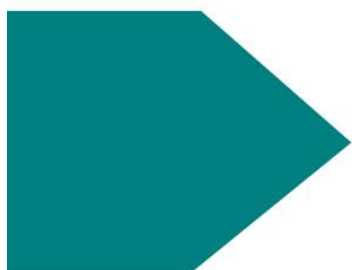


PIANO PANDEMICO PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID 19

P.R.O.

Protezione - Riserva strategica - Organizzazione

revisione ottobre 2021



PIANO PANDEMICO PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID -19

P.R.O.

Protezione-Riserva strategica-Organizzazione

revisione ottobre 2021



Citare questo documento come segue:

ASUGI - PIANO PANDEMICO PER IL CONTROLLO DELLA DIFFUSIONE DELL'INFEZIONE DA COVID -19
P.R.O. Protezione-Riserva strategica-Organizzazione
Revisione ottobre 2021

Il documento è scaricabile al seguente link:

https://asugi.sanita.fvg.it/it/schede/menu_piano/index.html

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina
ASU GI - 2021



INDICE

1.	INTRODUZIONE	1
2.	AREE DELLA RISPOSTA.....	3
2.1	PREVENZIONE - IGIENE E SANITA' PUBBLICA.....	3
2.1.1	INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO.....	3
2.1.1.1	Andamento della curva epidemica	3
2.1.1.2	Indicatori di diffusione.....	4
2.1.1.3	Mortalità	8
2.1.1.4	Monitoraggio dell'andamento della pandemia e scenari possibili.....	9
2.1.2	DEFINIZIONI.....	12
2.1.2.1	Definizione di caso di COVID-19.....	12
2.1.2.2	Definizione di VOI	13
2.1.2.3	Definizione di VOC.....	13
2.1.2.4	Definizione di contatto	13
2.1.2.5	Definizione di contatto stretto.....	13
2.1.2.6	Definizione di Focolaio	14
2.1.3	ATTIVITA'	14
2.1.3.1	Individuazione precoce dei casi	14
2.1.3.2	Isolamento.....	15
2.1.3.3	Intervista al caso indice	16
2.1.3.4	Tracciamento dei contatti (Contact tracing)	16
2.1.3.5	Disposizione di Quarantena.....	16
2.1.3.6	Sorveglianza sanitaria	19
2.1.3.7	Modulazione delle attività di sorveglianza.....	20
2.1.3.8	Attività relative alle residenze per anziani e disabili.....	22
2.1.3.9	Gestione rientri dall'estero.....	23
2.1.3.10	Gestione migranti.....	23
2.1.3.11	Gestione casi e focolai di SARS-CoV-2 scuole e servizi educativi nell'infanzia	24
2.1.3.12	Flussi informativi	26
2.1.4	PERSONALE	26
2.2	CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS COV-2/COVID 19.....	28
2.2.1	CENTRI VACCINALI AZIENDALI TERRITORIALI	31
2.2.2	VOLUMI DI ATTIVITÀ DELLA CAMPAGNA VACCINALE IN ASUGI.....	32
2.2.2.1	Dati	33
2.2.3	VACCINI DISPONIBILI E TARGET DI POPOLAZIONE.....	34
2.2.4	MODALITÀ OPERATIVE VACCINAZIONE PRESSO I CENTRI VACCINALI	35
2.2.5	PROSECUZIONE CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS CoV-2/COVID-19.....	36
2.3	RISPOSTA DEGLI OSPEDALI	37
2.3.1	PERCORSI.....	37
2.3.2	INDICAZIONI GENERALI PER I RICOVERI.....	40
2.4	RISPOSTA DEL TERRITORIO	42
2.4.1	CURE PRIMARIE - MEDICINA DI FAMIGLIA - USCA - DISTRETTI	42
2.4.2	CURE RESIDENZIALI-QUARANTENA	51

1. INTRODUZIONE

Con Decreto del Direttore Generale di ASUGI n. 837 del 02/10/2020 è stato formalizzato il Piano Pandemico Pro - settembre 2020/settembre 2021, predisposto - sulla base delle disposizioni nazionali e regionali - al fine di capitalizzare l'esperienza vissuta nei primi mesi di pandemia, utilizzare al meglio le capacità acquisite, valorizzare le riserve strategiche stoccate, documentare la riorganizzazione e guidare l'azienda attraverso le diverse fasi che questo evento pandemico ci ha costretto ad affrontare.

Da allora si sono susseguiti ulteriori atti nazionali e regionali di indirizzo, quali ordinanze ministeriali, decreti governativi, circolari attuative, riportanti indicazioni e provvedimenti che han messo a disposizione anche strumenti di supporto e finanziari per affrontare le diverse fasi a cui il sistema è stato chiamato a rispondere.

Questa versione del Piano si configura come un documento sintetico di revisione e aggiornamento, la cui stesura avviene con uno sguardo diverso da quello emergenziale di un anno fa e si basa piuttosto su una prospettiva derivante dall'esperienza acquisita e dalla mutazione dello scenario che la campagna vaccinale ha comportato.

Il progressivo ritorno ad una "normalità" ed alle attività ordinarie è infatti fortemente condizionato dall'estensione della pratica vaccinale sulla popolazione di riferimento. Se anche nel corso delle prime ondate pandemiche e delle prime misure di chiusura generalizzata il sistema sanitario si è prodigato a dare risposta alle patologie tempo-dipendenti e garantire, per quanto possibile, le attività sanitarie rivolte a tutte le situazioni cliniche critiche, la progressiva diffusione della copertura vaccinale ha consentito da un lato la graduale ripresa controllata delle attività economiche e sociali, dall'altro il riavvio altrettanto graduale di tutte le attività sanitarie inizialmente interrotte o fortemente dilazionate nel tempo.

Ritrovare quella "normalità" sarà tanto più veloce e sicuro quanto più, nel proseguire la campagna di vaccinazione, l'esperienza acquisita e la capacità di programmare risposte pronte a ogni variazione dell'andamento epidemiologico saranno patrimonio diffuso all'interno dei servizi sanitari e sociosanitari.

Oltre all'organizzazione capillare dell'offerta vaccinale alla popolazione si è reso pertanto necessario allestire un sistema articolato di monitoraggio epidemiologico e strutturare modalità organizzative di risposta tempestiva, commisurata alle diverse ipotesi di scenario e articolata sulla base delle risorse professionali disponibili, che non sono illimitate.

Questo documento intende essere pertanto uno strumento operativo di immediato utilizzo e di facile consultabilità, ad integrazione e aggiornamento di quanto già elaborato un anno addietro e che rimane tuttora in vigore nelle parti non modificate.

A tal fine si sono definite le diverse aree di risposta, che costituiscono il cardine del nostro sistema e che continuano ad affrontare le sfide dell'emergenza pandemica, ognuna recitando un ruolo fondamentale, irrinunciabile e complementare:

- il Dipartimento di Prevenzione, che in questa pandemia ha una volta di più dimostrato quanto la salute sia un bene comune e non solo individuale e come l'interesse della comunità, nella straordinarietà delle situazioni emergenziali, debba essere sovraordinato alle piene e discrezionali libertà individuali applicando una chiave di lettura propria dell'igiene e della sanità pubblica;
- la campagna vaccinale, che ha richiesto programmazione, gestione e governo senza precedenti per complessità organizzativa, tempistica, percentuale di popolazione raggiunta;
- la risposta degli ospedali, che ha richiesto una flessibilità organizzativa straordinaria in tempo di pace, garantendo - a seconda dell'andamento epidemiologico e della conseguente necessità di posti letto - l'apertura e/o la riconversione di reparti COVID di area intensiva, semi-intensiva, medica e chirurgica;
- la risposta territoriale, che - grazie all'incessante lavoro svolto dalle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) in raccordo da un lato con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, dall'altro con i servizi distrettuali e di emergenza-urgenza - e grazie alla dedizione di tutti i professionisti e gli operatori sanitari territoriali, ha consentito di portare la risposta nelle case delle persone affette da COVID-19 e nelle strutture residenziali per anziani e per disabili. La riconversione di alcune di queste in setting di diversa complessità assistenziale e il mantenimento a domicilio o in struttura di una percentuale altissima di persone positive al virus ha consentito di limitare per quanto possibile il ricorso al ricovero ospedaliero e di evitare così il collasso del sistema, qualora l'unica risposta clinica fosse stata quella dell'accesso al pronto soccorso o del ricovero per acuti.

Questa versione del Piano integra la precedente e – a sua volta – verrà progressivamente e periodicamente aggiornata qualora le mutazioni di scenario e di conoscenze scientifiche dovessero portare a nuovi modelli organizzativi, a diversi indirizzi o a ulteriori disposizioni nazionali e regionali.

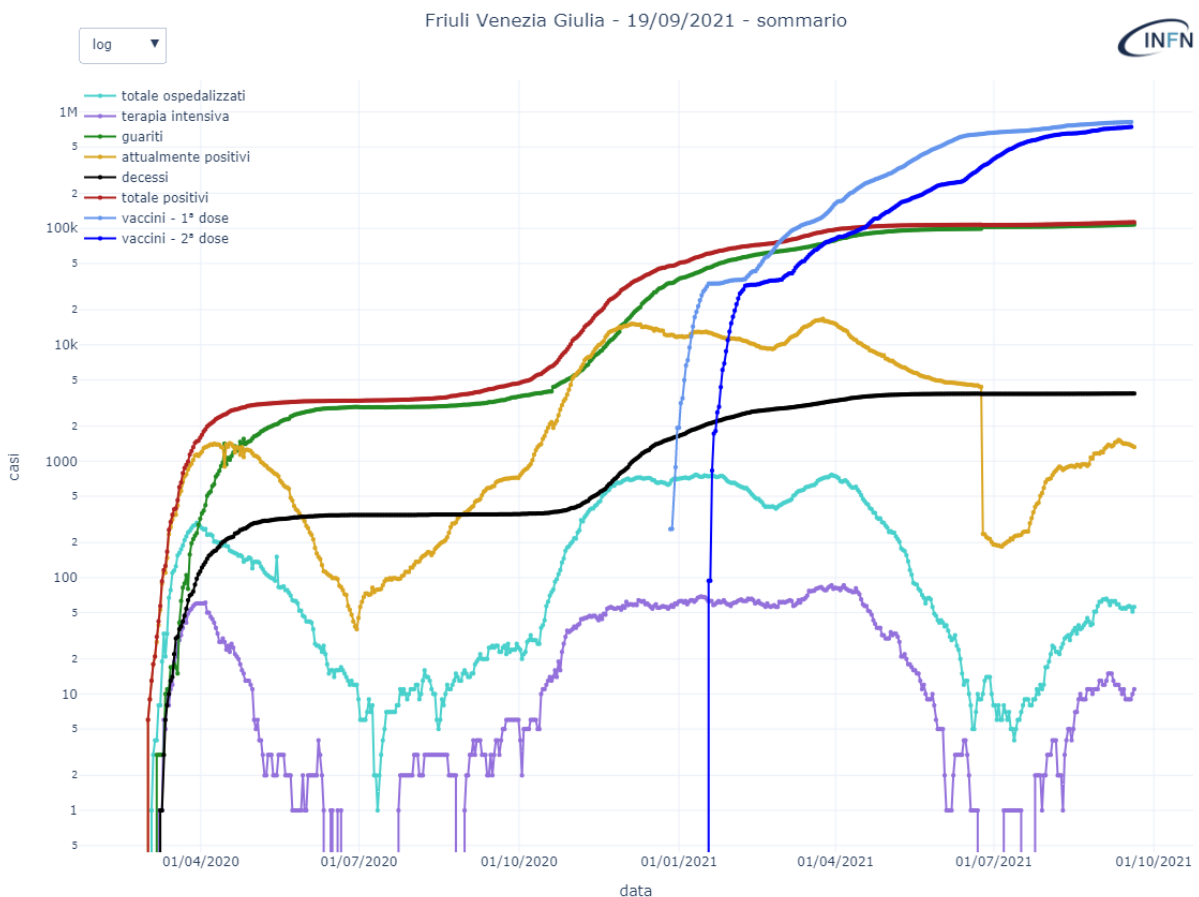
2. AREE DELLA RISPOSTA

2.1 PREVENZIONE – IGIENE E SANITA' PUBBLICA

2.1.1 INQUADRAMENTO EPIDEMIOLOGICO

2.1.1.1 Andamento della curva epidemica

Dall'inizio della pandemia in Friuli Venezia Giulia al 30.09.2021 sono risultate positive complessivamente 113.764 persone con la seguente suddivisione territoriale: 23.187 a Trieste, 52.506 a Udine, 22.843 a Pordenone, 13.642 a Gorizia e 1.586 da fuori regione (per un totale complessivo di 36.829 nei residenti in ASUGI). I guariti sono stati complessivamente 108.900, i decessi 3.821, con la seguente suddivisione territoriale: 824 a Trieste, 2.024 a Udine, 679 a Pordenone e 294 a Gorizia (dati protezione Civile).

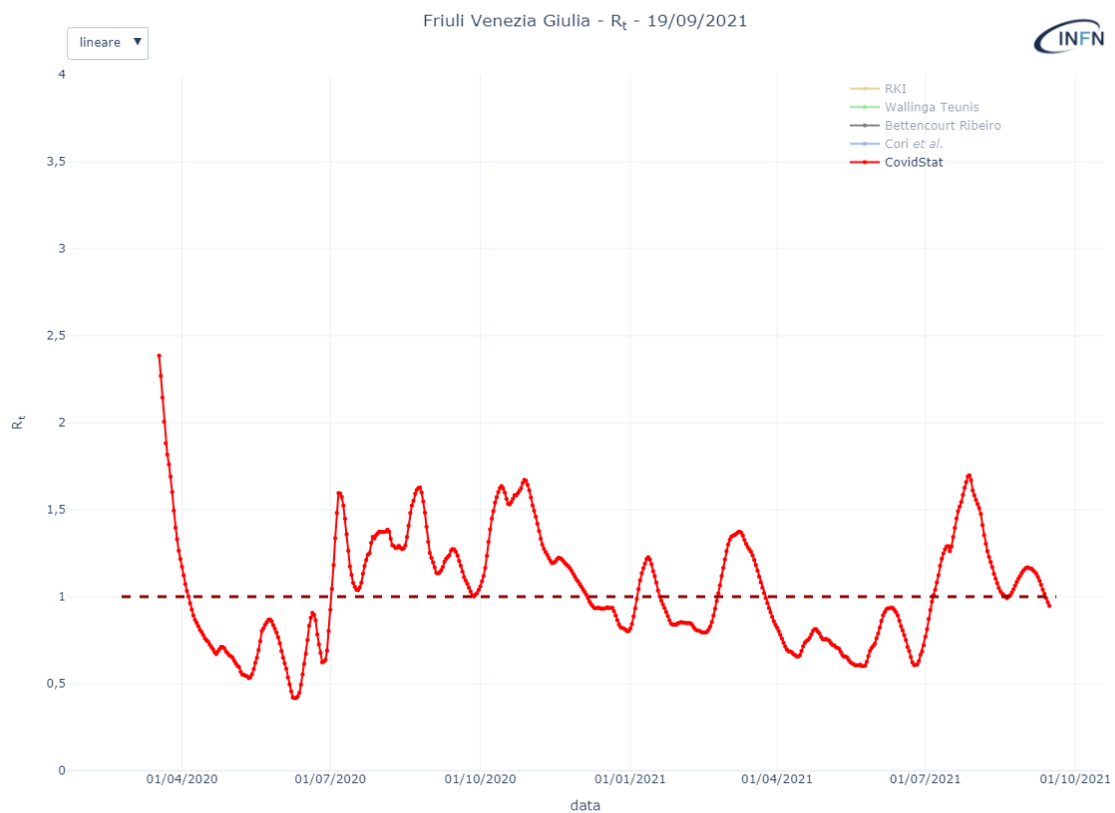


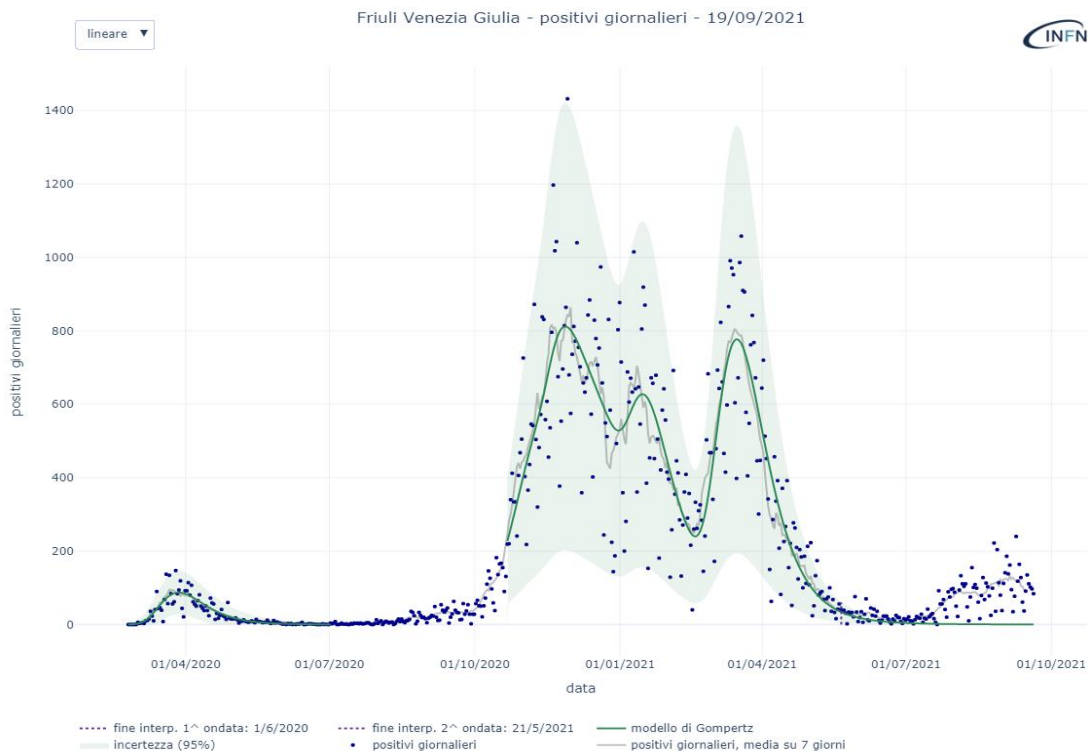
L'andamento della curva epidemica ha visto diverse "ondate", la prima è iniziata a febbraio 2020 e finita a giugno 2020. La seconda è partita a fine settembre 2020 ha avuto un primo picco a fine novembre, un picco di minore entità a metà gennaio 2021, senza scendere a valori pre-pandemici è risalita bruscamente da metà febbraio 2021, in corrispondenza della diffusione della cosiddetta variante inglese (alfa), per raggiungere il picco a metà marzo 2021 con una rapida diminuzione dei casi a fine maggio che si è protratta sostanzialmente fino a metà luglio. Dalla seconda metà di luglio è iniziata la diffusione

della cosiddetta variante indiana (delta) che ha determinato una risalita del contagio e che ad oggi sembra aver raggiunto un picco: <https://covid19.infn.it/>

2.1.1.2 Indicatori di diffusione

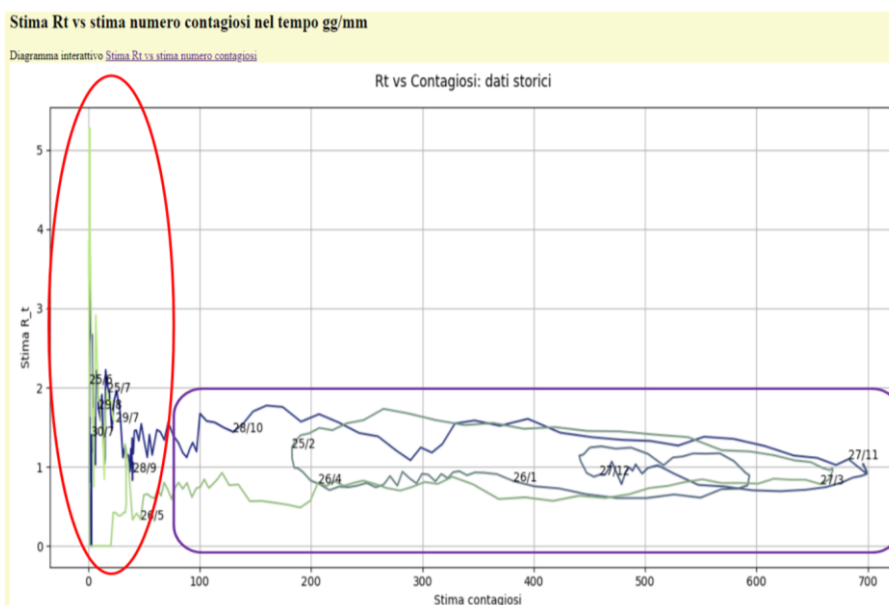
Esistono diversi indicatori che possono essere utilizzati nello sviluppo di modelli predittivi dell'andamento della curva pandemica, ad esempio l'indice RIC, indice che rapporta l' R_t al tempo di raddoppio / dimezzamento secondo la formula $\ln(R_t/T_d) - 2$: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-91950-5>





La relazione tra indice R_t e positivi attivi sintetizza efficacemente l'andamento dell'epidemia, permettendo di identificare il susseguirsi delle fasi di stabilità e variazione della curva pandemica.

Utilizzando il metodo TekWP, una rappresentazione grafica del rapporto tra la stima dei contagiosi e l' R_t nel tempo, è stato possibile osservare come l'andamento della pandemia si possa dividere in due macro fasi (stabilità, variazione) a loro volta divisibili in 5 fasi distinte che si susseguono con un ordine preciso. Il confronto tra due fasi che si sovrappongono graficamente ci permette di avere un'idea più precisa dell'andamento della pandemia confrontandola con l'andamento delle ondate precedenti.

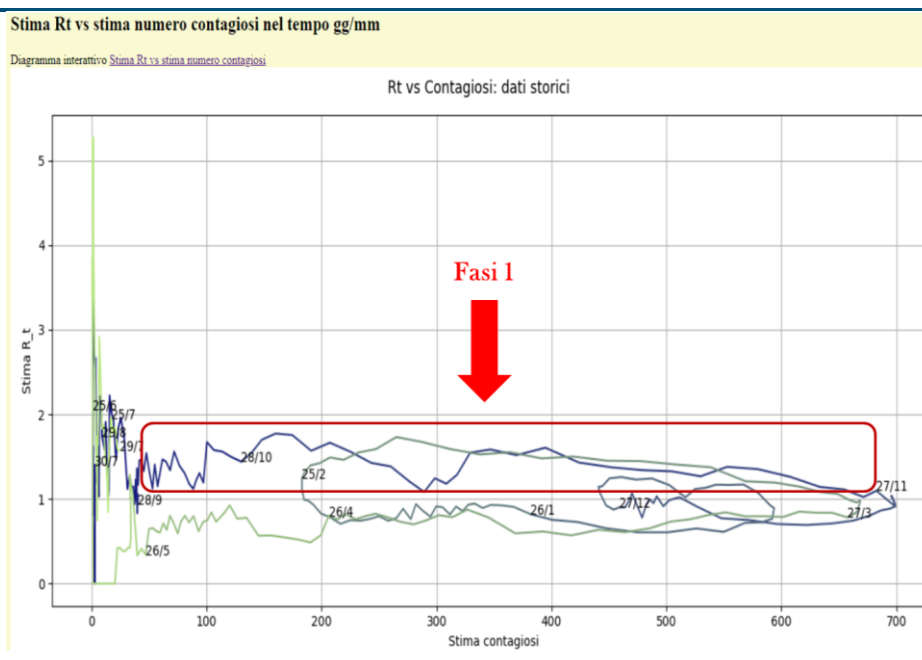


(in rosso macro fase di stabilità in viola macro fase di variazione)

FASE 0

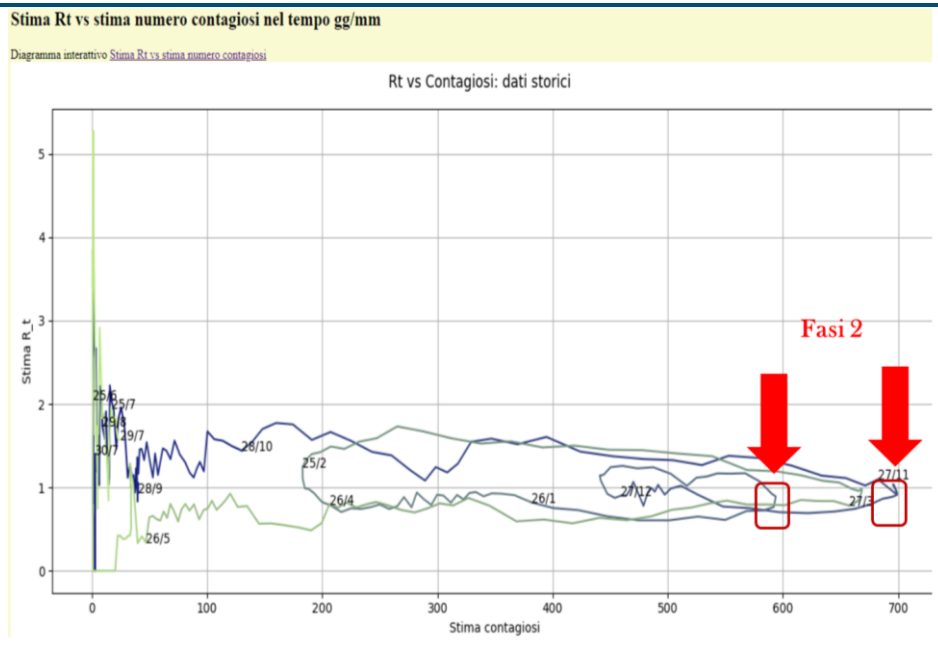
La **fase 0** appartenente integralmente alla macro fase di stabilità è una fase che compare in presenza di pochi pazienti Positivi. In questa fase L'RT varia molto a causa del basso numero di positivi dove un numero anche relativamente basso di contagi causa forti variazioni a livello di crescita percentuale della popolazione dei positivi. Questa fase corrisponde, nella curva dei positivi giornalieri al limite inferiore della curva. Tanto più l'andamento di questa fase è verticale tanto più la situazione è da reputarsi stabile con dei focolai tempestivamente contenuti.

FASE 1



La **fase 1** corrisponde ad un andamento maggiormente orizzontale del grafico con una stabilizzazione del Rt superiore ad 1 ed una crescita giornaliera dei casi. Nel grafico dei nuovi positivi giornalieri questa parte corrisponde alla crescita della curva. Possiamo notare che nell'andamento a spirale del grafico Rt/Contagiosi queste **fasi 1** tendono a rimanere nello stesso range delle ordinate crescendo maggiormente nell'asse delle ascisse quanto più grande risulta essere l'onda.

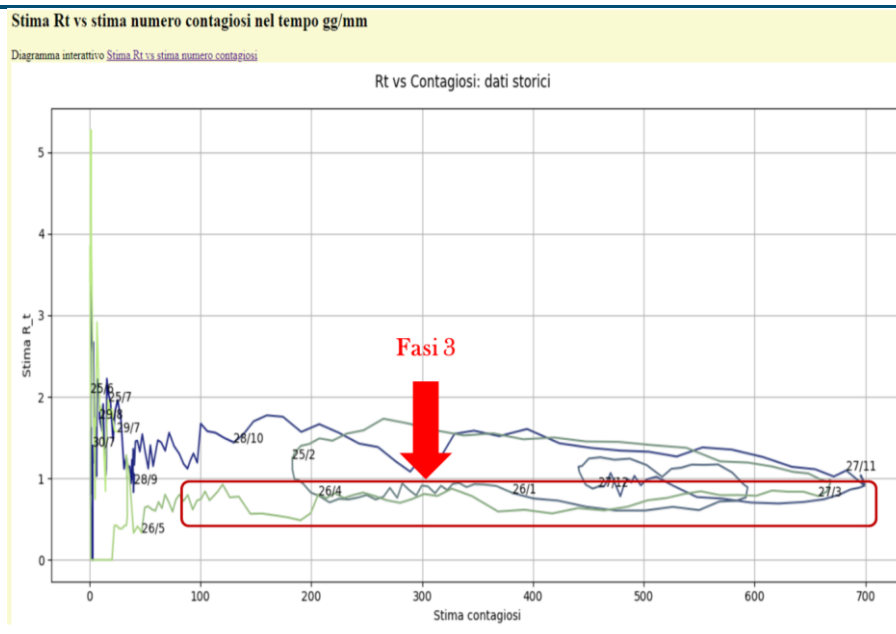
FASE 2



La **fase 2** corrisponde ad un calo, quasi verticale, dell' R_t con una stabilità relativa al numero di pazienti contagiosi. Queste fasi hanno una qual certa concordanza temporale per quanto riguarda l'andamento stagionale della pandemia ma possono presentarsi in momenti molto diversi a seguito di altri fattori protettivi per la popolazione.

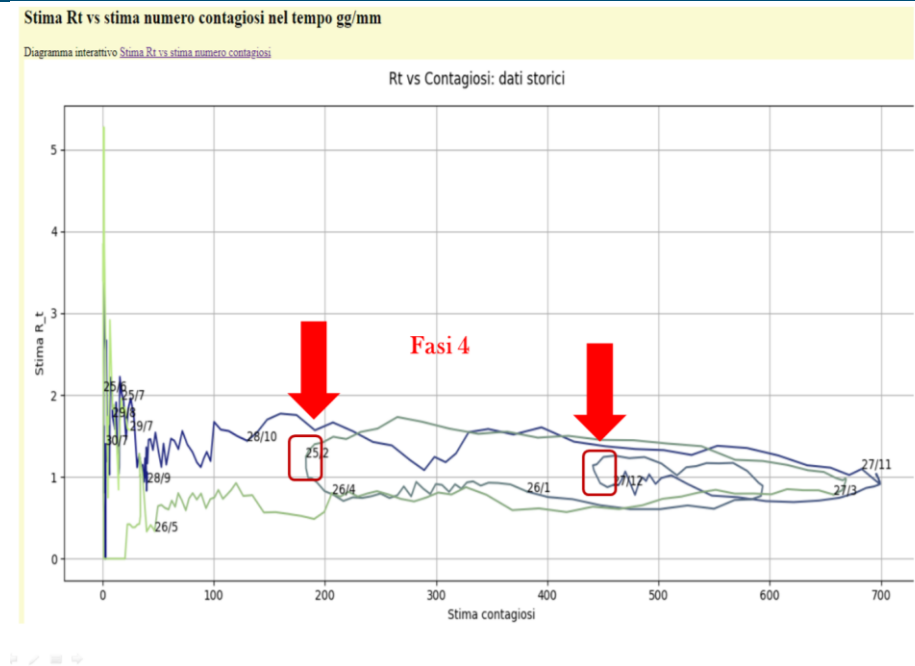
Nell'andamento dei contagi rappresentano il picco delle ondate e precedono la fase di calo dei casi. L'analisi delle **fasi 2** anomale rispetto all'andamento nazionale è di estrema importanza per determinare eventi e misure protettive d'impatto.

FASE 3



La **fase 3** rappresenta un andamento nuovamente parallelo all'ascisse con una relativa stabilità dell' R_t sotto l'1 ed un conseguente calo dei casi. Queste fasi sono sempre precedute da una **fase 2** e seguite da una **fase 4** o una **fase 0** e corrispondono al periodo di calo dell'ondata sino ad un suo nuovo rialzo o al suo raggiungimento di una nuova area di stabilità.

FASE 4



Analogamente alla **fase 2** la **fase 4** rappresenta un drastico aumento dell' R_t al di fuori della macro fase di stabilità. Queste fasi corrispondono ad un nuovo aumento nei casi e dunque una risalita dell'onda. È importante notare come da una **fase 4** si ritorni sempre, anche se per breve tempo in una **fase 1** e non si passi mai ad una **fase 2**. Ciò implica che ad una **fase 4** corrisponderà sempre un successivo aumento dei casi, l'entità dei quali corrisponde alla **nuova fase 1**.

È altrettanto importante capire che questo andamento spiraliforme dovrà nuovamente susseguirsi per cui alla nuova **fase 1** seguirà necessariamente una nuova **fase 2** ed una nuova **fase 3** senza saltare da una all'altra.

Ulteriori studi stanno venendo eseguiti per poter determinare l'indice che determini la fuoriuscita dalla **fase 0** alla **fase 1**.

I grafici aggiornati, per regione e provincia, con i dati della protezione civile e l'elenco delle dashboard utili all'analisi pandemica sono consultabili al link: <http://virgo.unive.it/pesenti/tekwp/dashboard.php>

2.1.1.3 Mortalità

I dati di mortalità ISTAT evidenziano con chiarezza un eccesso di mortalità generale nel 2020 rispetto al quinquennio precedente (2015 - 2019). Complessivamente in Italia nel 2020 la mortalità generale per tutte le cause è aumentata del 15,6% con picchi di mortalità nei mesi di novembre (+52,5%) e di marzo (+48,5%).

In FVG l'eccesso di mortalità nel 2020 è stato più contenuto (+12,5%). Per quanto riguarda ASUGI la provincia di Trieste ha visto un aumento del 10,1% e Gorizia del 8,5%, quindi più contenuti del valore nazionale e regionale e con un picco sempre nel mese di novembre. Nei primi mesi dell'anno 2021 i numeri assoluti dei decessi in ASUGI mostrano un aumento del numero assoluto dei decessi rispetto ai mesi corrispondenti del 2020, ad indicare un permanere dell'eccesso di mortalità che dovrà essere riconfrontato e verificato in futuro.

Per quanto riguarda la speranza di vita alla nascita nei residenti del FVG questa è passata da 81,3 nei maschi nel 2019 a 80,1 nel 2020; nelle femmine da 85,8 a 85,0. (*ISTAT indicatori BES agosto 2021*).

2.1.1.4 Monitoraggio dell'andamento della pandemia e scenari possibili

Gli scenari futuri, in particolare per l'autunno, in termini di impatto sul sistema sanitario, dipenderanno molto da alcune incognite:

1. Numero di positivi attivi a fine estate
2. Diffusione di nuove varianti, loro diffusibilità e comportamento nei confronti del vaccino in uso
3. Copertura vaccinale ed efficacia della vaccinazione contro nuove varianti
4. Capacità di previsione delle nuove ondate e risposta dei sistemi di prevenzione e controllo.

Alla luce di queste incognite e in base ai nuovi criteri per il monitoraggio previsti dal D.L. 23.07.2021 n. 105, i possibili scenari nelle diverse regioni, che si prospettano per l'autunno possono essere così schematizzati:

a. Zona bianca:

1) l'incidenza settimanale dei contagi è inferiore a 50 casi ogni 100.000 abitanti per tre settimane consecutive;

2) l'incidenza settimanale dei contagi è pari o superiore a 50 casi ogni 100.000 abitanti e si verifica una delle due seguenti condizioni:

2.1) il tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti affetti da COVID-19 è uguale o inferiore al 15 per cento;

2.2) il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti affetti da COVID-19 è uguale o inferiore al 10 per cento di quelli comunicati alla Cabina di regia di cui al decreto del Ministro della salute 30 aprile 2020, entro cinque giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. La comunicazione può essere aggiornata con cadenza mensile sulla base di posti letto aggiuntivi, che non incidano su quelli già esistenti e destinati ad altre attività;

b. Zona gialla:

1) l'incidenza settimanale dei contagi è pari o superiore a 50 e inferiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti, salvo che ricorrano le condizioni indicate nella lettera a);

2) l'incidenza settimanale dei casi è pari o superiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti e si verifica una delle due seguenti condizioni, salvo che ricorrano le condizioni indicate nella lettera a):

2.1) il tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti affetti da COVID-19 è uguale o inferiore al 30 per cento;

2.2) il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti affetti da COVID-19 è uguale o inferiore al 20 per cento di quelli comunicati alla predetta Cabina di regia entro cinque giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. La comunicazione può essere aggiornata con cadenza mensile sulla base di posti letto aggiuntivi, che non incidano su quelli già esistenti e destinati ad altre attività;

c. Zona arancione

le regioni nei cui territori l'incidenza settimanale dei contagi è pari o superiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti, salvo che ricorrano le condizioni indicate nelle lettere a), b) e d);

d. Zona rossa

le regioni nei cui territori l'incidenza settimanale dei contagi è pari o superiore a 150 casi ogni 100.000 abitanti e si verificano entrambe le seguenti condizioni:

1) il tasso di occupazione dei posti letto in area medica per pazienti affetti da COVID-19 è superiore al 40 per cento;

2) il tasso di occupazione dei posti letto in terapia intensiva per pazienti affetti da COVID-19 è superiore al 30 per cento di quelli comunicati alla predetta Cabina di regia entro cinque giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. La comunicazione può essere aggiornata con cadenza mensile sulla base di posti letto aggiuntivi, che non incidano su quelli già esistenti e destinati ad altre attività.

DL 23.07.2021 n. 105 "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e per l'esercizio in sicurezza di attività sociali ed economiche"

L'incidenza settimanale dei contagi e il tasso di occupazione dei posti letto dedicati in area medica e intensiva definiscono la situazione di un'area in maniera tardiva per poter attivare azioni di tipo preventivo e di contenimento dei casi. Oltre agli indicatori ministeriali per la differenziazione delle regioni in zone, a livello locale è opportuno monitorare giornalmente l'indice TeKWP che, in base alle diverse fasi del grafico, ci permette di valutare lo stato della pandemia e di prevederne l'evoluzione. Integrando l'indicatore alla analisi delle caratteristiche dei focolai (es.: focolai familiari, in comunità residenziali di anziani, scuole, centri per migranti, ecc.) è possibile avere un quadro della situazione a livello locale che permette alle varie articolazioni organizzative di assumere decisioni precoci per il contenimento dei casi.

Il Dipartimento di Prevenzione, a prescindere dalla collocazione in una determinata "zona" ministeriale, monitora e **aggiorna quotidianamente l'indicatore TeKWP e settimanalmente fornisce alla direzione strategica la situazione aggiornata della fase di stabilità o variazione in cui si trova (0, 1, 2, 3, 4).** Integra

la fase con i dati relativi ai focolai in modo da poter caratterizzare in maniera precisa la tipologia del rischio di diffusione al fine di poter assumere decisioni organizzative mirate. In caso di segni di allerta puntuali segnala situazioni di rischio precocemente. (Dashboard temporanea: <http://virgo.unive.it/pesenti/tekwp/dashboard.php>)

Le diverse articolazioni organizzative aziendali modulano le proprie attività in base alla fase del grafico:

FASE 0

fase di stabilità caratterizzata da un ridotto numero di positivi attivi e priva di criticità dal punto di vista del contact tracing e della capacità di cure primarie e ospedaliere. Può presentare forti oscillazioni nell'Rt. In questa fase è consigliabile analizzare i potenziali nuovi rischi (vedi VOC e VOI) e rafforzare la campagna vaccinale.

FASE 1

corrisponde alla fase di crescita dell'onda e determina una crescita dei casi indipendentemente dall'andamento dell'Rt, purché questo rimanga ≥ 1 . L'aumento dei casi positivi deve orientare ad un potenziamento del contact tracing e della sorveglianza in modo da render prioritario il contenimento della diffusione sul territorio. È inoltre consigliabile la predisposizione di risorse per l'assistenza di soggetti positivi in quanto, con latenza che oscilla tra le 2 e le 3 settimane, è prevedibile un graduale aumento delle ospedalizzazioni.

FASE 2

corrisponde ad un rapido calo dell'Rt che scende sotto l'1 determinando una stabilità dei positivi con appiattimento della curva (picco). Corrisponde ad una fase di mantenimento delle risorse utilizzate. La conclusione della fase 2 preannuncia un calo dei positivi e conseguente diminuzione (a circa 2 settimane) degli ingressi ospedalieri.

FASE 3

corrisponde ad una fase di diminuzione dei casi attivi, in base al numero dei positivi è possibile considerare una graduale riduzione delle risorse dedicate. In queste fasi è opportuno analizzare i provvedimenti intrapresi in modo da rinforzare le aree precedentemente carenti in una eventuale prossima risalita dei casi.

FASE 4

corrisponde ad un'inversione dell'andamento della curva con rapido aumento dell'Rt al di sopra dell'1, di breve durata.

Attenzione: in questa fase il numero di positivi attivi può non crescere dando una parvenza di stabilità. Di norma essa coincide con un evento che aumenta l'indice di contagio ad es. la diffusione di una nuova variante o una riduzione, troppo precoce, delle misure di sicurezza. In questa fase di pre allerta è raccomandato prevedere un'organizzazione simile alla fase 1 in quanto qualora non venissero messe in atto tempestive azioni di contenimento sarà seguita da una nuova rapida crescita dei casi.

2.1.2 DEFINIZIONI

2.1.2.1 Definizione di caso di COVID-19

Criteri clinici

Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi:

- tosse
- febbre
- dispnea
- esordio acuto di anosmia, ageusia o disgeusia

Altri sintomi meno specifici possono includere cefalea, brividi, mialgia, astenia, vomito e/o diarrea.

Criteri radiologici

Quadro radiologico compatibile con COVID-19.

Criteri di laboratorio

1. Rilevamento di acido nucleico di SARS-CoV-2 in un campione clinico

OPPURE

2. Rilevamento dell'antigene SARS-CoV-2 in un campione clinico in contesti e tempi definiti nella sezione dedicata: "Impiego dei test antigenici rapidi" (*Circ Min Sal 08.01.2021*).

Criteri epidemiologici

Almeno uno dei due seguenti link epidemiologici:

- contatto stretto con un caso confermato COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi; se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.
- essere residente/operatore, nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, in contesti sanitari (ospedalieri o territoriali) e socioassistenziali/sociosanitari quali RSA, lungodegenze, comunità chiuse o semichiuse (ad es. carceri, centri di accoglienza per migranti), in cui vi sia trasmissione di SARS-CoV-2.

- Classificazione dei casi

A. Caso possibile

Una persona che soddisfa i criteri clinici.

B. Caso probabile

Una persona che soddisfa i criteri clinici con un link epidemiologico

OPPURE

Una persona che soddisfa i criteri radiologici

C. Caso confermato

Una persona che soddisfa i criteri di laboratorio

Circ. Min. Sal. 08.01.2021 "Aggiornamento della definizione di caso COVID-19 e strategie di testing"

- Definizione di caso COVID-19 sospetto o confermato per variante VOC

Per **caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01** si intende un caso COVID-19:

- con delezione del gene S

OPPURE

- contatto stretto di caso COVID-19 con variante VOC 202012/01 accertata

Per **caso COVID-19 sospetto per variante VOC diversa da VOC 202012/01** (es. lineage B.1.1.7, P.1, P.2, lineage B.1.351) si intende un caso COVID-19 per il quale sia presente un link epidemiologico (provenienza da Paesi a rischio o contatto stretto di caso con variante accertata).

Per **caso confermato per variante VOC**, si intende un caso in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza di specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante.

Circ. Min. San. 21.05.2021 "Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2"

2.1.2.2 Definizione di VOI

Un isolato SARS-CoV-2 è una variante di interesse (Variant of Interest, VOI) se, rispetto ad un isolato di riferimento, il suo genoma presenta mutazioni con implicazioni fenotipiche accertate o sospette, e se:

- È stato identificato come causa di trasmissione comunitaria/multipli casi/cluster COVID-19, o è stato rilevato in più paesi, OPPURE
- È altrimenti valutato come una VOI dall'OMS in consultazione con il gruppo di lavoro OMS sull'evoluzione del virus SARS-CoV-2.

2.1.2.3 Definizione di VOC

Le varianti che destano preoccupazione (Variant of Concern, VOC) sono VOI associate a uno o più dei seguenti cambiamenti con rilevanza globale per la salute pubblica (vedi Allegato 1):

- Aumento della trasmissibilità o peggioramento nell'epidemiologia del COVID-19, OPPURE
- Aumento della virulenza o cambiamento nella presentazione clinica della malattia, OPPURE
- Diminuzione dell'efficacia delle misure sociali e di salute pubblica o delle diagnosi, dei vaccini e delle terapie disponibili.

2.1.2.4 Definizione di contatto

Un contatto di caso di COVID-19 è qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

Se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona che ha avuto contatti con il caso indice in un arco di tempo che va da 48 ore prima della raccolta del campione che ha portato alla conferma e fino a 14 giorni dopo o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso.

2.1.2.5 Definizione di contatto stretto

Il Contatto stretto (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- Una persona che vive nella stessa casa di un caso COVID-19;
- Una persona che ha avuto un contatto fisico diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (per esempio la stretta di mano);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad es. toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- Una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di almeno 15 minuti;
- Una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad es. aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso COVID-19 in assenza di DPI idonei;
- Un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati o mediante l'utilizzo di DPI non idonei;
- Una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso di COVID-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto.
- Altre persone con esposizione ad alto rischio, sulla base di valutazioni individuali, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto. (*Circ. Min. Sal. 29.5.2020*)

NB: Gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere un'esposizione ad alto rischio, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto (Circ. Min. Sal. 06.05.2021 "Ricerca e gestione dei contatti e casi di COVID-19 (contact tracing) di variante B.1.617 (cd indiana) sospetta o confermata")

2.1.2.6 Definizione di Focolaio

Si definisce focolaio la presenza di 2 o più casi epidemiologicamente collegati tra loro o un aumento inatteso nel numero di casi in un tempo e luogo definito.

(Sistema indicatori di cui al DM 30.04.2020 Documento metodologico. Min Sal, ISS vers. 1.0, 19.5.20)

2.1.3 ATTIVITA'

2.1.3.1 Individuazione precoce dei casi

I casi sospetti, probabili o confermati da tampone nasofaringeo vengono immediatamente segnalati al Dipartimento di Prevenzione (DIP) da parte di operatori sanitari che formulano il quesito sulla base di sintomatologia sospetta Covid-19 e/o criteri di tipo epidemiologico.

Le segnalazioni di casi sospetti possono essere fatte da:

- Segnalazione di casi sintomatici sospetti Covid-19 da parte di MMG/PLS/CA/USCA. Il DIP attiva la prenotazione del tampone nasofaringeo per la conferma del caso. Le segnalazioni vanno fatte a
mmg.pls.covid@asugi.sanita.fvg.it per l'area Isontina
casisospetti.dip@asugi.sanita.fvg.it per l'area Giuliana
- Le comunicazioni di casi confermati possono essere fatte da:
- Segnalazione immediata di positività al tampone da parte del Laboratorio Regionale di Riferimento
- Segnalazione da parte del laboratorio privato convenzionato
- Segnalazione da parte della Farmacia per tamponi rapidi antigenici
- Segnalazione immediata di positività da parte di struttura ospedaliera

- Segnalazione di casi confermati da parte del PS
- Segnalazione di casi confermati o probabili o di contatti stretti da parte di altre Aziende Sanitarie / Regioni / Province autonome
- Evidenza della positività al tampone da applicazioni informatiche (es: Covid Helper, Visual Analytics)

2.1.3.2 Isolamento

Casi COVID-19 confermati da variante VOC non Beta (sospetta o confermata) o per cui non è disponibile il sequenziamento

Le persone **asintomatiche** risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento, possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni a partire dalla data di prelievo del tampone risultato positivo, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare o antigenico con esito negativo.

Le persone **sintomatiche** risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento, possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi accompagnato da un test molecolare o antigenico con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (esclusi anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo).

In caso di riscontro di ulteriore positività al test diagnostico eseguito dopo 10 giorni dalla comparsa dei sintomi o dal tampone risultato positivo negli asintomatici, è consigliabile **ripetere il test dopo 7 giorni** (17° giorno).

Casi positivi a lungo termine da variante VOC non Beta (sospetta o confermata) o per cui non è disponibile il sequenziamento

I casi COVID-19 da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento che continuano a risultare positivi al test molecolare o antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia da almeno 7 giorni (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia), potranno interrompere l'isolamento al termine del **21° giorno** (Tabella 2).

Si raccomanda particolare cautela nell'applicazione di tale criterio nei soggetti immunodepressi, in cui il periodo di contagiosità può risultare prolungato.

Si raccomanda in ogni caso di prevedere l'esecuzione di un test diagnostico molecolare o antigenico per stabilire la fine dell'isolamento di tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze.

Casi COVID-19 confermati da variante VOC Beta (sospetta o confermata), compresi casi positivi a lungo termine

Per i casi di SARS-CoV-2 da variante VOC Beta sospetta o confermata, sia sintomatici che asintomatici, restano vigenti le indicazioni relative alla gestione dei casi COVID-19 da varianti precedentemente chiamate VOC NON 202012/01 (sospetta/confermata) previste nella Circolare n. 22746 del 21/05/2021 "Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle

misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2".

	ASINTOMATICI	SINTOMATICI	POSITIVI A LUNGO TERMINE
Casi COVID-19 confermati da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento	10 giorni di isolamento + Test molecolare o antigenico NEGATIVO	10 giorni di isolamento di cui almeno ultimi 3 giorni senza sintomi + Test molecolare o antigenico NEGATIVO	Al termine dei 21 giorni di cui almeno ultimi 7 giorni senza sintomi
Casi COVID-19 con VOC Beta sospetta o confermata	10 giorni di isolamento + Test molecolare NEGATIVO	10 giorni di isolamento di cui almeno ultimi 3 giorni asintomatici + Test molecolare NEGATIVO	Test molecolare NEGATIVO

2.1.3.3 Intervista al caso indice

Non appena confermato il caso l'operatore di sanità pubblica attiva l'indagine epidemiologica intervistando il caso indice al fine di raccogliere informazioni sulla storia clinica e sui possibili contatti.

Ove possibile, di norma, viene effettuata una intervista telefonica strutturata. Se il caso è ricoverato in ospedale e non è in grado di collaborare, il personale ospedaliero o il medico curante possono raccogliere informazioni direttamente dai familiari o da coloro che prestano attività assistenziali (caregiver).

2.1.3.4 Tracciamento dei contatti (Contact tracing)

Il DIP identifica i contatti stretti (dati anagrafici, indirizzo, numero di telefono, indirizzo email) e provvede ad inserirli nell'applicativo SIASI Covid.

In caso di contatti residenti/domiciliati presso altre ASL regionali i nominativi vengono segnalati direttamente all'ASL di competenza territoriale; in caso di residenti/domiciliati fuori regione o all'estero le informazioni vanno comunicate all'Autorità sanitaria della Regione FVG.

2.1.3.5 Disposizione di Quarantena

Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni

Contatti ad alto rischio (contatti stretti) di casi COVID-19 confermati compresi casi da variante VOC sospetta o confermata (tutte le varianti)

I **contatti asintomatici ad alto rischio** (contatti stretti) di casi con infezione da SARS-CoV-2 identificati dalle autorità sanitarie, se hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, possono rientrare in comunità dopo un periodo di quarantena di almeno **7 giorni** dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo. Qualora non fosse possibile eseguire un test molecolare o antigenico tra il settimo e il quattordicesimo giorno, si può valutare di concludere il periodo di quarantena dopo almeno 14 giorni dall'ultima esposizione al caso,

anche in assenza di esame diagnostico molecolare o antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2 (Tabella 1).

I **contatti asintomatici a basso rischio** di casi con infezione da SARS-CoV-2 identificati dalle autorità sanitarie, se hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, non devono essere sottoposti a quarantena, ma devono continuare a mantenere le comuni misure igienico-sanitarie previste per contenere la diffusione del virus, quali indossare la mascherina, mantenere il distanziamento fisico, igienizzare frequentemente le mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.

Per contatto a basso rischio, come da indicazioni ECDC 2 si intende una persona che ha avuto una o più delle seguenti esposizioni:

- una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso COVID-19, ad una distanza inferiore ai 2 metri e per meno di 15 minuti;
- una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) o che ha viaggiato con un caso COVID-19 per meno di 15 minuti;
- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto di DPI raccomandati;
- tutti i passeggeri e l'equipaggio di un volo in cui era presente un caso COVID-19, ad eccezione dei passeggeri seduti entro due posti in qualsiasi direzione rispetto al caso COVID-19, dei compagni di viaggio e del personale addetto alla sezione dell'aereo/treno dove il caso indice era seduto che sono infatti classificati contatti ad alto rischio.

Qualora i contatti ad alto rischio siano operatori sanitari o altre persone che forniscono assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 che hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, non si applica la misura della quarantena bensì la sorveglianza sanitaria attiva dall'ultima esposizione al caso come da art. 14 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e dell'art. 1, comma 2, lett. d), D.L. 25 marzo 2020, n. 19, convertito dalla legge 22 maggio 2020, n. 35.

Soggetti non vaccinati o che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni

Contatti ad alto rischio (contatti stretti) e basso rischio asintomatici di casi COVID-19 confermati da variante VOC non Beta (sospetta o confermata) o per cui non è disponibile il sequenziamento

I contatti asintomatici ad alto rischio (contatti stretti) di casi con infezione da SARS-CoV-2 da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento, identificati dalle autorità sanitarie, che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, possono rientrare in comunità dopo un periodo di quarantena di almeno **10 giorni** dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo. Qualora non fosse possibile eseguire un test molecolare o antigenico tra il decimo e il quattordicesimo giorno, si può

valutare di concludere il periodo di quarantena dopo almeno 14 giorni dall'ultima esposizione al caso, anche in assenza di esame diagnostico molecolare o antigenico per la ricerca di SARS-CoV-2.

I contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 confermati da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento, identificati dalle autorità sanitarie, che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, non devono essere sottoposti a quarantena, ma devono continuare a mantenere le comuni misure igienico-sanitarie previste per contenere la diffusione del virus, quali indossare la mascherina, mantenere il distanziamento fisico, igienizzare frequentemente le mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.

Qualora i contatti ad alto rischio siano operatori sanitari o altre persone che forniscono assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19 che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni, non si applica la misura della quarantena bensì la sorveglianza sanitaria attiva come da art. 14 del D.L. 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e dell'art. 1, comma 2, lett. d), D.L. 25 marzo 2020, n. 19, convertito dalla legge 22 maggio 2020, n. 35.

Contatti ad alto rischio (contatti stretti) e basso rischio asintomatici di casi COVID-19 confermati da variante VOC Beta (sospetta o confermata)

Laddove, tramite sequenziamento, vengano identificati casi da variante VOC Beta, variante quest'ultima di rarissimo riscontro, considerate le evidenze sulla minore efficacia del vaccino ChAdOx1 nei confronti della variante Beta, restano vigenti per i contatti ad alto e basso rischio non vaccinati o che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni le indicazioni relative alla gestione dei contatti di casi COVID-19 da varianti precedentemente denominate VOC NON 202012/01 (sospetta/confermata) previste nella Circolare n. 22746 del 21/05/2021 "Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2". Si raccomanda in ogni caso di prevedere l'esecuzione di un test diagnostico a fine quarantena per tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze.

	ALTO RISCHIO	BASSO RISCHIO
Soggetti che hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni		
Contatti di casi COVID-19 confermati compresi casi da variante VOC sospetta o confermata (tutte le varianti)	7 giorni di quarantena + Test molecolare o antigenico NEGATIVO oppure 14 giorni di quarantena anche in assenza di test diagnostico	Non necessaria quarantena. Mantenere le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.)
Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio		
Soggetti non vaccinati o che non hanno completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni		
Contatti di casi COVID-19 confermati da variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento	10 giorni di quarantena + Test molecolare o antigenico NEGATIVO oppure 14 giorni di quarantena anche in assenza di test diagnostico	Non necessaria quarantena. Mantenere le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.)
Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio		
Contatti di casi COVID-19 da variante VOC Beta sospetta o confermata	10 giorni di quarantena + Test molecolare o antigenico NEGATIVO	10 giorni di quarantena + Test molecolare e antigenico NEGATIVO
	Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio	Sorveglianza passiva se operatori sanitari/personale di laboratorio

Circ Min Sal 11.08.2021 "Aggiornamento sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta (lignaggio B.1.617.2)"

2.1.3.6 Sorveglianza sanitaria

Il DIP fornisce informazioni e indicazioni chiare, anche per iscritto, sulle misure precauzionali da attuare da parte dei casi non ospedalizzati (paucisintomatici) e dei contatti stretti, fornisce anche documentazione educativa generale nei riguardi dell'infezione da SARS-CoV-2, comprese le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi necessari (sorveglianza attiva, isolamento, quarantena, ecc.), i possibili sintomi e le istruzioni sulle misure da attuare in caso di comparsa di sintomatologia.

L'operatore di sanità pubblica esegue sorveglianza attiva con periodicità regolare (email, telefono, ecc.) per ottenere informazioni sulle condizioni cliniche del contatto e del caso paucisintomatico, e informa lo stesso di avvisare prontamente il proprio medico e il DIP in caso di insorgenza o peggioramento dei sintomi.

In caso di necessità di misure di sostegno sociale in corso di isolamento/quarantena, il DIP segnala il caso al Distretto di appartenenza e/o alla Protezione Civile. Laddove le condizioni adeguate per il periodo di isolamento/quarantena non possono essere garantite presso l'abitazione, si propone il trasferimento in strutture appositamente dedicate (Covid Hotel Muggia) adottando specifica procedura.

2.1.3.7 Modulazione delle attività di sorveglianza

In periodo di controllo dell'epidemia, gli obiettivi della sorveglianza si devono concentrare sull'individuazione rapida dei casi importati o autoctoni, sul tracciamento dei contatti entro 24 ore in modo che possano essere messi in quarantena e monitorati per il periodo di incubazione del virus.

In uno scenario in cui c'è una trasmissione comunitaria sostenuta del virus, gli obiettivi della sorveglianza si devono estendere al monitoraggio della diffusione geografica del virus, dell'intensità di trasmissione, delle caratteristiche della malattia e sulla valutazione dell'impatto sui servizi sanitari.

Il passaggio da uno scenario di trasmissione comunitaria ad uno stato stabile di bassa trasmissione è attualmente il miglior risultato possibile nel breve e medio termine in sinergia con una campagna di vaccinazione sicura ed efficace.

Per prevenire l'escalation di trasmissione del virus e mantenere uno stato stazionario di basso livello di trasmissione è necessario siano soddisfatti i seguenti criteri fondamentali:

- La trasmissione del COVID-19 dovrebbe essere controllata ad un livello di casi sporadici e di cluster di casi, tutti da contatti noti o da importazioni e l'incidenza di nuovi casi dovrebbe essere mantenuta ad un livello che il sistema sanitario può gestire.
- Le capacità sanitarie devono essere sufficienti per individuare e isolare tutti i casi, indipendentemente dalla gravità e dall'origine. Tutti i casi sospetti devono avere i risultati dei test diagnostici entro 24 ore dall'identificazione e dal campionamento. Tutti i casi confermati devono avere un efficace isolamento (in ospedali e/o in alloggi destinati a questo uso o nella propria casa) fino a quando non siano più infetti.
- Tutti i contatti stretti dei casi devono essere rintracciati, posti in quarantena e monitorati
- Devono essere attivate tutte le misure appropriate per ridurre al minimo il rischio di trasmissione nosocomiale o in ambienti ad alta vulnerabilità con la rigorosa applicazione delle regole di prevenzione e controllo delle infezioni, compreso il triage e la fornitura di dispositivi di protezione nelle strutture sanitarie e negli ambienti di cura residenziale.
- Devono essere applicate tutte le misure di prevenzione sul luogo di lavoro per ridurre i rischi, comprese le direttive pertinenti al distanziamento fisico, al lavaggio delle mani e al controllo della temperatura corporea.
- Devono essere individuati e gestiti rapidamente i casi sospetti tra i viaggiatori e devono essere messe in quarantena le persone provenienti da aree a rischio come da vigente normativa sui rientri dall'estero.

Al fine di limitare la diffusione delle nuove varianti si riportano le indicazioni per implementare le attività di ricerca e gestione dei contatti dei casi di COVID-19 sospetti per infezione da variante e dei casi COVID-19 confermati, in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza delle specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante:

- Monitorare con grande attenzione la circolazione delle varianti del virus SARS-CoV-2;
- Rafforzare le attività di tracciamento dei casi e dei contatti di caso;
- Applicare tempestivamente e scrupolosamente sia le previste misure di contenimento della trasmissione, che le misure di isolamento e quarantena in caso di VOC Delta sospetta o confermata;
- Sequenziare prioritariamente i campioni provenienti da: soggetti vaccinati contro SARS-CoV-2 che successivamente si infettano nonostante lo sviluppo di una risposta immunitaria al vaccino; da soggetti in contesti ad alto rischio, quali ospedali nei quali vengono ricoverati pazienti immunocompromessi positivi a SARS-CoV-2 per lunghi periodi; da casi di reinfezione; da soggetti in arrivo da Paesi con alta incidenza di varianti

SARS-CoV-2 ; in caso di aumento dell'incidenza o cambiamento nella trasmissibilità e/o virulenza dell'infezione in un'area; da soggetti appartenenti a cluster per valutare la catena di trasmissione e/o l'efficacia di strategie di contenimento dell'infezione;

- Garantire strategie vaccinali che tengano conto della possibile minor protezione contro le infezioni da variante Delta dopo una sola dose di vaccino e della necessità di effettuare un ciclo completo il primo possibile nei soggetti a rischio di grave infezione. (*Circ. Min. Sal. 09.07.2021 "Allerta internazionale variante Delta: incremento dei casi COVID-19 in diversi Paesi Europei"*)

Al fine di monitorare la circolazione delle varianti verrà implementato e validato in corso d'opera il tracciamento automatizzato dei focolai.

Le azioni del Dipartimento di Prevenzione implementare nei diversi scenari sono:

- Piano per la redistribuzione del personale in funzione dei diversi scenari per supportare le funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, quarantena (disponibilità di almeno 1 persona /10.000 abitanti)
- Piano di formazione del personale sanitario, altrimenti impiegato, che possa supportare i Dipartimenti di Prevenzione nello svolgere funzioni di accertamento diagnostico, isolamento, contact tracing, quarantena in caso di un aumento di trasmissione
- Sistema di sorveglianza e monitoraggio epidemiologico che consenta l'identificazione precoce di casi sospetti di COVID-19 tra i residenti e gli operatori all'interno di ogni comunità
- tracciamento automatizzato dei focolai correlato a casi di varianti note

A seconda della diffusione dell'infezione e del relativo scenario che dovesse configurarsi, le azioni da mettere in atto sono:

- Riduzione progressiva delle attività routinarie dei servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione, con il solo mantenimento delle attività considerate essenziali
- Reclutamento di personale all'interno del Dipartimento di Prevenzione afferente alle strutture diverse da Igiene e Sanità Pubblica, afferente ad altre strutture e servizi aziendali di ASUGI o di nuova assunzione secondo modalità tradizionali o ad hoc in base alla normativa vigente per assolvere alle attività di sanità pubblica relativa all'emergenza sanitaria da nuovo Coronavirus
- Apertura del Dipartimento di Prevenzione anche nelle giornate di sabato, domenica e festivi per le attività di indagine epidemiologica, contact tracing, sorveglianza sanitaria, programmazione ed esecuzione di tamponi nasofaringei in sede, al domicilio e presso strutture residenziali per anziani e disabili
- Attivazione di linea telefonica dedicata all'emergenza con orario prolungato e 7 giorni su 7 per rispondere ai quesiti della popolazione
- Attivazione di indirizzo email dedicato ai MMG/PLS/CA/USCA e altri servizi territoriale

2.1.3.8 Attività relative alle residenze per anziani e disabili

Per la gestione dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 nelle residenze per anziani e disabili è stato istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale dedicato, che opera in stretta collaborazione con i Distretti Sanitari.

Il gruppo è stato istituito con l'obiettivo di:

- fare da raccordo tra le richieste delle case di riposo, dei 2 Distretti presenti nel territorio, le RSA e le strutture private accreditate, i centri diurni, le comunità per disabili e il laboratorio di Virologia e Microbiologia;

- attraverso le mail di riferimento:

caseriposo.dip@asugi.sanita.fvg.it per l'area Giuliana e

residenze.isontina@asugi.sanita.fvg.it per l'area Isontina

concordare ed organizzare la programmazione dei tamponi di screening previsti una volta al mese per gli ospiti e per gli operatori nelle case di riposo secondo, nei centri diurni e comunità per disabili, secondo le priorità indicate dai singoli Distretti di competenza; lo screening viene effettuato con regolare periodicità, dipendentemente dai protocolli attualmente in uso;

- concordare con i coordinatori delle attività residenziali dei Distretti e i responsabili delle comunità, nonché quelli delle case di riposo, le priorità per la programmazione negli screening;
- programmare i tamponi per i nuovi ingressi in CDR da domicilio dopo richiesta ricevuta dall' Unità di Valutazione Distrettuale, solo per quelli da eseguirsi presso lo stesso;
- predisporre il materiale per l'esecuzione dei tamponi (prenotazione etichetta e, a seconda del grado di autonomia della struttura, invio definitivo al laboratorio);
- fornire supporto nell'applicazione delle procedure ai vari responsabili delle case di riposo e delle comunità;
- fornire supporto alle strutture sulle modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali;
- valutare la criticità dei casi sospetti segnalati dalle case di riposo, in collaborazione con l'USCA;
- organizzare la sorveglianza sanitaria e i tamponi per gli ospiti e/o gli operatori individuati come contatti a seguito di un caso accertato nella struttura, in collaborazione con il responsabile della stessa e il Distretto territorialmente competente.

Il gruppo case di riposo organizza il tampone per tutti gli operatori o ospiti non presenti in struttura il giorno di screening concordato, presso i centri tamponi del Dipartimento di Prevenzione, a seconda delle esigenze della Struttura.

Attraverso lo stretto confronto con l'USCA, il Gruppo CDR, definisce, sulla base delle esperienze vissute nei mesi passati, le modalità di segnalazione e di intervento al fine di ottimizzare le azioni e le relative tempistiche tra i vari attori (case di riposo, Distretti, USCA, MMG, Comunità, Dipartimento di Prevenzione).

Inoltre il Dipartimento di Prevenzione si occupa della valutazione dell'idoneità delle strutture, ed è stata creata una collaborazione interna con i Distretti per la gestione dei nuovi ingressi, delle dimissioni "protette" da RSA e degli eventuali casi positivi.

2.1.3.9 Gestione rientri dall'estero

Dal momento che la situazione epidemiologica nel mondo muta di giorno in giorno, le disposizioni che regolamentano gli ingressi nel territorio italiano sono continuamente in evoluzione.

Non potendo stabilire in modo definitivo aree o paesi a maggiore rischio, l'inserimento negli elenchi dell'allegato 20 del DPCM del 2 marzo 2021 è costantemente in aggiornamento.

Pertanto, fermo restando gli obblighi di compilazione del Passenger Locator Form, la segnalazione al Dipartimento di competenza tramite modulo online sul sito della Regione FVG e le eventuali deroghe previste dall'Art 51 comma 7 del DPCM del 2 marzo 2021, la sorveglianza sanitaria e la misura dell'isolamento fiduciario variano a seconda del Paese di rientro, come specificato dall'ultima ordinanza del 29 luglio 2021.

Le segnalazioni al Dipartimento di Prevenzione devono esser effettuate tramite la compilazione del modulo online presente sul sito della Regione FVG:

<https://www.regione.fvg.it/rafvfg/cms/RAFVG/salute-sociale/promozione-salute-prevenzione/FOGLIA25/>

Secondo quanto previsto dall'attuale normativa vigente, è anche obbligatoria la compilazione del Passenger Locator Form:

<https://app.euplf.eu/#/>

Non sono previste limitazioni per gli spostamenti da e per gli stati in elenco A.

Viene introdotto l'utilizzo della certificazione verde di cui all'Art 9, comma 2 del DL 22 aprile 2021 o altra certificazione equipollente per l'ingresso dai paesi in elenco C, Canada, USA e Giappone.

Per gli ingressi dai paesi in elenco D e E vige l'obbligo di tampone da effettuarsi nelle 72 ore precedenti, 5 o 10 giorni di quarantena e tampone al termine.

Persistono le limitazioni di ingresso per chi proviene da un paese in elenco E.

Permangono le restrizioni di ingresso e i protocolli speciali per India, Sri Lanka, Bangladesh e Brasile.

2.1.3.10 Gestione migranti

Al momento del rintraccio di persone irregolarmente presenti sul territorio regionale da parte della polizia di Frontiera o di altre forze dell'Ordine, il Dipartimento di prevenzione viene attivato per una valutazione dell'eventuale presenza di segni e/o sintomi di malattie infettive diffuse, compresa l'infezione da SARS-CoV-2 e per l'esecuzione del tampone antigenico rapido.

Successivamente il soggetto viene posto in quarantena presso le strutture individuate dalla Prefettura.

La quarantena, ad oggi, ha una durata di 10 giorni, la sorveglianza sanitaria è affidata agli operatori degli enti gestori, formati dal Dipartimento di Prevenzione a riconoscere precocemente eventuali casi sospetti di infezione da SARS-CoV-2 e a porre immediatamente il soggetto in isolamento.

Alla conclusione della quarantena viene eseguita la ricerca molecolare del SARS-CoV-2 tramite tampone nasofaringeo o direttamente in struttura, col supporto del Dipartimento di Prevenzione, o prenotandolo nei nostri centri. Terminata la quarantena e ricevuto l'esito negativo da parte del Dipartimento il soggetto viene riammesso in comunità.

In caso di positività, per l'identificazione precoce dei casi secondari, viene applicata la Circolare ministeriale del 27/07/2021 con oggetto "Misure di controllo della trasmissione di infezione da Sars-CoV-2 nei centri di accoglienza per migranti" con l'obiettivo di ridurre l'insorgere di focolai, con tamponi antigenici rapidi ogni 48 ore.

L'attività futura è difficilmente programmabile come numerosità visto l'instabilità geopolitica e le possibili chiusure dei confini, sicuramente la rotta balcanica è ancora una delle rotte principali dell'immigrazione verso l'Unione Europa e questa attività vanno riprogrammate non solo in base al numero dei nuovi arrivi ma anche, come già stiamo facendo, prevedendo la vaccinazione anti COVID e le vaccinazioni obbligatorie per tutti i migranti che soggiornano nel nostro territorio.

Gli operatori che lavorano presso le strutture di accoglienza e di quarantena, sia per MSNA che per adulti, vengono sottoposti ad uno screening quindicinale attraverso l'esecuzione di un tampone molecolare.

Per la prevenzione delle ulteriori malattie infettive vengono applicati due protocolli regionali, il "Protocollo per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale" (Nota della DCS del 12.06.2015 e successivo aggiornamento 2018) e le Raccomandazioni per l'immunoprofilassi e lo screening TBC: indicazioni per le Aziende del 31.05.2016(aggiornamenti)".

2.1.3.11 Gestione casi e focolai di SARS-CoV-2 scuole e servizi educativi nell'infanzia

Nell'agosto 2020 l'ISS ha emanato le "Indicazioni operative per la gestione di casi e focolai di SARS-CoV 2 nelle scuole e nei servizi educativi nell'infanzia", un documento che fornisce supporto operativo ai decisori e agli operatori nel settore scolastico, nei Dipartimenti di Prevenzione e nella Medicina di famiglia (PLS/MMG) che sono a pieno titolo coinvolte nel monitoraggio e nella risposta a casi sospetti/probabili e confermati di COVID-19 nonché nell'attuare strategie di prevenzione a livello comunitario.

Le linee di indirizzo regionali di settembre 2020 declinano il documento dell'ISS per fornire indicazioni operative per la gestione di casi sospetti e/o accertati di covid19 in contesti scolastici, differenziando gli scenari sulla base del grado scolastico e del tipo di soggetto risultato positivo (caso indice) 8. Presentandosi la situazione epidemiologica costantemente in evoluzione, tali linee operative devono essere di volta in volta declinate considerando le più recenti indicazioni ministeriali in merito a quarantene e isolamenti, nonché il decreto legge del 06/08/2021, che introduce l'obbligo di certificazione verde COVID-10 a tutto il personale scolastico e presenta indicazioni specifiche sulla frequenza di classi in cui tutti gli alunni siano immunizzati tramite vaccinazione o infezione naturale.

In ASUGI, è stato dedicato personale specifico per la gestione dei casi sospetti, dei casi accertati e dei contatti emersi in ambito scolastico, individuando un gruppo scuole operativo in area Giuliana e uno in area Isontina.

Qualora un alunno manifesti sintomi compatibili con COVID-19, deve essere allontanato dal gruppo e portato in spazi appositi dove attendere l'arrivo dei genitori. I genitori devono contattare prontamente il pediatra di libera scelta che, previa valutazione clinica, al contesto familiare ed epidemiologico, valuta l'opportunità di richiedere il tampone molecolare e fornisce alla famiglia le istruzioni per l'opportuno isolamento del minore.

A seguito dalla conferma di positività di un soggetto in ambito scolastico, il referente covid scolastico collabora con il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente al fine di individuare i contatti e agevolare le comunicazioni con le famiglie e gli operatori scolastici.

All'apertura delle scuole il referente Covid stila dei file Excel così suddivisi in modo da poter contenere più tempestivamente eventuali focolai. **Titolo: Istituto, Classe, Sezione**

Cognome	Nome	Data di nascita	Codice Fiscale	Indirizzo	Numero telefonico	Indirizzo Email	Ultimo giorno presenza
							compilare in caso di necessità

Questi moduli sarebbero da tenere preventivamente compilati da parte degli istituti scolastici cosicché qualora ad esser positivo fosse un operatore si possa intervenire immediatamente all'individuazione di tutti i potenziali contatti e ricostruire più semplicemente eventuali link epidemiologici di VOC/VOI.

Il Dipartimento di Prevenzione valuterà di volta in volta la strategia più adatta circa eventuali tamponi nasofaringei, sorveglianza sanitaria e disposizioni di quarantena al personale scolastico e agli alunni in considerazione della situazione specifica e delle misure preventive adottate dal servizio in cui si è verificato il caso.

Contatti:

Numero dedicato ai referenti COVID e Dirigenti Scolastici:

Area Giuliana: 0403997686 attivo nelle fasce orarie 8:00 - 13:00 e 14:00 - 17:00 dal lunedì al venerdì e il sabato dalle 9:00 alle 11:00.

Mail dedicata ai referenti COVID e Dirigenti Scolastici:

Area Giuliana: scuola.dip@asugi.sanita.fvg.it

Area Isontina: scuole.isontina@asugi.sanita.fvg.it

NB: tutte le disposizioni di legge riportate nei precedenti capitoli sono soggette a continuo aggiornamento , pertanto si suggerisce di consultare il sito del Ministero della Salute : <https://www.salute.gov.it>

2.1.3.12 Flussi informativi

Nell'ambito dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2 il Dipartimento di Prevenzione ha dovuto e deve ottemperare a numerosi debiti informativi nei confronti di diverse Istituzioni:

- Report quotidiano da inviare alle Prefetture riportante il numero di casi positivi (ricoverati o in isolamento domiciliare), numero di deceduti, persone in quarantena (contatti stretti e persone rientrate dall'estero/Paesi a rischio) inviato automaticamente da applicativo Covid Helper
- Inserimento e gestione dei dati nel sistema informativo regionale SIASI COVID per l'inoltro automatizzato della denuncia di malattia infettiva al Ministero della Salute
- Aggiornamento in base all'evoluzione della patologia / infezione nel sistema informativo regionale SIASI COVID per l'inoltro al Ministero della Salute
- Elaborazione, comunicazione e/o verifica settimanale degli indicatori di fase 2 previsti dal decreto del Ministero della Salute del 30 aprile 2020 (Decreto Speranza)
- Report automatizzato settimanale / mensile di analisi dei casi positivi e focolai ASUGI
- **Report settimanale per la direzione strategica: andamento fasi indicatore TeKWP integrato con la analisi dei focolai sia per setting che per area geografica che per link a variante nota**

2.1.4 PERSONALE

CONTACT TRACING		PRELIEVO/INVIO CAMPIONI		SORVEGLIANZA SANITARIA	
Tipologia	Previsto*	Tipologia	Previsto*	Tipologia	Previsto*
Medico specialista	5	Medico specialista		Medico specialista	3
Medico specializzando	3	Medico specializzando		Medico specializzando	2
Dirigente medico	2	Dirigente medico		Dirigente medico	2
Assistente sanitario	2	Assistente sanitario	2	Assistente sanitario	
Tecnico prevenzione		Tecnico prevenzione		Tecnico prevenzione	
Infermiere		Infermiere	8	Infermiere	
OSS		OSS	4	OSS	
Amministrativo		Amministrativo	3	Amministrativo	2

* Standard previsti dal DM 30.04.2020

Allegato 1

Currently designated Variants of Concern:

WHO label	Pango lineages	GISAID clade	Nextstrain clade	Additional amino acid changes monitored*	Earliest documented samples	Date of designation
Alpha	B.1.1.7	GRY	20I (V1)	+S:484K +S:452R	United Kingdom, Sep-2020	18-Dec-2020
Beta	B.1.351 B.1.351.2 B.1.351.3	GH/501Y.V2	20H (V2)	+S:L18F	South Africa, May-2020	18-Dec-2020
Gamma	P.1 P.1.1 P.1.2 P.1.4 P.1.6 P.1.7	GR/501Y.V3	20J (V3)	+S:681H	Brazil, Nov-2020	11-Jan-2021
Delta	B.1.617.2 AY.1 AY.2 AY.3 AY.3.1	G/478K.V1	21A	+S:417N	India, Oct-2020	VOI: 4-Apr-2021 VOC: 11-May-2021

**Notable spike (S) amino acid changes under monitoring, which are currently reported in a minority of sequenced samples.*

<https://www.who.int/en/activities/tracking-SARS-CoV-2-variants/>

2.2 CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS COV-2/COVID 19

La campagna vaccinale anti SARS CoV-2/COVID-19, aperta in data 27.12.2020 in tutta Italia con la vaccinazione simbolica in FVG di circa 250 operatori sanitari, è iniziata in FVG in data 30.12.2020 in tutte le Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario regionale.

La Direzione Centrale Salute coordina, per il tramite del referente regionale della Struttura Commissariale, la campagna vaccinale fornendo le indicazioni e le modalità operative e attuative centrali, in modo da garantire uniformità di accesso e gestione.

La fornitura dei vaccini anti SARS CoV-2/COVID-19, così come dei dispositivi necessari all'inoculazione dei vaccini è a carico della struttura commissariale, al quale inoltre ha da fine aprile 2020 individuato e definito il target quotidiano di inoculazioni da raggiungere in base alla fornitura e disponibilità delle dosi vaccinali.

Per la regione Friuli Venezia Giulia il target assegnato è compreso tra 10 e 11 mila dosi/die, complessive tra prime e seconde dosi, ripartite alle 3 Aziende Sanitarie e in base alla popolazione residente nel relativo territorio di competenza.

Per l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano-Isontina il target quotidiano è fissato in 3500-3800 dosi/die complessive.

Organizzazione aziendale

All'inizio della campagna vaccinale le sedi vaccinali operative in ASUGI erano 2 e corrispondevano alle sedi di consegna dell'unico vaccino anti SARS CoV-2/COVID-19 autorizzato in Italia, Comirnaty Pfizer-BioNTech, ovvero l'ospedale di Cattinara a Trieste per l'area Giuliana e l'ospedale San Polo a Monfalcone per l'area Isontina. Le dosi disponibili a settimana erano circa 5000 e la campagna vaccinale inizialmente è stata aperta, con adesione volontaria ed autonoma con prenotazione agli operatori sanitari e non sanitari impiegati nelle strutture e nei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici, privati e convenzionati, inclusi gli operatori delle residenze per anziani e agli ospiti delle residenze per anziani, prevedendo per tale target di popolazione la vaccinazione presso la residenza in cui erano ospitati con personale sanitario del relativo distretto di competenza. Per motivi organizzativi le vaccinazioni degli ospiti e degli operatori delle residenze per anziani presso le residenze stesse è iniziata a metà gennaio 2021.

Nel mese di febbraio 2021 aumenta la disponibilità di dosi vaccinali, vengono autorizzati altri 2 vaccini anti SARS CoV-2/COVID-19 (Spikevax - ex Moderna e Vaxzevria - ex Astrazeneca) e la campagna viene aperta a 2 nuovi target di popolazione: popolazione over 80 (15.02.2021, utilizzati vaccini a mRNA - Comirnaty Pfizer-BioNTech) e lavoratori impiegati in servizi di pubblica utilità (18.02.2021, vaccino a vettore adenovirale Vaxzevria - ex Astrazeneca), in dettaglio personale docente e non docente universitario e delle scuole pubbliche, private e paritarie di ogni ordine e grado; forze dell'ordine e di polizia, personale dei tribunali e delle procure.

Per i soggetti over 80 non trasportabili viene prevista la prenotazione in lista dedicata per l'erogazione della vaccinazione a domicilio a carico del distretto di competenza previa verifica della reale intrasportabilità e quindi dell'appropriatezza della richiesta con la possibilità per i casi con ridotta mobilità e difficoltà oggettive a raggiungere la sede vaccinale di organizzare il trasporto assistito a carico dell'Azienda in modo da ottimizzare le risorse e minimizzare i tempi di erogazione delle prestazioni.

Nel stesso mese di febbraio 2021 vengono aperte 2 ulteriori sedi aziendali presso il centro prelievi dell'Ospedale San Giovanni di Dio a Gorizia e l'ospedale Maggiore a Trieste, oltre all'apertura di sedi distrettuali di prossimità per facilitare l'accesso alla popolazione over 80. Vengono inoltre programmate sedute vaccinali per il target lavoratori impiegati in servizi di pubblica utilità presso le sedi di Trieste e di Gorizia del Dipartimento di Prevenzione.

Nel mese di marzo vengono chiusi i vaccinali ospedalieri di Cattinara, San Polo - Monfalcone e San Giovanni di Dio - Gorizia e contestualmente aperti i centri vaccinali aziendali territoriali:

- Centrale idrodinamica - Trieste
- Centro Anziani - Monfalcone
- Ente fiera - Espomego - Gorizia

Continua l'attività invece il centro vaccinale presso l'Ospedale Maggiore di Trieste che verrà chiusa definitivamente a inizio giugno.

Nel mese di marzo viene autorizzato all'immissione in commercio da AIFA il quarto vaccino anti SARS CoV-2/COVID-19, il vaccino a ciclo monodose a vettore adenovirale Janssen.

A fine marzo la campagna vaccinale viene aperta a 2 ulteriori target di popolazione: ai soggetti estremamente vulnerabili (utilizzato vaccino a mRNA) e ai loro conviventi e care-giver e ai soggetti di età compresa tra 70 e 79 anni (utilizzato vaccino a vettore adenovirale - Vaxzevria ex Astrazeneca e Janssen; poi utilizzo riservato ai soli soggetti over 60). Nel corso del mese di aprile la campagna vaccinale viene aperta a 2 ulteriori categorie: soggetti di età compresa tra 60 e 69 anni (utilizzato vaccino a vettore adenovirale - Vaxzevria ex Astrazeneca e Janssen) e ai soggetti under 60 con patologia cronica (utilizzato vaccino a mRNA).

Nel mese di aprile 2021 viene firmato l'accordo aziendale che definisce le modalità di coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale nella campagna vaccinale anti SARS CoV-2/COVID-19, i quali possono aderire alla campagna in diverse modalità

- vaccinazione a domicilio dei propri assistiti non trasportabili
- vaccinazione presso l'ambulatorio con priorità di popolazione da vaccinare concordata con l'Azienda Sanitaria
- vaccinazione presso le sedi distrettuali di prossimità
- vaccinazione nelle sedute vaccinali dei centri vaccinali aziendali come somministratori

Nel mese di maggio la campagna vaccinale viene progressivamente aperta alla popolazione di età compresa tra 50 e 59 anni e successivamente tra 40 e 49 anni, inoltre visto l'aumento delle consegne di vaccino vengono aperti ulteriori centri vaccinali territoriali in ASUGI:

- Palestra comunale di Ronchi dei Legionari
- Sede distrettuale a Cormons
- Molo IV a Trieste
- Palestra comunale di Muggia
- Palestra comunale di Aurisina

Nel mese di giugno la campagna vaccinale viene aperta alla popolazione compresa nella fascia di età 18 - 39 anni inizialmente (utilizzati vaccini a mRNA) e successivamente estesa fino a soggetti di 12 anni di età compiuti. Per la fascia di età 12 - 17 anni il primo vaccino a mRNA utilizzato è stato Comirnaty Pfizer-BioNTech, vista la relativa estensione autorizzativa, seguito dal vaccino Spikevax - ex Moderna che ha ottenuto la stessa estensione di età.

Nel mese di giugno si è inoltre aperta la campagna vaccinale alle attività produttive come previsto dal relativo accordo nazionale siglato nel mese di aprile, con la fornitura da parte dell'Azienda Sanitaria delle dosi vaccinali e dei dispositivi necessari all'inoculazione del vaccino, oltre al supporto formativo, di addestramento, amministrativo ed informatico necessario per l'erogazione della prestazione e la registrazione nei sistemi informativi regionali dedicati.

Dal mese di giugno inoltre la campagna vaccinale si è aperta al personale navigante imbarcato su navi che attraccano nei porti di pertinenza dell'Azienda, indipendentemente dalla nazionalità e dal tempo di permanenza/sosta della nave.

Dal 16 agosto per promuovere la vaccinazione nei più giovani con lo scopo di garantire il rientro a scuola e la ripresa delle attività sportive in sicurezza è possibile per i soggetti di età compresa tra i 12 e i 18 anni accedere alla vaccinazione senza prenotazione nei centri vaccinali aziendali; dal 1 settembre l'accesso libero è stato esteso al personale docente delle scuole di ogni ordine e grado e agli studenti universitari.

A partire dal mese di settembre, inoltre, sono state organizzate, come indicato dalla struttura commissariale, sedute vaccinali ad accesso diretto in sedi aziendali, come i presidi ospedalieri e in sedi extra-aziendali in collaborazione con altri enti/istituzioni, come l'Università degli Studi di Trieste, per aumentare la copertura vaccinale con lo scopo di raggiungere l'immunità di gregge nel minor tempo possibile.

A partire dal 20 settembre come da indicazioni nazionali e regionali è iniziata la campagna vaccinale relativa alla somministrazione della terza dose come dose aggiuntiva nei soggetti immunodepressi a completamento del ciclo vaccinale primario e il parere del CTS di AIFA del 9 settembre e la relativa successiva circolare ministeriale prevedono anche la somministrazione della terza dose come dose booster a distanza di almeno 6 mesi dal ciclo vaccinale primario nei gruppi target di popolazione più a rischio per COVID 19, che devono essere ancora definiti e dettagliati.

Non è ancora iniziata nella regione Friuli Venezia Giulia la campagna vaccinale presso le Farmacie aperte al pubblico. In previsione del coinvolgimento delle farmacie aperte al pubblico l'Azienda ha già organizzato il relativo corso di formazione accreditato ECM aperto e dedicato a tutti gli operatori sanitari impegnati nella campagna vaccinale anti SARS CoV-2/COVID-19 idoneo ad emettere il certificato di idoneità vaccinale ai farmacisti.

2.2.1 CENTRI VACCINALI AZIENDALI TERRITORIALI

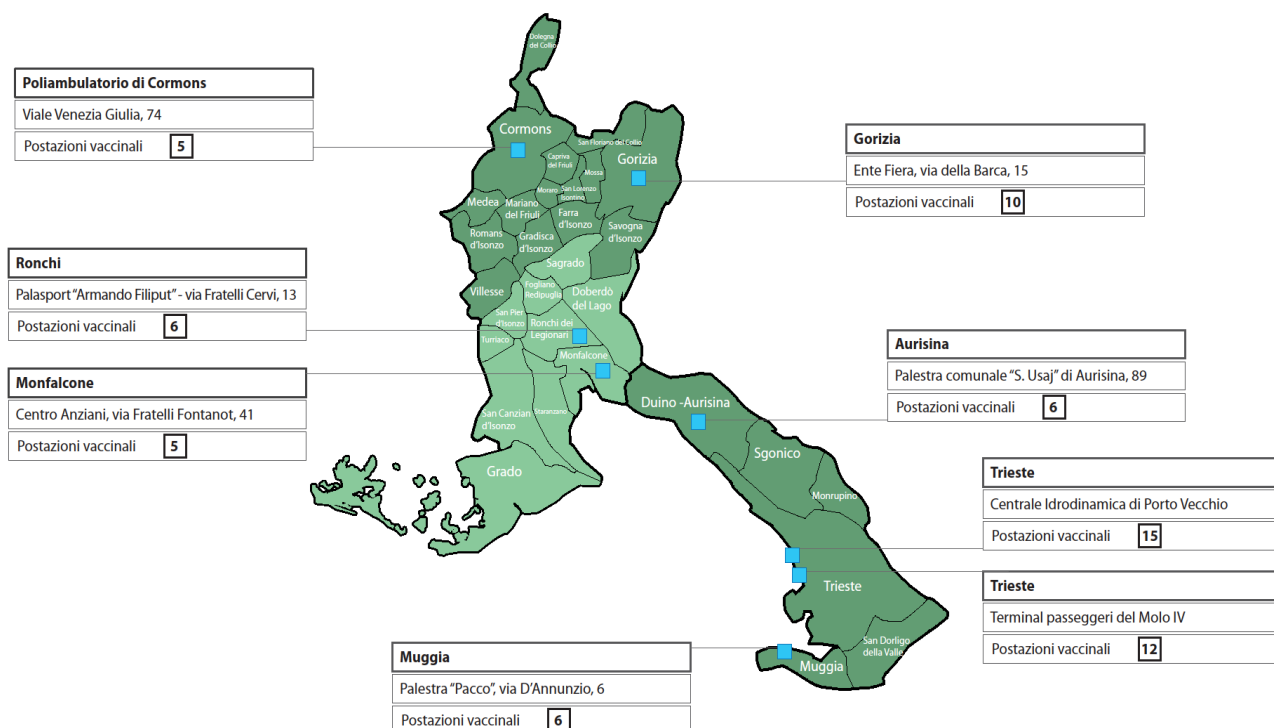
Attualmente i centri aziendali vaccinali attivi sono:

- **nell'area Giuliana:**
 - Centrale idrodinamica - Trieste: 15 postazioni vaccinali (utilizzate 10 postazioni/die), volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 1650/dosi die (volume di attività previsto e programmato reale 1100/dosi die);
 - Molo IV - Trieste (attivo fino al 15.09.2021): 12 postazioni vaccinali (2 postazioni jolly in caso di necessità), volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 1100/dosi die (termine comodato d'uso 15.09.2021)
 - Palestra Comunale di Muggia: 6 postazioni vaccinali (1 postazione jolly in caso di necessità), volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 550/dosi die (termine comodato d'uso 30.09.2021)
 - Palestra Comunale di Aurisina: 6 postazioni vaccinali (1 postazione jolly in caso di necessità), volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 550/dosi die (termine comodato d'uso 30.09.2021)

- **nell'area Isontina:**
 - Centro Anziani: 5 postazioni vaccinali, volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 550/dosi die;
 - Ente fiera Expomego - Gorizia: 10 postazioni vaccinali, volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 1100/dosi die
 - Palestra Comunale di Ronchi: 6 postazioni vaccinali (1 postazione jolly in caso di necessità), volume di attività massima giornaliera sulle 12 ore: 550/dosi die
 - Distretto sanitario di Cormons: 5 postazioni vaccinali, sede operative solo in orario pomeridiano, volume di attività massima giornaliera sulle 4 ore: 200/dosi die; attualmente attività vaccinale programmata unicamente nelle giornate di giovedì e venerdì.

Aperta per la stagione estiva per favorire la vaccinazione degli operatori turistici la sede distrettuale di Grado con 1 seduta vaccinale pomeridiana a settimana. Termina l'attività in data 2 settembre.

Mappa degli attuali centri vaccinali territoriali aziendali in sedi extra-aziendali con indirizzo e numero di postazioni vaccinali disponibili.



Nel mese di settembre verranno chiusi i centri vaccinali di Molo IV (ultimo giorno di attività 14 settembre), Muggia (ultimo giorno di attività 23 settembre) e Duino - Aurisina (ultimo giorno di attività 25 settembre).

2.2.2 VOLUMI DI ATTIVITÀ DELLA CAMPAGNA VACCINALE IN ASUGI

Di seguito si riportano i volumi di attività complessivi dell'Azienda complessivi di prime e seconde dosi e di tutte le sedi aziendali, incluse le vaccinazioni eseguite presso le residenze per anziani e disabili, a domicilio e da parte degli MMG nei loro ambulatori.

- Gennaio 2021: 850 dosi/die
- Febbraio 2021: 950 dosi/die
- Marzo 2021: 1400 dosi/die

- Aprile: 1500 - 1800 dosi/die
- Prima metà di maggio 2021: 1800 - 2100 dosi/die
- Dalla seconda metà di maggio 2021: 3500 - 3800 dosi/die, raggiunto e mantenuto il target aziendale assegnato con picchi di attività superiori a 5000 dosi/die. Al momento l'attività della campagna vaccinale risente della minor domanda da parte dell'utenza con programmazione elastica delle sedute vaccinali nelle varie sedi in base allo stato di riempimento/disponibilità delle agende, per ottimizzare le risorse di personale e nel contempo non ritardare l'erogazione della prestazione al cittadino richiedente, offrendo slot disponibili alla prenotazione della prima dose vaccinale nell'arco temporale di pochi giorni rispetto alla richiesta in entrambe le aree aziendali, Isontina e Giuliana e nelle diverse sedi aziendali.

2.2.2.1 Dati

Si riportano i dati relativi alla popolazione residente in ASUGI aggiornati al 19.08.2021.

Tabella 1. Popolazione ISTAT provvisoria al 01.01.2021

popolazione ISTAT provvisoria al 01/01/2021			
Fasce d'età	Totale Maschi	Totale Femmine	Maschi + Femmine
0-11	16.127	15.253	31.380
12-19	12.799	11.834	24.633
20-29	17.790	15.732	33.522
30-39	19.339	17.869	37.208
40-49	25.867	25.367	51.234
50-59	30.160	30.420	60.580
60-69	22.769	24.687	47.456
70-79	19.669	24.552	44.221
over80	12.940	23.105	36.045
pop vaccinabile	161.333	173.566	334.899
POPOLAZIONE	177.460	188.819	366.279

Tabella 2. Copertura vaccinale complessiva della popolazione residente in ASUGI con popolazione ISTAT provvisoria al 01.01.2021 al 13.10.2021

Residenti ASUGI	tutte le età	
PRIMA DOSE erogato a residenti copertura	256.106	76,47%
SECONDA DOSE erogato a residenti copertura	230.140	68,72%
ASUGI dosi totali somministrate a residenti	480.333	
popolazione	334.899	
popolazione 0-11	31.380	
popolazione ASUGI al 01/01/2020	366.279	

Tabella 3. Copertura vaccinale della popolazione residente in ASUGI per fascia di età al 13.10.2021

Residenti ASUGI	tutte le età		over80		70-79		60-69		50-59	
	PRIMA DOSE erogato a residenti copertura	244.958	73,14%	33.450	92,80%	37.024	83,72%	38.050	80,18%	46.048
SECONDA DOSE erogato a residenti copertura	223.532	66,75%	32.586	90,40%	35.286	79,79%	35.295	74,37%	40.470	66,80%
ASUGI dosi totali somministrate a residenti	460.995		67.005		70.588		68.224		86.513	
popolazione	334.899		36.045		44.221		47.456		60.580	

Residenti ASUGI	40-49		30-39		20-29		under20	
	PRIMA DOSE erogato a residenti copertura	35.714	69,71%	26.195	70,40%	25.201	75,18%	14.424
SECONDA DOSE erogato a residenti copertura	30.715	59,95%	22.135	59,49%	21.413	63,88%	12.240	49,69%
ASUGI dosi totali somministrate a residenti	66.427		48.317		46.597		26.662	
popolazione	51.234		37.208		33.522		24.633	

2.2.3 VACCINI DISPONIBILI E TARGET DI POPOLAZIONE

Attualmente in Europa e in Italia sono autorizzati 4 vaccini anti SARS CoV-2/COVID-19. Il target di tutti e 4 i vaccini è la proteina Spike di superficie di SARS CoV-2. Questi vaccini si dividono in 2 tipologie:

a vettore adenovirale (Vaxzevria ex-Astrazeneca e Janssen)

a mRNA (Comirnaty Pfizer-BioNTech e Moderna ex-Spikevax)

Entrambi i vaccini a vettore adenovirale sono autorizzati dai 18 anni di età ma il loro utilizzo è limitato esclusivamente alla popolazione over 60, con la possibilità solo per il vaccino Janssen con parere favorevole del comitato etico locale di essere utilizzato in particolari popolazioni definite hard to reach come i migranti e i marittimi, laddove è critico garantire la somministrazione della seconda dose vaccinale a chiusura del ciclo vaccinale. Tali vaccini attualmente non vengono più consegnati ma l'Azienda dispone di una giacenza destinata esclusivamente all'erogazione di seconde dosi per il vaccino Vaxzevria - ex Astrazeneca e alle eventuali popolazioni hard to reach previo parere favorevole del Comitato Etico Unico Regionale (per i migranti, trattandosi di popolazione ad alto rischio di non completamento di ciclo vaccinale con vaccino a schedula a 2 dosi il parere del CTS ha sancito la non necessità del parere favorevole del Comitato Etico Unico Regionale per tale target di popolazione, rendendone pertanto possibile l'utilizzo anche nei migranti sotto i 60 anni previa acquisizione del consenso informato).

Attualmente i vaccini utilizzati in Azienda per le prime dosi e quindi per i nuovi cicli vaccinali sono vaccini a mRNA, indipendentemente dall'età e dalle comorbidità dell'utente, in tutte le sedi aziendali.

Entrambi i vaccini a mRNA sono autorizzati attualmente a partire dai 12 anni di età compiuti, ma per le terze dosi il vaccino Spikevax è autorizzato a partire dai 18 anni di età compiuti.

Si riportano di seguito le schedule vaccinali dei vaccini anti SARS CoV-2/COVID-19:

- **Vaccini a vettore virale:**
 - Vaxzevria (ex Astrazeneca): schedula vaccinale a 2 dosi (seconda dose a 4 - 12 settimane)
 - Janssen: schedula vaccinale a dose unica

- **Vaccini a mRNA:**
 - Comirnaty Pfizer-BioNTech: schedula vaccinale a 2 dosi (seconda dose a 21 - 42 giorni)
 - Spikevax: schedula vaccinale a 2 dosi (seconda dose a 28 - 42 giorni)

Nei soggetti che hanno avuto il COVID è possibile somministrare una unica dose di vaccino, secondo indicazioni ministeriale.

2.2.4 MODALITÀ OPERATIVE VACCINAZIONE PRESSO I CENTRI VACCINALI

- prenotazione a carico del cittadino al call center regionale, presso gli sportelli CUP delle aziende, presso le farmacie aperte al pubblico abilitate e con web app dedicata
- prenotata solo la prima dose di vaccino
- presentazione all'appuntamento con promemoria cartaceo e modulistica stampata e compilata
- controllo temperatura corporea
- igienizzazione mani
- verifica dell'appuntamento sulla lista dei prenotati (agenda della giornata)
- identificazione dell'utente attraverso documento di identità valido
- verifica della documentazione necessaria per la vaccinazione
- valutazione dell'idoneità alla vaccinazione mediante anamnesi accurata da parte del medico di triage
- eventuale richiesta a vaccinazione in ambiente protetto
- vaccinazione nel box vaccinale da personale sanitario
- rilascio dell'attestazione di avvenuta somministrazione
- attesa post-vaccinale (almeno 15 minuti o secondo indicazione diversa del medico di triage)
- consegna promemoria seconda dose per i vaccini con schedula vaccinale a 2 dosi
- registrazione nell'applicativo informatico regionale SIASI della vaccinazione da cui si genera il flusso informatico inviato al Ministero necessario per la generazione e il rilascio del green pass

2.2.5 PROSECUZIONE CAMPAGNA VACCINALE ANTI SARS CoV-2/COVID-19

Allo stato attuale si è in attesa di indicazioni nazionali e regionali in relazione alla modalità di prosecuzione della campagna vaccinale (chiusura dei grandi poli vaccinali, coinvolgimento dei MMG, apertura della campagna alle farmacie aperte al pubblico, coinvolgimento massivo delle imprese e delle associazioni di categoria per la vaccinazione dei lavoratori) anche in relazione all'apertura della campagna vaccinale alla terza dose come booster, di cui devono essere ancora definiti le categorie target e alla campagna vaccinale stagionale anti-influenzale.

2.3 RISPOSTA DEGLI OSPEDALI

2.3.1 PERCORSI

La risposta degli ospedali per acuti, nel corso della pandemia da SARS-CoV2, è stata caratterizzata dalla flessibilità, che ha garantito, a seconda del dato epidemiologico e della conseguente necessità di posti letto, l'apertura e/o la riconversione di reparti COVID di area intensiva, semi-intensiva, medica e chirurgica.

I percorsi intra-ospedalieri possono essere macroscopicamente suddivisi in 3 diverse aree:

Area COVID (di tipo intensivo, semi-intensivo, medico, chirurgico)

Area NON COVID CHIRURGICA (che include le chirurgie generali e specialistiche)

Area NON COVID MEDICA (che include reparti internistici generali e specialistici)

L'organizzazione delle 3 aree, nelle diverse fasi della pandemia, è descritta dettagliatamente nei paragrafi che seguono.

1. FASE ZERO

Durante la fase di stabilità, caratterizzata da un numero ridotto di contagi e di conseguente ospedalizzazione, l'organizzazione dei ricoveri è così ripartita:

<p>AREA NON COVID MEDICA</p>	<p>DAI di Medicina Cattinara-Maggiore: 174 posti letto (di cui 8 riservati ai c.d pazienti "grigi") presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Clinica medica: - Medicina clinica - Medicina interna - Geriatria <p>Dai di Medicina Gorizia-Monfalcone: 134 posti letto presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SC Medicina interna Gorizia - SC Medicina interna Monfalcone <p>Le degenze internistiche specialistiche declineranno la propria organizzazione nel piano pandemico della propria Struttura, tenendo conto dei principi sopra enunciati (identificazione di area grigia e bianca, riduzione dei posti letto, messa a disposizione del personale ad altre Strutture).</p>
<p>AREA NON COVID CHIRURGICA E SPECIALISTICA</p>	<p>L'attività chirurgica verrà garantita a pieno regime, con l'obiettivo di ripristinare i volumi di attività della fase pre-pandemica per tutte le specialità chirurgiche.</p> <p>Per raggiungere tale obiettivo, l'attività verrà supportata anche mediante il ricorso a prestazioni aggiuntive e specifici finanziamenti regionali e nazionali.</p> <p>L'attività chirurgica (generale e specialistica) di pazienti COVID-19 (per tutta l'azienda) viene centralizzata presso l'ospedale di Cattinara.</p>

AREA COVID	<p>Per tutta la fase di stabilità, i pazienti COVID di ASUGI verranno accolti presso l'ospedale di Cattinara-Maggiore presso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - SC Malattie infettive (4° piano fino ad un massimo di 17 posti letto, fermo restando che il reparto accoglie anche pazienti con patologie infettive contagiose diverse dal COVID-19) per i ricoveri con carattere internistico - SC ARTA-COVID e Pneumologia COVID (presso il 12° piano, torre medica di Cattinara, fino ad un massimo di 6 posti letto intensivi e 12 posti letto semi-intensivi): destinata all'accoglimento di pazienti che necessitano di una gestione clinico/assistenziale: <ul style="list-style-type: none"> - di terapia intensiva - recovery room postoperatoria - di terapia semi-intensiva covid medico-chirurgica - di tipo chirurgico (gestione del pre /degenza post-intervento) - di tipo internistico <ul style="list-style-type: none"> o non gestibile, per complessità clinica, nei reparti COVID dell'ospedale Maggiore o nel caso di superamento improvviso ed inatteso della capacità massima di posti letto delle Strutture e delle altre aree di degenza internistica per pazienti COVID (In questo caso, svolgerebbe funzione di zona tampone temporanea per consentire l'allestimento di ulteriori posti letto per positivi nelle giornate successive).
-------------------	--

2. FASE UNO

Nel caso in cui, nonostante l'aumentare della copertura vaccinale nella popolazione, dovesse verificarsi una recrudescenza di casi di COVID-19 con necessità di ospedalizzazione nei diversi setting, si provvederà ad una progressiva riconversione dei reparti attualmente COVID free, in modo da garantire un adeguato numero di posti letto, con le modalità illustrate nella tabella sottostante.

AREA NON COVID MEDICA	<p>In fase pandemica verranno progressivamente aumentati i posti letto dedicati ai cosiddetti "pazienti grigi", eventualmente dedicando un intero reparto alla gestione di questa tipologia di pazienti.</p> <p>Sarà inoltre necessario ridurre i posti letto non COVID di area medica, vista la graduale riconversione dei reparti internistici in COVID+.</p>
AREA NON COVID CHIRURGICA E SPECIALISTICA	<p>Durante la fase pandemica l'attività chirurgica potrà subire una contrazione, Saranno comunque garantite le seguenti attività:</p> <ul style="list-style-type: none"> - emergenza-urgenza - chirurgia oncologica - elezione non differibile <p>L'attività chirurgica (generale e specialistica) di pazienti COVID-19 (per tutta l'azienda) viene centralizzata presso l'ospedale di Cattinara.</p>

AREA COVID	<p>In caso di ripresa della pandemia la gestione delle degenze COVID verrà modulata in base alla necessità di posti letto nei diversi setting:</p> <p><u>AREA INTENSIVA</u> Presso l'ospedale di Cattinara (12° piano torre medica) sono attivabili fino ad un massimo di 30 posti letto. In una seconda fase, presso l'ospedale di Gorizia sono attivabili ulteriori 14 posti letto intensivi</p> <p><u>AREA SEMI-INTENSIVA</u> La gestione dei pazienti di area semi-intensiva verrà garantita dalla SC Pneumologia COVID (che si sposterà al 13° piano, torre medica di Cattinara, garantendo fino ad un massimo di 26 posti letto semi-intensivi). La struttura sarà destinata all'accoglimento di pazienti che necessitano di una gestione clinico/assistenziale:</p> <ul style="list-style-type: none">- di terapia semi-intensiva COVID medico-chirurgica- di tipo chirurgico (gestione del pre /degenza post-intervento)- di tipo internistico non gestibile, per complessità clinica, nei reparti COVID di area internistica <p>La gestione dei pazienti sarà garantita da personale medico, infermieristico e di supporto con competenze di area intensiva e semi-intensiva, proveniente dalle diverse Strutture dell'azienda</p> <p><u>AREA INTERNISTICA</u> Presso gli ospedali di ASUGI si procederà alla progressiva riconversione in COVID dei seguenti reparti di degenza:</p> <ul style="list-style-type: none">• SC Malattie infettive (3° piano, 16 posti letto, per un totale di 33 posti letto)• SC Geriatria (22 posti letto)• SC Clinica Medica (33 posti letto)• SC Medicina Gorizia (65 posti letto disponibili: apertura progressiva di slot da 14 / 25 posti letto)
-------------------	--

NOTA: SC Riabilitazione (24 posti letto): nelle precedenti fasi pandemiche era stata riconvertita in reparto COVID. Si intende mantenerla al come reparto non- COVID, anche al fine di favorire le dimissioni dei pazienti che richiedono un percorso riabilitativo, riservandosi una riconversione in base all'andamento pandemico e l'eventuale saturazione dell'offerta.

2.3.2 INDICAZIONI GENERALI PER I RICOVERI

Rimangono operative, anche per il 2021, le indicazioni relative ai ricoveri finalizzate a ridurre il rischio infettivo per pazienti, accompagnatori e visitatori, con le modifiche recentemente introdotte dal Decreto-legge 23 luglio 2021, n. 105.

Misure a garanzia del distanziamento sociale

Filtro in ingresso

È attiva la riduzione del numero dei varchi che consentono l'accesso delle persone in ospedale.

Agli ingressi dell'ospedale, per ogni utente che accede, il personale preposto effettua un filtro in ingresso al fine di:

- valutare il motivo dell'accesso
- valutare la necessità della presenza di eventuali accompagnatori
- misurare la temperatura corporea
- far igienizzare le mani con gel disinfettante, fornire la mascherina chirurgica

Visite ai degenti

La solitudine, causata dal forzato isolamento dai propri cari, è la condizione che maggiormente ha pesato e pesa sulle persone che vengono ricoverate per Covid.

Naturalmente, il ritorno all'ordinarietà è auspicio di tutti, ma la tutela della salute collettiva richiede ancora, nel contingente, che le aree Covid siano frequentate soprattutto dal personale sanitario.

Le visite ai degenti sono regolamentate secondo le indicazioni ministeriali, che in questo momento, prevedono la verifica del possesso del **green pass europeo**, che avviene presso **check point** allestiti all'entrata degli ospedali. Al fine di semplificare l'accesso ai reparti ed evitare assembramenti si può accedere su appuntamento.

Colloqui dei familiari con i medici

Ricorrere per quanto possibile alla videochiamata / telefonata al fine di ridurre la presenza di persone in ospedale.

Ulteriori limitazioni degli accessi

In fase pandemica è vietato l'accesso agli informatori scientifici / specialist / volontari ed altre categorie che verranno identificate.

Tampone pre-ricovero

Prima dell'accesso al reparto di degenza i pazienti devono aver effettuato il tampone per Coronavirus.

Nei ricoveri in urgenza il tampone viene effettuato in Pronto Soccorso.

Nei ricoveri programmati il paziente esegue il tampone 48 ore prima del ricovero (per esigenze organizzative saranno accettati anche tamponi effettuati fino a 96 ore prima).

Stanze di degenza di “Area Grigia”

In ogni reparto / Dipartimento non COVID sono identificate delle stanze di degenza, da utilizzare al bisogno, per pazienti a rischio “COVID”, ovvero pazienti per i quali non sia del tutto esclusa l’eziologia COVID pur presentando almeno un tampone nasofaringeo negativo.

Si tratta, a titolo esemplificativo, di pazienti con polmonite o sepsi, con febbre/diarrea non ascrivibili ad altre cause.

Si tratta preferibilmente di stanze singole o, se non possibile, di stanze che garantiscano un adeguato distanziamento tra i pazienti (es: se stanza da 4 può essere utilizzata solo da 2 pazienti).

Il personale di assistenza quando entra nella stanza “grigia” di degenza indossa i DPI previsti per COVID. La terapia e l’assistenza vengono organizzate cercando di ridurre il numero di ingressi del personale nelle stanze.

Percorsi interni e consulenze

All’interno dei presidi ospedalieri sono stati identificati dei percorsi dedicati ai pazienti COVID (ad esempio ascensori, sezioni della radiologia, etc).

In caso di accertamenti (consulenze / accertamenti strumentali) da effettuare fuori reparto avvisare la struttura di destinazione in presenza di pazienti COVID o sospetti per concordare modi e tempi per l’esecuzione della prestazione.

Riscontro di positività di un paziente

In caso di riscontro di positività al Coronavirus di un paziente è necessario:

- inviare immediatamente la notifica al Dipartimento di Prevenzione ed alla Direzione Medica di Presidio
- se il paziente è degente presso un reparto non-COVID isolarlo immediatamente e organizzare il trasferimento presso un reparto COVID
- sanificare immediatamente la stanza / bagno / corridoi e spazi comuni (se deambulante)
- identificare i contatti (degenti e personale) per l’indagine epidemiologica e la successiva sorveglianza sanitaria

Dimissione dei pazienti

Si ricorda l’importanza di attivare tempestivamente la continuità assistenziale, ove necessaria.

Per tutti i pazienti che alla dimissione, verranno trasferiti presso case di riposo / altre strutture di ricovero / domicilio (se necessità di continuità assistenziale) vi è la necessità di eseguire almeno un tampone (il numero dei tamponi dipende dalla struttura di destinazione, si rimanda alle procedure specifiche) prima della dimissione.

In caso di trasferimento / dimissione di paziente COVID è necessario informare anche il Dipartimento di Prevenzione

2.4 RISPOSTA DEL TERRITORIO

2.4.1 CURE PRIMARIE – MEDICINA DI FAMIGLIA – USCA - DISTRETTI

Riprendendo quanto descritto nel capitolo 2.1 Prevenzione igiene sanità pubblica - **inquadramento epidemiologico**, le diverse articolazioni organizzative aziendali modulano le proprie attività in base alle seguenti fasi:

FASE 0

fase di stabilità caratterizzata da un ridotto numero di positivi attivi e priva di criticità dal punto di vista del contact tracing e della capacità di cure primarie e ospedaliere. Può presentare forti oscillazioni nell'Rt. In questa fase è consigliabile analizzare i potenziali nuovi rischi (vedi VOC e VOI) e rafforzare la campagna vaccinale.

FASE 1

corrisponde alla fase di crescita dell'onda e determina una crescita dei casi indipendentemente dall'andamento dell'Rt, purché questo rimanga ≥ 1 . L'aumento dei casi positivi deve orientare ad un potenziamento del contact tracing e della sorveglianza in modo da render prioritario il contenimento della diffusione sul territorio. È inoltre consigliabile la predisposizione di risorse per l'assistenza di soggetti positivi in quanto, con latenza che oscilla tra le 2 e le 3 settimane, è prevedibile un graduale aumento delle ospedalizzazioni.

FASE 2

corrisponde ad un rapido calo dell'Rt che scende sotto l'1 determinando una stabilità dei positivi con appiattimento della curva (picco). Corrisponde ad una fase di mantenimento delle risorse utilizzate. La conclusione della fase 2 preannuncia un calo dei positivi e conseguente diminuzione (a circa 2 settimane) degli ingressi ospedalieri.

FASE 3

corrisponde ad una fase di diminuzione dei casi attivi, in base al numero dei positivi è possibile considerare una graduale riduzione delle risorse dedicate. In queste fasi è opportuno analizzare i provvedimenti intrapresi in modo da rinforzare le aree precedentemente carenti in una eventuale prossima risalita dei casi.

FASE 4

corrisponde ad un'inversione dell'andamento della curva con rapido aumento dell'Rt al di sopra dell'1, di breve durata. Attenzione: in questa fase il numero di positivi attivi può non crescere dando una parvenza di stabilità. Di norma essa coincide con un evento che aumenta l'indice di contagio ad es. la diffusione di una nuova variante o una riduzione, troppo precoce, delle misure di sicurezza. In questa fase di pre allerta è raccomandato prevedere un'organizzazione simile alla fase 1 in quanto qualora non venissero messe in atto tempestive azioni di contenimento sarà seguita da una nuova rapida crescita dei casi.

Vengono qui affrontate le risposte organizzative territoriali (domiciliari e residenziali) relative allo scenario attuale e allo scenario di ripresa dei contagi a sua volta modulato in una progressione di risposta proporzionale all'impatto sulle attività, poiché gli scenari 3 e 4 presuppongono potestà di intervento che esulano dalla esclusiva capacità e responsabilità organizzativa aziendale.

A prescindere dallo scenario epidemiologico, le risposte organizzative territoriali descritte nel presente capitolo, interdipendenti, integrate e coordinate, devono essere orientate a garantire il mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza.

MEDICINA DI FAMIGLIA (MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA)

Si rimanda a quanto già descritto nel PIANO PANDEMICO PRO - 2020-2021 -
5. AREA DELLA RISPOSTA
5.5 CURE PRIMARIE - MEDICINA DI FAMIGLIA - USCA- DISTRETTI - Pagina 89

RUOLO DELLE MEDICINE DI GRUPPO INTEGRATE

Si rimanda a quanto già descritto nel PIANO PANDEMICO PRO - 2020-2021 -
5. AREA DELLA RISPOSTA
5.5 CURE PRIMARIE - MEDICINA DI FAMIGLIA - USCA- DISTRETTI - Pagina 91

UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - USCA

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale sono state istituite in ottemperanza all'art. 8 del DL 14 del 9 marzo 2020, finanziate con il DL 34, art. 1, comma 6 per il 2020. Le loro funzioni sono vincolate alla durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato, allo stato attuale, fino al 31 dicembre 21.

ASUGI ha istituito le USCA a partire dal 10 marzo 2020 formalizzandone il percorso di attivazione con decreto n.325 il 31 marzo 2020.

Le USCA hanno avuto un ruolo fondamentale e svolto un lavoro ormai indispensabile nella presa in carico/cura delle persone colpite da COVID-19 nel territorio. In prospettiva, come già riportato nel documento redatto dal Gruppo di Lavoro sull'Assistenza Territoriale di AGENAS (*Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Sistema Sanitario Nazionale*) sarebbe da auspicare una stabilizzazione di tale modalità di intervento anche dopo la fine dell'emergenza sanitaria.

Viene svolto un monitoraggio settimanale continuo dell'azione, sia per modulare l'attività sia per la valutazione al fine della programmazione.

Funzioni delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali

Si rimanda a quanto già descritto nel PIANO PANDEMICO PRO - 2020-2021 -
5. AREA DELLA RISPOSTA
5.5 CURE PRIMARIE - MEDICINA DI FAMIGLIA - USCA- DISTRETTI - Pagina 93

Attività:

- intercettazione precoce dei soggetti COVID+ o sospetti COVID+ a domicilio (abitazione o residenza) con screening, diagnosi differenziale con eventuale prescrizione/esecuzione di tampone NF, prescrizione terapeutica e definizione del percorso di cura adeguato alle condizioni cliniche e alla possibilità di isolamento del soggetto positivo o sospetto positivo di concerto con:
 - a. il MMG (o, in caso di sua indisponibilità, altro medico della MGI di cui fa parte il MMG)
 - b. il Dipartimento di Prevenzione
 - c. il Distretto di appartenenza dell'assistito.
- follow-up di soggetti COVID+ ospitati presso struttura per la quarantena di positivi pauci- o asintomatici non isolabili a domicilio.
- attività in integrazione con i servizi aziendali con funzione di medici vaccinatori.

Formazione

Per i medici neo inseriti in attività USCA verrà organizzata formazione specifica in relazione a:

- utilizzo corretto dei DPI inclusa vestizione e svestizione,
- modalità di esecuzione del tampone NF,
- gestione clinica e percorsi di cura ed isolamento dei pazienti COVID + a domicilio e in residenza.
- eventuale formazione per medico vaccinatore

Modalità di attivazione dei medici USCA

Si rimanda a quanto già descritto nel PIANO PANDEMICO PRO - 2020-2021 -
5. AREA DELLA RISPOSTA
5.5 CURE PRIMARIE - MEDICINA DI FAMIGLIA - USCA- DISTRETTI - Pagina 95

CABINA DI REGIA OPERATIVA TERRITORIALE E TEAM DI INTERVENTO

Ai sensi della DGR 1369/2020 e seguenti, le Aziende sanitarie sono chiamate a pianificare ed attuare le strategie e le azioni previste dal Piano, redatto in applicazione dell'art.1 della Legge n°77/2020 di conversione del DL 34/2020 e che descrive le azioni intraprese e programmate per potenziare e riorganizzare l'assistenza territoriale nella Regione FVG.

È quindi evidente come sia necessario organizzare le attività in una logica non esclusivamente orientata alla risposta all'emergenza pandemica, ma anche tenendo conto delle necessità di adeguamento del sistema territoriale verso un sistema più estesamente proattivo, efficiente, efficace e coordinato di presa in carico, con particolare riferimento alle situazioni di fragilità.

Le azioni previste dovranno essere orientate a garantire:

...

- *(art. 1 comma 4) La Regione FVG, al fine di garantire il massimo livello di assistenza compatibile con le esigenze di sanità pubblica e di sicurezza delle cure in favore dei soggetti contagiati identificati attraverso le attività di monitoraggio del rischio sanitario, nonché di tutte le persone fragili la cui condizione risulta aggravata dall'emergenza in corso, ha incrementato le azioni terapeutiche e assistenziali a livello domiciliare, sia con l'obiettivo di assicurare le accresciute attività di monitoraggio e assistenza connesse all'emergenza epidemiologica, sia per rafforzare i servizi di assistenza domiciliare integrata per i pazienti in isolamento domiciliare o sottoposti a quarantena nonché per i soggetti affetti da malattie croniche, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, con bisogni di cure palliative, di terapia del dolore, e in generale per le situazioni di fragilità.*

- *(art. 1 comma 5) La Regione FVG, al fine di ulteriormente rafforzare l'assistenza territoriale, valuterà l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità in progettualità di supporto alle USCA tenuto conto anche dell'evoluzione epidemiologica regionale fino ad un tetto massimo di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti.*

- *(art. 1 comma 6, 7 e 7bis) La Regione FVG, tenuto conto anche dell'evoluzione epidemiologica regionale, valuterà il potenziamento delle USCA con l'introduzione di nuove professionalità al fine di aumentarne la funzionalità e l'integrazione con i servizi sociali e socio sanitari territoriali.*

- *(art. 1 comma 8) La Regione FVG provvederà all'attivazione della/e centrale/i operativa/e regionali, con funzioni di raccordo con tutti i servizi e con il sistema di emergenza-urgenza, anche mediante strumenti informativi e di telemedicina.*

L'attività deve pertanto essere orientata non solo alla risposta alle situazioni di sospetto Covid 19, ma a tutte le persone fragili, che costituiscono una coorte a particolare rischio, sia a domicilio sia nelle residenze. Il rafforzamento della presenza infermieristica sul territorio e le importanti esperienze professionali già in atto in ASUGI (sia con l'infermiere di comunità sia nelle microaree) sono elementi fondamentali per garantire l'adeguato supporto assistenziale. La Centrale Operativa Territoriale, già da tempo presente nell'area triestina, viene attivata su tutto il territorio di ASUGI per garantire il previsto raccordo.

È quindi evidente la necessità di strutturare un'organizzazione atta a governare la multidisciplinarietà dell'equipe, monitorando l'andamento delle attività al fine di modulare la risposta organizzativa in modo da garantirne sempre tempestività e adeguatezza.

Oltre all'imprescindibile ruolo dell'attività multidisciplinare dei servizi per l'attività domiciliare residenziale presenti nei Distretti, già tradizionalmente garantito, si rende necessario rafforzare la collaborazione con i medici di medicina generale relativamente a ogni aspetto che riguardi sia l'identificazione precoce delle situazioni sospette sia la gestione clinica di ogni situazione di fragilità, a prescindere dalla positività all'infezione.

Le due aree territoriali, Isontina e triestina, presentano diversi modelli organizzativi e operativi in funzione del contesto territoriale, della tipologia e numerosità di residenze, della disponibilità di risorse umane e del diverso approccio e coinvolgimento della medicina generale nelle due aree.

AREA GIULIANA

CABINA DI REGIA

La cabina di regia facilita le funzioni di relazione e collegamento, in particolar modo a supporto dei MMG-PLS e dell'USCA, nonché l'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza.

La Cabina di Regia è funzione in capo al DAT in stretta integrazione con le direzioni dei distretti. Le attività di supporto amministrativo sono garantite dal personale amministrativo del DAT e consistono, tra l'altro, nella raccolta dei flussi informativi necessari al monitoraggio dei volumi di attività per il tempestivo adeguamento dell'offerta in funzione della domanda.

La cabina di regia si avvale della collaborazione dell'ufficio di programmazione strategica per la raccolta e l'analisi dei dati a garanzia dei flussi informativi con i servizi aziendali e con la direzione strategica.

La cabina di regia territoriale facilita, analizza e monitora i flussi di informazioni e di attività tra:

- Centrale Operativa Territoriale,
- Distretti,
- DIP,
- USCA/SCA
- team di intervento interdistrettuale,
- MMG-PLS/MGI.

La cabina di regia:

- sovrintende alla tempestiva predisposizione della turnistica di composizione del team interdistrettuale di intervento e cura la diffusione del calendario a tutti gli interessati: da parte di ogni Distretto la turnistica deve pervenire alla cabina di regia entro il giovedì della settimana precedente quella di interesse, per poter essere tempestivamente diffusa a tutti gli interessati;
- valuta con i Direttori di distretto l'adeguata copertura dei turni;
- analizza i flussi informativi relativi al complesso di attività settimanalmente trasmessi dalla Centrale Operativa Territoriale e dall'USCA, anche ai fini della conseguente modulazione della risposta;
- verifica i motivi dell'eventuale riferita incontattabilità/indisponibilità del MMG/MGI in base alle segnalazioni ricevute dalla Centrale Operativa Territoriale, che segnala al Distretto, per quanto di rispettiva competenza;
- monitora i volumi di attività e in accordo con i Distretti segnala alla Direzione Sanitaria l'eventuale necessità di potenziamento dell'organico (USCA e Distrettuale);
- monitora i flussi informativi tra Distretto di competenza e relativo Covid team, ai MMG degli assistiti valutati.

TEAM INTERDISTRETTUALE DI INTERVENTO

Il team di intervento interdistrettuale garantisce l'operatività della cabina di regia territoriale e costituisce attività distrettuale di supporto all'emergenza Covid a garanzia del mantenimento dei Livelli Essenziali di Assistenza, sia per facilitare ogni processo di identificazione precoce a fronte dell'insorgenza di segni / sintomi sospetti, sia per garantire ogni iniziativa a supporto della presa in carico e della gestione delle persone a maggior rischio, fragili / multimorbide, a domicilio e nelle residenze, a favore delle quali mettere proattivamente in atto ogni iniziativa possibile.

Nello scenario attuale il team di intervento interdistrettuale è composto:

- dal medico distrettuale che a turnazione garantisce il supporto operativo alla cabina di regia. Il medico distrettuale in turno nel team inter-distrettuale di intervento è contattabile telefonicamente attraverso la Centrale Operativa dal lunedì al venerdì (nelle giornate feriali) tra le 9.00 e le 16.00.
- da un infermiere per ciascun distretto dell'area triestina.

Nel caso di eventuale ripresa dei contagi, il team di intervento interdistrettuale può operare anche ad integrazione e supporto delle attività USCA (che in ogni caso non sostituisce), previo aumento fino al numero massimo possibile di medici USCA presenti in turno in funzione delle vigenti disposizioni e qualora i volumi di attività, costantemente monitorati, non siano sufficienti a garantire tempestività di intervento a fronte di un aumento delle richieste.

Qualora l'andamento pandemico assuma nuovamente caratteristiche di picco entrando in fase critica emergenziale, è necessario prevedere il potenziamento del team di intervento interdistrettuale, anche con la partecipazione di professionisti afferenti ad altre strutture aziendali.

Tale organizzazione ha lo scopo di:

- mantenere a domicilio o in contesti residenziali territoriali il maggior numero di utenza possibile
- garantire del mantenimento di percorsi organizzativi aziendali e del maggior grado possibile di qualità di vita delle persone delle famiglie nell'area di riferimento territoriale
- garantire appropriatezza degli interventi ed evitare accessi impropri in PS e nei reparti di degenza ospedalieri.

Il team inter distrettuale di intervento:

- si relaziona e attiva il distretto e i servizi competenti aziendali per pianificare e erogare la risposta più appropriata.
- è composto da professionalità dotate di competenze cliniche (diagnostiche / terapeutiche) e di conoscenze organizzative atte a supportare / attivare la risposta più idonea e completa a fronte di situazioni di complessità, clinica e/o organizzativa, rilevata dal medico USCA e/o dal MMG, anche nella fase di valutazione clinica e nelle more della risposta del tampone;
- interviene, a richiesta dell'USCA/SCA o del MMG, per il tramite della centrale operativa, per assicurare l'attivazione del complesso di risposte organizzative nelle situazioni di particolare complessità / rischio, con particolare riguardo alle situazioni di fragilità e alle persone ospitate in struttura;
- supporta e attiva - in integrazione con le attività USCA - l'effettuazione di una tempestiva valutazione clinica e del tampone a fronte di un caso sospetto a domicilio o in struttura, per insorgenza di segni e/o sintomi suggestivi, al fine di identificare precocemente i casi positivi;
- si impegna, con i servizi distrettuali e aziendali competenti, a identificare il setting, nell'ambito della rete aziendale in essere, più appropriato;
- coopera, anche attivando i servizi territoriali competenti, per attuare misure di contenimento della progressione epidemologica;
- interviene, direttamente o indirettamente (attraverso l'attivazione di adeguati percorsi / risorse come da organizzazione e competenze dei servizi territoriali), la continuità assistenziale e di cura nei setting domiciliare e residenziale nella presa in carico di situazioni di fragilità/multimorbilità/complessità ad elevato rischio;
- facilita il passaggio di consegne al MMG da parte dell'USCA (o di chi ha effettuato l'intervento) per la presa in carico clinica della persona a cui l'intervento si riferisce;
- cura la restituzione dell'informazione alla cabina di regia sulle iniziative intraprese / procedure attivate.

La presenza del medico distrettuale nel team di intervento inter-distrettuale è garantita attraverso un sistema di turnazione tra distretti, coincidente con il Distretto che settimanalmente garantisce la presenza in Pronto Soccorso. Ogni Distretto è tenuto, in relazione alle risorse disponibili, a organizzare la copertura dei turni nella settimana di propria competenza.

Ogni Distretto è dotato di un cellulare aziendale (in modo tale da facilitare il passaggio di consegne all'interno dello stesso Distretto, nella settimana di competenza): il numero di tale cellulare è disponibile alla Centrale Operativa e al referente della cabina di regia del team che garantisce anche la tempestiva gestione delle segnalazioni via email al team per le successive decisioni.

In caso di passaggio a scenari a maggior impatto emergenziale il peso organizzativo non dovrà gravare esclusivamente sulle strutture distrettuali. Va pertanto considerato il ruolo delle altre strutture (territoriali e ospedaliere) e delle altre figure professionali di area internistica-geriatrica come potenziali riserve al fine di garantire una maggiore copertura oraria/settimanale e possibili incrementi improvvisi delle necessità di intervento.

AREA ISONTINA

Nell'attuale situazione epidemiologica della diffusione della SARs-CoV-2 si possono verificare due situazioni:

A. paziente che si trova PRESSO IL PROPRIO DOMICILIO e manifesta sintomatologia sospetta per l'infezione SARs-CoV-2:

1. contatto con il MMG o con MGI (Medicina di Gruppo Integrata negli orari di reperibilità) o con Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) negli orari in cui sono attive per valutazione clinica;
2. eventuale attivazione medico USCA tramite centrale operativa territoriale (Numero verde: 800614302). Raccordo con 112 qualora ci sia presenza di sintomatologia respiratoria importante (ad es. dispnea);
3. il MMG/USCA/SCA a conclusione della valutazione clinica decide in merito alla necessità di richiesta o meno del tampone NF;
4. il MMG/USCA/SCA trasmette la richiesta di tampone NF al Dipartimento di Prevenzione di Gorizia mediante l'apposita mail: mmg.pls.covid@asugi.sanita.fvg.it mediante la segnalazione compilabile messa a disposizione o comunque riportando sulla mail i dati anagrafici e un recapito telefonico del paziente;
5. il Dipartimento di Prevenzione di Gorizia valuta la necessità dell'esecuzione del tampone e conseguentemente organizza l'effettuazione del tampone presso la postazione dedicata o a domicilio a seconda delle condizioni clinico-assistenziali del paziente segnalato (esclusivamente nel caso di paziente allettato); sarà il Dipartimento di Prevenzione che contatterà l'assistito e comunicherà la data e la sede di esecuzione del tampone NF.

B. Paziente che si trova PRESSO UNA RESIDENZA PER ANZIANI O PER DISABILI o STRUTTURA RESIDENZIALE ASSIMILABILE e manifesta sintomatologia sospetta per l'infezione SARs-CoV-2:

1. Rilevazione di febbre $>37,5^{\circ}\text{C}$ ed esecuzione triage specifico per rilevazione sintomi e/o segni sospetti per infezione Covid-19;
2. Posizionamento dei DPI al paziente (mascherina chirurgica o FP2) e, se possibile, isolamento in stanza singola o isolamento di coorte, qualora ci siano più casi con sintomi/segni simili;
3. Segnalazione al MMG o MGI (Medicina di Gruppo Integrata: negli orari di reperibilità o al Servizio di Continuità Assistenziale (SCA) negli orari e giornate in cui MMG non è in servizio per valutazione clinica del paziente;

4. attivazione medico USCA tramite centrale operativa territoriale (Numero verde: 800614302). Raccordo con 112 qualora ci sia presenza di sintomatologia respiratoria importante (ad es. dispnea);
5. A conclusione della valutazione clinica il medico decide in merito alla necessità di richiesta o meno del tampone NF e conseguentemente alla prosecuzione dell'isolamento dell'anziano, in attesa di esito del tampone stesso;
6. Il MMG o il Medico USCA o SCA o il referente infermieristico della residenza per anziani/disabili trasmette al Dipartimento di Prevenzione la richiesta di tampone NF utilizzando l'indirizzo mail: infettive.profilassi@asugi.sanita.fvg.it oppure residenze.isontina@asugi.sanita.fvg.it mediante la segnalazione compilabile messa a disposizione o comunque riportando sulla mail i dati anagrafici e un recapito telefonico della struttura.
7. In caso di effettuazione del tampone, il Dipartimento di Prevenzione si raccorda con la residenza per la programmazione dello stesso nel più breve tempo possibile e comunque entro la mattinata del giorno successivo alla segnalazione.
8. La programmazione del tampone prevede:
 - a. stampa dell'etichetta e preparazione della provetta, consegna della stessa alla residenza che ne ha fatto richiesta: a cura del Dipartimento di Prevenzione di Gorizia;
 - b. esecuzione del tampone: a cura del personale infermieristico della residenza in cui è accolto il paziente sospetto;
 - c. ritiro del campione eseguito e trasferimento al laboratorio con richiesta di esecuzione "urgente" dell'esame: da parte del dipartimento di Prevenzione;
 - d. al fine di facilitare l'organizzazione dell'esecuzione del tampone e permetterne l'esecuzione anche in fasce orarie e giornate in cui gli operatori del Dipartimento di Prevenzione non sono in servizio, si concorda di assegnare ad ogni residenza una dotazione di provette per tampone NF che potranno essere eseguiti e trasmessi al laboratorio di Monfalcone a mezzo messo aziendale con richiesta cartacea appositamente predisposta, che successivamente verrà registrata da parte del Dipartimento di Prevenzione. In questo caso il referente Covid della residenza o suo sostituto procederà nel modo seguente: allerta del Laboratorio di Microbiologia ed esami Ematochimici di Monfalcone, telefonando ad uno dei numeri telefonici seguenti: 0481 - 487577 / 487646 / 487718, specificando l'invio di tampone NF per ricerca COVID-19;
 - e. esecuzione del tampone NF da parte del personale infermieristico della residenza in cui è accolto il paziente sospetto;
 - f. preparazione del campione per il conseguente trasporto presso il laboratorio per l'esecuzione dell'indagine (Laboratorio di Microbiologia ed esami Ematochimici di Monfalcone): provetta inserita in triplo sacchetto trasparente accompagnata da un piccolo refrigerante, accompagnata dalla richiesta cartacea;
 - g. attivazione del servizio di trasporto: il referente Covid della residenza o suo sostituto contatterà il centralino del presidio ospedaliero di Gorizia (0481 - 5921) per le residenze del Distretto Alto Isontino e del presidio ospedaliero di Monfalcone (0481 - 4871) per le residenze del Distretto Basso Isontino;

- h. l'operatore reperibile del servizio trasporto dell'area Isontina consegnerà il/i campione/i presso il laboratorio di Monfalcone
9. l'esito del tampone verrà inserito negli appositi sistemi telematici aziendali, cui può accedere anche il MMG, e successivamente trasmesso alla residenza. Qualora l'esito risultasse POSITIVO, verrà trasmesso per le vie brevi (telefonicamente; mail) al referente COVID della residenza, al MMG e al distretto di riferimento: al Punto Unico di Accesso del rispettivo distretto isontino di appartenenza (P.U.A., ai seguenti recapiti: per D.A.I. 0481 592856 - 0481 592891, email: pua.dai@asugi.sanita.fvg.it, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00; per D.B.I. 0481 487709, email: pua.dbi@asugi.sanita.fvg.it, dal lunedì al venerdì dalle 8.30 alle 15.00). Contestualmente verranno date le indicazioni per l'isolamento dell'ospite, possibilmente nell'area residenziale definita "ZONA ROSSA" adibita all'isolamento dell'ospite almeno temporaneo.
10. Attivazione della Centrale Operativa Territoriale per l'organizzazione del trasferimento dell'assistito, nel più breve tempo possibile, in particolare dalle residenze che strutturalmente non possono garantire l'isolamento efficace dell'ospite/degli ospiti risultati COVID+, presso reparto COVID dedicato (RSA se asintomatico o paucisintomatico, reparto Infettivi del Maggiore o altro reparto medico appropriato, se presenza di sintomatologia respiratoria o altra significativa).

2.4.2 CURE RESIDENZIALI-QUARANTENA

Si rappresentano in premessa gli elementi che caratterizzano l'attuale scenario epidemiologico:

- Gli importanti sforzi riorganizzativi assunti in questi mesi di pandemia per il contenimento e la gestione del COVID 19 con raggiungimento di adeguati livelli di sicurezza per utenti, visitatori e operatori;
- L'elevato livello di copertura vaccinale raggiunto tra gli ospiti - vicino al 100%- e la copertura vaccinale, seppur ancora parziale, del personale ivi operante, pur con gli attuali limiti delle conoscenze sull'efficacia e durata della protezione dei vaccini e i rischi che derivano dalla circolazione delle varianti di SARS - Cov 2;
- L'applicazione rigorosa delle misure igienico sanitarie per la prevenzione ed il controllo della trasmissione virale
- Le attività di screening periodico per la ricerca di SARS- Cov 2 rivolto soprattutto ad ospiti ed operatori
- L'andamento decrescente del trend epidemiologico associato ad una significativa riduzione delle ospedalizzazioni, della mortalità COVID correlata nella popolazione ospite delle strutture residenziali rispetto alla popolazione generale, per effetto dell'avanzamento della campagna vaccinale.
- L'introduzione delle certificazioni verdi COVID - 19.

PRESIDI SANITARI DI QUARANTENA PER PERSONE POSITIVE AL COVID-19 O CASI SOSPETTI

ASUGI necessita di presidi di quarantena da dedicare a persone che non hanno un contesto domiciliare e abitativo adeguato a garantire l'isolamento.

Condizione clinica COVID correlata: persone asintomatiche o paucisintomatiche.

Si individuano due target di utenza e fabbisogno di relativi posti letto/unità abitative:

1. persone autosufficienti: attivazione di 32 posti modulabili in relazione alla fase epidemiologica
2. persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti:
 - a. RSA: attivazione di 93 pl modulabili in relazione alla fase epidemiologica
 - b. Altro presidio o presidi con almeno 40 pl (da attivare in base alla fase epidemica)

Presidio per persone autosufficienti – Area Giuliana

La struttura di Park Hotel a Muggia già in uso ad ASUGI durante la fase pandemica.

Di seguito le caratteristiche della struttura.

Tipologia di struttura:

- struttura isolata dal contesto urbano con spazi aperti propri;

- adeguato accesso per ambulanze, automezzi di servizio, furgoni delle ditte di consegna forniture;
- garanzia della fattibilità di separare i percorsi pulito e sporco;
- adeguata areazione;
- parcheggio proprio per almeno 5 automezzi;
- stanze singole o doppie con bagno interno; arredi: letto non ospedaliero, armadio e comodino; metratura della stanza adeguata per avere una zona giorno, ovvero frigorifero, tavolo da pranzo e sedie; TV e prese elettriche anche per strumenti informatici; telefonia mobile qualora la persona ne sia sprovvista;
- spazi adeguati per l'attività degli operatori;
- spazi da adibire a: magazzino, deposito farmaci e materiale sanitario, deposito pulito di materiale letterario e biancheria;
- spazi lavanderia da dedicare e attrezzare con lavatrici ed asciugatrice;
- area da dedicare al deposito di materiale letterario e biancheria sporchi;
- area da dedicare ai rifiuti speciali;
- area da dedicare ai rifiuti urbani;

Organizzazione e dotazione di personale

- Presidio attivo sulle 24 ore 7 giorni su 7
- Copertura h 24 in presenza con personale OSS, turno in quinta: 1 operatore per turno, con sormonto nelle fasce orarie di distribuzione dei pasti e delle consegne (5 OSS; 7 OSS se presenze superiori a 15)
- Copertura infermieristica: in base ai fabbisogni derivanti dai piani personalizzati e per esecuzione tamponi (1 infermiere dedicato); attivazione del SID di competenza territoriale per ulteriori necessità)
- un Coordinatore dedicato con presenza a tempo parziale;
- uno psicologo di riferimento per attività da remoto;
- un medico di Distretto di riferimento per attività programmate anche da remoto;
- necessità di intervento medico: SCA/USCA attivabili tramite Centrale Operativa 800614302 e 112 qualora necessario

Presidio per persone autosufficienti – Area Isontina

Qualora lo scenario epidemiologico dovesse passare dall'attuale fase di stabilità' ad una fase di ripresa della contagiosità, sarà necessario riattivare almeno una sede di accoglimento per persone autosufficienti in Area Isontina. Si reputa opportuno riattivare la sede alloggiativa denominata "Oasi del Preval", presente in Comune di Mossa in Località Blanchis, dotata di 7 p.l., con camere singole o doppie.

Tipologia di struttura:

- struttura isolata dal contesto urbano con spazi aperti propri;
- adeguato accesso per ambulanze, automezzi di servizio, furgoni delle ditte di consegna forniture;

- garanzia della fattibilità di separare i percorsi pulito e sporco;
- adeguata areazione;
- parcheggio proprio per almeno 5 automezzi;
- stanze singole o doppie con bagno in comune; arredi: letto non ospedaliero, armadio e comodino;
- spazi in comune con metratura adeguata per avere una zona giorno, ovvero frigorifero, tavolo da pranzo e sedie; TV e prese elettriche anche per strumenti informatici; telefonia mobile qualora la persona ne sia sprovvista;
- spazi adeguati per l'attività degli operatori;
- spazi da adibire a: magazzino, deposito pulito di materiale lettereccio e biancheria;
- spazi lavanderia da dedicare e attrezzare con lavatrice ed asciugatrice;
- area da dedicare al deposito di materiale lettereccio e biancheria sporchi;
- area da dedicare ai rifiuti speciali;
- area da dedicare ai rifiuti urbani.

Organizzazione e dotazione di personale

- Presidio attivo sulle 24 ore 7 giorni su 7;
- Copertura h 24 in presenza con personale OSS, turno in quinta: 1 operatore per turno, con sormonto nelle fasce orarie di distribuzione dei pasti e delle consegne (5 OSS; 7 OSS se presenze superiori a 15);
- Copertura infermieristica: in base ai fabbisogni derivanti dai piani personalizzati e per esecuzione tamponi (1 infermiere dedicato); attivazione del SID di competenza territoriale per ulteriori necessità);
- un Coordinatore dedicato con presenza a tempo parziale;
- uno psicologo di riferimento per attività da remoto;
- un medico di Distretto di riferimento per attività programmate anche da remoto;
- necessità di intervento medico: SCA/USCA attivabili tramite Centrale Operativa 800614302 e 112 qualora necessario.

Presidi per persone parzialmente autosufficienti o non autosufficienti COVID+

RSA COVID +

Tale strutture possono essere attivate sia in **area Giuliana** che in **area Isontina**.

Attualmente in **area Giuliana** è attiva la **RSA Mademar** con 40 pl potenziali per accogliere persone COVID positive.

Nell'**Isontino** come già fatto in fase pandemica è possibile convertire la **RSA di Cormons** dalla funzione di struttura intermedia per l'accoglimento di persone non autosufficienti clinicamente stabili COVID NEGATIVE a RSA con funzione di struttura intermedia per l'accoglimento di persone non autosufficienti clinicamente stabili COVID POSITIVE. La disponibilità di p.l. è di al massimo 30 (trenta) p.l

“RSA S. Giusto” presso l’Ospedale Maggiore

A. FASE DI STABILITÀ

La RSA San Giusto presenta le attuali seguenti caratteristiche:

- disponibilità 23 posti letto
- Struttura intermedia che Ospita persone stabili non autosufficienti Covid +
- attività di area clinica, assistenziale e riabilitativa come da mandato regionale per le RSA, per persone prevalentemente anziane che necessitano di percorsi di riabilitazione/riattivazione con ripristino delle condizioni di maggior autonomia possibile in vista del rientro a domicilio (o casa di riposo), ancora in stato di Covid+
- accoglie persone Covid + da:
 - Ospedale
 - Residenze per Anziani
 - domicilio

B. IPOTESI DI SVILUPPO - SCENARI

- 1. Mantenimento di una struttura territoriale COVID:** alla luce dell’attuale situazione epidemica di stabilità è necessario mantenere la struttura così come fin qui organizzata, con le risorse umane e disponibilità di posti letto di cui al punto A.

Lo staff assistenziale (infermieri e OSS) potrebbe essere organizzato in maniera elastica, in modo da essere tutto presente con piena capienza e distribuito in altre strutture distrettuali a capienza scarsa o nulla.

- 2. Fase di ripresa dei contagi nelle strutture residenziali per anziani e disabili:**

- RSA San Giusto: vedi punto A
- Individuare un secondo presidio on demand dedicato alla gestione di persone positive che non hanno criteri clinici per essere ospedalizzate*.

- 3. Fase pandemica**

- RSA San Giusto: vedi punto A
- Individuare e attivare una o più presidi on demand dedicati alla gestione di persone positive che non hanno criteri clinici per essere ospedalizzate*

***Presidio “on demand” per persone parzialmente o non autosufficienti ospitate nelle residenze per anziani e/o disabili, risultate CoVi19+ asintomatiche o paucisintomatiche, con necessità di quarantena**

Si rimanda a quanto già descritto nel PIANO PANDEMICO PRO - 2020-2021 -
5. AREA DELLA RISPOSTA
5.6 CURE RESIDENZIALI - QUARANTENA - Pagina 109

INDICAZIONI PER LE RESIDENZE E PER I SERVIZI SEMIRESIDENZIALI PER ANZIANI E DISABILI NELLA FASE DI STABILITA' E RIPRESA CONTAGI DELL'EPIDEMIA DA COVID-19

Come già rappresentato in premessa si descrivono le azioni che hanno inciso maggiormente sull'emergenza sanitaria COVID- 19 caratterizzando l'attuale scenario epidemiologico:

- Gli importanti sforzi riorganizzativi assunti in questi mesi di pandemia per il contenimento e la gestione del COVID-19 con raggiungimento di adeguati livelli di sicurezza per utenti, visitatori e operatori;
- L'elevato livello di copertura vaccinale raggiunto tra gli ospiti - vicino al 100%- e la copertura vaccinale, seppur ancora parziale, del personale ivi operante, pur con gli attuali limiti delle conoscenze sull'efficacia e durata della protezione dei vaccini e i rischi che derivano dalla circolazione delle varianti di SARS - Cov 2;
- L'applicazione rigorosa delle misure igienico sanitarie per la prevenzione ed il controllo della trasmissione virale;
- Le attività di screening periodico per la ricerca di SARS- Cov 2 rivolto soprattutto ad ospiti ed operatori;
- L'andamento decrescente del trend epidemiologico associato ad una significativa riduzione delle ospedalizzazioni, della mortalità COVID correlata nella popolazione ospite delle strutture residenziali rispetto alla popolazione generale, per effetto dell'avanzamento della campagna vaccinale;
- L' introduzione delle certificazioni verdi COVID - 19.

ASUGI anche in questa quarta fase Pandemica ha prontamente organizzato setting COVID aziendali per andare incontro ai bisogni delle persone e della comunità di riferimento territoriale:

- presidio per isolamento per persone autosufficienti positive al COVID-19;
- RSA territoriale per accogliere persone non autosufficienti asintomatica e/o paucisintomatiche positive al COVID-19;
- RSA intra ospedaliera sita presso Ospedale Maggiore per ospitare persone positive al COVID. Tale struttura opera con un livello di intensità clinico diagnostica terapeutica intermedio tra l'Ospedale per Acuti e le struttura territoriali, permettendo adeguati percorsi di continuità Ospedale Territorio e maggior livello di appropriatezza.

In questa fase grazie alle periodiche attività di verifica e controllo e le attività di screening per COVID-19 effettuate nelle Residenze di competenza territoriale sono emerse delle positività del personale operante nelle residenze e di alcuni ospiti.

Viene valutato il trasferimento degli ospiti positivi delle residenze per anziani e disabili presso le strutture sopra descritte nelle seguenti condizioni:

- evidenza di condizioni cliniche con presenza di sintomatologia che indica presa in carico in setting a più alta intensità di cura;

- presenza di problematiche strutturali e organizzative della residenza con impossibilità a compartimentare la struttura predisponendo adeguati percorsi igienico sanitari. Grande attenzione viene data, come nelle fasi precedenti, alle residenze con ingresso promiscuo.

In caso di passaggio a fasi epidemiche emergenziali con repentino aumento dei contagi e di incremento di ospiti positivi non autosufficienti sarà valutata, per la necessità di mettere in sicurezza le persone e le strutture, l'attivazione di una nuova unità di offerta: struttura *on demand*.

Proseguono, come da precedente piano pandemico, tutte le attività integrate di monitoraggio, di verifica e controllo, di screening, valutative clinico diagnostiche volte alla prevenzione della diffusione del contagio, alla appropriatezza e al perseguimento degli obiettivi di salute.

PIANO FLUSSI DEGLI OSPITI DELLE STRUTTURE RESIDENZIALI

Vengono trasmesse note specifiche con gli aggiornamenti adottati, alle strutture e ai presidi interessati, in base alle indicazioni ministeriali e/o regionali* a fronte dell'andamento epidemiologico.

* ad oggi 4 ottobre 2021: Ordinanza Ministeriale dell'8 maggio 2021 i cui contenuti sono stati chiariti con circolare n° prot. 14049 dd. 30/07/2021 che disciplina l'accesso e l'uscita di ospiti e visitatori nelle strutture residenziali della rete territoriale e dell'Ordinanza Ministeriale n° 0036254 dell'11 agosto 2021 avente per oggetto "Aggiornamento sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della circolazione delle nuove varianti SARS-CoV-2 in Italia ed in particolare della diffusione della variante Delta (lignaggio B.1.617.2)"