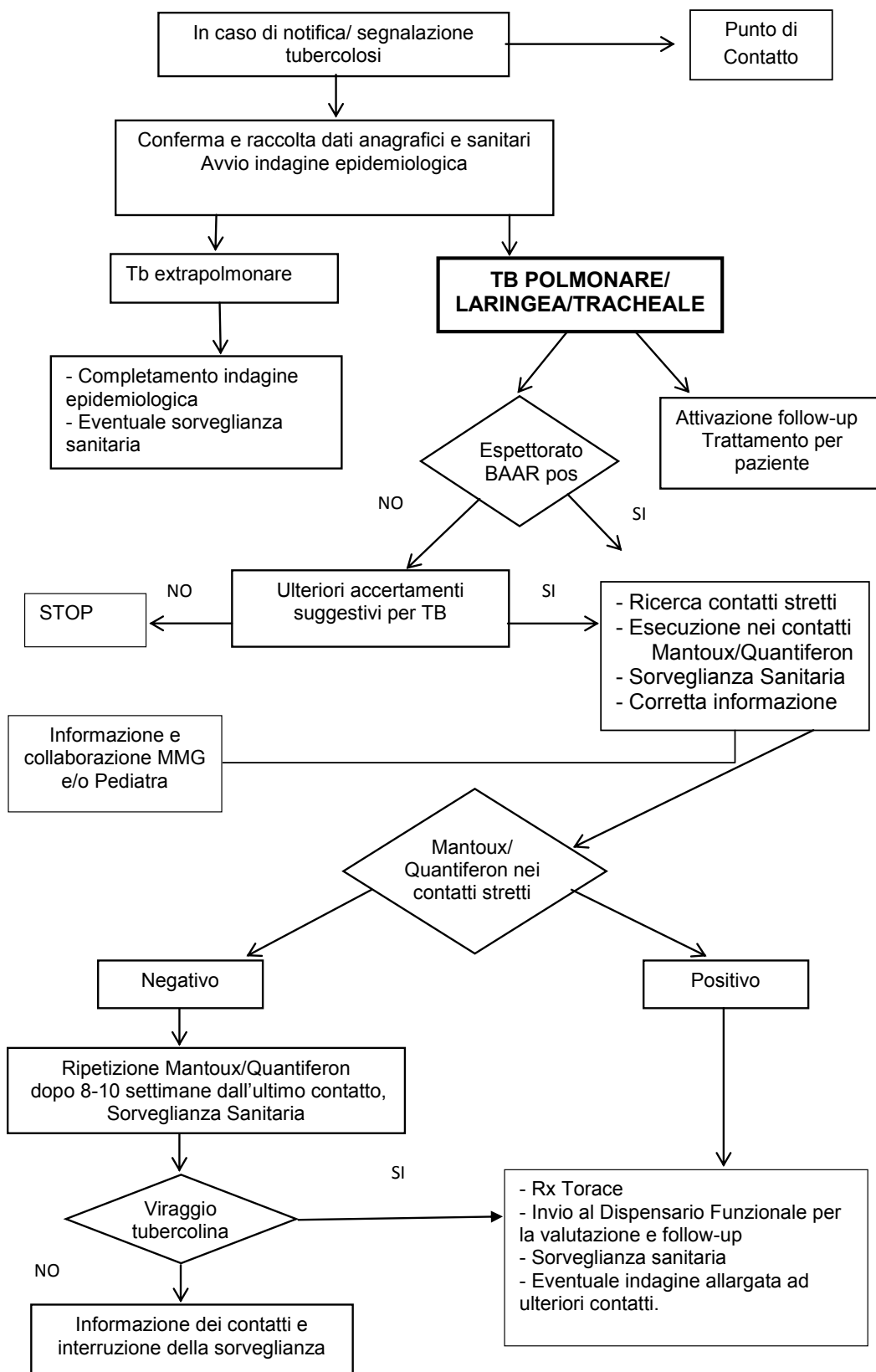
Flusso Segnalazione

TUBERCOLOSI





**ISTRUZIONI OPERATIVE
TUBERCOLOSI**



VAIOLO DELLE SCIMMIE (Infezione da Monkeypox virus o MPXV)

Descrizione:

Il vaiolo delle scimmie (monkey pox o MPX) è una zoonosi virale causata da un virus a DNA a doppio filamento rivestito (i.e capsulato), che appartiene alla specie Monkeypox virus (MPV o MPXV) genere Orthopoxvirus della sottofamiglia Chordopoxvirinae (poxvirus che infettano i vertebrati), famiglia Poxviridae. Fu scoperto nel 1958, durante degli studi per la polio effettuati sulla scimmia.

Il virus è originario delle foreste pluviali dell'Africa centro-occidentale; è suddiviso in 2 cladi principali: "africano occidentale" e "bacino del Congo" (più virulento). Il ciclo enzootico sarebbe mantenuto da roditori (es. scoiattoli) e primati non umani nelle foreste africane. Tuttavia, esiste il rischio che possa diventare una zoonosi endemica, infettando fauna "competente" (es. scoiattoli) locale. L'infezione può essere trasmessa dall'animale (roditori, primati non umani) all'uomo tramite morsi e/o contatti con fluidi corporei, e da uomo a uomo tramite contatto stretto con materiale infetto di lesioni cutanee, droplet respiratori in caso di contatto faccia a faccia, e tramite oggetti contaminati (es. abiti, lenzuola).

Clinicamente è distinguibile una fase iniziale (prodromica) caratterizzata da sintomi aspecifici: febbre, mal di testa, dolori muscolari, linfadenopatia rilevante, brividi, astenia. In questa fase potrebbe esserci contagiosità. Dopo pochi giorni dalla fase prodromica il paziente sviluppa un rash, che solitamente inizia dal viso e che si estende in modo progressivo ad altre parti del corpo. La conformazione delle lesioni è spesso a grappolo e può progredire originando macule, papule, vescicole, pustole e escare con possibili infezioni batteriche secondarie. Le escare sono la lesione a più lenta risoluzione, ma di solito cadono in 1-2 settimane (la caduta dell'ultima escara segna la fine della fase contagiosa). La malattia dura in genere 2-4 settimane. La mortalità varia dallo 0 al 11% nei focolai delle zone endemiche (la severità clinica aumenta col ridursi dell'età anagrafica). E' verosimile che i soggetti immunocompromessi (es. HIV+) abbiano quadri clinici più gravi.

Tempi di segnalazione:

Entro le 12h al Servizio Igiene e Sanità Pubblica di competenza

Scheda Specifica di Flusso: Si

Periodo di incubazione:

mediamente 6-14 giorni, ma può variare da 5 a 21. In questa fase non ci sarebbe contagiosità.

Periodo di contagiosità:

dalla fase prodromica fino alla caduta dell'ultima escara.

Modalità di trasmissione:

L'infezione può essere trasmessa dall'animale (roditori, primati non umani) all'uomo tramite morsi e/o contatti con fluidi corporei da uomo a uomo tramite contatto stretto con materiale infetto di lesioni cutanee, droplet respiratori in caso di contatto faccia a faccia, e tramite oggetti contaminati (es. abiti, lenzuola).

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per rilevare informazioni sulla catena del contagio e sorvegliare eventuali contatti. Isolamento dei soggetti fino a risoluzione delle lesioni cutanee con distacco dell'escara e ripristino dell'integrità cutanea.

Provvedimenti nei confronti dei conviventi e contatti:

Quarantena per 21 giorni dall'ultimo contatto a rischio.

Provvedimenti sull'ambiente

In generale i poxvirus sono resistenti nell'ambiente; ciò spiega come mai oggetti e campioni biologici infetti restino infettivi per molto tempo. Sono tuttavia sensibili a molti dei comuni disinfettanti, anche se sono meno sensibili ai disinfettanti organici, rispetto ad altri possano essere meno sensibili ai disinfettanti organici rispetto ad altri virus capsulati, a causa del ridotto contenuto di lipidi dell'involucro.

Raccomandazioni per la pulizia in presenza di casi MPX:



- evitare di sollevare molta polvere
- evitare di creare aerosol
- usare comuni prodotti per la pulizia, e successivamente ipoclorito di sodio allo 0.1% (diluizione 1:50, se si usa candeggina domestica, che di norma ha una concentrazione del 5%)
- pulire soprattutto superfici e servizi igienici toccati di frequente
- indumenti e biancheria contaminati devono essere lavati almeno a 60°C
- per pulire usare prodotti monouso (panno, spugna, ecc.), in loro assenza i prodotti vanno disinfettati con ipoclorito di sodio allo 0.1%. In caso di impossibilità di ricorrere alle due soluzioni precedenti, i prodotti vanno eliminati
- garze o altro materiale contaminati con materiali biologici di casi MPX andrebbero gestiti come rifiuti speciali, da parte di strutture sanitarie

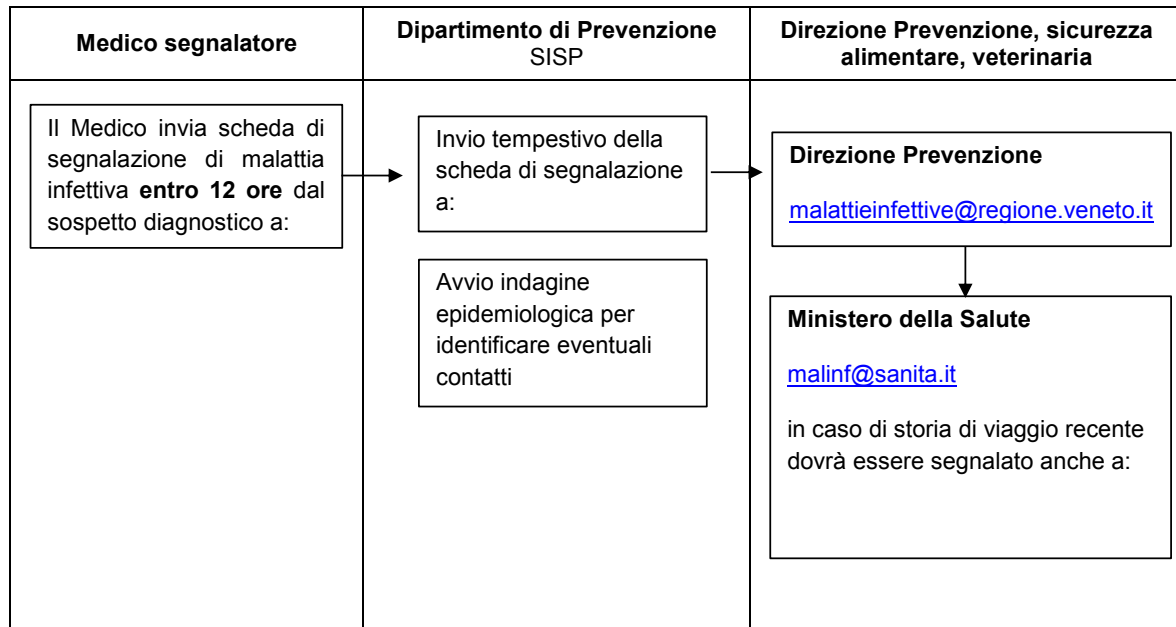
Profilassi

Non esistono terapie specifiche antivirali. Esiste un vaccino (Imvanex) con virus attenuato (ceppo Ankara) licenziato nel 2019 per prevenire il MPX; tuttavia è un vaccino ancora a disponibilità limitata, ed è effettuato in due dosi (28 giorni di distanza minima tra dosi).



Flusso di segnalazione

VAIOLO DELLE SCIMMIE (MONKEYPOX)



VARICELLA

Descrizione:

La varicella è una malattia infettiva altamente contagiosa provocata dal virus a DNA *Varicella-Zoster virus* (VZV) noto anche come *Herpesvirus 3* (HHV-3) del genere *Varicellovirus* della famiglia Herpesviridae. Insieme a rosolia, morbillo, pertosse e parotite, la varicella è annoverata fra le malattie contagiose dell'infanzia, che nella maggioranza dei casi colpisce i bambini tra i 5 e i 10 anni.

L'uomo è l'unico serbatoio noto.

Dopo un'incubazione di 2 o 3 settimane, l'esordio è caratterizzato da rash, febbre lieve/moderata, e lievi sintomi generali (es. malessere, cefalea). Per 3-4 giorni, si ha comparsa di papule pruriginose su tutto il corpo. Le papule evolvono in vescicole, poi in pustole e infine in croste granulari, destinate a cadere. Tipicamente l'esantema è costituito da alcune centinaia di lesioni.

La varicella è in genere una malattia benigna che guarisce nel giro di 4-10 giorni. La malattia tende ad avere un quadro clinico più severo a partire dall'adolescenza, e può essere molto grave in soggetti immunodepressi. Rare sono le complicazioni nei bambini. Tra le complicazioni ci possono essere polmoniti, encefaliti, artriti, epatiti, superinfezioni batteriche delle lesioni cutanee, trombocitopenia. Tra gli adulti la complicanza più comune è la polmonite.

Essere guariti dall'infezione garantisce immunità permanente nell'immunocompetente.

Il virus non viene però realmente debellato, ma si latenzia nei gangli nervosi da cui, nel 10-20% dei casi, può risvegliarsi a distanza di anni (in generale è più facile avvenga dopo i 50 anni di età) dando luogo all'herpes zoster ("fuoco di Sant'Antonio") che tipicamente si manifesta con rash cutaneo in corrispondenza del decorso dei dermatomeri, con dolore e/o prurito. Questo può a sua volta originare delle complicanze (es. nevralgia post-erpetica, ulcere corneali con rischio di compromissione della vista).

Se la varicella viene contratta da una donna all'inizio di una gravidanza (nei primi due trimestri di gestazione) può trasmettersi al feto, causando una embriopatia (sindrome della varicella congenita). I bambini che sono stati esposti al virus della varicella in utero dopo la ventesima settimana di gestazione possono sviluppare una varicella asintomatica e successivamente herpes zoster nei primi anni di vita. Se invece la madre ha avuto la malattia da cinque giorni prima a due giorni dopo il parto, può verificarsi una forma grave di varicella del neonato, la cui mortalità può arrivare fino al 30%, la varicella neonatale.

Tempi di segnalazione:

48 ore, al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica.

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Mediamente 14-16 giorni. Range 10-21 giorni.

Periodo di contagiosità:

La contagiosità inizia da 1 o 2 giorni prima della comparsa dell'eruzione e può durare fino alla comparsa delle croste.

Durante la gravidanza, il virus può essere trasmesso all'embrione o al feto attraverso la placenta.

Modalità di trasmissione:

La varicella è una delle malattie infettive più contagiose, soprattutto nei primi stadi dell'eruzione. La trasmissione da persona a persona avviene per via aerea mediante le goccioline respiratorie diffuse nell'aria quando una persona affetta tossisce o starnutisce, o tramite contatto diretto con lesione da varicella o zoster.



Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica. In generale, si consiglia di isolare i pazienti per evitare la diffusione del contagio. È raccomandato che i bambini colpiti dalla malattia restino a casa da scuola per almeno cinque giorni dalla comparsa delle prime vescicole.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

In generale non è previsto alcun provvedimento.

Vaccinare le persone suscettibili di 12 mesi o più, entro 72 ore dall'esposizione, può prevenire o modificare significativamente la malattia.

Profilassi:

vaccinazione: Il vaccino della varicella appartiene ai vaccini vivi attenuati. Il vaccino esiste in forma monovalente, oppure tetravalente, contro morbillo, parotite, rosolia e varicella (MPRV).

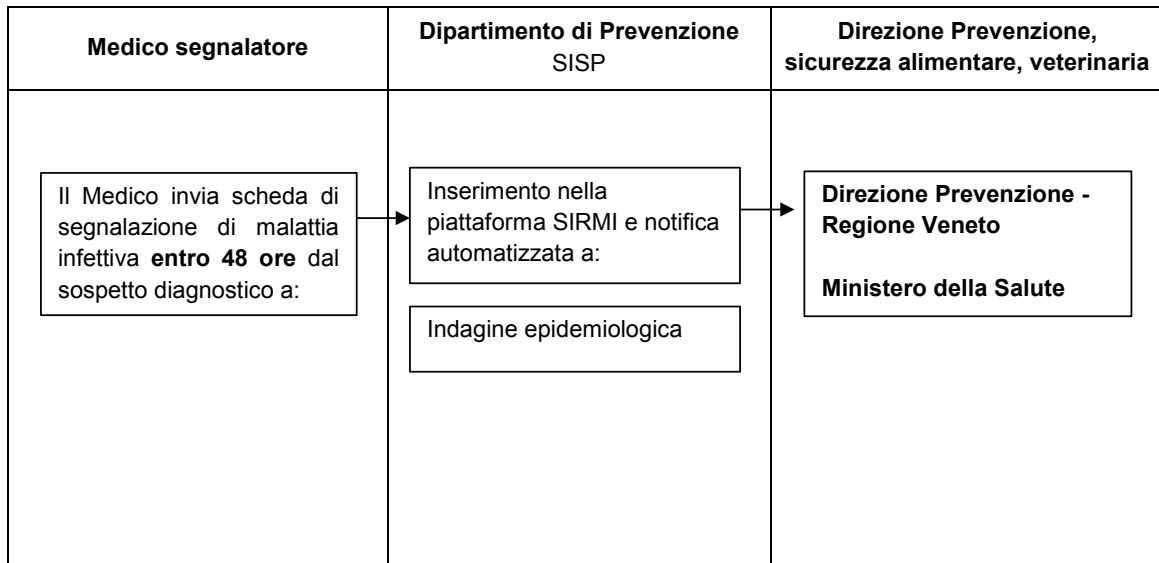
Si consiglia una prima dose di Varicella prima del 24° mese di vita, preferibilmente al 12-15° mese, con un richiamo verso 5-6 anni o 11-12 anni. Fino al 6°-9° mese, il neonato può essere protetto dagli anticorpi che gli vengono trasmessi dalla madre se immunizzata.

Per i soggetti anamnesticamente negativi per varicella, è prevista la somministrazione di due dosi di vaccino a distanza di ≥ 1 mese l'una dall'altra.



Flusso di segnalazione

VARICELLA



Infezione da virus WEST- NILE

Descrizione:

E' una malattia infettiva provocata arbovirus mbovirus (mosquito-borne virus > arbovirus diffuso da zanzare) a RNA a filamento singolo positivo del genere Flavivirus, famiglia Flaviviridae, specie West Nile Virus (WNV). WNV è trasmesso dalla puntura di zanzare infette all'uomo e agli animali, generalmente equini ed uccelli. Le zanzare più importanti nel ciclo vitale del WNV appartengono al genere Culex (principalmente C. pipiens). Come serbatoio di infezione sono state identificate oltre 70 specie di uccelli, soprattutto passeriformi e corvidi, dove il virus può persistere da alcuni giorni a qualche mese. Di fatto, le specie aviarie sono il vero ospite amplificatore (capace cioè di incrementare numericamente di molto la popolazione virale).

Come capita tipicamente coi Flavivirus, la maggior parte delle persone infette è asintomatica ((0%)non manifesta sintomi (80%). Le forme sintomatiche si manifestano con sintomi aspecifici simil-influenzali lievi, febbre, cefalea, dolori muscolo-articolari, raramente accompagnati da rash cutaneo. Meno dell'1% degli infettati sviluppa una malattia neuroinvasiva (West-Nile Neuroinvasive Disease o WNDD), con meningite, encefalite o paralisi flaccida; questa forma può svilupparsi nelle persone di qualsiasi età, tuttavia gli anziani, i soggetti immunocompromessi, le persone affette da alcune patologie e le persone sottoposte a trapianto sono a maggior rischio. La letalità della malattia, nelle forme di tipo meningo-encefalitico, è in media del 10%.

Attualmente il West Nile Virus (WNV) è diffuso in Africa, Medio Oriente, Nord America, Asia Occidentale ed Europa, dove è stato segnalato a partire dal 1958. In Italia il primo focolaio di West Nile Disease (WND) è stato confermato nella tarda estate del 1998 nella zona umida denominata Padule di Fucecchio in Toscana, con alcuni casi clinici nei cavalli. Dal 2008, la circolazione del WNV è stata segnalata ogni anno nelle persone, negli animali e nelle zanzare, in diversi territori italiani. . Il Veneto è considerato zona a circolazione endemica.

Tempi di segnalazione:

entro 12 ore dal sospetto diagnostico, al Servizio Igiene Sanità Pubblica competente

Scheda specifica di Flusso: SI

Periodo di incubazione:

il periodo di incubazione va da 2 a 14 giorni dal momento della puntura della zanzara infetta, ma mediamente è di 2-6 giorni. Può essere più lungo fino a 21 giorni nei soggetti immunocompromessi. Il periodo di incubazione estrinseco (EIP) di Culex sp. è circa 16-25 giorni.

Periodo di contagiosità:

il virus può essere trasmesso attraverso il sangue. Vanno esclusi dalle donazioni per 28 giorni coloro che hanno soggiornato almeno una notte nelle province dove è stata registrata la positività positività nelle zanzare o positività negli equidi o caso umano di febbre WN o di caso di malattia neuroinvasiva). Vanno esclusi dalle donazioni per 4 mesi dalla completa guarigione i soggetti con diagnosi di infezione.

Modalità di trasmissione:

la malattia è trasmessa prevalentemente da zanzare del genere Culex, L'uomo rappresenta un ospite accidentale (a vicolo cieco) in cui il virus non riesce a causare viremie capaci di infettare eventuali zanzare che dovessero mordere l'ospite infetto. Tuttavia il virus può essere trasmesso, anche se più raramente, per trasfusione di sangue infetto e trapianto d'organo. Per la prevenzione dell'infezione è importante lo screening dei donatori di sangue e organi.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica, anche se data l'attuale endemizzazione e i tempi di latenza del WNV spesso lunghi, ha un ruolo marginale. Non esiste terapia specifica, solo di supporto; ricovero necessario solo nei casi più gravi.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:



nessuno in particolare. Adottare le misure di precauzione per evitare le punture di zanzare (ad esempio, utilizzo di repellenti e di pantaloni lunghi e camicie a maniche lunghe quando si è all'aperto, soprattutto all'alba e al tramonto).

Provvedimenti sull'ambiente:

controlli periodici della popolazione di zanzare; periodici interventi di disinfestazione; eliminazione delle raccolte d'acqua, soprattutto in prossimità di abitazioni; applicazione di zanzariere alle finestre; programmi di sorveglianza mirata riguardanti gli equidi, gli uccelli appartenenti a specie bersaglio e gli insetti vettori e programmi di sorveglianza dei casi umani.

Profilassi:

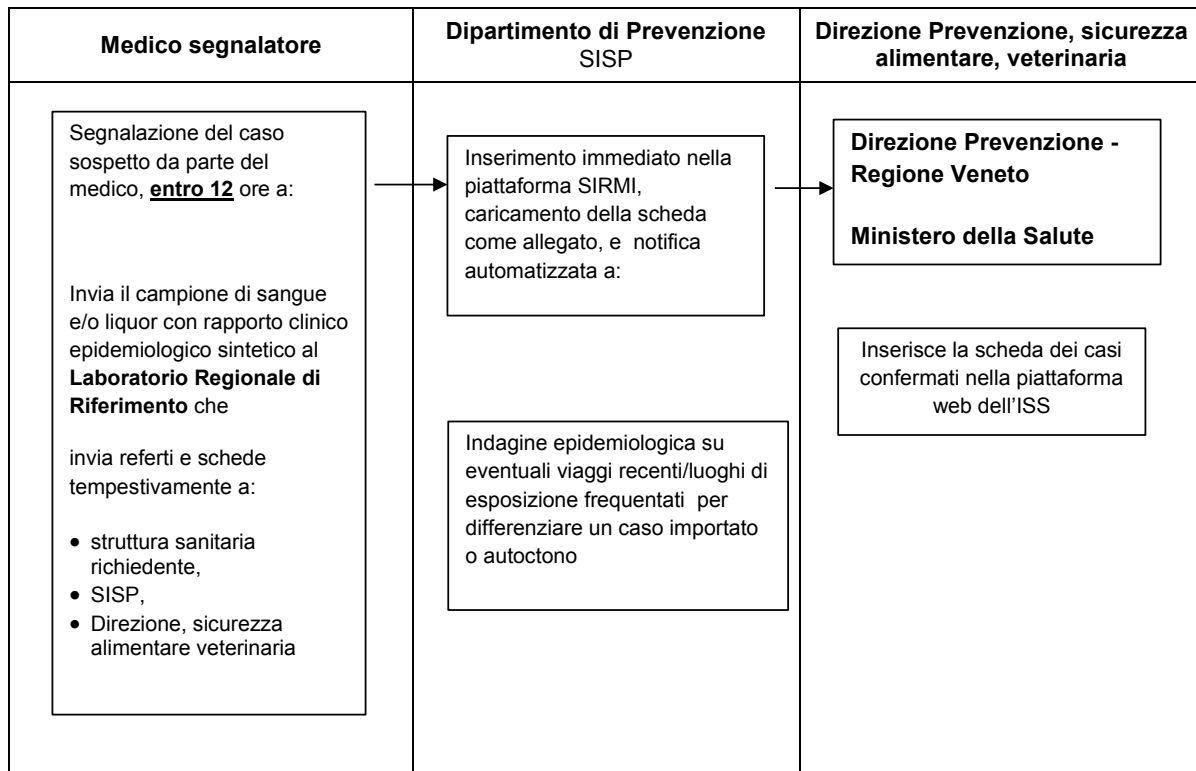
- vaccinazione e chemioprolifassi: vaccino non disponibile;
- adottare le misure di precauzione per evitare le punture di zanzare.



Flusso di segnalazione

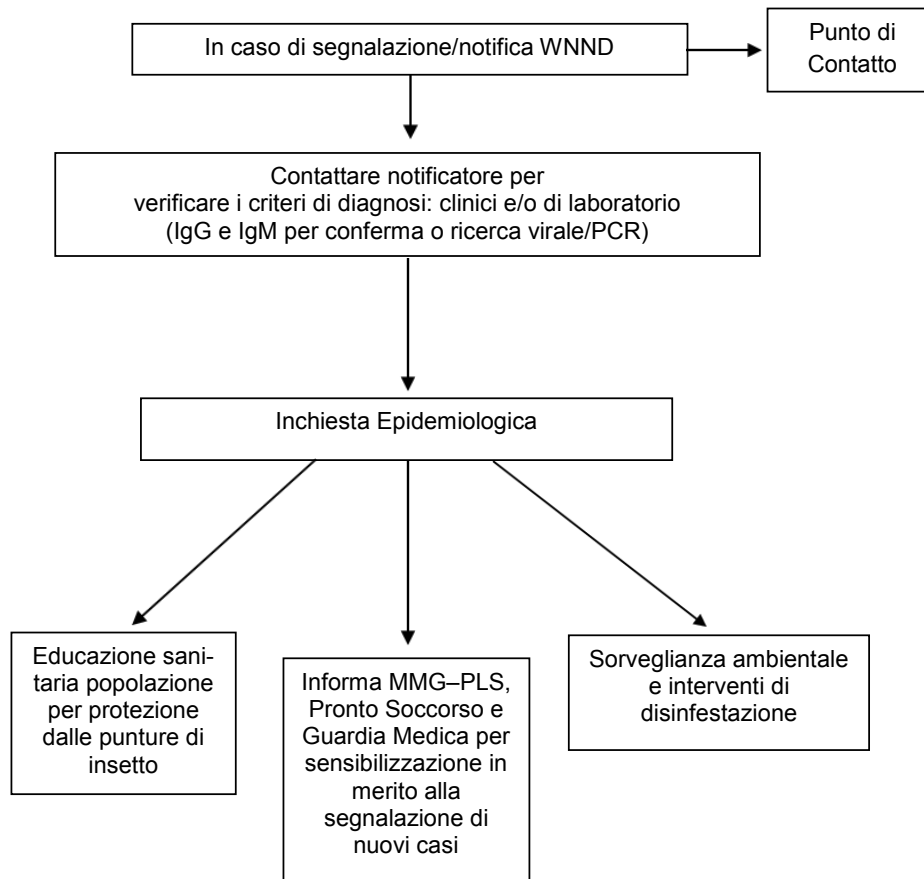
WEST-NILE

(Sorveglianza dei casi umani di infezione da West-Nile o di malattia neuro-invasiva da West-Nile)





**ISTRUZIONI OPERATIVE
MALATTIA NEUROINVASIVA DA WEST NILE VIRUS (WNND)**



YERSINIOSI

Descrizione:

Infezioni causate dalle specie *enterocolitica* e *pseudotuberculosis* del batterio gram-negativo *Yersinia*, anaerobio facoltativo, appartenente alla famiglia delle Enterobacteriaceae. Costituiscono la quarta zoonosi più comunemente riscontrata, con 7.048 casi umani in Europa nel 2019 ed una tendenza stabile nel periodo 2015-2019 (tasso di notifica 1,7:100.000 abitanti). Particolarmente colpita è la fascia d'età dei bambini sotto i 5 anni.

- *Y. enterocolitica* causa enterite in diverse specie animali (ad esempio cincillà, cavie, suini domestici, cinghiali, cervi, cani e gatti). In Unione Europea è la specie più frequentemente associata a casi di infezione umana, con manifestazioni che vanno da infezioni enteriche auto-limitanti fino a gravi setticemie: i sintomi più comuni sono febbre, diarrea, soprattutto nei bambini, pseudo-appendicite (dolore addominale destro e febbre), soprattutto negli adulti; manifestazioni extraintestinali sono rare.
- *Y. pseudotuberculosis* è responsabile di malattie a carattere diffusivo in numerose specie animali e nell'uomo, nel quale infezioni enteriche associate a *Y. pseudotuberculosis* sono state riportate soprattutto nei paesi del nord Europa ed in Russia. Sintomi principali sono febbre, eritema cutaneo, manifestazioni gastroenteriche.

Di solito la sintomatologia si rimette totalmente dopo guarigione. Può capitare che si sviluppino artralgie persistenti per alcuni mesi dopo l'infezione.

Tempi di segnalazione: 48 ore

Scheda specifica di Flusso: NO

Periodo di incubazione:

Tipicamente 3-7 giorni (in un intervallo che va da 1 a 14 giorni). Sono documentati casi d'infezione anche prolungata in condizioni di asintomaticità.

Periodo di contagiosità:

Eccezionale la trasmissione interumana. Il microorganismo viene escreto in genere per 2-3 settimane, fino a 2-3 mesi nei casi non trattati.

Modalità di trasmissione:

Il maiale è il principale serbatoio e la carne suina la principale fonte d'infezione alimentare nell'uomo, anche se yersinie enteropatogene sono state isolate anche da altri alimenti quali carni rosse, latte, vegetali e succhi di origine vegetale. Inoltre, i bambini possono essere infettati se chi li accudisca abbia manipolato cibi contaminati senza lavarsi le mani e li tocchi o tocchi loro giocattoli o oggetti come bicchieri e bottiglie.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Inchiesta epidemiologica per tracciare l'eventuale fonte di contagio e i contatti. Allontanamento del malato da attività a rischio e rispetto delle precauzioni standard. Attenzione specifica va rivolta al contatto con materiale fecale, con particolare riguardo ai bambini, che necessitano di accudimento in quanto non autosufficienti. Di solito non occorre terapia antibiotica e ci si limita a terapie sintomatiche; tuttavia, nelle forme più severe può essere necessario l'uso degli antibiotici.



Provvedimenti nei confronti di conviventi e contatti:

Indagine epidemiologica sui contatti, al fine di individuare la probabile fonte di contagio ed informazione ed educazione sanitaria in merito soprattutto al corretto lavaggio delle mani, igienizzazione delle superfici, conservazione degli alimenti. Ricerca attiva del patogeno in casi a- o pre-sintomatici mediante accertamenti di clinici/di laboratorio, solo in casi selezionati (ad esempio, operatori nel settore alimentare).

Provvedimenti sull'ambiente:

Sopralluogo e prelievo di campioni biologici al fine di individuare la sorgente del contagio. Bonifica delle eventuali fonti dell'infezione.

Profilassi:

Le misure profilattiche principali consistono nella rigorosa igiene delle mani negli operatori della filiera alimentare (specialmente delle carni e, fra queste, nella fattispecie quelle di suino) e nel controllo delle riserve idriche. Per ridurre il rischio di tossinfezione alimentare, la carne di maiale dev'essere cotta adeguatamente e va evitata la conservazione prolungata nei frigoriferi. L'igiene degli spazi domestici destinati alla preparazione degli alimenti riduce il rischio di contaminazione di altri alimenti. Giacché non sono rari casi di yersiniosi attribuibili al consumo di verdura cruda (confezionata e non), le medesime raccomandazioni sono da applicarsi anche alla produzione e preparazione di quest'ultimo genere alimentare.



Flusso di segnalazione

YERSINIOSI

Medico segnalatore	Dipartimento di Prevenzione SISP	Direzione Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria
<div data-bbox="205 638 544 775" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Il Medico invia scheda di segnalazione di malattia infettiva entro 48 ore dal sospetto diagnostico a: </div>	<div data-bbox="608 638 943 763" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Inserimento nella piattaforma SIRMI e notifica automatizzata a: </div>	<div data-bbox="1007 638 1337 786" style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Direzione Prevenzione - Regione Veneto Ministero della Salute </div>



BIBLIOGRAFIA - SITOGRAFIA

Antrace

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics

CDC: Anthrax: Prevention

<https://www.cdc.gov/anthrax/>

www.epicentro.it

Hendricks KA, Wright ME, Shadomy SV, et al: Centers for Disease Control and Prevention Expert Panel meetings on prevention and treatment of anthrax in adults. Emerg Infect Dis 20(2), 2014. doi: 10.3201/eid2002.130687

John S. Bradley et al; Pediatrics May 2014, 133 (5) e1411-e1436

Ministero Della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio III (Malattie infettive e profilassi internazionale - Osservatorio Epidemiologico Nazionale): agenti biologici categoria a (alta priorità)

Botulismo

www.epicentro.it

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/batteri-anaerobi/botulismo>

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/b/botulismo>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/botulism>

<https://www.cdc.gov/botulism>

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics

*Circolare del Ministero della Salute prot. 28167 del 06/07/2017 "Botulismo e sicurezza alimentare: indirizzi operativi"

Brucellosi

"Zoonosi e Sanità Pubblica" – 2010, E. Matassa (Springer)

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

<http://www.salute.gov.it/portale/sanitaAnimale/dettaglioContenutiSanitaAnimale.jsp?lingua=italiano&id=263&tab=1>

<https://www.epicentro.iss.it/brucellosi/>

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-infettive/bacilli-gram-negativi/brucellosi>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/brucellosis>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/brucellosis>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/brucellosis>

Candida auris

DGPRES n° 19275-05/06/2020 avente oggetto "Aggiornamento delle raccomandazioni per il controllo dell'infezione da Candida auris in Italia"

ECDC, Rapid risk assessment: Candida auris in healthcare settings – Europe, 23 Apr 2018

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/RRA-Candida-auris-European-Union-countries-first-update.pdf>

Ministero della Salute, Malattie infettive A-Z: Candida Auris,

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=249&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=1>

CDC, Treatment and Management of Infections and Colonization, <https://www.cdc.gov/fungal/candida-auris/c-auris-treatment.html>

Chikungunya

WHO, Fact sheets, Chikungunya, Settembre 2020

<https://www.epicentro.iss.it/chikungunya/>

<https://www.cdc.gov/chikungunya>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chikungunya>



https://www.who.int/health-topics/chikungunya#tab=tab_1

Colera

<https://www.epicentro.iss.it/colera/>

Nota Reg. n.408770/50.03.50 del 03.06.2005 “Nuovo vaccino anticolerico”

Circolare del Ministero della Salute prot. n.° 400.2/113.2/60/59/3934 del 17/09/94 “Linee guida per la prevenzione del colera

<https://www.cdc.gov/cholera/illness.html>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cholera>

Creutzfeldt Jacob

“Preclinical transmission of prions by blood transfusion is influenced by donor genotype and route of infection” – 2021, E.F. Houston et. al (PLOS pathogens)

“Elucidating the function of the prion protein” – 2017, G. Legname (PLOS pathogens)

“Zoonosi e Sanità Pubblica” – 2010, E. Matassa (Springer)

<https://www.epicentro.iss.it/creutzfeldt-jakob/>

<https://www.msmanuals.com/it-it/professionale/malattie-neurologiche/malattie-prioniche/malattia-di-creutzfeldt-jakob>

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione-Dea Editrice

<https://www.medscape.com/answers/1138235-192574/what-eeeg-findings-are-characteristic-of-creutzfeldt-jakob-disease-cjd>

<https://www.cdc.gov/prions/cjd/clinical-pathologic-characteristics.html>

<https://www.cdc.gov/prions/cjd/clinical-pathologic-characteristics.html>

Dengue

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=215&area=Malattie_trasmesse_da_vettori

<https://www.epicentro.iss.it/febbre-dengue/>

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics

<https://www.cdc.gov/dengue/symptoms/index.html>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>

Difterite

<https://www.cdc.gov/diphtheria>

<https://www.epicentro.iss.it/difterite/>

Red Book 2018

Epidemiology and Prevention of vaccine-preventable diseases, 14th Ed (2021)

Encefalite da zecche (Tick-borne encephalitis)

https://www.who.int/health-topics/tick-borne-encephalitis#tab=tab_1

<https://www.cdc.gov/tick-borne-encephalitis/>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/tick-borne-encephalitis/facts/factsheet>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/tickborne-encephalitis#:~:text=Approximately%20two%2Dthirds%20of%20infections,manifestation%20of%20TBE%20virus%20infection>

http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?lingua=italiano&id=242&area=Malattie_trasmesse_da_vettori

[https://www.epicentro.iss.it/zecche/meningoencefalite#:~:text=La%20meningoencefalite%20da%20zecche%20\(Tbe,febbre%20gialla%20e%20della%20dengue](https://www.epicentro.iss.it/zecche/meningoencefalite#:~:text=La%20meningoencefalite%20da%20zecche%20(Tbe,febbre%20gialla%20e%20della%20dengue)

<https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/Malattie/Dettaglio?Id=TBE>

Epatite A, B, C, D, E

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea Editrice

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics

<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-b>



<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hav>
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-a>
<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-c>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>
<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/hepatitis-c>
<https://www.cdc.gov/hepatitis/hcv/HepatitisCTesting.htm>
<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-d>
<https://www.epicentro.iss.it/epatite/epatite-e>

Febbri emorragiche virali (VHFs) Ebola e Marburg, Febbre di Lassa

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pagineAree_3943_listaFile_itemName_0_file.pdf
<https://www.epicentro.iss.it/ebola/>
<https://www.epicentro.iss.it/marburg/>
<https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/marburg-virus-disease>

Febbre di Lassa

[https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=IT&Expert=99824#:~:text=La%20febbre%20di%20Lassa%20\(LF,e%20insufficienza%20sistemica%20multi%20Dorgano](https://www.orpha.net/consor/cgi-bin/OC_Exp.php?lng=IT&Expert=99824#:~:text=La%20febbre%20di%20Lassa%20(LF,e%20insufficienza%20sistemica%20multi%20Dorgano)
<https://www.epicentro.iss.it/lassa/>

Febbre tifoide

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana
<https://www.cdc.gov/typhoid-fever/>
<https://www.epicentro.iss.it/tifoide/>
<https://salute.regione.veneto.it/mobilevac/Malattie/Dettaglio?Id=TIF>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/typhoid>
<http://www.emro.who.int/health-topics/typhoid-fever>

Febbre Gialla

www.epicentro.it <http://www.cdc.gov/yellowfever/index.html>
<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/f/febbre-gialla#prevenzione>

HIV

Practice of Infectious Diseases – Mandell et al., 9th Ed. (2020)
<https://www.cdc.gov/hiv/default.html>
European Centre for Disease Prevention, HIV/AIDS surveillance in Europe, 2021;
Ministero della Salute, Cos'è l'Aids, nov 2020. Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana
www.epicentro.iss.it

Influenza

FAQ-influenza e vaccinazione antinfluenzale. Ministero della Salute.
http://www.salute.gov.it/portale/p5_1_1.jsp?lingua=italiano&id=103 “Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili”, 18^a edizione DEA Ed. Red Book 2009, AAP
Circolare Ministero della Salute “Monitoraggio dell'andamento delle forme gravi e complicate di influenza confermata, stagione 2021-22”



<https://www.epicentro.iss.it/influenza/influenza>
<https://www.cdc.gov/flu/about/keyfacts.htm>
<https://www.who.int/health-topics/influenza-seasonal>
Encyclopedia of Virology – 4th Ed (Academic Press)

Legionella

“La legionellosi in Italia nel 2006” - Notiziario dell’ISS – Volume 21; numero 1, gennaio 2008; ISSN 0394 – 9303

Linee Guida EWGLI: “European Guidelines for Control and Prevention of Travel Associated Legionnaires’ Disease”

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of Pediatrics.

<https://www.epicentro.iss.it/legionellosi/>

<https://www.cdc.gov/legionella>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/legionellosis>

Leishmaniosi

salute.gov.it - Argomenti - Malattie Infettive A-Z/Leishmaniosi umana

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

Circolare n. 33122 del 14/10/2020 “Prevenzione e controllo della leishmaniosi in Italia”

www.epicentro.iss.it/leishmaniosi/

<https://www.cdc.gov/dpdx/leishmaniasis>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/leishmaniasis>

DM 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” Allegato III

Leptospirosi

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18° Edizione - Dea Editrice

Red Book 2009 – Rapporto del Comitato sulle malattie infettive – American Academy of Pediatrics – XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu//leptospirosi#sintomi>

<https://www.cdc.gov/leptospirosis>

<https://www.paho.org/en/topics/leptospirosis>

Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th Edition (ELSEVIER)

Listeriosi

B.E.N.

<https://www.epicentro.iss.it/listeria/>

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of Pediatrics.

<https://www.cdc.gov/listeria>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/listeriosis>

Encyclopedia of Microbiology – 4th Ed.(Academic Press)

Malaria

CDC - Health information for International Travel - 2010 - The Yellow Book “International Travel and Health” – WHO – 2010

“Linee Guida per la profilassi antimalarica” - Z. Bisoffi, G. Napoletano, F. Castelli, R. Romi.

Giornale Italiano di Medicina Tropicale, Vol. 8, N 1-4, 2003

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^ Edizione - Dea Editrice



Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione;
American Academy of pediatrics.

<https://www.epicentro.iss.it/malaria/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/malaria>

<https://www.cdc.gov/malari>

Indicazioni della profilassi antimalarica nei viaggiatori in area endemica (revisione 2018)
della Società Italiana di Medicina Tropicale (SIMET)

Forma invasiva meningococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a

Edizione - Dea Editrice

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione;
American Academy of pediatrics– XXVIII Edizione, VII Edizione Italiana

<https://www.epicentro.iss.it/meningite/>

<https://www.cdc.gov/meningococcal/about/causes-transmission.html>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/meningitis>

<https://jamanetwork.com> “Risk factors for meningococcal disease in college students.”

Forma invasiva pneumococcica

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a

Edizione - Dea Editrice

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione;
American Academy of pediatrics.

<https://www.cdc.gov/pneumococcal/clinicians/streptococcus-pneumoniae.html>

<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/pneumococcal-disease>

<https://www.epicentro.iss.it/meningite/>

Forma invasiva da Haemophilus influenzae

<https://www.issalute.it/index.php/la-salute-dalla-a-alla-z-menu/h/haemophilus-influenzae>

<https://www.cdc.gov/hi-disease/index.html>

<https://www.who.int/teams/health-product-policy-and-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/hib>

MERS CoV Sindrome respiratoria medio-orientale

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American
Academy of pediatrics.

Encyclopaedia of Virology FOURTH Edition 4th-ap (2022)

https://www.who.int/health-topics/middle-east-respiratory-syndrome-coronavirus-mers#tab=tab_3

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive->

Morbillo

Manuale per il Controllo delle Malattie Trasmissibili – David L. Heymann M.D. - 18^a Edizione - Dea
Editrice

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American
Academy of pediatrics.

“Vaccini e vaccinazioni” - Giorgio Bartolozzi ; 2^a edizione

<https://www.cdc.gov/measles>

<https://www.who.int/health-topics/measles>

<https://www.epicentro.iss.it/morbillo/morbillo>

Morbo di Hansen



Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

www.epicentro.iss.it

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive>

<https://www.cdc.gov/leprosy>

<https://www.who.int/health-topics/leprosy>

Peste

Mandell douglas and bennett's principles and practice of infectious diseases – 9th Ed (Elsevier)

<https://www.who.int/health-topics/plague>

<https://www.cdc.gov/plague>

<https://www.epicentro.iss.it/peste/>

Poliomielite /Paralisi Flaccide Acute

Encyclopaedia of Virology FOURTH EDITION 4th-ap (2022)

https://www.who.int/health-topics/poliomyelitis#tab=tab_2

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive>

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

Rabbia

MMWR - Recommendations and Report – march 19, 2010/; Vol. 59/nr. RR-2 del 19/03/2010

Raccomandazioni WHO/EMC/ZOO/96.6 del 19/03/2010

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/rabies>

<https://www.epicentro.iss.it/rabbia/>

https://www.who.int/rabies/en/WHO_recommendation_post_exp_treatment.pdf

Rosolia in gravidanza/Sindrome da Rosolia congenita

Encyclopedia of Virology (4th Ed.) – Academic

Press <https://www.cdc.gov/rubella/pregnancy.html#:~:text=Pregnant%20women%20who%20contract%20rubella,Deafness>

<https://www.who.int/publications/m/item/vaccine-preventable-diseases-surveillance-standards-crs>

<https://www.epicentro.iss.it/rosolia/bollettino>

Vaiolo delle scimmie (infezione da Monkeypox virus)

Circolare del Ministero della Salute 26837 (26/05/2022)

Mandell, Douglas, and Bennett's Principles and Practice of Infectious Diseases, 9th Ed. (Elsevier)

Encyclopedia of Virology, 4th Ed. (Elsevier)

Encyclopedia of Microbiology, 4th Ed. (Academic Press) <https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=254&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=7>

<https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox>

<https://www.who.int/emergencies/disease-outbreak-news/item/2022-DON385>

Varicella

<https://www.epicentro.iss.it/varicella/>

<https://www.cdc.gov/chickenpox>

Encyclopedia of Virology - 4th Ed. (Academic Press)



Rosolia, Rosolia in gravidanza/sindrome da rosolia congenita

Normes recommandées par l'OMS pour la Surveillance, Giugno 2000

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano. Accordo tra il Ministero della salute, le regioni e le province autonome di Trento e Bolza- no recante: "Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita" – Gazzetta Ufficiale N. 297 del 23 dicembre 2003. Suppl. Ordinario n. 195

Manuale per il controllo delle malattie trasmissibili - Rapporto ufficiale dell'American Public Health Association -J Chin - 17a edizione

Pink Book - CDC - 8^ ed. febb. 2004

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

Principles and Practice of Infectious Disases –Mandell et al., 9th Ed. (2020)

<https://www.epicentro.iss.it/rosolia/>

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=11&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=4>

Salmonellosi

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

<https://www.epicentro.iss.it/salmonella/>

<https://wwwnc.cdc.gov/travel/yellowbook/2020/travel-related-infectious-diseases/salmonellosis-nontyphoidal>

[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-\(non-typhoidal\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/salmonella-(non-typhoidal))

Scabbia

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

<https://www.cdc.gov/parasites/scabies>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/scabies>

<https://www.salute.gov.it/portale/malattieInfettive/dettaglioSchedeMalattieInfettive.jsp?lingua=italiano&id=210&area=Malattie%20infettive&menu=indiceAZ&tab=1>

Shigellosi

<https://www.cdc.gov/shigella/>

World Health Organization - Guidelines for the control of shigellosis, including epidemics due to Shigella dysenteriae type 1

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

Circolare n. 4 del 13 marzo 1998 "MISURE DI PROFILASSI PER ESIGENZE DI SANITÀ' PUBBLICA Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro conviventi o contatti"

Tetano

<https://www.epicentro.iss.it/tetano>

<https://www.cdc.gov/tetanus/>

<https://www.who.int/health-topics/tetanus>

Tossinfezioni alimentari

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of pediatrics.

<https://www.epicentro.iss.it/tossinfezioni/>

https://www.who.int/health-topics/foodborne-diseases#tab=tab_1

Linee guida per le indagini su epidemie di salmonellosi di origine alimentare. - Greco D e al.; Rapporto ISTISAN 93/90

www.foodsafety.org



Tubercolosi

Red Book 2018-2021, Report of the Committee of Infectious Diseases XXXI Edizione; American Academy of Pediatrics.

<http://www.who.int/topics/tuberculosis/en/>

<https://www.cdc.gov/tb/>

<https://www.who.int/health-topics/tuberculosis>

<https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi/>

Trichinellosi

<https://www.cdc.gov/parasites/trichinellosis>

Foodborne parasitic infections: Trichinellosis (FAO and WHO 2020)

<https://www.epicentro.iss.it/trichinella/>

Varicella

<https://www.cdc.gov/chickenpox/about/index.html>

<https://www.who.int/teams/health-product-and-policy-standards/standards-and-specifications/vaccine-standardization/varicella>

<https://www.epicentro.iss.it/varicella/>

Yersiniosi

<https://www.izsvenezie.it/temi/malattie-patogeni/yersiniosi/>

<https://www.ecdc.europa.eu/en/yersiniosis>

European Centre for Disease Prevention and Control. Yersiniosis. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2019. Stockholm: ECDC; 2021.

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

West-Nile

Encyclopedia of Virology (4th Ed.) - Academic Press

Mosquitoes of the World – JH University Press (2021)

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

salute.gov.it - Argomenti - Malattie Infettive A-Z/West Nile virus (infezione da)

Piano nazionale di prevenzione, sorveglianza e risposta alle Arbovirosi (PNA) 2020-2025.

DM 2 novembre 2015 “Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti” Allegato III

<https://www.salute.gov.it/portale/sanitaAnimale/dettaglioContenutiSanitaAnimale.jsp?lingua=italiano&id=214&tab=1>

<https://www.epicentro.iss.it/westnile/>

<https://www.cdc.gov/westnile/>

<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/west-nile-virus>

Zika virus

WHO guidelines for the prevention of sexual transmission of Zika virus – 2020

Encyclopedia of Virology (4th Ed) – Academic Press

salute.gov.it Argomenti - Malattie infettive A-Z / Zika

American Academy of Pediatrics. Red Book, 2018-2021

Circolare del Ministero della Salute 14502 del 17/05/2019 “Virus Zika: aggiornamento sulla situazione epidemiologica internazionale e sulle misure di prevenzione della trasmissione per via sessuale”

<https://www.cdc.gov/zika/hc-providers/clinical-guidance/sexualtransmission.html>

https://www.centronazionalesangue.it/wp-content/uploads/2017/09/Prot.-n.-2547.CNS_.2019_Aggiornamento-misure-di-prevenzione-ZIKAV-e-segnalazione-caso-autoctono-confermato-nel-Dipartimento-del-Var-Francia.pdf



<https://www.ecdc.europa.eu/en/zika-virus-infection/facts/factsheet>
<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/zika-virus>



RIFERIMENTI NORMATIVI

RIFERIMENTI NORMATIVI GENERALI (malattie infettive)

- R. D. n. 1265 del 27/07/1934 T.U.LL.SS. art.253-263 *“Provvedimenti contro le malattie infettive e sociali”*
- Decisione della Commissione del 19.03.02 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee- *“Definizione dei casi della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza Comunitaria”*
- Decisione della Commissione del 17.07.03 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee *“Modifica decisione n.2119/98/CE, n.2000/96/CE, n.2002/253/CE”*
- Decisione della Commissione del 28.04.08 – Gazzetta Ufficiale delle Comunità Europee recante modifica della decisione n.2002/253/CE che stabilisce la definizione dei casi della dichiarazione delle malattie trasmissibili alla rete di sorveglianza comunitaria”
- Circ. Min. Sanità n.° 4 del 13/03/98: *“Misure di profilassi per esigenze di sanità pubblica. Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti dei loro conviventi e contatti”*
- Nota Reg. Veneto n.° 5443/20313 del 09/04/98- *“Protocollo di intervento per il controllo delle malattie infettive nella scuola elementare, media e superiore”*
- Circ. Min. Sanità n.° 6 del 20/04/00 *“Soggiorni di vacanza per minori: misure sanitarie per l'ammissione”*
- Nota regione Veneto n.° 6793/5003 del 09.05.2001 *“Soggiorni di vacanza per minori: requisiti sanitari per l'ammissione di minori ed adulti e aggiornamento della modulistica”*
- Decreto Min. Sanità 15/12/90 *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”*
- Circ. Min. Sanità n. 36 del 17/12/90 *“Decreto ministeriale 15/12/90 concernente sistema informativo delle malattie infettive”*
- D.P.R. n. 320 del 08/02/54 Regolamento di Polizia Veterinaria. Cap. II *“Malattie infettive e diffuse degli animali soggette a provvedimenti sanitari”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 28739/20313 del 08/10/91 *“Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse”*
- Nota regione Veneto 826852/50.03.50 del 06.12.2005. *“Avvio nuovo flusso di sorveglianza con sistema SIMIWEB”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 848647/50.03.50 del 30/12/04 *“Invio nuova scheda segnalazione caso di malattia infettiva”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 28690/20313 del 05/07/93 *“Istituzione flussi informativi speciali: tubercolosi, malaria, meningite meningococcica e epatiti virali acute”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 08442/20313 del 03/06/97 *“Sorveglianza malattie infettive. Modelli flusso speciale malaria e meningite”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 366367 del 08/08/2012 *“Sorveglianza delle malattie batteriche invasive. Invio nuova scheda di sorveglianza”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 500395 del 24.11.2014 *“Sorveglianza delle malattie batteriche invasive*
Trasmissione nuovo protocollo MIB e scheda di segnalazione”
- Nota Reg. Veneto prot. n. 09147/20313 del 16/06/97 *“Sorveglianza della tubercolosi: modifica del flusso informativo e della scheda di notifica”*
- Decreto Ministeriale 29/07/1998 G.U. n.200 del 28/02/98 *“Modificazione della scheda di notifica di caso di tubercolosi e micobatteriosi non tubercolare”*
- Comunicazione ISS del 04/10/10 *“Questionario SEIEVA – ver. 9-2010”*
- Comunicazione Reg. Veneto del 04/06/2014: *trasmissione nuova scheda SEIEVA vers. nov.2013*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 139474/50.03.50 del 12/03/10 *“Corretta procedura di notifica dei focolai epidemici di tubercolosi e notifica delle malattie infettive”*
- Nota Reg. Veneto prot. n. 200935/50.03.50 del 10/04/09 *“Corretta procedura di notifica delle malattie infettive - integrazione”*
- *“Manuale per la prevenzione delle malattie infettive nelle comunità infantili e scolastiche” anno 2010*
www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/
- *“Malattie infettive: sorveglianze speciali” anno 2010*
www.regione.veneto.it/Servizi+alla+Persona/Sanita/Prevenzione/Malattie+Infettive/



RIFERIMENTI NORMATIVI, DISPOSIZIONI, LINEE GUIDA EMANATE PER SINGOLE PATOLOGIE IN ORDINE ALFABETICO**A.I.D.S.**

- Circ. Min. Sanità n. 5 del 13/02/87 Decreto ministeriale 28/11/86 - Modifiche al decreto ministeriale 05/07/75 riportante l'elenco delle malattie infettive diffuse sottoposte a denuncia obbligatoria"
- Legge n. 135 del 05/06/1990 "Programma di interventi urgenti per la prevenzione e lotta contro l'AIDS"
- Circ. Reg. Veneto n. 35 del 28/11/94 "Ridefinizione del Sistema di Sorveglianza per l'infezione da HIV della Regione Veneto"
- Circ. Min. Sanità n. 16 del 08/06/95 "Revisione della scheda per la notifica dei casi di AIDS in adulti"
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 9534/20313 del 28/12/95 "Invio nuova scheda del Sistema di Sorveglianza HIV"

BOTULISMO

- Nota Reg. Veneto di trasmissione Circ. Min., n. 349275 del 14/08/2017, "Botulismo e sicurezza alimentare: indirizzi operativi"
- Circ. Min. della Salute n. 28167 del 06/07/2017, "Botulismo e sicurezza alimentare: indirizzi operativi"
- Circ. Min. della Salute n. 21834-P del 12/10/2012, "Sorveglianza, prevenzione e misure di controllo del botulismo"

COLERA

- Nota Reg. Veneto n. 408770/50.03.50 del 03/06/2005, "Nuovo vaccino anticolerico"
- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113.2/60/59/3934 del 17/09/94, "Linee guida per la prevenzione del colera"

CREUTZFELDT-JAKOB (MALATTIA DI)

- Nota Min. della Salute del 27.08.2002, "Malattia di Creutzfeldt-Jakob, chiarimenti in merito all'applicazione delle linee guida per l'assistenza ai pazienti e il controllo delle infezioni ospedaliere"
- Decreto Min. della Salute del 21.12.2001, "Sorveglianza obbligatoria della malattia di Creutzfeldt-Jakob"

DIFTERITE

- Circ. Min. Sanità n. 6 del 19/03/97, "Difterite: misure di profilassi, cenni di terapia"

EPATITE A

- Circ. Min. della Salute prot. n. 23039 del 26/07/2017 Aggiornamento delle raccomandazioni di prevenzione e immunoprofilassi in relazione alla epidemia di Epatite A.
- Circ. Min. della Salute prot. n. 32982 del 16/12/2014, "Sorveglianza dell'epatite A in Italia"
- Circ. Min. della Salute DGISAN 50498-P- del 16/12/2013, "Epatite A e consumo sicuro di frutti di bosco. Richiesta diffusione locandina informativa"
- Circ. Min. della Salute prot. n. 11949 del 23/05/2013, "Individuazione di casi di epatite A in Italia"

FEBBRI EMORRAGICHE VIRALI

- Nota Reg. Veneto prot. n.° 200123 del 03.05.2022 Trasmissione Circolare del Ministero della Salute prot. n. 23638 del 30.04.22 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Riattivazione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nei Paesi affetti"
- Circ. Min. della Salute prot. n. 23638 del 30.04.2022 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Riattivazione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nei Paesi affetti"
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 77164 del 18.02.2022 Trasmissione Circolare del Ministero della Salute prot. n. 11215 del 11.02.22 "Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Interruzione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nella Repubblica Democratica del Congo"



- Circ. Min. della Salute prot. n. 11215 del 11.02.22 “Epidemia da malattia da virus Ebola (MVE) in Repubblica Democratica del Congo – Interruzione della sorveglianza sanitaria nei confronti di personale di organizzazioni governative e non governative e cooperanti impiegati nella Repubblica Democratica del Congo”
- Circ. Min. della Salute prot. n. 7565 del 13.02.2015 “Malattia da virus Ebola in Africa occidentale (MVE). Sorveglianza sanitaria nei confronti di personale e organizzazioni non governative e coopera
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 527174 del 09.12.2014 “Trasmissione documento di indirizzo regionale Malattia da virus Ebola”
- Nota Reg. Veneto prot. n. 485725 del 14.11.2014 “Nota di integrazione Protocollo malattia da virus Ebola del 06.11.2014”
- Nota Reg. Veneto prot. n.° 472711 del 07.11.2014 “Trasmissione procedura regionale malattia da virus Ebola del 06.11.2014”
- Circ. Min. della Salute n. 26708 del 06/10/2014, “Aggiornamento eds errata corregge nota circolare n. 26377 del 01/10/14 Malattia da virus Ebola – Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale.”
- Circ. Min. della Salute n. 26377 del 01/10/2014, “Malattia da virus Ebola (MVE) - Protocollo centrale per la gestione dei casi e dei contatti sul territorio nazionale”
- Circ. Ministero della Salute n. 22841 del 13/08/2014, “Segnalazione e gestione di eventuali casi sospetti di Malattia da Virus Ebola (MVE)”
- Nota Reg. Veneto n. 365516 del 01/06/2014, “Invio protocollo regionale malattia da virus ebola”
- Nota Reg. Veneto n. 172648 del 17/04/2014, Invio circolare DGPREV9671-04/04/2014- Ma- Malattia virus Ebola (EVD) in Africa occidentale. Misure di sorveglianza ai punti di ingresso internazionali in Italia e documento di sintesi
- Circ. Min. della Salute n. 24349 del 16/10/2006, “Febbri emorragiche virali. Raccomandazioni e indicazioni per il trasporto”
- Circ. Min. della Salute n. 100/673/01/4266 del 26/05/1995, “Aggiornamento linee-guida per la gestione dei soggetti con sospetta febbre emorragica da virus Ebola”
- Circ. Min. della Salute n. 400.2/113.2.74/2808 del 11/05/1995, “Febbri emorragiche virali (Ebola, Marburg, Lassa). Linee guida per la prevenzione ed il controllo”

INFLUENZA

- Circolari e disposizioni annuali.
- Circ. Min. della Salute n. 11313 del 16/05/2013, “Infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo”
- Nota Reg. Veneto prot. n. 210473 del 17/05/2013 “Invio circolari ministeriali: Infezione da nuovo coronavirus e infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo”
- Nota Reg. Veneto n. 431238/50.03.50 del 31/07/2009, “Protocollo per la gestione della sindrome influenzale del nuovo virus del tipo A/H1N1 versione 6.”
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.34102 del 27/07/2009 “Aggiornamento delle indicazioni relative alla prevenzione, sorveglianza e controllo della nuova influenza da virus influenzale A(H1N1).
- Nota Reg. Veneto N. 408974/50.03.50 del 23/07/2009, “Influenza da nuovo virus A/H1N1.
- Nota Reg. Veneto prot. 395229/50.03.50 del 17.07.2009 “Indicazioni antivirali nuovo virus del tipo A/H1N1.”
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n.25263P del 01/06/2009 “Rafforzamento delle attività di sorveglianza e raccolta dati su casi confermati da nuovo virus del tipo A/H1N1.”
- Circ. Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali n. 23277P del 20/05/2009 “Sindrome influenzale da nuovo virus tipo A/H1N1 - Aggiornamento al 20/05/2009.”
- Direttiva ministeriale n. 45 del 05.05.2009
- Ministero del Lavoro, della salute e delle politiche sociali Ordinanza 04.05.2009 Ministero dell'istruzione, dell'Università e della Ricerca
- D.G.R. n. 323 del 13/02/2007, “Piano regionale di preparazione e risposta ad una pandemia influenzale”
- Nota Reg. Veneto n. 444015/50.03.50 del 25/07/2006, “Linee guida per la gestione di un focolaio di influenza aviaria”
- Nota Reg. Veneto n. 21967/50.03.50 del 12/01/2006, “Protocollo per la gestione di un focolaio di influenza aviaria”



- Nota Reg. Veneto n. 47692/50.03.50 del 09/10/2003, "Vaccinazione contro l'influenza nelle persone sane. Vaccinazione contro l'influenza e SARS"

LEBBRA

- Conferenza Stato Regioni GU n.176 del 29-7-1999 "Linee guida per il controllo del morbo di Hansen in Italia"

LEGIONELLOSI

- Nota Reg. Veneto n. 437571 del 29/10/2015, "Trasmissione DGRV n.1250 del 28.09.2015 recepimento Linee guida per la prevenzione e il controllo della Legionellosi 2015".
- Nota Min. della Salute n. 31301 del 18/12/2006, "Azioni di monitoraggio igienico- sanitario ed ambientale per la ricerca di Legionella pneumophila".
- Nota Reg. Veneto n. 272449/50.03.50 del 03/05/06, "Invio nota ISS del 20 aprile 2006"
- G.U. n. 28 del 04/02/05 "Linee guida recanti indicazioni sulla legionellosi per i gestori delle strutture turistico-ricettive e termali"
- Circ. Min. Sanità n. 400.3/9/380 del 06/03/00 "Linee guida per la prevenzione e il controllo della legionellosi"

LEPTOSPIROSI

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/2.5/2739 del 10/06/96, "Sorveglianza delle leptospirosi umane"

LISTERIOSI

- Circ. Min. Salute n. 10053 del 29/03/2017, Rettifica alla nota circolare "Sorveglianza e prevenzione della Listeriosi"
- Circ. Min. Salute n. 8252 del 13/03/2017, Nota circolare "Sorveglianza e prevenzione della Listeriosi"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 42119/20311 del 22/09/93 "Notifica Listeriosi - D.M. 15/12/90"

MALARIA

- Circ. Min. della Salute n. 36391 del 27/12/2016, "Prevenzione e controllo della malaria in Italia"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 00646/20313 del 19/01/1998 "Linee guida per la prevenzione e il controllo della malaria. Trasmissione circolare ministeriale"
- Circ. Min. della Salute n. 14 del 11/11/1997, "Linee guida per la prevenzione ed il controllo della malaria"

MALATTIE INVASIVE DA HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B, DA STREPTOCOCCO PNEUMONIAE E DA NEISSERIA MENINGITIDIS

- Nota Reg. Veneto di trasmissione Circ. Min., n. 259935 del 30/06/2017, Trasmissione Circolare "Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccinazione"
- Circ. Min. della Salute, n. 14381 del 09/05/2017, "Prevenzione e controllo delle malattie batteriche invasive prevenibili con vaccinazione"
- Nota Reg. Veneto di trasmissione Circ. Min., n. 93438 del 08/03/2016, Trasmissione Circolare Ministeriale prot. n. 5783 del 1.03.2016 "Malattia invasiva da meningococco C in Toscana - Potenziamento della segnalazione di casi e indicazioni per chi si reca in Toscana"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 7462/20313 del 02/10/95 "Misure di sanità pubblica per la prevenzione dei casi secondari di malattie invasive da Haemophilus influenzae tipo "b" e da Neisseria meningitidis"

MERS -COV

- Nota Reg. Veneto n. 210473 del 17/05/2013, "Invio circolari ministeriali: Infezione da nuovo coronavirus e infezione da virus influenzale A (H7N9) nell'uomo"
- Circ. Min. Sanità n. 11311 del 16/05/2013, "Infezione da nuovo coronavirus"



MORBILLO-PAROTITE-ROSOLIA

- Circ. Min della Salute del 12/11/2018 prot. N. 0033189 “Aggiornamento del sistema di sorveglianza integrata del morbillo e della rosolia, per il rafforzamento degli obiettivi di eliminazione”
- Nota Reg. Veneto n. 343294 del 12/08/2013, Invio circolare “Sorveglianza della rosolia congenita a dell’infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita 2010-2015”
- Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante “Piano nazionale per l’eliminazione del morbillo e della rosolia congenita (PNEMoRc) 2010- 2015”
- Nota Reg. Veneto n. 622452/50.03.50 del 26/11/10, “Aggiornamento epidemiologico del morbillo nella Regione Veneto, 26 novembre 2010. Nuove disposizioni per invio campioni di materiale biologico”
- Circ. Min della Salute del 20/04/2007, “Piano nazionale di eliminazione del morbillo e della rosolia congenita: istituzione di un sistema di sorveglianza speciale per il morbillo”

PESTE

- Circ. Min. Sanità prot. n. 400.2/113.2.70/4210 del 28/09/94, “Linee guida per la prevenzione ed il controllo della peste”

POLIOMIELITE

- Circ. Min. Salute prot. n.30756 del 20.09.2014 “*Diffusione internazionale di poliovirus selvaggi: aggiornamento delle raccomandazioni OMS*”
- Circ. Min. Salute prot. n. 12942 del 9.05.2014 “*Aggiornamento delle raccomandazioni di immuno-profilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall’Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia*”
- Circ. Min. della Salute DGPRES 25801 del 19/11/2013, “*Aggiornamento sullo stato delle paralisi flaccide acute e del contenimento di laboratorio dei poliovirus selvaggi in Italia. Anni 2008-2012*” 28 e 29/04/2014 Dichiarazione dell’OMS sulla riunione del comitato di emergenza regolamento sanitario internazionale riguardante la diffusione di poliovirus selvaggio
- Circ. Min. Sanità n. 400.2/28/911 del 07/02/1995, “*Sorveglianza della paralisi flaccida acuta*”
- Nota Reg. Veneto n.3988/50.03.50 del 28/01/2003 “*Sorveglianza delle paralisi flaccide acute*” Circ. Min. Sanità prot. n.° 400.3/28/1374 del 18/03/03 “*Attività per l’eradiazione della poliomielite: stato della sorveglianza della paralisi flaccida acuta (APF) e del contenimento di laboratorio dei poliovirus selvaggi in Italia*”
- Circ. Min. Sanità n. 400.3/28/352 del 26/01/1998, “*Sorveglianza della paralisi flaccida acuta (APF) ai fini della certificazione dell’eradiazione della poliomielite*”

RABBIA

- Nota Reg. Veneto n. 715668/50.03.50 del 23/12/2009, “Piano di vaccinazione delle volpi: implicazioni di sanità pubblica”
- Nota Reg. Veneto n. 680038/50.03.50 del 03/12/2009, “Vaccinazione antirabbica delle categorie a rischio”
- Nota Reg. Veneto n.662705/50.03.50 del 26/11/2009, “Casi di rabbia silvestre nella provincia di Belluno: rafforzamento delle misure di prevenzione”
- Circ. Min. Sanità n. 36 del 10/09/93, “Trattamento antirabbico pre e post-esposizione”

ROSOLIA E ROSOLIA IN GRAVIDANZA E SINDROME/INFEZIONE DA ROSOLIA CONGENITA

- Nota Reg. Veneto n. 343284 del 12/08/2013, Invio circolare “Sorveglianza della rosolia congenita e dell’infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015”
- Circ. Min. della Salute n. 16471 del 17/07/2013, “Sorveglianza della rosolia congenita e dell’infezione da virus della rosolia in gravidanza alla luce del nuovo Piano Nazionale di Eliminazione del Morbillo e della Rosolia Congenita 2010-2015”
- C.M. esplicativa n. 2 del 5/08/2005, “Notifica obbligatoria della infezione da rosolia in gravidanza e della sindrome/infezione da rosolia congenita”, fornisce le informazioni cliniche, epidemiologiche e di laboratorio a supporto del D.M. sopraccitato



- D.M. del 14/10/2004, "Sorveglianza nazionale della sindrome/infezione della rosolia in gravidanza e della rosolia congenita"

SALMONELLOSI DA S. ENTERITIDIS

- Circ. Min. Sanità prot. n. 2426/EB/12 del 24/01/92 "Provvedimenti urgenti per la notifica e il contenimento di epidemie da salmonella enteritidis"

SCABBIA

- Delibera Reg. Veneto n. 877 del 11/03/97, "Linee guida per il controllo della scabbia nella Regione Veneto"

TETANO

- DGR n. 2150 del 13/12/11 "Misure di profilassi in materia di tetano"
- Nota Reg. Veneto prot. n. 421178/05.02.00 del 13/09/11 "Tetano: misure di profilassi"
- Circ. Min. Sanità n. 16 del 11/11/96 "Tetano: misure di profilassi"

TOSSINFEZIONI ALIMENTARI

- D. Lgs. n.191 del 04/04/2006, "Attuazione della direttiva 2003/99/CE sulle misure di sorveglianza delle zoonosi e degli agenti zoonotici"

TUBERCOLOSI

- Nota Reg. Veneto n. 464328 del 04/11/2014, "Approvazione delle linee guida regionali Prevenzione e sorveglianza della tubercolosi negli operatori sanitari. Aggiornamento e parziale modifica delle Linee guida approvate con DGR 2053 del 30.07.2007 e integrate con DGR 602 del 07.08.2007. Trasmissione DGR 1875 del 14.10.2014"
- Min. della Salute, Raccomandazione 21/05/2010 "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi – politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata"
- DGR n. 2602 del 07/08/2007, "Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC. Approvazione allegati ed integrazione" Ministero della Salute Guida 31 dicembre 2009 "Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi - gestione dei contatti e della tubercolosi in ambito assistenziale"
- DGR n. 2025 del 03/07/2007, "Nuove linee guida per il controllo della TBC nella Regione Veneto e costituzione del comitato strategico per la lotta alla TBC."
- Deliberazione Ulss n.1 n. 977 del 31/08/2005, "Istituzione del Dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. D. Lgs.31/03/1998 n.112, art. 115."
- DGR n. 4290 del 29/12/2004, "Istituzione del dispensario funzionale per il controllo della tubercolosi. Decreto Legislativo 31.03.1998 n.112, art. 115."
- Min. Sanità G.U. n.°40 del 18/02/1999, "Linee guida per il controllo della malattia tubercolare"
- Nota Reg. Veneto n. 8934/20313 del 10/06/1998 "Programma nazionale di controllo della tubercolosi. Il monitoraggio degli esiti del trattamento"
- Del. Reg. Veneto n. 2824 del 05/08/1997, "Linee guida per la organizzazione dei laboratori per la diagnostica dei micobatteri"
- Nota Reg. Veneto n. 6447/20313 del 30/04/1997, "Sorveglianza della tubercolosi"
- Circ. Reg. Veneto n. 36 del 01/12/1994, "Attività di screening per il controllo della Tubercolosi"

VARICELLA

- Circ. Min. Sanità prot. n. 12/20/1142 del 10/03/92 "Indicazioni della vaccinazione antivariella in categorie di soggetti a rischio"

PREVENZIONE MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

- ISS Rapporti ISTISAN 09/11, "Linee guida per il controllo di culicidi potenziali vettori di arbovirus in Italia"
- Ordinanza 18/12/2008, "Norme sul divieto di utilizzo e di detenzione di esche o bocconi avvelenati" Atto d'intesa tra comuni della Conferenza dei Sindaci e l'ULSS n.1 (SISP) per la lotta agli insetti molesti (zanzare e mosche) e ai ratti nel territorio dell'ULSS n.1 (DGR 324 del 14/02/2006)



- DGR n. 342 del 14/02/2006, “Linee guida per l’organizzazione e la gestione delle attività di disinfezione e disinfestazione da ratti e zanzare”

WEST NILE DISEASE

- Circ. Min. della Salute del 17/08/2010, “Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia – 2010: nota esplicativa alla circolare”
- Circ. Min. della Salute del 21/07/2010, “Sorveglianza della malattia di West Nile in Italia – 2010”
- Nota Coordinamento regionale per le attività trasfusionali prot. n. 463/2010/V del 07/06/10 “Azioni per la sicurezza trasfusionale: misure di prevenzione dell’infezione da W.N.
- DGR n. 3677 del 25/11/2008, “Piano regionale di sorveglianza di West Nile Disease (WND). Approvazione”

MALATTIE TRASMESSE DA VETTORI

- Circolare Ministeriale 08 giugno 2018 , n. 17500 Piano Nazionale di sorveglianza e risposta all'encefalite virale da zecche e altre arbovirus e hantavirus non sottoposti a specifici piani di sorveglianza e risposta - 2018
- Nota Reg. Veneto prot. n. 269376 del 30/06/2015 “Piano di sorveglianza delle malattie trasmesse da vettori anno 2015”
- Nota Reg. Veneto prot. n. 276936 del 27/06/2014: Piano sorveglianza malattie trasmesse da vettori – anno 2014
- Nota Reg. Veneto n. 273038 del 26/06/2013, “Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2012” – Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2013”
- Nota Reg. Veneto prot. n.130136 del 26/03/2013, “Strategia operativa per il controllo delle malattie trasmesse da vettori”
- Nota Reg. Veneto n. 377775 del 08/08/2011, “Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2012” – Linee operative per la sorveglianza delle febbri estive in Regione Veneto, anno 2012”
- Nota Reg. Veneto n. 377775 del 08/08/2011, “Sorveglianza e lotta al vettore chikungunya, dengue e west nile”
- Nota Reg. Veneto n. 316274/05.02.00 del 01/07/2011, “Sorveglianza malattie trasmesse da vettori – Circolare ministeriale “Sorveglianza dei casi umani delle malattie trasmesse da vettori con particolare riferimento alla Chikungunya, Dengue e West Nile Disease – 2011” – Protocollo di sorveglianza delle febbri estive, anni 2011-2012”
- Nota Reg. Veneto n. 406234/50.03.50 del 27/07/2010, “Rafforzamento sorveglianza malattie trasmesse da vettori – West-Nile e Chikungunya”
- Nota Reg. Veneto n. 406733/50.03.50 del 22/07/2009, “Rafforzamento sorveglianza malattie trasmesse da vettori – West-Nile e Chikungunya”
- Piano Regionale per la lotta alla zanzara tigre e per la prevenzione delle malattie trasmesse dal vettore anno 2008
- Nota Reg. Veneto n.498961/50.03.50 del 11/09/2007, “Febbre da virus Chikungunya”
- Circ. Min. della Salute del 04/08/2006, “Sorveglianza chikungunya o dengue”
- Piano Nazionale di prevenzione e controllo delle arbovirus 2020-2025
- D.g.r 891 del 30/06/2021 “Approvazione delle Linee operative per la sorveglianza delle arbovirus nella regione del Veneto anno 2021”

ZECICHE

- Circ. Min. Sanità n. 10 del 13/07/2000, “Malattie trasmesse da zecche: cenni di epidemiologia - misure di prevenzione”

