



REPUBBLICA ITALIANA

# BOLLETTINO UFFICIALE

## REGIONE DEL VENETO

Venezia, lunedì 22 giugno 2020

Anno LI - N. 92

### PARTE SECONDA

#### CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE E DELIBERAZIONI

##### *Sezione prima*

#### ORDINANZE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

##### **ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 61 del 22 giugno 2020**

Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni .....1  
*[Protezione civile e calamità naturali]*

##### *Sezione seconda*

#### DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

##### **DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 735 del 9 giugno 2020**

Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni recante il "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite" (Rep. Atti n. 34/CSR del 07/03/2019) e dell'Intesa Stato-Regioni sul Documento recante "Piano nazionale di azione per mantenere lo status di polio free" (Rep. Atti n. 32/CSR del 12/03/2020).....23  
*[Sanità e igiene pubblica]*

#### **Direzione - Redazione**

Dorsoduro 3901, 30123 Venezia - Tel. 041 279 2862 - 2900 - Fax. 041 279 2905

Sito internet: <http://bur.regione.veneto.it> e-mail: [uff.bur@regione.veneto.it](mailto:uff.bur@regione.veneto.it)

Direttore Responsabile avv. Mario Caramel



## PARTE SECONDA

## CIRCOLARI, DECRETI, ORDINANZE, DELIBERAZIONI

## Sezione prima

## ORDINANZE DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

(Codice interno: 422739)

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 61 del 22 giugno 2020

**Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da virus COVID-19. Ulteriori disposizioni***[Protezione civile e calamità naturali]*

Note per la trasparenza:

Alla luce dell'esperienza maturata e dei dati epidemiologici e sanitari raccolti, vengono adottate misure di adeguamento delle restrizioni disposte con precedenti provvedimenti

Il Presidente

Visti l'art. 32 e 117, commi 3 e 4, Cost.;

Visti l'art. 32 l. 833/78, l'art. 117, d.lgs. 112/98, l'art. 50, comma 5, d.lgs. 267/00 e il d.lgs. 1/18;

Visti il D.L. 25.3.2020, n. 19 e il D.L. 16.5.2020, n. 33;

Rilevato, sulla base dei dati forniti in data 22 giugno 2020 da Azienda Zero, che la situazione del contagio da Covid-19, registra nessun caso di nuovo contagio rispetto alle ore 17 del 21.6.2020, n. 29 ricoverati positivi, in diminuzione, e 194 negativizzati, per un totale di 223 ricoverati, che erano 570 il 17 maggio 2020, oltre a 12 ricoverati in terapia intensiva tra positivi -pari ad 1- e negativizzati, su una disponibilità di posti di terapia intensiva di 464 posti base e un totale di 825 posti di terapia intensiva disponibili per contagio Covid-19, con conseguente evidente, ampia adeguatezza dell'offerta di strutture sanitarie pubbliche per far fronte ad ogni esigenza anche difronte ad una non prospettabile, allo stato, ripresa del contagio, il quale, per contro, si presenta in netta riduzione pur a fronte delle rilevanti riaperture di attività economiche e di ripresa di movimentazione sociale avvenute a partire dal 4 maggio 2020, come risulta anche dal numero di soggetti attualmente positivi, pari a 585, ammontanti a 8601 unità il 30 aprile 2020, e 833 in isolamento domiciliare;

Rilevato che il decreto legge 16.5.2020, n. 33, consente, al comma 14 dell'art. 1, lo svolgimento di tutte le attività economiche, produttive e sociali "nel rispetto dei contenuti di protocolli o linee guida idonei a prevenire o ridurre il rischio di contagio nel settore di riferimento o in ambiti analoghi, adottati dalle regioni o dalla Conferenza delle regioni e delle province autonome nel rispetto dei principi contenuti nei protocolli o nelle linee guida nazionali" e permette, al comma 16, alla Regione, "In relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul territorio, accertato secondo i criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute del 30 aprile 2020 e sue eventuali modificazioni, nelle more dell'adozione dei decreti del Presidente del Consiglio dei ministri di cui all'articolo 2 del decreto-legge n. 19 del 2020, ..., informando contestualmente il Ministro della salute" di "introdurre misure derogatorie, ampliative o restrittive, rispetto a quelle disposte ai sensi del medesimo articolo 2";

Viste le "Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale" elaborate congiuntamente dalla Direzione "Prevenzione, sicurezza alimentare, veterinaria" e dalla Direzione Servizi Sociali della Regione del Veneto, valutate con parere favorevole dal Comitato Scientifico "COVID-2019 in Regione Veneto" costituito con DGR 2 marzo 2020, n. 269;

Dato atto che le suddette linee di indirizzo costituiscono aggiornamento e integrazione delle "Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere-Indicazioni per l'accoglienza di nuovi ospiti e l'accesso di familiari, visitatori e di altro personale esterno", costituenti allegato 3 dell'ordinanza n. 55 del 29.5.2020, con conseguente sostituzione integrale delle linee di indirizzo di cui alla predetta ordinanza con quelle elaborate come da punto precedente;

Visto il parere favorevole del Comitato Scientifico "COVID-2019 in Regione Veneto" costituito con DGR 2 marzo 2020, n. 269, rilasciato in data 22.6.2020;

Rilevato che il rapporto sull'andamento della situazione epidemiologica sul territorio regionale, accertato secondo i criteri stabiliti con decreto del Ministro della salute del 30 aprile 2020 e sue modificazioni, inviato dal predetto Ministero della Salute in data 12 giugno 2020 e relativo alla settimana 8-14 Giugno 2020 (aggiornati al 16 giugno 2020 h 11:00), attesta, per quanto riguarda la valutazione relativa all'aumento di trasmissione ed attuale impatto di COVID-19 sui servizi assistenziali, un Rt minore di 1, pari esattamente a 0,69;

Dato atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale,

ordina

### **1. Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere**

La gestione delle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale aventi sede nel territorio regionale, pubbliche o private, anche non accreditate, si svolge nel rispetto delle linee di indirizzo di cui all'allegato A) della presente ordinanza;

### **2. Disposizioni finali**

Le disposizioni di cui all'allegato A) hanno effetto dal 23 giugno 2020 e valgono fino a diversa ordinanza.

La violazione delle presenti disposizioni comporta l'applicazione delle sanzioni di cui all'art. 4 del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19.

L'accertamento compete agli organi di polizia di cui all'art. 13 della legge n. 689/81 e le sanzioni pecuniarie sono destinate al conto Iban IT 41 V 02008 02017 000100537110 causale: "Violazione ordinanze regionali Covid 19";

La presente ordinanza viene comunicata alla Presidenza del Consiglio dei Ministri;

È incaricata dell'esecuzione del presente provvedimento la Direzione Protezione Civile-Unità Organizzativa Polizia Locale;

Il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

Il presente atto è pubblicato nel Bollettino Ufficiale della Regione.

Luca Zaia



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale - X Legislatura

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020**



**REGIONE DEL VENETO**

# **Emergenza COVID-19 “Fase 3”**

**Linee di indirizzo  
Strutture residenziali e semiresidenziali  
extraospedaliere per anziani, disabili, minori,  
dipendenze e salute mentale**

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020****REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

**SOMMARIO**

Premessa	2
Indicazioni operative "fase 3"	4
1. Misure generali di prevenzione e protezione	4
2. Accessi di persone esterne (familiari/congiunti e operatori esterni)	4
2.1. Protocolli specifici per le visite di familiari e altri congiunti	5
2.2. Sensibilizzazione e formazione dei visitatori	6
2.3. Fornitori, manutentori e altri operatori esterni	7
3. Nuovi ingressi e riammissioni in struttura per anziani non autosufficienti	7
3.1. Nuovi ingressi	7
3.1.1. Area di accoglienza temporanea	7
3.1.2. Modalità di accoglimento di un nuovo ospite	8
3.1.3. Verifiche propedeutiche	8
3.1.4. Saggi diagnostici e protocolli di monitoraggio	8
3.2. Riammissioni in struttura e trasferimenti interni	9
3.2.1. Rientro da Pronto Soccorso o da Poliambulatorio	9
3.2.2. Trasferimenti interni alla struttura residenziale	9
3.2.3. Rientro da ricovero ospedaliero	9
3.2.4. Altre casistiche	10
4. Indicazioni specifiche per tipologia di struttura	10
4.1 Strutture residenziali	10
4.2 Strutture semiresidenziali	11
4.2.1. Servizi semiresidenziali per persone con disabilità	12
4.2.2. Servizi semiresidenziali dell'area salute mentale	12
4.2.3. Servizi semiresidenziali per anziani	12
4.2.4. Centri Sollievo	13
5. Prevenzione vaccinale nelle strutture residenziali per anziani	13
6. Medicina necroscopica nelle strutture residenziali per anziani	14
7. Formazione	14
Allegato 1. Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore	16
Allegato 2. FAC-SIMILE N° 1 - PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE E FAMILIARI/CONGIUNTI DELL'OSPITE	18

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



### Premessa

---

Le strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere dedicate ad anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, presentano delle caratteristiche che richiedono una particolare attenzione nelle strategie di sanità pubblica finalizzate al contenimento della diffusione di SARS-CoV-2 in tali contesti di vita.

La popolazione ospite delle strutture residenziali per **anziani**, che nella maggioranza dei casi è costituita da soggetti di età superiore ai 65 anni, affetti da patologie croniche, neurologiche e da disabilità, rappresenta una categoria particolarmente fragile e a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2 e di sviluppare una forma severa con evoluzione potenzialmente grave della malattia.

Nelle strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere sono, inoltre, ospitati anche soggetti affetti da **disabilità**, da **patologie psichiatriche** e persone con **dipendenza** da sostanze/gioco d'azzardo, persone più vulnerabili rispetto alla popolazione generale a causa delle peggiori condizioni di salute in quanto maggiormente esposte a fattori di rischio quali fumo, uso di droghe, scarsa igiene, stress psico-fisico, cattiva alimentazione o pregresse patologie infettive e croniche. Sono, quindi, da considerarsi anch'essi soggetti fragili e potenzialmente a maggior rischio di infezione da SARS-CoV-2.

Infine, nei luoghi chiusi il virus può essere introdotto e circolare tramite il personale lavorativo, i nuovi ingressi o i familiari in visita. All'interno di comunità chiuse, quali possono essere, ad esempio, anche le comunità educative per **minori**, i primi casi sospetti vanno tempestivamente diagnosticati per identificare rapidamente i focolai e garantire adeguate misure di contenimento.

Pertanto, nello scenario epidemiologico attuale, è necessaria la massima attenzione nei confronti di tali gruppi di popolazione nell'ambito delle strategie regionali di prevenzione e controllo dell'epidemia. I dati ad oggi disponibili evidenziano che la diffusione di SARS-CoV-2 ha avuto un impatto rilevante nelle categorie sopracitate, in particolare nei soggetti più anziani e in coloro presentano delle condizioni cliniche che espongono ad un maggior rischio di complicanze.

Tuttavia, in relazione ai dati raccolti, che sono in continua fase di consolidamento, si evidenzia ad oggi un andamento decrescente del trend epidemiologico, con una trasmissione virale locale limitata anche nella popolazione anziana e in quella ospite delle residenze extraospedaliere. Complessivamente si continua ad osservare un decremento nel numero di nuovi casi diagnosticati nell'ultima settimana rispetto alle settimane precedenti. Contemporaneamente si assiste ad una progressiva diminuzione dei ricoveri e dei decessi correlati a COVID-19.

Inoltre, in considerazione della richiesta da parte Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria della Regione del Veneto, ad inizio aprile, di avviare una "Valutazione del rischio" mirata per ogni singola Struttura Residenziale per anziani ad opera delle Aziende ULSS, per mezzo di un team operativo multidisciplinare e di strutturare conseguentemente un Piano di Sanità Pubblica a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari, viene ampliata la tutela sanitaria del suddetto target di popolazione ospite delle strutture residenziali per anziani.

I modelli organizzativi delineati in tale Piano, in linea con le raccomandazioni dell'Istituto Superiore di Sanità,

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

contengono le misure di prevenzione e altre azioni specifiche da attuarsi nello specifico contesto della struttura con il supporto dei Dipartimenti di Prevenzione, oltre che misure di monitoraggio circa l'adempimento delle indicazioni fornite ad ogni singola struttura.

Considerati da un lato l'andamento attuale dell'epidemia e la graduale riapertura delle attività produttive della "fase 2" con il connesso tendenziale allentamento del distanziamento sociale, e dall'altro l'elevato fabbisogno assistenziale delle categorie più fragili, si ritiene di aggiornare le indicazioni già impartite, al fine di permettere alle strutture residenziali e semiresidenziali di garantire il servizio di assistenza con la massima sicurezza e nel rispetto delle disposizioni per il contenimento dell'epidemia in atto, riducendo il rischio di infezione da SARS-CoV-2 negli ospiti e negli operatori.

Risulta necessario, infatti, provvedere a rafforzare ulteriormente alcune misure di prevenzione e contrasto alla diffusione del virus all'interno delle suddette strutture, al fine di gestire con maggior sicurezza sia l'accesso di nuovi ospiti non autosufficienti e non assistibili a domicilio, supportando le famiglie sulle quali durante il periodo emergenziale ha gravato il lavoro di cura e di assistenza, sia le visite in struttura da parte di familiari e/o conoscenti, considerato il loro valore affettivo e sociale, di particolare rilevanza per il benessere psico-fisico delle persone istituzionalizzate.

Pertanto, le indicazioni di seguito formulate trovano applicazione nei confronti di anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale, categorie già indicate nella nota regionale prot. n. 122366/2020, compatibilmente con le specificità di detti *target* di utenza e di ogni singola struttura.

Le presenti *Linee di indirizzo per le Strutture semiresidenziali e residenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale* costituiscono una versione ad interim, che fornisce indicazioni valide per la gestione dell'attuale scenario epidemiologico e andrà rivalutata nel tempo in considerazione delle eventuali nuove indicazioni di carattere scientifico, delle raccomandazioni nazionali ed internazionali e in funzione dell'evoluzione dell'epidemia. Cambiamenti significativi della situazione epidemiologica o di altre variabili di contesto comporteranno l'aggiornamento del documento.

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020**

## Indicazioni operative “fase 3”

---

Le indicazioni di cui al presente provvedimento vanno adattate ad ogni singola struttura, individuando le misure più efficaci in relazione al contesto specifico.

### **1. Misure generali di prevenzione e protezione**

Le misure generali di prevenzione e mitigazione del rischio non derogabili, in quanto fattori di protezione “chiave” in ogni contesto di comunità (strutture residenziali e semiresidenziali per persone non autosufficienti, persone con disabilità, persone affette da patologie psichiatriche, persone con dipendenza da sostanze/gioco d'azzardo, minori), includono le seguenti azioni e comportamenti igienico-sanitari standard rispetto ai quali l'ente gestore deve provvedere sensibilizzando gli ospiti/utenti e gli operatori:

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

Nell'obiettivo di garantire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti di persone all'interno delle strutture residenziali e semiresidenziali, a tutela sia degli ospiti/utenti sia dei visitatori/fornitori, si raccomanda che gli enti gestori, d'intesa con il Medico Competente e il Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione (RSPP), provvedano ad organizzare gli accessi alla struttura secondo criteri che riducano il più possibile il numero di persone compresenti, rendendolo compatibile con gli spazi disponibili.

### **2. Accessi di persone esterne (familiari/congiunti e operatori esterni)**

L'ente gestore deve porre in atto ogni possibile misura tesa ad evitare l'ingresso, anche temporaneo, nella struttura di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19, in quanto ciò rappresenta un fondamentale aspetto di prevenzione e protezione. In particolare, l'ente gestore deve impedire l'accesso a persone che presentino sintomi di infezione respiratoria acuta, anche di lieve entità, o che abbiano avuto un contatto stretto con casi di COVID-19 sospetti/probabili/confermati negli ultimi 14 giorni.

A tal fine è necessario mettere in atto un sistema di valutazione per chiunque debba accedere alla struttura residenziale o semiresidenziale in modo tale da consentire l'identificazione immediata di persone che

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

presentino sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito) e/o febbre. Si raccomanda che tale valutazione preveda:

- misurazione della temperatura (con termometri a distanza che non comportano il contatto, o termoscanter fissi, ove disponibili);
- ricordare all'ingresso tutte le norme comportamentali e le precauzioni raccomandate per la prevenzione dell'infezione da SARS-CoV-2.

### 2.1. Protocolli specifici per le visite di familiari e altri congiunti

Considerato il benessere psico-fisico degli ospiti delle strutture residenziali per il quale risulta fondamentale la dimensione affettiva e sociale della relazione con i familiari e/o altri congiunti, tenuto conto, a questo riguardo, dell'attuale andamento discendente del trend epidemiologico, si precisa che le visite sono consentite nel quadro delle misure generali di prevenzione e protezione richiamate al Paragrafo precedente. Pertanto, al fine di ulteriormente facilitare gli incontri con i familiari/congiunti le indicazioni già fornite con precedenti comunicazioni vengono con il presente atto confermate e opportunamente aggiornate.

Ciò premesso, gli enti gestori provvedono mediante specifici protocolli per l'accesso di familiari e visitatori che contemplino:

- ingressi limitati (per ogni ospite, la visita dovrà prevedere al massimo 2 persone contemporaneamente presenti ed una durata indicativa di 30 minuti) e scaglionati, limitando il numero di visitatori contemporaneamente presenti, secondo una specifica organizzazione che consenta lo svolgimento delle visite nel rispetto delle regole di distanziamento sociale, provvedendo mediante la prenotazione degli accessi dei visitatori così da evitare assembramenti anche negli spazi dedicati all'attesa dell'ingresso e compatibilmente con gli spazi disponibili;
- al momento della prenotazione l'ente gestore valuta lo stato di salute del visitatore attraverso la compilazione di un breve questionario come da Allegato 1 (checklist);
- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura residenziale e i familiari/congiunti dell'ospite, come da Allegato 2, per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi la visita, l'impegno ad informare la struttura;
- conservare l'elenco delle prenotazioni e delle visite per un periodo di 14 giorni, il questionario relativo allo stato di salute (checklist di cui all'Allegato 1) viene riproposto al momento dell'accesso del visitatore e viene datato e controfirmato dallo stesso;
- controllo dei visitatori rispetto al rischio di infezione da SARS-CoV-2 e il divieto di accesso alla struttura da parte di visitatori che presentino segni o sintomi suggestivi dell'infezione (es. febbre (> 37,5°C), tosse, difficoltà respiratoria, congiuntivite) o che risultano contatti stretti di persona sospetta o confermata COVID-19;
- utilizzo costante e corretto della mascherina chirurgica da parte di tutti i visitatori;
- prevedere l'utilizzo della mascherina chirurgica anche da parte degli ospiti che ricevono le visite;
- far eseguire al visitatore l'igiene delle mani all'ingresso in struttura;
- preferire per le visite, in particolare per la stagione primaverile ed estiva e compatibilmente con le condizioni dell'ospite, gli spazi esterni nel rispetto delle regole di igiene e sicurezza;
- escludere, in questa fase, ogni accesso di familiari e/o altri congiunti all'interno dei nuclei di degenza; è possibile una deroga solo per i casi di estrema necessità o indifferibilità (es. nel caso di fine vita) e su autorizzazione della Direzione sanitaria o, per le strutture che non prevedono questa figura, su

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020**

autorizzazione dell'ente gestore d'intesa con il Medico curante di riferimento, che provvederanno a definire anche le modalità di accesso in sicurezza;

- per le visite condotte all'interno della struttura individuare spazi e luoghi dedicati, che garantiscano il rispetto del distanziamento sociale e delle norme igieniche;
- limitare al minimo il transito del visitatore per gli spazi comuni, prevedendo per le visite orari adeguati e compatibili alle restanti attività di ospiti e operatori;
- idonea aerazione del locale dove è avvenuta la visita;
- detersione e sanificazione degli ambienti al termine della visita con particolare attenzione agli elementi che vengono più frequentemente toccati con le mani e alle superfici di appoggio;
- presenza di dispenser di soluzione idroalcolica nello spazio dove avviene la visita.

**2.2. Sensibilizzazione e formazione dei visitatori**

L'adeguata sensibilizzazione e formazione dei visitatori sono fondamentali nella prevenzione e nel controllo dei casi di COVID-19, anche in considerazione delle difficoltà che si possono incontrare nel far seguire le stesse norme agli ospiti proprio per le loro particolari situazioni di fragilità. Per questo, i metodi devono essere il più possibile adattati e resi compatibili con gli specifici target di utenza e le realtà locali. La sensibilizzazione e la formazione devono concentrarsi sul rispetto delle seguenti misure:

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

Se possibile, la sensibilizzazione, l'educazione e la formazione degli ospiti e dei visitatori dovrebbero basarsi su sessioni di breve durata (non più di 30 o 60 minuti), e includere esercitazioni pratiche o anche ricreative (ad esempio, dimostrazioni sulle pratiche per l'igiene delle mani e respiratoria, video, canzoni sull'igiene delle mani, ecc.).

Queste attività dovrebbero essere supportate da poster e altri supporti audio-visivi (cartoline, volantini, ecc.). L'utilizzo di social media può anche essere considerato se utile, soprattutto per sensibilizzare i visitatori.

Per rafforzare la sensibilizzazione e la formazione del personale, degli ospiti e dei visitatori è importante utilizzare promemoria visivi come poster, cartelli, volantini, screen-saver che dovrebbero, ad esempio, insistere sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni, nonché sulla necessità di monitorare il proprio buono stato di salute. Inoltre, è importante utilizzare tali strumenti (opuscoli informativi, poster) per informare adeguatamente i familiari sull'importanza della gestione delle visite secondo le modalità e le misure di prevenzione e protezione indicate ai paragrafi precedenti onde contenere al massimo il rischio di diffusione dell'infezione all'interno della struttura residenziale. Messaggi e promemoria visivi possono anche essere diffusi attraverso i social media. L'ISS ha preparato una sezione del proprio sito web dove scaricare documenti tecnici e infografiche.

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



### 2.3. Fornitori, manutentori e altri operatori esterni

Tutti i fornitori, manutentori e altri operatori esterni che accedono alla struttura devono sempre utilizzare idonei dispositivi di protezione, con particolare attenzione alla mascherina, sempre ben posizionata, e praticare un'accurata igiene delle mani.

La loro permanenza nei locali deve essere limitata al tempo strettamente necessario per l'effettuazione delle attività specifiche. La consegna della merce deve avvenire attraverso un unico ingresso per un maggior controllo, seguendo percorsi prestabiliti dal responsabile della struttura.

Il personale della struttura deve monitorare la temperatura di fornitori, manutentori e/o altri operatori esterni, attraverso termometri a distanza o termoscanner fissi, e indagare l'eventuale presenza di sintomi di infezione respiratoria acuta, vietando l'ingresso qualora fossero riscontrati febbre o altra sintomatologia indicativa di infezione.

Per gli operatori/fornitori/manutentori esterni la cui attività all'interno della struttura comporta vicinanza agli ospiti e una prolungata permanenza negli ambienti di vita dei suddetti, si richiede la compilazione del questionario di cui all'Allegato 1.

### 3. Nuovi ingressi e riammissioni in struttura per anziani non autosufficienti

Fatta salva la disciplina vigente per gli inserimenti nelle strutture residenziali specifica per ciascun target di utenza oggetto del presente atto, l'accoglimento di nuovi ospiti deve avvenire nel rispetto delle indicazioni già fornite con precedenti comunicazioni, che con il presente atto vengono confermate e opportunamente aggiornate in relazione all'andamento decrescente del trend epidemiologico.

Si precisa che l'accoglimento di nuovi ospiti è permesso solo nelle strutture residenziali in cui non sono presenti ospiti COVID-19 positivi (COVID-free); laddove presenti, l'accoglimento in parola è permesso solo nel caso in cui il modello strutturale-organizzativo garantisca una netta separazione delle attività dedicate agli ospiti COVID-19 positivi.

#### 3.1. Nuovi ingressi

I nuovi accoglimenti dovranno, da un lato, garantire una presenza di ospiti compatibile con le esigenze di gestione dei casi in isolamento e, dall'altro, avvenire sulla base delle attuali modalità di accesso che consentono di dare precedenza alle persone la cui gravità unita al prolungato permanere al domicilio sta causando problemi di tipo sanitario (fisico e psichico) e sociale alla persona e alla famiglia. Con le stesse modalità dovranno continuare ad essere regolamentati anche gli ingressi temporanei programmati, mentre continuano ad essere garantiti gli ingressi urgenti e improcrastinabili, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni di salute dell'utente.

##### 3.1.1. Area di accoglienza temporanea

L'ente gestore, per consentire l'accesso di nuovi ospiti, deve allestire un'area (camere possibilmente con bagno) di accoglienza temporanea dedicata ai nuovi ospiti con l'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale, allo scopo di attuare un'ulteriore barriera contro la diffusione del virus da soggetti in una possibile fase di incubazione. Devono essere attuate, secondo specifica organizzazione interna, tutte le misure idonee a mantenere l'isolamento tra gli ospiti nell'area di accoglienza e tra questi e il resto degli ospiti della struttura. L'ente gestore dovrà, inoltre, individuare uno o più medici (Medici Curanti incaricati dall'ente gestore/Azienda ULSS o Medici di Medicina Generale/Pediatri di Libera Scelta) che avranno il compito di effettuare le visite propedeutiche all'ingresso e gestire gli ospiti durante il periodo di osservazione (quarantena) prima dell'accoglimento definitivo.

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



### 3.1.2. Modalità di accoglimento di un nuovo ospite

In questa fase di evoluzione del trend epidemiologico si attuano le misure di seguito riportate; successivamente, se l'andamento permane con trend discendente, si potranno valutare possibili modalità finalizzate ad una riduzione del tempo di isolamento (quarantena) presso la struttura residenziale.

### 3.1.3. Verifiche propedeutiche

Prima dell'accoglimento definitivo di un nuovo ospite l'ente gestore dovrà necessariamente verificare le seguenti condizioni: "assenza di segni o sintomi di malattia (in particolare l'insorgenza improvvisa nei 14 giorni precedenti di: febbre, tosse e difficoltà respiratorie)" e "non essere stato a contatto stretto con un caso confermato o probabile di SARS-CoV-2". Tali verifiche dovranno essere effettuate mediante **triage** telefonico avvalendosi del Medico di Medicina Generale se la persona proviene dal domicilio, dal Medico dell'Ospedale di Comunità o dal Medico Ospedaliero se la persona proviene da percorso di dimissione ospedaliera secondo quanto previsto al Paragrafo 3.2, dal Medico Curante che in quel momento ha in carico la persona se questa proviene da altra struttura residenziale. Comunque, al momento dell'accesso della persona alla struttura (area di accoglienza temporanea) è necessario accertarsi mediante visita da parte di un Medico, tra quelli individuati dall'ente gestore per la gestione degli ospiti durante il periodo di osservazione, dell'assenza di condizioni di rischio in atto. Il medico deve verificare, secondo le indicazioni del Ministero della Salute<sup>1</sup>, che la persona non si trovi nelle condizioni di caso "sospetto", "probabile" o "confermato".

### 3.1.4. Saggi diagnostici e protocolli di monitoraggio

Verificata l'assenza delle condizioni di rischio in atto secondo le modalità su indicate, dev'essere effettuato (a cura degli operatori/infermieri della struttura ovvero operatori dell'Azienda ULSS), un tampone nasofaringeo (nota regionale prot. n. 128527 del 20 Marzo 2020). Il test diagnostico può essere eseguito anche precedentemente all'ingresso dell'ospite, purché entro le 48 ore antecedenti l'ingresso stesso. L'eventuale negatività di questo tampone non implica tuttavia la sicurezza che questo ospite non possa sviluppare una malattia nei giorni successivi. Il tampone negativo all'ingresso deve, quindi, essere ripetuto dopo 14 giorni, prima della sistemazione definitiva. Successivamente, come per tutti gli altri ospiti, devono essere applicati i protocolli di monitoraggio dello stato di salute dell'ospite attraverso la verifica della presenza di segni o sintomi suggestivi dell'infezione previsti in accordo con le indicazioni regionali.

---

#### <sup>1</sup> **Caso sospetto di COVID-19 che richiede esecuzione di test diagnostico:**

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

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

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

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

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



Per tutti gli ospiti, ma con particolare attenzione a coloro che sono presenti nell'area di accoglienza temporanea per tutti i 14 giorni, deve essere garantito un monitoraggio per l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio. Tale monitoraggio deve prevedere la misurazione della temperatura due volte al giorno, possibilmente attraverso termometri per la misurazione a distanza. Se necessario, comunicare tempestivamente al personale medico la situazione per la gestione del caso.

### 3.2 Riammissioni in struttura e trasferimenti interni

#### 3.2.1. Rientro da Pronto Soccorso o da Poliambulatorio

Premesso che l'ospite di una struttura residenziale extraospedaliera che si reca nelle strutture ospedaliere e/o poliambulatoriali deve indossare la mascherina chirurgica e rispettare il distanziamento sociale, si pongono le seguenti indicazioni:

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un accesso al pronto soccorso (PS), poiché in tale situazione, secondo le procedure indicate nelle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2*, tutti gli utenti che accedono al PS devono transitare in un'area di pre-accettazione esterna alla struttura dove vengono identificati attraverso pre-triage i casi sospetti per COVID-19 che verranno avviati alla valutazione all'interno al percorso compatibile COVID-19 con esecuzione del tampone nasofaringeo, mentre tutti i casi non sospetti sono avviati al percorso standard di gestione e cura, mantenuto distinto e funzionalmente separato e quindi considerato "pulito" e protetto, al rientro nella struttura residenziale non è necessario seguire l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite;
- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un accesso ad una struttura poliambulatoriale per prestazioni specialistiche, di laboratorio e di diagnostica strumentale, per le quali il tempo di permanenza nel poliambulatorio è breve, poiché in tale situazione, secondo le procedure indicate nelle *Linee di indirizzo regionali per la riapertura delle attività sanitarie - Fase 2*, per tutti i pazienti che accedono alle prestazioni ambulatoriali e si trovano in condizioni di particolare fragilità (es. oncologici, trapiantati) si dovrà prendere in considerazione l'opportunità di attivare percorsi separati rispetto agli altri utenti, con accesso ad ambulatori dedicati, al rientro nella struttura residenziale non è necessario seguire l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.
- A riguardo l'Azienda ULSS provvede per tali utenti "attivando opportuni e precisi percorsi prioritari e speciali per favorirne l'accesso, e la riduzione al minimo dei tempi di attesa", nonché atti a garantire la minore permanenza presso la struttura poliambulatoriale e in pronto soccorso.

#### 3.2.2. Trasferimenti interni alla struttura residenziale

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale sia trasferito da una sezione (es. nucleo o modulo) all'altra della stessa struttura, non sono necessari provvedimenti cautelativi *ad hoc* qualora tali trasferimenti avvengano tra sezioni "COVID-free";

#### 3.2.3. Rientro da ricovero ospedaliero

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per COVID-19 e venga dimesso dopo l'acquisizione della negatività di due tamponi a distanza di almeno 24 ore, il rientro in struttura potrà avvenire senza il periodo precauzionale di quarantena.

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020**

- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per COVID-19 e venga dimesso senza l'acquisizione della negatività di due tamponi a distanza di 24 ore, il rientro in struttura è subordinato all'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite, l'Azienda ULSS di riferimento provvede disponendo che la quarantena avvenga all'interno di un Ospedale di Comunità, con l'esecuzione di un tampone all'inizio e alla fine della stessa;
- nel caso in cui l'ospite della struttura residenziale abbia avuto un ricovero ospedaliero per altra causa, il rientro in struttura è subordinato all'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite, l'Azienda ULSS di riferimento provvede disponendo che la quarantena avvenga all'interno di un Ospedale di Comunità, con l'esecuzione di un tampone all'inizio e alla fine della stessa.

**3.2.4. Altre casistiche**

- Premesso che in via generale non sono ammessi i soggiorni fuori dalla struttura nel fine settimana, nei casi eccezionali in cui l'ospite rientra in struttura dopo aver soggiornato lontano da essa o proviene da altra struttura (trasferimento) si applica l'iter cautelativo previsto per l'accoglimento di un nuovo ospite.

**4. Indicazioni specifiche per tipologia di struttura**

Di seguito si forniscono indicazioni specifiche per talune strutture residenziali e semiresidenziali che costituiscono opportuni adeguamenti e aggiunte a quanto definito ai Paragrafi precedenti in considerazione dei particolari target di utenza e dei parametri organizzativo-funzionali stabiliti per queste strutture dalla programmazione regionale e attuativa locale.

**4.1 Strutture residenziali**

Tali indicazioni valgono per le strutture residenziali di seguito elencate:

1. Comunità Alloggio per persone con disabilità;
2. Comunità residenziali per minori (*Comunità educativa per minori, Comunità educativa per minori con pronta accoglienza, Comunità educativa-riabilitativa per preadolescenti/adolescenti, Comunità terapeutica riabilitativa protetta; Comunità educativa mamma-bambino, Comunità familiare*);
3. Servizi residenziali dell'area dipendenze;
4. Strutture residenziali dell'area salute mentale.

All'interno delle sopracitate strutture residenziali, devono essere applicati i protocolli di prevenzione e protezione per il contenimento della diffusione del virus (igienizzazione mani, uso corretto mascherine chirurgiche, distanziamento interpersonale, misurazione temperatura corporea, ecc.) indicati nei Paragrafi precedenti del presente documento.

Per i **nuovi ingressi** e i **trasferimenti da altre strutture residenziali (COVID-free)**, salva ogni altra indicazione di cui al Paragrafo 3:

- esecuzione del saggio diagnostico (tampone nasofaringeo) al momento dell'ingresso nella struttura (prima giornata), mantenendo l'ospite in quarantena fino al referto negativo del saggio diagnostico a seguito del quale l'ospite verrà ammesso alle attività del servizio senza necessità di effettuare un secondo tampone;

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



- durante i primi 14 giorni dall'ingresso e successivamente l'ospite dovrà essere attentamente monitorato dagli operati del servizio residenziale;
- nel caso in cui il referto del saggio diagnostico risultasse positivo si applica il protocollo previsto dal Dipartimento di Prevenzione della Regione del Veneto;
- le persone ospiti delle strutture residenziali che si recano fuori dalla struttura residenziale per motivi terapeutico-riabilitativi non dovranno sottoporsi all'iter cautelativo di cui ai punti precedenti, ma, al rientro, saranno monitorati per valutare la comparsa di eventuali segni e sintomi. In caso di dubbio saranno sottoposti a visita medica, con applicazione dell'iter cautelativo previsto ai punti precedenti per questo target di utenza;
- nel caso di nuovi ingressi in strutture residenziali dell'area dipendenze, il triage di ingresso potrà essere eseguito anche dal medico del SerD. In caso di sintomatologia sospetta per COVID-19, il Medico del SerD rimanda in ogni caso il soggetto al Medico di Medicina Generale per le valutazioni cliniche di competenza.

Per le **visite**, salvo quanto indicato al Paragrafo 2, si prevede che possano essere effettuate, anche mediante rientro in famiglia del soggetto, secondo le previsioni del progetto individualizzato. Pertanto, tali rientri in famiglia potranno essere concordati e programmati con l'ente gestore, nel rispetto delle predette comunicazioni di legge, secondo le previsioni del progetto individualizzato e con le seguenti modalità:

- sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura residenziale e i familiari/congiunti dell'ospite (Allegato 2) per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro in famiglia, l'impegno ad informare la struttura;
- conservare l'elenco delle visite extra residenziali/rientri in famiglia per un periodo di 14 giorni;
- solo per i minori, nel caso in cui l'inserimento sia avvenuto a seguito di provvedimento del Tribunale per i minorenni, tali rientri in famiglia sono consentiti previa comunicazione all'autorità giudiziaria competente, e comunque sempre secondo le previsioni del progetto educativo individualizzato.

In caso di **insorgenza di febbre o di altra sintomatologia sospetta**:

- l'ente gestore provvede all'isolamento della persona ospite della struttura, attivando il seguente iter cautelativo: esecuzione del saggio diagnostico (tampone nasofaringeo), mantenendo l'ospite in quarantena fino al referto negativo del saggio diagnostico a seguito del quale l'ospite verrà riammesso alle attività della struttura residenziale senza necessità di effettuare un secondo tampone. Dove non sia realizzabile l'isolamento (quarantena) all'interno della struttura, si possono attivare, con la supervisione dell'Azienda ULSS competente, modalità alternative per il periodo di isolamento.

### 4.2 Strutture semiresidenziali

Per tutte le strutture semiresidenziali è prevista la sottoscrizione preventiva di un patto di responsabilità reciproca tra l'ente gestore della struttura semiresidenziale e il soggetto interessato o familiari/congiunti dello stesso (Allegato 2) per il rispetto delle regole di contrasto alla diffusione del virus che prevede, tra l'altro, l'autodichiarazione circa la non presenza nell'ambito del proprio nucleo familiare di persone con febbre o sintomi di malattia respiratoria e, nel caso in cui un componente del nucleo familiare dovesse presentare questi sintomi nei giorni successivi il rientro in famiglia, l'impegno ad informare la struttura.

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



Potrà essere prevista la misurazione quotidiana della temperatura (con termometri a distanza che non comportano il contatto, o termoscanner fissi, ove disponibili), in caso di  $T > 37,5^{\circ}\text{C}$  il soggetto non potrà accedere al servizio e sarà rinviato, anche per il tramite di familiari e accompagnatori, a rivolgersi al proprio medico di medicina generale o pediatra di libera scelta.

### 4.2.1. Servizi semiresidenziali per persone con disabilità

Con riferimento alle "Indicazioni per la riattivazione graduale dei servizi semiresidenziali per persone con disabilità" di cui alla DGR n. 595 del 12 Maggio 2020 stante l'andamento epidemiologico discendente, si introducono le seguenti varianti:

- compartimentazione funzionale: al fine di favorire i processi di riattivazione e l'organizzazione delle attività l'ente gestore può valutare la possibilità di estendere la numerosità dei gruppi fino ad un massimo di 10 utenti;
- monitoraggio e controllo: la tempistica di effettuazione dei test di screening agli operatori del servizio semiresidenziale corrisponde a quella riferita alla generalità degli operatori sanitari prevista nell'ambito del Piano di Sanità Pubblica e successive integrazioni;
- è prevista, inoltre, l'effettuazione del tampone nasofaringeo ai soggetti con disabilità nella fase iniziale di riattivazione del servizio, preventivamente al primo accesso dell'utente. A seguire gli operatori provvederanno a osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.) negli stessi utenti del servizio.

### 4.2.2. Servizi semiresidenziali dell'area salute mentale

Con riferimento ai servizi semiresidenziali dell'area salute mentale si precisa che, nel quadro delle misure generali di prevenzione e protezione di cui al presente provvedimento, le indicazioni stabilite con DGR n. 595 del 12 Maggio 2020, con gli aggiornamenti introdotti al Paragrafo precedente, sono da intendersi estese anche ai servizi in oggetto.

### 4.2.3. Servizi semiresidenziali per anziani

Con riferimento ai servizi semiresidenziali per anziani le cui attività sono state sospese a far data dal 6 Marzo 2020, si ritiene che nell'attuale "fase 3" tali servizi possano essere riattivati. A tal fine, vanno implementate anche per detti servizi le misure di prevenzione e contenimento, nonché di priorità nell'eventualità di dover selezionare gli utenti per esigenze di distanziamento sociale, indicate ai paragrafi precedenti. Il modello organizzativo deve garantire netta separazione tra attività semiresidenziale ed eventuale attività residenziale concomitante.

Preventivamente al primo accesso dell'utente, dovrà essere effettuato il triage secondo le indicazioni riportate al Paragrafo 3.1 ed effettuato il saggio diagnostico (tampone nasofaringeo), a cura degli operatori della struttura che provvederanno, altresì, ad osservare nel tempo l'evenienza di sintomi che possano far sospettare una infezione da SARS-CoV-2 (febbre, tosse, difficoltà respiratorie, ecc.) negli stessi utenti del servizio.

Con riferimento al servizio di trasporto degli utenti dal domicilio al servizio semiresidenziale vanno seguite le misure indicate nelle linee guida specifiche di cui al DPCM 26 Aprile 2020 con particolare riguardo al numero massimo di passeggeri che dev'essere tale da garantire il rispetto della distanza di un metro tra gli stessi e all'obbligo per i passeggeri di indossare la mascherina sempre correttamente posizionata. Solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato privatamente da un conducente-accompagnatore convivente della persona anziana il limite della distanza su richiamato può essere derogato.

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



### 4.2.4. Centri Sollievo

Per i centri sollievo, si ritiene che nello scenario epidemiologico attuale della "fase 3", sia possibile per ciascun Associazione di Volontariato valutare la ripresa delle attività, sulla base della disponibilità dei propri volontari e in considerazione degli spazi e del contesto specifico. La riapertura deve comunque attenersi, oltre che alle raccomandazioni igienico-sanitarie di carattere generale, anche alle indicazioni seguenti:

- compartimentazione funzionale: al fine di favorire i processi di riattivazione e l'organizzazione delle attività l'Associazione può valutare la possibilità di prevedere lo svolgimento delle attività per gruppi separati aventi una numerosità fino ad un massimo di 10 utenti;
- per il trasporto degli utenti dal domicilio al centro vanno seguite le misure indicate nelle linee guida specifiche di cui al DPCM 26 Aprile 2020 con particolare riguardo al numero massimo di passeggeri che dev'essere tale da garantire il rispetto della distanza di un metro tra gli stessi e all'obbligo per i passeggeri di indossare la mascherina sempre correttamente posizionata. Solo nel caso in cui il trasporto venga effettuato privatamente da un conducente-accompagnatore convivente della persona anziana il limite della distanza su richiamato può essere derogato;
- far indossare la mascherina ai volontari e a tutto il personale, compatibilmente allo stato di salute, ad eccezione di tutte le condizioni per cui non è normativamente previsto tale obbligo; particolare importanza ha l'utilizzo della mascherina negli ambienti chiusi;
- organizzare tutte le attività, inclusi gli accessi, in modo da favorire il distanziamento interpersonale ed evitare assembramenti con particolare attenzione anche a volontari e accompagnatori.

## 5. Prevenzione vaccinale nelle strutture residenziali per anziani

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico e della sua possibile evoluzione nel corso dei prossimi mesi, la Regione del Veneto prevede uno specifico piano vaccinale dedicato alle persone che frequentano le strutture residenziali per anziani (operatori sanitari e personale che opera nella struttura, fornitori e manutentori, visitatori e familiari) sul quale sarà effettuato una specifica campagna informativa e un'attività di monitoraggio.

Per tutti gli **ospiti** della struttura sarà avviata, con la regia del Servizio di Igiene e Sanità Pubblica dell'Azienda ULSS di riferimento e in collaborazione con medici operanti nella struttura stessa, una specifica campagna vaccinale di recupero contro il pneumococco per tutti i soggetti non già vaccinati in linea con le indicazioni nazionali<sup>2</sup> e regionali. Sarà, inoltre, continuata e rafforzata la campagna di vaccinazione antinfluenzale stagionale.

Per gli **operatori sanitari e personale** che opera nella struttura viene fortemente raccomandata la vaccinazione antinfluenzale stagionale al fine di ridurre la circolazione del virus influenzale all'interno delle strutture residenziali per anziani e, quindi, l'incidenza della patologia in una popolazione particolarmente fragile e potenzialmente a maggior rischio di evoluzione grave, con conseguente riduzione delle ospedalizzazioni e della mortalità per influenza. Al contempo, si ridurrebbero le assenze stagionali per malattia degli operatori sanitari, causa di serie ripercussioni sulle normali attività delle varie strutture. Infine, dal momento che i sintomi dell'influenza, almeno in una fase iniziale, sono molto simili a quelli causati dall'infezione da SARS-CoV-2,

<sup>2</sup> Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale PNPV 2017-2019; Conferenza Stato-Regioni il 19 gennaio 2017 e pubblicato in Gazzetta Ufficiale il mese successivo (G.U. Serie Generale, n. 41 del 18 febbraio 2017).

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



l'aumento della copertura vaccinale antinfluenzale faciliterebbe la diagnosi differenziale di quest'ultima, portando più precocemente all'isolamento di eventuali nuovi casi di Coronavirus all'interno delle strutture.

Per **tutti i visitatori** è raccomandata la vaccinazione antinfluenzale, questa strategia ha lo scopo di ridurre quanto più possibile la circolazione del virus dell'influenza all'interno di tali contesti assistenziali per proteggere gli ospiti dalle complicanze stesse dell'influenza e facilitare la diagnosi differenziale con eventuali manifestazioni da COVID-19 nel periodo in cui tali infezioni potrebbero sovrapporsi. Semplificare la diagnosi differenziale consentirà di gestire più tempestivamente e con maggiore efficienza sia sotto il profilo clinico che organizzativo l'eventuale presenza di ospiti con sintomatologia sospetta.

### **6. Medicina necroscopica nelle strutture residenziali per anziani**

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

### **7. Formazione**

Nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS-CoV-2 è necessaria la massima attenzione nei confronti dei gruppi di popolazione fragile. Considerato l'elevato fabbisogno assistenziale dell'anziano fragile, il rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020, recante "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie", fornisce indicazioni che permettono a tutte le strutture di avere un'adeguata formazione per ridurre il rischio di infezione da COVID-19 degli ospiti e negli operatori.

Per tale motivo, la Regione del Veneto in collaborazione con la Fondazione Scuola di Sanità Pubblica, ha provveduto all'attivazione di un corso FAD, che offre al personale sanitario e di assistenza operante all'interno di tali strutture indicazioni da seguire su come attuare correttamente le misure di prevenzione e controllo delle infezioni per limitare la trasmissione della malattia nel corso dell'attuale emergenza da COVID-19, adottando opportune precauzioni standard e procedure di isolamento. Le modalità di accesso e fruizione al corso sono state comunicate alle singole Aziende ULSS.

Il corso è obbligatorio per tutto il personale operante nelle strutture residenziali e considera i seguenti obiettivi formativi:

- Conoscere le caratteristiche del virus e le sue modalità di trasmissione, l'epidemiologia, la diagnosi, il trattamento e le procedure da seguire in presenza di casi sospetti probabili o confermati.
- Sviluppare modalità relazionali e comportamenti da attuare nei momenti di pausa e nelle riunioni.

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020****REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

- Conoscere e distinguere i DPI e i dispositivi appropriati da utilizzare secondo il tipo di procedura assistenziale e in base alla valutazione del rischio.
- Apprendere la sequenza corretta di vestizione e svestizione.
- Riconoscere la modalità sicura di disinfezione dei dispositivi riutilizzabili.
- Conoscere le principali norme comportamentali definite dalle Precauzioni Standard per la prevenzione delle infezioni.
- Conoscere gli atti e le procedure operative regionali e aziendali per il contrasto all'epidemia.

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020****Allegato 1. Checklist di valutazione all'ingresso del visitatore**

L'accesso da parte di parenti e visitatori alle strutture è limitato ed è necessaria la massima collaborazione di tutti al fine di garantire le migliori condizioni di sicurezza a tutti gli ospiti. Le chiediamo quindi di rispondere alle seguenti domande.

**DATI ANAGRAFICI**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

Data di Nascita \_\_\_\_\_ Luogo di Nascita \_\_\_\_\_

Comune di Residenza \_\_\_\_\_ Via \_\_\_\_\_

Contatto telefonico \_\_\_\_\_ email \_\_\_\_\_

**Negli ultimi 14 giorni:**

- ha avuto un contatto stretto\* o convivono con una persona con diagnosi sospetta o confermata di infezione da coronavirus (COVID-19)?
- ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con febbre (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha avuto un contatto stretto\* con una o più persone con sintomi compatibili con COVID-19 (in casa, ufficio, lavoro, ecc.)?
- ha ricevuto disposizioni di isolamento domiciliare per COVID-19?
- è in attesa di effettuare o di ricevere il referto di un tampone per COVID-19?
- è deceduto, inaspettatamente, un familiare, un convivente, o una persona abitualmente frequentata con una diagnosi o sospetto COVID-19?

**\* I contatti stretti di COVID-19 sono definiti come coloro che negli ultimi 14 giorni:**

- hanno avuto un contatto fisico diretto con un individuo (per esempio la stretta di mano);
- hanno avuto un contatto diretto non protetto con delle secrezioni di un altro individuo (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- hanno avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un altro individuo, a distanza minore di 1 metro e di durata maggiore a 15 minuti;
- si sono trovati in un ambiente chiuso (ad esempio soggiorno, sala riunioni, sala d'attesa), con un altro individuo, per almeno 15 minuti, a distanza minore di 1 metro.
- sono da considerarsi rilevanti i contatti avvenuti nei due giorni precedenti all'insorgenza dei sintomi nel caso e successivamente fino al momento della diagnosi e dell'isolamento.

**Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020**



**REGIONE DEL VENETO**

giunta regionale

Presenta anche solo uno dei seguenti sintomi?

- febbre (temperatura  $\geq 37.5^{\circ}\text{C}$ ) - da accertare anche al momento dell'ingresso in struttura
- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> tosse                    | <input type="checkbox"/> congiuntivite                                       |
| <input type="checkbox"/> astenia                  | <input type="checkbox"/> diarrea   |
| <input type="checkbox"/> dolori muscolari diffusi | <input type="checkbox"/> vomito  |
| <input type="checkbox"/> mal di testa             | <input type="checkbox"/> aritmia (tachi- o bradiaritmia) o episodi sincopali |
| <input type="checkbox"/> raffreddore              | <input type="checkbox"/> Anosmia (disturbi nella percezione di odore)        |
| <input type="checkbox"/> mal di gola              | <input type="checkbox"/> A-disgeusia (disturbi della percezione del gusto)   |

In base alla valutazione effettuata dal personale della struttura è autorizzato all'accesso alla struttura

- SÌ  
 NO

per la visita alla/al Sig.ra/Sig. \_\_\_\_\_

o per altro motivo \_\_\_\_\_

**Visto da (il responsabile della struttura o suo delegato)**

Nome Cognome \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

*Le presenti informazioni saranno conservate nella struttura per almeno 14 giorni e messe a disposizione delle autorità sanitarie competenti qualora richiesto. Il presente modulo sarà conservato all'interno della struttura secondo le modalità previste dalle normative vigenti che regolano la privacy e potrà essere fatta richiesta di copia conforme alla direzione della struttura.*

*Consapevole delle responsabilità penali, nel caso di dichiarazioni mendaci di cui all'Art.76 del D.P.R. 28 dicembre 2000 n.445, dichiara l'attendibilità delle informazioni fornite e di aver preso visione e di attenersi al regolamento visitatori.*

Data \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



**Allegato 2. FAC-SIMILE N° 1 - PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA  
TRA ENTE GESTORE DELLA STRUTTURA RESIDENZIALE E FAMILIARI/CONGIUNTI DELL'OSPITE**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di responsabile della struttura residenziale  
\_\_\_\_\_ sita in \_\_\_\_\_

**E**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_ nato/a a \_\_\_\_\_ il  
\_\_\_\_\_, e residente in \_\_\_\_\_  
C.F. \_\_\_\_\_ in qualità di genitore/familiare/amministratore di sostegno:  
\_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_, nato/a a  
\_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_, e residente in  
\_\_\_\_\_ C.F. \_\_\_\_\_

**entrambi consapevoli di tutte le conseguenze civili e penali previste in caso di dichiarazioni mendaci, SOTTOSCRIVONO IL SEGUENTE PATTO DI RESPONSABILITÀ RECIPROCA INERENTE LA POSSIBILITÀ DI VISITA/RIENTRO IN FAMIGLIA/INCONTRO IN SPAZIO PROTETTO/ALTRO \_\_\_\_\_ DELL'OSPITE, con il quale dichiarano di aver preso visione dell'Ordinanza del Presidente della Regione del Veneto n. 55 del 29 Maggio 2020 "Linee di indirizzo Strutture residenziali extraospedaliere" e successive modifiche e integrazioni e si impegnano ad attenersi, nel rispetto degli interventi e delle misure di sicurezza per la prevenzione e il contenimento della diffusione di SARS-CoV-2.**

**In particolare, il genitore/familiare/amministratore di sostegno, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta**

**DICHIARA**

- di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio vigenti alla data odierna;
- che nessun convivente all'interno del proprio nucleo familiare/residenziale è sottoposto alla misura della quarantena ovvero è risultato positivo al COVID-19;
- di auto-monitorare le proprie condizioni di salute, quelle dei propri familiari e conviventi (contatti stretti), avvalendosi anche del supporto del Medico di Medicina Generale e del Pediatra di Libera Scelta di riferimento;
- di, ogni qualvolta il genitore/familiare/amministratore di sostegno stesso o uno qualunque dei familiari e conviventi (contatti stretti) presenti sintomi sospetti per infezione da Nuovo Coronavirus (a titolo di esempio: febbre, difficoltà respiratorie, perdita del gusto e/o dell'olfatto, mal di gola, tosse, congestione nasale, congiuntivite, vomito, diarrea, ecc.):

## Allegato A all'Ordinanza n. 61 del 22 giugno 2020



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

- evitare di accedere alla struttura residenziale, informando il gestore del servizio;
- rientrare prontamente al proprio domicilio;
- rivolgersi tempestivamente al Medico di Medicina Generale e/o al Pediatra di Libera Scelta di riferimento per le valutazioni del caso e l'eventuale attivazione delle procedure previste per l'esecuzione del tampone nasofaringeo;
- di essere consapevole ed accettare che, in caso di insorgenza di febbre o di altra sintomatologia (tra quelle sopra riportate), l'ente gestore provvede all'isolamento immediato dell'ospite, nonché all'adozione delle misure di prevenzione previste dall'allegato 3 dell'ordinanza del Presidente della Regione del Veneto n. 55 del 29 Maggio 2020 e s.m.i., Paragrafo 2.3 Nuovi ingressi o riammissioni in struttura;
- di essere stato adeguatamente informato di tutte le disposizioni organizzative e igienico-sanitarie per la sicurezza e per il contenimento del rischio di diffusione del contagio da COVID-19 ed in particolare delle disposizioni per gli accessi e la permanenza nella struttura residenziale;
- di impegnarsi ad adottare, anche nei tempi e nei luoghi che l'ospite trascorre fuori dalla struttura residenziale, comportamenti di massima precauzione;
- di essere consapevole che nel momento di una ripresa di attività di interazione, seppur controllata, non è possibile azzerare il rischio di contagio che invece va ridotto al minimo attraverso la scrupolosa e rigorosa osservanza delle misure di precauzione e sicurezza previste dalle linee di indirizzo regionali per lo svolgimento delle attività; per questo è importante osservare la massima cautela anche al di fuori del contesto della struttura residenziale per persone con disabilità.

In particolare, il gestore, consapevole che l'infezione potrebbe essere asintomatica o paucisintomatica, e che, pertanto, dovrà essere garantita una forte alleanza tra le parti coinvolte e una comunicazione efficace e tempestiva in caso di sintomatologia sospetta

### DICHIARA

- di aver fornito puntuale informazione rispetto ad ogni dispositivo organizzativo e igienico-sanitario adottato per contenere la diffusione del contagio da COVID-19 e di impegnarsi a comunicare eventuali modifiche o integrazioni delle disposizioni;
- di impegnarsi a realizzare le procedure previste per l'ingresso e ad adottare tutte le prescrizioni igienico-sanitarie previste dalla normativa vigente e dalle linee di indirizzo regionali;
- di attenersi rigorosamente e scrupolosamente, nel caso di accertata infezione da COVID-19 da parte di un ospite o altra persona che accede alla struttura residenziale a ogni disposizione dell'autorità sanitaria locale.

**La firma del presente patto impegna le parti a rispettarlo in buona fede. Dal punto di vista giuridico non libera i soggetti che lo sottoscrivono da eventuali responsabilità in caso di mancato rispetto delle normative relative al contenimento dell'epidemia COVID-19, delle normative ordinarie sulla sicurezza sui luoghi di lavoro, nonché delle Linee Guida Nazionali e Regionali applicabili alle strutture residenziali per persone con disabilità.**

Il genitore/familiare/amministratore di sostegno

Il responsabile della Struttura residenziale

## Sezione seconda

## DELIBERAZIONI DELLA GIUNTA REGIONALE

(Codice interno: 422343)

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 735 del 09 giugno 2020

**Recepimento dell'Intesa Stato-Regioni recante il "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite" (Rep. Atti n. 34/CSR del 07/03/2019) e dell'Intesa Stato-Regioni sul Documento recante "Piano nazionale di azione per mantenere lo status di polio free" (Rep. Atti n. 32/CSR del 12/03/2020).**

*[Sanità e igiene pubblica]***Note per la trasparenza:**

Con il presente provvedimento si intende recepire l'Intesa Stato-Regioni recante il "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite" (Rep. Atti n. 34/CSR del 07/03/2019) e l'Intesa Stato-Regioni sul Documento recante "Piano nazionale di azione per mantenere lo status di polio free" (Rep. Atti n. 32/CSR del 12/03/2020). Il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

L'Assessore Manuela Lanzarin riferisce quanto segue.

La poliomielite è una malattia infettiva, causata dal poliovirus, che colpisce il sistema nervoso e che può portare al manifestarsi, nei casi più gravi, della paralisi flaccida acuta (AFP), che rappresenta una delle complicanze più gravi di questa malattia.

Nel corso del 14° meeting della Commissione regionale di certificazione (RCC), tenutosi a Copenaghen il 21/06/2002, la Regione Europea è stata certificata ufficialmente libera da poliomielite e nel settembre del 2015 è stata annunciata la eradicazione del poliovirus selvaggio (WPV) tipo 2.

Tuttavia, la persistenza di aree in cui i poliovirus continuano a circolare (soprattutto in Africa e Asia orientale) espone a rischio di reintroduzione del virus anche Paesi attualmente liberi dalla malattia. Per questo motivo, in Italia resta attiva la sorveglianza, in particolare, dei casi di paralisi flaccida acuta, attuata in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che consente l'individuazione e la notifica di tutti i casi di AFP, dovuti a qualsiasi eziologia, in soggetti di età inferiore a 15 anni, e di ogni caso di sospetta poliomielite in persone di tutte le età.

Con la risoluzione WHA 59.1 del 26/05/2006 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha esortato tutti gli Stati membri a rispondere rapidamente all'individuazione di poliovirus circolanti, redigendo un piano di emergenza per rispondere prontamente in caso di individuazione del poliovirus.

Le politiche e la progettazione delle attività di sorveglianza per il mantenimento dello Stato polio-free sono stabilite dal Ministero della Salute, che si avvale per la loro realizzazione della collaborazione delle Regioni e dell'ISS.

Inoltre, da marzo 2014 è stato istituito il Gruppo di Lavoro Polio, che ha il compito di individuare e monitorare le azioni di intervento per garantire e mantenere lo status "polio-free".

In Italia, con il decreto n. 73 del 07/06/2017, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017, è stata resa obbligatoria e gratuita, tra le altre, la vaccinazione anti-poliomielitica per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per tutti i minori stranieri non accompagnati, in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale nazionale, relativo a ciascuna coorte di nascita.

Anche il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019 prevede per la vaccinazione anti-poliomielitica la somministrazione di 3 dosi di vaccino antipolio inattivo nel corso del primo anno di vita, con ulteriori due richiami al 6° anno di vita e tra il 12° e il 18° anno di vita.

Inoltre, con l'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 34/CSR del 07/03/2019, che si intende recepire con la presente delibera all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale, è stato approvato il "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite". Scopo del Piano è quello di definire, predisporre e coordinare le azioni da intraprendere in vista di un eventuale focolaio epidemico da polio, al fine di delineare il miglior percorso possibile per conseguire una risposta immediata in caso di infezione da poliovirus.

Inoltre, con l'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 32/CSR del 12/03/2020 è stato approvato il Documento recante "Piano Nazionale di Azione per mantenere lo status di Polio Free", che si intende recepire con la presente delibera all'**Allegato "B"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale. Il Piano rappresenta un aggiornamento del precedente del 2006-2008 ed è finalizzato ad adeguare le azioni necessarie a ridurre il rischio di una eventuale reintroduzione del poliovirus o per individuarne precocemente l'eventuale presenza.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

#### LA GIUNTA REGIONALE

UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato, con i visti rilasciati a corredo del presente atto, l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

VISTA la risoluzione WHA 59.1 del 26/05/2006;

VISTO il decreto n. 73 del 07/06/2017, convertito con modificazioni dalla legge n. 119 del 31/07/2017;

VISTO il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019;

VISTO l'art. 4 della L.R. n. 1 del 10/01/1997;

VISTO l'art. 2, comma 2, lett. o) e l'art. 4 della L.R. n. 54 del 31/12/2012;

VISTE l'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 34/CSR del 07/03/2019, l'Intesa Stato-Regioni Rep. Atti n. 32/CSR del 12/03/2020;

delibera

1. di approvare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di recepire l'Intesa Stato-Regioni recante il "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite", Rep. Atti n. 34/CSR del 07/03/2019, di cui all'**Allegato "A"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
3. di recepire, inoltre, l'Intesa Stato-Regioni sul Documento recante "Piano nazionale di azione per mantenere lo status di polio free", Rep. Atti n. 32/CSR del 12/03/2020, di cui all'**Allegato "B"** al presente provvedimento, di cui costituisce parte integrante e sostanziale;
4. di dare atto che la presente delibera non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
5. di incaricare la Direzione Prevenzione, Sicurezza Alimentare, Veterinaria all'esecuzione del presente atto;
6. di pubblicare il presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale Regionale.



REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO A DGR n. 735 del 09 giugno 2020

pag. 1 di 24

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131 tra il Governo, le Regioni, le Province autonome di Trento e di Bolzano sul documento recante "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite".

Rep. Atti n. <sup>34/CSR</sup> 7 marzo 2019LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 7 marzo 2019;

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131, il quale prevede che il Governo può promuovere la stipula di intese in sede di Conferenza Stato-Regioni, dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA la risoluzione WHA 59.1 del 26 maggio 2006, con cui l'Organizzazione mondiale della sanità esortava tutti gli Stati membri a rispondere rapidamente all'individuazione di poliovirus circolanti redigendo, tra l'altro, un piano di emergenza per rispondere prontamente in caso di individuazione di poliovirus;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 30 maggio 2002 (Rep. Atti n.1453) concernente l'accordo sulle modifiche al calendario della vaccinazione antipoliomelitica che prevede tra l'altro che "le Regioni e le province autonome, nell'ambito delle specifiche competenze, proseguono la sorveglianza della paralisi flaccida acuta, ... quale attività determinante ai fini dell'eradicazione della poliomielite e delle valutazioni per gli adeguamenti delle strategie vaccinali antipoliomielite";

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 (Rep. atti n.156) concernente il "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018", che individua tra i macro obiettivi a elevata valenza strategica, attraverso la messa a punto di piani e programmi, quello di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;

VISTA la nota del 6 febbraio 2019 con la quale il Ministero della salute ha inviato il Piano indicato in oggetto;

VISTA la nota dell'8 febbraio 2019 di questo Ufficio di Segreteria, con la quale il Piano è stato partecipato alle Regioni e Province autonome con contestuale richiesta di assenso tecnico e convocazione di una riunione tecnica per il giorno 27 febbraio 2019;

CONSIDERATO che nella riunione tecnica è stato condiviso un testo, nella versione diramata dal Ministero della salute con nota del 27 febbraio 2019, partecipata in pari data, che ha recepito le osservazioni regionali;

*MP*

eb608dc0



**ALLEGATO A DGR n. 735 del 09 giugno 2020**

pag. 2 di 24



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

CONSIDERATO che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano hanno espresso avviso favorevole all'intesa sul Piano indicato in oggetto;

ACQUISITO l'assenso del Governo, delle Regioni e delle Province autonome di Trento e Bolzano;

**SANCISCE INTESA**

tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nei seguenti termini:

CONSIDERATO che l'incidenza della poliomielite, grazie ai programmi per l'eradicazione della malattia, è, rispetto agli anni 50, notevolmente diminuita e che nel 2002 la regione Europea è stata dichiarata "polio-free" e diventa pertanto ancora più importante mettere in opera tutte le azioni necessarie per rilevare precocemente la presenza di poliovirus e contrastarne immediatamente la diffusione;

RITENUTA, seguendo l'invito dell'Organizzazione nazionale della sanità, la necessità di disegnare un "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite", fondato sull'analisi delle situazioni che si possono verificare in caso di reintroduzione di poliovirus e sulla valutazione delle azioni da intraprendere per interromperne la circolazione e diffusione;

ATTESO che si vuole delineare il miglior percorso possibile per conseguire l'obiettivo di risposta immediata in caso di infezione da poliovirus, indicato come prioritario dall'Organizzazione mondiale della sanità, rendendolo praticabile nella nostra nazione e focalizzare l'attenzione sulla prevenzione altamente efficace - come suggerito dalle agenzie internazionali - basata sulle evidenze scientifiche e ancorata a principi e azioni, unitamente alla necessità di delineare le azioni da intraprendere in caso di reintroduzione del poliovirus nel nostro territorio;

**SI CONVIENE**

Sul documento recante "Piano nazionale di preparazione e di risposta a una epidemia di poliomielite", Allegato A, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;

Dall'attuazione della presente Intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica;

Per le attività di cui alla presente Intesa, le amministrazioni interessate provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

IL SEGRETARIO  
Cons. Eugenio Gallozzi



IL PRESIDENTE  
Sen. Erika Stefani



eb608dc0



Au. A

**PIANO NAZIONALE DI PREPARAZIONE E DI RISPOSTA A UNA EPIDEMIA DI POLIOMIELITE**

**LISTA DEGLI ACRONIMI**

AO.	Azienda Ospedaliera
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ECDC	Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie
EWRS	Sistema informatico segnalazione tempestiva di eventi infettivi tra gli Stati europei
GdL	Gruppo di Lavoro Polio
UdC	Unità di crisi di cui al decreto del Ministro della salute del 27 marzo 2015 e successive modifiche
EVENTO	Isolamento di poliovirus da campioni umani e/o ambientali senza prove di trasmissione interumana
FOCOLAIO EPIDEMICO	Isolamento di poliovirus con prove di trasmissione interumane
ISS	Istituto Superiore di Sanità
LN	Laboratorio Nazionale di Riferimento
LSN	Laboratorio Sub-Nazionale di Riferimento
NCC	Comitato Nazionale per la certificazione della eradicazione della poliomielite
PFA	Paralisi Flaccida Acuta
PV	Poliovirus
RSI	Regolamento sanitario internazionale
SIA	Supplementary Immunization Activities
VDPV	Poliovirus vaccino derivato
aVDPV	Poliovirus vaccino derivato ambiguo
cVDPV	Poliovirus vaccino derivato circolante
iVDPV	Poliovirus vaccino derivato da immunodeficiente
WPV	Poliovirus selvaggio
Zero reporting	Rapporto periodico anche in assenza di casi




1



eb608dc0



Il presente Piano è stato redatto dal Gruppo di Lavoro Polio (GdL) e approvato dalla Commissione Nazionale di Certificazione (NCC)<sup>1</sup>.

### 1) INTRODUZIONE

Con la risoluzione WHA 41.28, del 13 maggio 1988, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), si è prefissata l'obiettivo di eradicare il virus della poliomielite.

Il 21 giugno 2002 la regione Europea è stata certificata ufficialmente libera da poliomielite e nel settembre del 2015 è stata annunciata l'eradicazione del poliovirus selvaggio (WPV) tipo 2.

Nonostante gli sforzi ed i progressi effettuati dai diversi Paesi si sono registrati negli ultimi anni diversi focolai di infezione da poliovirus (PV) soprattutto in Asia centrale e Africa centrale.

Questi episodi accrescono la preoccupazione per una possibile diffusione di focolai epidemici, anche in Paesi polio-free, favoriti dai viaggi internazionale e flussi immigratori; per tale motivo l'OMS ha esortato i Paesi membri a redigere un Piano per la pronta risposta ad una eventuale reintroduzione di poliovirus e/o epidemia di poliovirus da affiancare al Piano Nazionale per il mantenimento della Stato Polio-free.

Lo scopo del presente Piano è definire, predisporre e coordinare le azioni da intraprendere qualora si verifichi un focolaio epidemico da PV, sia selvaggio sia vaccino derivato (VDPV), al fine di bloccarne la trasmissione entro 120 giorni dalla conferma del primo caso di infezione.

### 2) CONTESTO DEL PAESE E QUADRO NORMATIVO

Al 1 gennaio 2017 la popolazione residente italiana risulta essere costituita da 60.589445, con 467.657 bambini di età inferiore a 1 anno, 2.501.455 bambini con meno di 5 anni e 8.182.584 ragazzi con meno di 15 anni

L'età media della popolazione italiana risulta essere 44,9 anni, due decimi in più rispetto alla stessa data del 2016. Le persone di età pari o superiore ai 65 anni sono più di 13,5 milioni e rappresentano il 22,3% della popolazione totale; quelli che hanno raggiunto o superato gli 80 anni sono 4,1 milioni, il

<sup>1</sup> GdL polio: F. Maraglino - Ministero salute; F. Ansaldi - Università di Genova; S. Binda - Università di Milano; M.R. Capobianchi - IRCCS Spallanzani; G. Conforti - FIMP; M. Corbellino - Università di Milano; L. Ferrara - Regione Piemonte; F. Fratto - Regione Calabria; M. Galli - Università di Milano; M.R. Granata - Regione Campania; S. Iannazzo - Ministero Salute; M. Pistello - Università di Pisa; G. Rezza - ISS; P. Stefanelli - ISS; G. Buttinelli - ISS; A. D'Alberto - Ministero salute

NCC: G. M. Fara - professore Emerito; A. Pierangeli - Università La Sapienza Roma; C. Mastroianni - Università La Sapienza di Roma; C. Zotti - Università di Torino



6,8% del totale, mentre gli ultranovantenni sono 727 mila, l'1,2% del totale. Gli ultracentenari ammontano a 17 mila.

Al 1° gennaio 2016 risultano residenti in Italia oltre 5 milioni di cittadini stranieri, pari all'8,3% del totale della popolazione residente. L'incremento rispetto all'anno precedente è di circa 12 mila unità (+0,2%). Negli ultimi due anni i flussi per asilo e motivi umanitari in Italia hanno assunto, anche in termini assoluti, dimensioni mai raggiunte negli ultimi nove anni, passando da 9.971 nel 2007 a 67.271 nel 2016.

La Carta Costituzionale, all'articolo 117, comma 2, lettera *q*), annovera la profilassi internazionale tra le materie in cui lo Stato ha legislazione esclusiva.

La legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante "*Istituzione del Servizio sanitario nazionale*", all'articolo 6, comma 1, lettere *a*) e *b*), prevede, tra l'altro, che sono di competenza dello Stato le funzioni amministrative concernenti la profilassi internazionale, marittima, aerea e di frontiera, anche in materia veterinaria, la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte la vaccinazione obbligatoria o misure quarantenarie, nonché gli interventi contro le epidemie e le epizoozie.

Inoltre il decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112:

- all'articolo 112, comma 3, lettera *g*), lascia invariato il riparto delle competenze tra lo Stato e le regioni in materia di sorveglianza ed il controllo di epidemie ed epizoozie di dimensioni nazionali o internazionali;
- l'articolo 115, comma 1, lettera *a*), prevede che sono conservati allo Stato, tra l'altro i compiti e le funzioni amministrative concernenti l'adozione dei piani di settore aventi rilievo ed applicazione nazionali;
- l'articolo 117 prevede che in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale le ordinanze contingibili e urgenti sono adottate dal sindaco, quale rappresentante della comunità locale. Negli altri casi l'adozione dei provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la costituzione di centri e organismi di riferimento o assistenza, spetta allo Stato o alle regioni in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali. In caso di emergenza che interessi il territorio di più comuni, ogni sindaco adotta le misure necessarie fino a quando non intervengano i soggetti competenti ai sensi del comma 1.

A livello locale, infine, il decreto legislativo 18 agosto 2000, n. 267, recante "*Testo unico delle leggi sull'ordinamento degli enti locali*", all'articolo 50, comma 5, demanda al Sindaco, quale rappresentante della comunità locale, l'adozione, in caso di emergenze sanitarie o di igiene pubblica a carattere esclusivamente locale, di ordinanze contingibili e urgenti. Dette ordinanze possono rappresentare uno



strumento per fronteggiare eventuali rischi epidemici, al momento non preventivabili, ove dovessero ricorrere, nel caso concreto, i presupposti di fatto e di diritto.

Al di fuori delle previsioni contenute nel sopra citato decreto legislativo n. 267/2000, quindi, l'eventuale adozione dei provvedimenti d'urgenza, ivi compresa la costituzione di centri e organismi di riferimento o assistenza, spetta allo Stato o alle regioni in ragione della dimensione dell'emergenza e dell'eventuale interessamento di più ambiti territoriali regionali.

In Italia l'assistenza sanitaria e l'attuazione dei sistemi di prevenzione e igiene pubblica è garantita dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). In particolare, ai sensi della richiamata legge n. 833/1978, il SSN è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio. L'attuazione del servizio sanitario nazionale compete allo Stato, alle regioni e agli enti locali territoriali, garantendo la partecipazione dei cittadini. L'organizzazione del Servizio sanitario nazionale è stata col passare del tempo modificata dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, recante "*Modificazioni al D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, recante riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*", dal decreto legislativo 7 dicembre 1993, n. 517, recante "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421*" ed infine dal decreto legislativo 16 giugno 1999, n. 229, recante "*Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della L. 30 novembre 1998, n. 419*". La struttura del nuovo SSN, così come derivato dalla riforma, è articolata in: Stato, Regioni, Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere. Il territorio regionale è diviso in Aziende Sanitarie Locali (ASL) e Aziende Ospedaliere (AO), o con altra denominazione secondo l'organizzazione regionale. Le ASL sono costituite da Distretti Sanitari, Presidi Ospedalieri e alcuni Dipartimenti, tra cui il Dipartimento di Prevenzione. Nel territorio di competenza le ASL sono chiamate a svolgere globalmente i compiti di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione e medicina legale, provvedendo a servizi come l'erogazione e l'organizzazione dell'assistenza medica generica e specialistica, dell'assistenza pediatrica, dell'igiene ambientale e degli alimenti.

L'articolo 47-bis, comma 2, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, attribuisce, invece, al Ministero della Salute le funzioni spettanti allo Stato in materia di tutela della salute umana, di coordinamento del sistema sanitario nazionale, nell'ambito e con finalità di salvaguardia e di gestione integrata dei servizi socio-sanitari e della tutela dei diritti alla dignità della persona umana e alla salute, di sanità veterinaria, di tutela della salute nei luoghi di lavoro, di igiene e sicurezza degli alimenti.

4



eb608dc0



La riforma del Titolo V della Costituzione – avvenuta con la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 – ha affidato la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni, delineando un sistema caratterizzato da un pluralismo di centri di potere e ampliando il ruolo e le competenze delle autonomie locali. Detta riforma ha delegato alle regioni e province autonome l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitario. Alle Regioni spetta, in particolare, il compito di organizzare ed erogare l'assistenza sanitaria attraverso i Piani sanitari regionali predisposti tenendo conto del Piano sanitario nazionale.

### 3) GESTIONE E RESPONSABILITA'

#### 3.1 Struttura di gestione

Le politiche e la progettazione delle attività di sorveglianza per il mantenimento dello Stato Polio-free sono stabilite dal Ministero della Salute che si avvale per la loro realizzazione della collaborazione delle Regioni e dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Dal marzo del 2014, è stato istituito il Gruppo di Lavoro Polio che ha il compito di individuare e monitorare le azioni di intervento per garantire e mantenere lo status "polio-free".

In Italia è attiva la Sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA) e la Sorveglianza della Circolazione dei Poliovirus nell'Ambiente.

La sorveglianza attiva delle PFA è effettuata attraverso una rete di referenti regionale, che mantengono un contatto periodico con i maggiori Centri Ospedalieri, al fine di individuare ogni caso di PFA, dovuto a qualunque eziologia, in soggetti ospedalizzati di età inferiore a 15 anni e ogni caso di sospetta poliomielite in persone di tutte le età.

Al verificarsi di un caso di PFA il Centro Ospedaliero interessato, oltre ad effettuare le indagini clinico-diagnostiche di routine, predispone il prelievo di campioni biologici da inviare al Laboratorio Nazionale di riferimento (LN) presso l'ISS o al Laboratorio Sub-Nazionale (LSN) Regionale ove presente, ed è tenuto ad avvertire il Centro di Riferimento Regionale. Il caso deve essere contemporaneamente segnalato al Ministero della Salute e all'ISS.

Dal 2005, in accordo con le linee guida dell'OMS, viene effettuata a cura dell'ISS la Sorveglianza della Circolazione dei Poliovirus nell'Ambiente mediante il monitoraggio delle acque reflue in ingresso ai depuratori.

La legge 4 febbraio 1966, n. 51, all'articolo 1, ha previsto che la vaccinazione contro la poliomielite sia obbligatoria per i bambini entro il primo anno di età e debba essere eseguita gratuitamente.



Attualmente il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante “*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all’articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*”, nel confermare quanto già disposto dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, ha previsto, tra l’altro, che il Servizio sanitario nazionale offre in maniera attiva e gratuita le vaccinazioni previste dal calendario vaccinale incluso nel Piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019. La vaccinazione antipolio, come le altre vaccinazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), risulta pertanto interamente gratuita presso le strutture del SSN per la popolazione target individuata dagli stessi LEA e dal Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale vigente. Grazie all’offerta attiva del vaccino anti-polio a tutti i nuovi nati nel corso del primo anno di vita, per anni è stata mantenuta un’alta copertura vaccinale, con una media nazionale superiore alla soglia raccomandata dall’OMS, pari al 95%. Negli ultimi anni, l’aumento dei movimenti avversi alla vaccinazione e la contemporanea diminuzione della percezione del rischio delle malattie hanno avuto un impatto significativo sulle coperture vaccinali che, pur rimanendo, come media nazionale, superiori al 90%, sono nettamente diminuite, raggiungendo il 93,33% nel 2016.

Di recente, il decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, ha reso obbligatoria e gratuita, tra le altre, la vaccinazione anti-poliomielitica per i minori di età compresa tra zero e sedici anni e per tutti i minori stranieri non accompagnati, in base alle specifiche indicazioni del Calendario vaccinale nazionale relativo a ciascuna coorte di nascita.

Il Piano Nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019 prevede, per la vaccinazione anti-poliomielitica, la somministrazione di 3 dosi di vaccino antipolio inattivato (IPV) nel corso del primo anno di vita, con ulteriori due richiami al 6° e tra il 12° e 18° anno di vita.

### 3.2 Definizione di caso fortemente sospetto (hot case), evento, focolaio di poliovirus

In conformità alle definizioni dell’OMS, in Italia, paese polio-free, è definito:

#### A. Caso fortemente sospetto (hot case):

1. quadro clinico di febbre ed insorgenza di paralisi flaccida acuta in una persona di età inferiore a 15 anni che presenta uno dei seguenti fattori di rischio: meno di tre dosi di vaccino antipoliomielitico, viaggio recente in area endemica per poliovirus, appartenenza ad un gruppo ad alto rischio (nomadi, immigrati, rifugiati);
2. malattia simile alla poliomielite in persona di qualsiasi età;
3. isolamento di poliovirus in persona di qualsiasi età, anche senza paralisi, con i fattori di rischio sopra elencati.



eb608dc0



B. **Evento sporadico:** il ritrovamento di PV senza prova di trasmissione e/o circolazione del virus.

Sono possibili le seguenti condizioni:

1. PV isolato in campioni umani:
  - a. WPV di sierotipo 2 in uno o più individui esposti in attività di laboratorio per la manipolazione del poliovirus di tipo 2;
  - b. PV Sabin like di sierotipo 2 in un singolo individuo;
  - c. VDPV (tutti i sierotipi) da un caso isolato di PFA o da persona asintomatica (per es. contatto);
  - d. isolamento in campioni umani, provenienti da una o più persone, di iVDPV o aVDPV, senza prova di circolazione.
2. PV isolato in campioni ambientali:
  - a. WPV o VDPV da un singolo campione senza ulteriori rilevazioni in indagini supplementari volte alla ricerca dello stesso ceppo nella popolazione;
  - b. Sabin-like di tipo 2.

C. **Focolaio epidemico:** il ritrovamento di PV con prova di trasmissione e/o circolazione.

Sono possibili le seguenti condizioni:

- 1) PV isolato in campioni umani:
  - a. WPV (di ogni sierotipo) in ogni persona infettata<sup>2</sup>; inoltre per il sierotipo 2 in soggetti in cui non sia documentata l'esposizione per attività di laboratorio;
  - b. cVDPV in ogni persona infetta.
- 2) PV isolati in campioni ambientali:
  - a. due o più ceppi selvaggi o VDPV geneticamente correlati da campioni distinti<sup>3</sup>;
  - b. ceppo selvaggio o VDPV da un singolo campione rilevato anche in indagini supplementari volte alla ricerca dello stesso ceppo nella popolazione.

### 3.3 Risposta a un caso fortemente sospetto ("hot case"), evento o focolaio di poliomielite

<sup>2</sup> La persona infettata può essere un caso di PFA o una persona asintomatica

<sup>3</sup> Per campione distinti si intendono campioni raccolti da diversi siti o campioni raccolti dallo stesso sito con un intervallo di almeno due mesi



La presenza di un focolaio di PV è un avvenimento di sanità pubblica di rilevanza internazionale da segnalare all'OMS. La risposta sarà coordinata dalla Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria (DGPRE) del Ministero della Salute.

In presenza di un caso fortemente sospetto ("hot case") la Struttura del SSN che ha osservato il caso deve:

- a. notificarlo al Referente Regionale;
- b. prelevare immediatamente due campioni di feci a distanza di 24-48 ore, da inviare al LN dell'ISS o al LSN, ove presente;
- c. in collaborazione con il referente regionale, avviare una indagine epidemiologica per raccogliere informazioni su: storia della malattia, stato vaccinale, presenza di eventuali condizioni di immunosoppressione, esposizione a fattori di rischio, contatti del caso.

In presenza di un sospetto isolamento poliovirus da campioni umani o ambientali, la struttura (LSN) deve:

- a. notificare al referente regionale che avvierà l'indagine epidemiologica;
- b. inviare i campioni al LN;
- c. avviare indagine epidemiologica;
- d. sollecitare il prelievo, da parte della ASL competente, di campioni di feci dai contatti stretti (familiari, conviventi).

In caso di conferma di laboratorio il Referente Regionale, ricevuta la notifica, deve:

- a. informare del caso sospetto la DGPRE del Ministero della Salute e il NCC;
- b. informare l'assessorato alla Salute della Regione interessata;
- c. in collaborazione con il responsabile del servizio clinico che ha notificato il caso, redigere una breve relazione sull'indagine epidemiologica, determinare l'area eventualmente coinvolta, comunicare la percentuale di copertura vaccinale dell'area interessata.

La DGPRE del Ministero della Salute ricevuta la notifica deve:

- a. allertare gli Assessorati alla Sanità delle Regioni per informarli della situazione e avvisarli della possibilità di ulteriori casi;
- b. informare la Azienda Sanitaria Locale interessata della necessità di interventi di sorveglianza attivi e completi al 100%, zero reporting inclusi;
- c. valutare, concordemente con il NCC, il rischio di presenza e diffusione di PV nel territorio e nel caso informare l'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.



### 3.4 Notifica di evento e dichiarazione di epidemia

Il LN e i LSN dovranno comunicare i risultati degli esami effettuati sui campioni sospetti prima possibile ed in ogni caso non oltre 14 giorni dopo aver ricevuto i campioni.

Nel caso di conferma, di qualsiasi tipo di poliovirus (WPV o VDPV) da qualsiasi tipo di campione (da caso sospetto o ambientale), il laboratorio nazionale dovrà immediatamente notificare i risultati alla DGPRE del Ministero della Salute e al Coordinatore Regionale del Global Polio LabNet (GPLN) presso OMS.

La DGPRE del Ministero della Salute informerà immediatamente, e in ogni caso entro le 24 ore dalla conferma di laboratorio, l'Ufficio Regionale Europeo. La notifica sarà effettuata secondo le modalità previste dall'art. 6 del Regolamento Sanitario Internazionale (RSI) attraverso il *Focal Point nazionale* e sarà accompagnata da una relazione che includa tutte le informazioni disponibili sull'evento.

La DGPRE del Ministero della Salute informerà immediatamente gli Stati membri della Commissione Europea e l'ECDC attraverso il EWRS.

Dopo la notifica la DGPRE del Ministero della Salute continuerà ad inviare all'OMS rapporti dettagliati sulle condizioni sanitarie del Paese.

La DGPRE del Ministero della Salute insieme al Direttore generale della Regione Europea dell'OMS valuteranno l'esistenza o meno di emergenza di sanità pubblica di portata internazionale e la eventuale necessità di raccomandazioni temporanee appropriate secondo quanto previsto dall'articolo 49 del RSI.

L'Ufficio regionale dell'OMS, dopo essersi consultato con gli esperti di laboratorio dell'iniziativa mondiale per l'eradicazione della polio (IMEP) e le Autorità Nazionali (Ministro della Salute e Presidente del Consiglio dei Ministri), deciderà se dichiarare l'esistenza di un focolaio epidemico. La dichiarazione dovrà essere sostenuta dai risultati di laboratorio (sequenza genetica), dall'indagine epidemiologica completa sui casi e dall'indagine epidemiologica completa sull'evento.

L'Ufficio stampa del Ministero della Salute, sulla scorta degli elementi forniti dalla DGPRE, informerà gli organi di comunicazione e di informazione relativamente all'emergenza di sanità pubblica del Paese.

### 3.5 Risposta all'emergenza

Entro due giorni dalla conferma da parte del LN, la DGPREV del Ministero della Salute richiede l'attivazione dell'UdC per individuare le misure necessarie in base al tipo e alle dimensioni dell'evento



che deve essere affrontato. Le azioni da intraprendere saranno coordinate dalla DGPREV che ove ritenuto necessario, potrà avvalersi della collaborazione dell'Istituto Nazionale per le Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani, della Regione interessata e dell'AIFA.

### 3.6 Comunicazione e gestione dei media

Il compito della gestione della comunicazione è affidato all'Ufficio stampa, alla Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali e alla Direzione generale della prevenzione del Ministero della Salute, cui spetterà altresì trasmettere le notizie e mantenere rapporti con i media, nel corso dell'evento epidemico, nonché di assicurare la diffusione di notizie in modo tempestivo e completo per poter informare la popolazione in modo esaustivo.

Sono previste linee diverse di comunicazione indirizzate a target diversi di popolazione:

- a. Comunicazioni ad autorità sub-nazionali e locali che devono contenere informazioni tecniche adeguate e istruzioni sul come informare la popolazione in merito ai comportamenti da adottare per contribuire ad una rapida interruzione della trasmissione di PV (per es. mediante la promozione di campagne di vaccinazione e la diffusione di istruzioni per evitare il contagio);
- b. Comunicazioni al pubblico che devono descrivere in modo chiaro e completo l'importanza della situazione e promuovere le misure indicate dalle autorità sanitarie, nel rispetto delle buone prassi volte ad evitare reazioni irrazionali ed allarmismi.
- c. Attivazione, se ritenuto opportuno, del "Numero di Pubblica Utilità 1500" per una diretta informazione al cittadino.

La DGPREV del Ministero della Salute è in costante contatto con l'Ufficio stampa e la Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali.

## **4) VALUTAZIONE DEL RISCHIO**

### 4.1- Indagine epidemiologica

Grazie all'attivazione della specifica sorveglianza in Italia possono essere individuati rapidamente i casi di PFA.

In presenza di segnalazione di un caso di PFA il servizio sanitario coinvolto condurrà una indagine epidemiologica al fine di fornire informazioni relativamente a:

- età del soggetto;



- manifestazioni cliniche dell'insorgenza della paralisi;
- stato vaccinale del soggetto;
- esistenza di fattori di rischio, quali viaggi in zone endemiche, contatti con persone recentemente vaccinate con vaccino orale, eventuali fattori di immunodeficienza.

Tali informazioni saranno trasmesse, unitamente alla scheda di segnalazione, al Referente Regionale, all'ISS e alla DGPRE del Ministero della Salute.

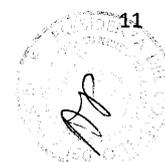
Qualora il LN confermi la presenza di PV, l'indagine epidemiologica, precedentemente avviata, andrà completata mediante l'acquisizione da parte delle autorità interessate (autorità regionali, Ministero della Salute, ISS) di ulteriori informazioni su:

- comunità frequentata dal caso indice (scuola, ambiente di lavoro, palestra, ecc.);
- individuazione dei contatti stretti del caso indice;
- stato vaccinale dei contatti stretti e dei componenti delle comunità frequentate dal caso indice;
- presenza di altri casi sospetti attraverso una indagine dettagliata e retrospettiva negli ospedali, in particolare nei principali centri di pediatria, neurologia e malattie infettive della zona interessata;
- eventualità di altri casi sospetti, con informazioni per area geografica, età, sesso ed etnia dei casi;
- presenza di eventuali fattori di rischio comuni tra il caso indice e i contatti (comunità frequentate, contatto con soggetti vaccinati con vaccino antipolio attenuato somministrato per via orale [OPV], viaggi, ecc.);
- raccolta di campioni da inviare al laboratorio di riferimento da casi sospetti e da contatti (se possibile un campione di feci da almeno 5 contatti diretti – familiari o conviventi);
- valutazione della copertura vaccinale della popolazione nella zona interessata.

Anche nel caso in cui il poliovirus sia stato isolato da un campione ambientale si effettuerà una indagine epidemiologica che comprenda:

- indagine attiva e retrospettiva *ad hoc* su possibili casi sospetti;
- raccolta di campioni da persone che vivono nell'area interessata;
- valutazione della copertura vaccinale della popolazione nella zona interessata;

Una relazione con l'indagine epidemiologica completa dovrà essere inviata, entro 48 ore dalla conferma di laboratorio da parte dell'ISS alla DGPRE del Ministero della Salute.



#### 4.2 Valutazione del rischio

Sulla base delle informazioni ricevute, la DGPRES del Ministero della Salute in collaborazione con l'ISS e con la regione ove si è verificato il caso, effettuerà, entro 72 ore dalla conferma del caso indice, la valutazione del rischio di propagazione dell'infezione e valuterà quali siano le azioni prioritarie da intraprendere.

La valutazione del rischio dovrà considerare sia le caratteristiche dell'evento sia la situazione del territorio in cui l'evento si è verificato.

Per la tipologia dell'evento occorrerà considerare, oltre al sierotipo del PV isolato, se è un caso importato da Paese endemico, un caso rilevato attraverso la sorveglianza PFA o PV isolato da campione ambientale.

L'analisi del territorio in cui si è verificato l'evento terrà conto della copertura vaccinale della popolazione interessata, della contiguità con gruppi a rischio (migranti, minoranze etniche, ecc.), della qualità dei sistemi di sorveglianza (vedi tabella).

Sarà valutato il rischio di propagazione internazionale in particolare nel caso di eventi che si manifestino in prossimità dei confini di Stato o interessino comunità in cui sono particolarmente attivi scambi commerciali o di altro tipo.

#### Indicatori dei sistemi di sorveglianza

<u>Paralisi Flaccida Acuta</u>	<u>INDICATORE</u>	<u>LIVELLO BUONO</u>
Sensibilità della sorveglianza	Numero di casi di PFA tra ragazzi con età inferiore a 15 anni in un anno. In un anno almeno un caso di PFA non polio ogni 100.000 ragazzi con età inferiore a 15 anni.	1/100.000
Tempestività e completezza della segnalazione	Arco di tempo tra l'insorgenza del quadro clinico e la segnalazione del caso. Nel rapporto vanno indicate le vaccinazioni antipolio effettuate e la presenza di eventuali fattori di rischio. La distribuzione dei siti di segnalazione dovrebbe essere rappresentativa di tutto il territorio nazionale.	>80%



**ALLEGATO A DGR n. 735 del 09 giugno 2020**

pag. 15 di 24

Completezza dello studio del caso	Tutti i casi devono essere studiati entro 48 ore dalla segnalazione. Devono essere inviati ai laboratori due campioni di feci, raccolti a 24-48 ore di distanza, entro 14 giorni dalla comparsa della paralisi.	>65%
Completezza del follow-up	I casi devono essere controllati almeno 60 giorni dopo l'inizio della paralisi.	>80%

<b>Sorveglianza ambientale</b>	
Siti di campionamento	Collettore di ingresso di impianto di depurazione o grandi fognature collettori.
Sensibilità del campionamento	Numero dei siti di raccolta. Popolazione che insiste su rete fognaria (da 100 a 30.000).
Modalità di raccolta	Raccolta a intervalli regolari per 24 ore (automatico). Diversi campioni a distanza di tempo.
Quantità del campione	Da 500 a 1000 ml.

La valutazione del rischio sarà classificata da 1 (più basso) a 3 (più alto) e determinerà le azioni da intraprendere.

**Indicatori dei sistemi di sorveglianza**

Grado 1	Rischio di trasmissione da debole a moderato. Buon livello immunitario della popolazione. Presenza di buon livello di sorveglianza
---------	--

13

DD



eb608dc0



Grado 2	Rischio di trasmissione da debole a elevato; rischio di trasmissione internazionale. Livello immunitario della popolazione sub-ottimale Livello di sorveglianza sub-ottimale
Grado 3	Rischio di trasmissione da moderato a elevato; rischio di trasmissione internazionale. Livello immunitario della popolazione sub-ottimale, presenza di gruppi vulnerabili. Livello di sorveglianza scarso

La valutazione del rischio sarà resa nota, e comunicata all'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS, entro 3 giorni dalla conferma di laboratorio. I contatti con l'OMS saranno tenuti dalla DGPRES del Ministero della Salute e dall'ISS secondo le rispettive competenze.

#### 5) PIANO DI RISPOSTA

Sulla base delle valutazioni in precedenza descritte, la DGPRES del Ministero della Salute in collaborazione con l'ISS e con la regione ove si è verificato il caso, provvederà alla definizione del Piano da attuare e delle azioni prioritarie da intraprendere.

In risposta ad un evento o focolaio di polio si provvederà essenzialmente a:

##### 5.1 Rafforzare la sorveglianza della PFA e ambientale.

La DGPRES del Ministero della salute, unitamente ai referenti della regione ove si è verificato l'evento e, ove ritenuto, con referenti dell'ISS, sulla base delle valutazioni in precedenza descritte, visita i reparti di pediatria e neurologia nelle aree interessate dalle segnalazioni di casi e in quelle limitrofe, per effettuare indagini retrospettive e ricerche attive di casi di PFA non riportati.

Si farà particolare attenzione alla completezza (almeno nel 90% dei casi devono essere raccolti 2 campioni di feci entro 14 giorni dalla comparsa della paralisi) e tempestività delle notifiche.

Per la sorveglianza del PFA si adotteranno i seguenti provvedimenti:

- Informazione di tutte le strutture coinvolte nella sorveglianza di PFA dell'esistenza di un evento o focolaio di poliomielite;



- Attivazione di una strategia di ricerca attiva e di indagine retrospettiva sui casi di PFA nella regione interessata;
- Prosecuzione della raccolta di campioni di feci da tutti i casi di PFA, dai contatti e da soggetti che frequentano comunità a rischio di trasmissione, fino alla fine dell'epidemia (2 prelievi a distanza di 24-48-ore); i prelievi nei contatti dei casi confermati positivi vanno ripetuti una volta a settimana per 3 settimane);
- Invio di rapporti giornalieri dalle ASL interessate;
- Invio di rapporti settimanali da tutto il territorio nazionale;
- Revisione settimanale della situazione per valutare la qualità della sorveglianza e l'andamento dell'evento;
- Valutazione in merito alla necessità di estendere il numero e/o modificare i siti dei prelievi delle acque reflue per la sorveglianza ambientale.

In particolare:

- nel caso di isolamento di PV da un campione proveniente sia da soggetto asintomatico che affetto da PFA ,verrà predisposto il prelievo di campioni di feci dai contatti stretti (fratelli, conviventi o altri) e da almeno 20 persone dello stesso gruppo di età e della stessa comunità;
- nel caso di isolamento di PV da acque reflue verrà disposto di raddoppiare la frequenza di campionamenti presso lo stesso sito e nei siti limitrofi già campionati. Sarà, inoltre, predisposta la raccolta di campioni di feci da individui sani appartenenti alla comunità servita dal collettore risultato positivo per la presenza di poliovirus.

#### 5.2 Rafforzare la capacità di laboratorio

La DGPRES del Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS, dovrà rapidamente valutare la capacità dei laboratori nazionale e sub-nazionali di gestire l'aumento del numero di campioni da esaminare; in caso di necessità, il laboratorio interessato si avvale della collaborazione degli altri laboratori sub-nazionali o del laboratorio nazionale.

Nel caso di un evento e/o focolaio, la struttura sanitaria interessata dovrà provvedere ad assicurare:

- l'arrivo in laboratorio dei campioni entro 3 giorni dalla raccolta;
- l'invio dei risultati degli isolamenti su colture cellulari entro 14 giorni dalla ricezione dei campioni;

15

AP



eb608dc0



- l'invio dai LSN al LN degli isolati su colture cellulari di L20B, ovvero i sospetti poliovirus, entro tre giorni dall'isolamento;
- la caratterizzazione degli isolati su L20B per la definizione dell'origine del ceppo (selvaggio, PVDV o Sabin-like): entro 2 giorni dalla ricezione del campione nel LSN o dall'isolamento (per i campioni esaminati presso LN).
- il sequenziamento della regione genomica VP1 da parte di LN: entro 5 giorni dalla caratterizzazione dell'isolato.

### 5.3 Campagne di vaccinazione supplementari

In caso di un evento e/o focolaio di poliomielite, fermo restando quanto previsto nel paragrafo 3.1, l'avvio di una campagna straordinaria di vaccinazione è lo strumento principale per l'interruzione della trasmissione della malattia.

La DGPRES del Ministero della salute, in collaborazione con l'ISS, l'AIFA e la regione ove si è verificato il caso, sulla base delle informazioni dell'indagine epidemiologica, redige un piano dettagliato per la realizzazione di una campagna straordinaria vaccinale, stabilendo, a seconda del tipo di evento:

- la copertura vaccinale complessiva della popolazione interessata e la presenza o meno, al suo interno, di gruppi a bassa copertura vaccinale definisce, tra l'altro, l'entità del rischio di trasmissione;
- il target di popolazione da vaccinare e il territorio interessato,
- le modalità della vaccinazione (presso i centri vaccinali, ospedali, porta a porta),
- le date di effettuazione della vaccinazione,
- il tipo di vaccino da utilizzare.

La DGPRES del Ministero della salute provvederà ad assistere la Regione e i Comuni interessati nell'organizzazione delle campagne di vaccinazione straordinaria e garantirà l'approvvigionamento dei vaccini.

### 5.3a Approvvigionamento dei vaccini

Gli articoli 6, comma 1, lettera b) e 7, comma 1, lettera a), della legge 23 dicembre 1978, n. 833, delegano alle regioni l'esercizio delle funzioni amministrative, tra l'altro, concernenti la profilassi delle malattie infettive e diffuse, per le quali siano imposte le vaccinazioni. Il successivo articolo 7, al comma 2, precisa che siano le regioni a provvedere all'approvvigionamento, tra l'altro, dei vaccini



necessari per le vaccinazioni obbligatorie, in base ad un programma concordato con il Ministero della salute; mentre il comma 3 prevede che il Ministero della salute, se necessario, provvede alla costituzione e alla conservazione di scorte, tra l'altro, di vaccini da destinare alle regioni per esigenze particolari di profilassi e cura della malattie infettive, diffuse e parassitarie.

E', comunque, fatta salva l'adozione da parte dell'autorità sanitaria di interventi di urgenza ai sensi dell'articolo 117 del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112, e successive modificazioni.

#### 5.3b Popolazione da vaccinare

In base alle caratteristiche epidemiologiche del caso e alla fonte del PV, la DGPRES del Ministero della salute dovrà definire il target della popolazione e il territorio interessato dalla campagna straordinaria di vaccinazione.

I territori saranno selezionati in base al rischio (presenza del caso ed eventuali suoi spostamenti nel periodo di contagiosità, bassa copertura vaccinale, densità della popolazione, presenza di gruppi a rischio, difficoltà di accesso ai servizi sanitari).

Se nel distretto interessato fosse nota una copertura vaccinale < 80%, verrà organizzata, dopo la notifica del caso indice e prima della conferma di laboratorio del caso stesso, una campagna di vaccinazione con una prima dose di IPV per tutta la popolazione che abbia effettuato l'ultima dose di IPV da più di un anno.

Se nei distretti interessati fosse nota una copertura vaccinale maggiore dell'80% e minore del 90%, la campagna di vaccinazione dovrà fondarsi sulla somministrazione di una dose di IPV nei bambini sotto i 5 anni che abbiano completato il ciclo vaccinale di base da oltre un anno e che non abbiano ancora effettuato il richiamo pre-scolare (in questo caso il bambino non dovrà più sottoporsi al richiamo previsto a 6 anni).

#### 5.3c Modalità di vaccinazione

Le vaccinazioni saranno effettuate presso le strutture identificate a livello locale.

A seconda delle caratteristiche della popolazione interessata e dell'urgenza di proteggerla in tempi congrui, potranno essere previste ulteriori modalità e sedi di dispensazione del vaccino.

#### 5.3d Tipo di vaccino utilizzato e timing

Il tipo di vaccino da utilizzare e il numero di SIA (Supplementary Immunization Activities) da effettuare, dopo una 1° con IPV, saranno decise dalla DGPRES del Ministero della salute in accordo con l'OMS. La scelta dipenderà dall'entità della circolazione del virus e dal tipo di virus isolato.

17



eb608dc0



Il vaccino OPV, qualora ritenuto necessario, sarà richiesto dalla DGPRE del Ministero della Salute all'OMS, secondo quanto previsto dal Regolamento sanitario internazionale 2005.

- a. Nel caso di isolamento di WPV o VDPV sierotipo 1 e 3, in cui non sia stata dimostrata la comparsa di casi secondari e la circolazione ambientale, la campagna vaccinale verrà effettuata con una dose di IPV, da somministrare entro 14 giorni dalla conferma di laboratorio. La necessità di effettuare ulteriori round dovrà essere stabilita in base al calendario vaccinale definito in fase di programmazione della campagna vaccinale.
- b. In caso di isolamento di WPV o VDPV, sierotipo 1 e 3, in cui sia dimostrata una trasmissione e/o circolazione del virus (campioni ambientali positivi presi da diversi siti, campioni positivi nello stesso sito per periodi di tempo prolungati, più casi di malattia anche non correlati) la campagna vaccinale, dopo la 1° dose con IPV, verrà continuata con OPV bivalente o monovalente (a seconda della disponibilità del vaccino).

In breve:

- 1° SIA con IPV entro 14 giorni dalla conferma di laboratorio;
  - 2° e 3° SIA con OPV a intervalli di 2-3 settimane per le coorti dal 2002 (vaccinati con schedula IPV);
  - a seconda dell'andamento del focolaio sarà deciso se effettuare una 4° SIA.
- c. Nel caso di isolamento di PV tipo 2 la campagna di vaccinazione, dopo la prima SIA con IPV, verrà continuata con OPV monovalente di tipo 2 (mOPV2).

In breve:

- 1° SIA può essere effettuata con IPV entro 14 giorni.
- 2° SIA con mOPV2
- 3° - 4° SIA può prevedere, a seconda della disponibilità del vaccino mOPV2 o IPV.

### 5.3e Vaccinazione dei viaggiatori

In caso di circolazione di PVDV o Sabin like sierotipo 1 e 3 potrà essere preso in considerazione la necessità, per le persone che desiderano andare all'estero e i visitatori a lungo termine (che permangono nel Paese per 4 o più settimane), di un certificato di vaccinazione internazionale che attesti l'avvenuta vaccinazione tra le 4 settimane e i 12 mesi precedenti la partenza.

In caso di isolamento di PV sierotipo 2 in campioni umani il soggetto riscontrato positivo sarà sottoposto, insieme ai suoi familiari conviventi, a stretta sorveglianza sanitaria. Saranno fornite le opportune indicazioni per una idonea igiene: il sistema fognario sarà strettamente sorvegliato o potrà



essere predisposta una toilette chimica con raccolta di feci in un sistema monouso, saranno prelevati campioni a distanza di 4 -7 giorni fino alla loro negativizzazione.

Secondo la valutazione del rischio potranno essere applicate restrizioni a spostamenti dei soggetti coinvolti

La presenza di PV sierotipo 2 e di WPV di qualunque sierotipo rappresenta una emergenza di sanità pubblica da trattare secondo il regolamento del RSI.

In conformità con il RSI le autorità nazionali, anche su indicazione dell'OMS, valutato il rischio di diffusione dei PV, decideranno sulle restrizioni e misure da adottare ai viaggiatori (restrizioni sui viaggi, certificato internazionale di vaccinazione).

## 6 VALUTAZIONE DELLA RISPOSTA AL FOCOLAIO EPIDEMICO

### 6.1 Valutazione del focolaio epidemico

Ad evento epidemico in corso i responsabili locali di sanità pubblica (responsabili di aziende ospedaliere, ASL, assessori regionali, ...) dovranno inviare alla DGPRE del Ministero della salute rapporti inizialmente giornalieri, quindi settimanali, contenenti dettagliate descrizioni sull'andamento delle indagini epidemiologiche delle attività di sorveglianza e della campagna vaccinale.

I rapporti verranno analizzati dalla DGPRE del Ministero della salute, in riunioni settimanali, in collaborazione con l'ISS, per definire le azioni da intraprendere sulla base delle problematiche emergenti.

Il Ministro della Salute invierà all'OMS i rapporti sull'andamento dell'evento e sulle azioni intraprese. La documentazione (indagini epidemiologiche, risultati di laboratorio, risultati delle campagne di vaccinazione, ecc.) sarà custodita presso il Ministero della Salute.

### 6.2 Dichiarazione di fine emergenza

La cessazione del focolaio epidemico verrà dichiarata in caso di evento e/o focolaio da PV sierotipo 1 e 3:

- Dopo 6 mesi dall'ultimo caso di poliomielite paralitica.
- Dopo 6 mesi di riscontri negativi nei campioni raccolti nelle acque reflue dei collettori nelle aree interessate.

In caso di focolaio da PV sierotipo 2:



- Dopo 12 mesi dall'ultimo caso di poliomielite paralitica.
- Dopo 12 mesi di riscontri negativi nei campioni raccolti nelle acque reflue dei collettori nelle aree interessate.

Una relazione finale, comprensiva della descrizione dettagliata delle attività intraprese e della situazione epidemiologica del Paese nei 6 mesi trascorsi dall'ultimo caso o dall'ultimo campione positivo, dovrà quindi essere estesa a cura del Ministero della salute e presentata al NCC. Il NCC valuta se la documentazione raccolta è sufficiente a dimostrare l'interruzione della circolazione del virus e redige una relazione conclusiva che sarà presentata all'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.

#### TIMELINE

##### Caso di sospetto

Attività	Struttura	Giorni
Notifica, da parte del servizio che ha osservato il caso al Referente regionale e assessorato regionale	Servizio ospedaliero - Regione	1- gg <sup>a</sup>
Notifica da parte del Referente regionale al Ministero della Salute	Regione	1- 2gg
Invio dei campioni di feci al LN	Servizio ospedaliero - Regione	1-7 giorni
Avviare una inchiesta epidemiologica	Regione	2-7 gg
<b>Conferma di laboratorio</b>		
Notifica da parte del laboratorio al Ministero	LN	0
Notifica da parte del Ministero all'OMS	Ministero della salute	0 -1 gg
Dichiarazione di focolaio	Ministero della salute - OMS	1-2 gg
Attuazione delle attività di comunicazione per il pubblico e per i mass-media	Ministero della salute	1 - 3 gg
Indagine epidemiologica	Ministero della salute- Regione	1 - 4 gg
Condurre la valutazione dei rischi	Ministero della salute - ISS - Regione	1 - 3 gg
Adattamento del Piano di emergenza alla situazione	Ministero della salute	4 - 5 gg
Implementazione del Sistema	Ministero della salute - ISS -	6 - 12 gg

20



eb608dc0



**ALLEGATO A DGR n. 735 del 09 giugno 2020**

pag. 23 di 24

di Sorveglianza e della capacità di Laboratorio s	Regione	
Organizzazione della campagna supplementare di vaccinazione (attrezzature, vaccini, individuazione centri e medici vaccinatori)	Ministero della salute – Regione – WHO (in caso di necessità di vaccino OPV)	7-14 gg
Avvio campagna vaccinazione supplementare	Ministero +Regioni	14 gg
Rimodulazione del Piano in base al risultato della sequenza	Ministero della salute	14 – 20 gg
Relazioni sul risultato della campagna di vaccinazione e coperture vaccinali	Ministero della salute - Regione	1, 2 e 3 mesi
Dichiarazione fine emergenza	Ministero della salute - NCC	3- 6 mesi

*Bibliografia*

Report of the 1st meeting of the Global Commission for the Certification of the Eradication of Poliomyelitis. Geneva: World Health Organization; 1995. WHO document WHO/EPI/GEN/95.6.

Global eradication of poliomyelitis. Report of the 3rd meeting of the Global Commission for the certification of the eradication of polio. Geneva: GEN/98.17.

Acute flaccid paralysis (AFP) surveillance: the surveillance strategy for poliomyelitis eradication. Weekly Epidemiological Record 1998;73:113-4.

Guidelines for environmental surveillance of poliovirus circulation World Health Organization 2003

21



eb608dc0



OMS Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018

Responding To A Poliovirus Event And Outbreak Part 1: general SOPs (16 giugno 2016)  
Responding To A Poliovirus Event And Outbreak Part 2: Protocol for poliovirus type 2 (16 giugno 2016)

DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502". (GU Serie Generale n.65 del 18-03-2017 - Suppl. Ordinario n. 15): <http://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2017/03/18/17A02015/sg>

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019" (Rep. atti n. 10/CSR) (G.U. Serie Generale , n. 41 del 18 febbraio 2017):  
<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58185>  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_tavole\\_20\\_allegati\\_iitemAllegati\\_0\\_fileAllegati\\_itemFile\\_5\\_file.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_tavole_20_allegati_iitemAllegati_0_fileAllegati_itemFile_5_file.pdf)  
<http://www.salute.gov.it/portale/vaccinazioni/dettaglioContenutiVaccinazioni.jsp?lingua=italiano&id=4824&area=vaccinazioni&menu=vuoto>



22



eb608dc0





REGIONE DEL VENETO

ALLEGATO B DGR n. 735 del 09 giugno 2020

pag. 1 di 12

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento "Piano nazionale di azione per mantenere lo status polio - free".

Rep. Atti n. *32/CSR del 12 marzo 2020*

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE  
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nell'odierna seduta del 12 marzo 2020:

VISTO l'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, che prevede la possibilità per il Governo di promuovere, in sede di Conferenza Stato-Regioni o di Conferenza Unificata, la stipula di intese dirette a favorire l'armonizzazione delle rispettive legislazioni o il raggiungimento di posizioni unitarie o il conseguimento di obiettivi comuni;

VISTA l'intesa Stato-Regioni del 30 maggio 2002 concernente l'accordo sulle modifiche al calendario della vaccinazione antipoliomielitica (Rep. Atti n. 1453/CSR), che prevede, tra l'altro, che *"le Regioni e le Province autonome, nell'ambito delle specifiche competenze, proseguono la sorveglianza della paralisi flaccida acuta, quale attività determinate ai fini dell'eradicazione della poliomielite e delle valutazioni per gli adeguamenti delle strategie vaccinali antipoliomielite"*;

VISTA l'intesa Stato-Regioni del 13 novembre 2014 concernente il "Piano nazionale per la prevenzione per gli anni 2014-2018" (Rep. Atti n. 156/CSR), che individua tra i macro obiettivi a elevata valenza strategica, attraverso la messa a punto di piani e programmi, quello di ridurre la frequenza di infezioni/malattie infettive prioritarie;

VISTO, in particolare l'articolo 1, comma 4, della citata intesa che fa riferimento alle risorse per il raggiungimento degli obiettivi del Piano nazionale della prevenzione 2014-2018, allo sviluppo dei sistemi di sorveglianza e all'armonizzazione delle attività di prevenzione negli ambiti territoriali;

VISTA l'Intesa Stato-Regioni del 21 dicembre 2017 concernente la proroga del Piano Nazionale della Prevenzione per gli anni 2014-2018 e la rimodulazione dei Piani regionali della Prevenzione 2014-2018, (Rep. Atti n. 247/CSR), che ha esteso al 31 dicembre 2019 la vigenza dell'anzidetto Piano;

VISTO il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA)", pubblicato nella Gazzetta ufficiale della Repubblica italiana del 18 marzo 2017, n. 65, in cui vengono comprese tra i LEA le attività e le prestazioni volte a tutelare la salute e la sicurezza della comunità da rischi infettivi;

VISTA l'intesa Stato-Regioni del 19 gennaio 2017 sul documento recante "Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019" (Rep. Atti n. 10/CSR);



8fc4f2be





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

VISTA la nota in data 24 gennaio 2020, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso la proposta di Intesa indicata in oggetto, unitamente al “Piano nazionale di azione per mantenere lo status polio - free”;

VISTA la nota dell’Ufficio di Segreteria di questa Conferenza del 30 gennaio 2020, con la quale la predetta documentazione è stata diramata alle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano con richiesta di assenso tecnico, pervenuto il 21 febbraio 2020;

ACQUISITO, nel corso dell’odierna seduta, l’assenso del Governo, delle Regioni e Province autonome sulla proposta in esame;

SANCISCE INTESA

tra il Governo e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, nei termini di seguito riportati:

VISTO:

- la risoluzione WHA41.28 del 13 maggio 1988 con cui l’Organizzazione mondiale della sanità esortava gli stati membri ad impegnarsi per poter eradicare la poliomielite;
- il Regolamento Sanitario Internazionale (2005) secondo il quale la presenza di un caso di poliovirus costituisce un’urgenza di salute pubblica di portata internazionale;
- la risoluzione WHA 60.14 del 21 maggio 2007 con cui l’Organizzazione mondiale della sanità esortava tutti gli Stati membri a riesaminare e, se del caso, aggiornare le raccomandazioni nazionali sull’immunizzazione contro la poliomielite e a rafforzare i sistemi di sorveglianza al fine di rilevare rapidamente qualsiasi poliovirus selvaggio circolante;
- il decreto legge 7 giugno 2017, n. 73, recante “Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale”, convertito, con modificazioni, dalla legge 31 luglio 2017, n. 119;
- l’intesa Stato-Regioni del 7 marzo 2019 sul documento recante “Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta a una Epidemia di Poliomielite” (Rep. Atti n. 34/CSR);
- il *Polio Eradication & Endgame Strategic Plan 2013-2018* dell’OMS;
- il “*Strategic Action Plan on Polio Transition (2018-2023)*” portato alla settantunesima assemblea mondiale della sanità del 24 aprile 2018 (WHA A71/9);

CONSIDERATO:

- che l’incidenza della poliomielite, grazie ai programmi per l’eradicazione della malattia, è, rispetto agli anni ’50, notevolmente diminuita;
- che nel 2002 la regione europea è stata dichiarata “*polio-free*” e diventa pertanto ancora più importante mettere in opera tutte le azioni necessarie per rilevare precocemente la presenza di poliovirus e contrastarne immediatamente la diffusione;
- che l’ultimo Piano Nazionale per sostenere lo status *polio-free* risale al triennio 2006-2008;



8fc4f2be



ALLEGATO B DGR n. 735 del 09 giugno 2020

pag. 3 di 12

*Presidenza del Consiglio dei Ministri*CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI  
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME  
DI TRENTO E DI BOLZANO

RITENUTA, pertanto, seguendo l'invito dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la necessità di aggiornare il "Piano Nazionale di Azione per mantenere lo status Polio-Free", per adeguare le azioni necessarie a ridurre il rischio di un'eventuale reintroduzione del poliovirus o, nel caso, per individuarne precocemente l'eventuale presenza;

PREMESSO CHE:

- si vuole delineare il miglior percorso possibile per conseguire l'obiettivo di prevenire e rilevare immediatamente eventuali importazioni di poliovirus;
- si vuole ottenere la documentazione richiesta per mantenere la certificazione di status polio-free.
- si vuole focalizzare l'attenzione sulla prevenzione altamente efficace – come suggerito dalle agenzie internazionali - basata sulle evidenze scientifiche.

SI CONVIENE

Sul "Piano Nazionale di Azione per mantenere lo status Polio-Free", di cui all'allegato A, che costituisce parte integrante della presente intesa.

Il presente documento, tenendo conto dei progressi verso l'eradicazione della poliomielite, delle indicazioni fornite dall'OMS e della situazione epidemiologica presente sul nostro territorio nazionale, sarà aggiornato tra tre anni.

A tal fine, le Regioni si impegnano a:

- raggiungere e mantenere le coperture vaccinali contro la poliomielite;
- mantenere e incrementare la sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA);
- mantenere e incrementare la sorveglianza ambientale;
- verificare che i laboratori distruggano il materiale infettivo e potenzialmente infettivo per poliovirus secondo le direttive emanate dal Ministero della Salute.

Per le attività di cui al presente documento, le amministrazioni interessate provvedono nell'ambito delle risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente.

Dall'attuazione della presente Intesa non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

Il Segretario  
Cons. Elisa Grande



Il Presidente  
On. Francesco Boecia



8fc4f2be

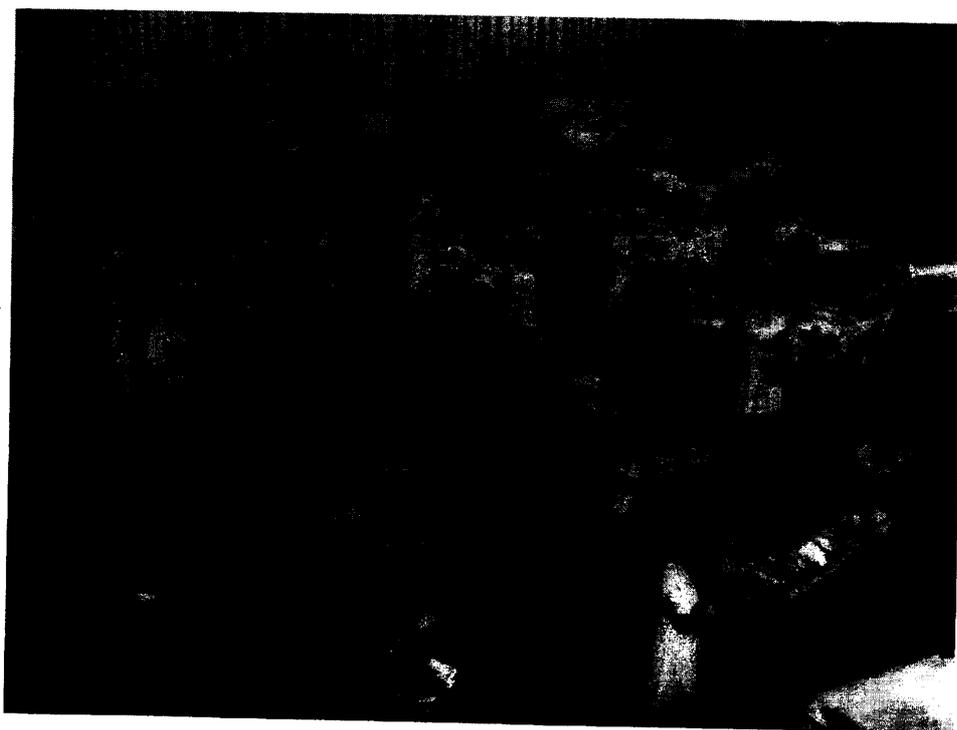


*Att. A*



MINISTERO DELLA SALUTE

**PIANO NAZIONALE DI AZIONE  
PER MANTENERE LO STATUS POLIO-FREE**



8fc4f2be



**LISTA DEGLI ACRONIMI**

<b>GdLPolio</b>	<b>Gruppo di lavoro polio</b>
<b>IPV</b>	<b>vaccino inattivato di Salk</b>
<b>ISS</b>	<b>Istituto Superiore di Sanità</b>
<b>LEA</b>	<b>Livelli Essenziali di Assistenza</b>
<b>LN</b>	<b>Laboratorio Nazionale di Riferimento</b>
<b>LSN</b>	<b>Laboratorio Sub-Nazionale di Riferimento</b>
<b>NCC</b>	<b>Comitato Nazionale per la certificazione della eradicazione della poliomielite</b>
<b>OPV</b>	<b>Vaccino orale di Sabin</b>
<b>tOPV</b>	<b>Vaccino orale di Sabin trivalente</b>
<b>bOPV</b>	<b>Vaccino orale di Sabin bivalente</b>
<b>PEF</b>	<b>Strutture Essenziali per poliovirus</b>
<b>PFA</b>	<b>Paralisi Flaccida Acuta</b>
<b>PNPV</b>	<b>Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale</b>
<b>RSI</b>	<b>Regolamento Sanitario Internazionale</b>
<b>SA</b>	<b>Sorveglianza ambientale</b>
<b>VDPV</b>	<b>Poliovirus vaccino derivato</b>
<b>WPV</b>	<b>Poliovirus selvaggio</b>
<b>SSN</b>	<b>Servizio Sanitario Nazionale</b>



## INTRODUZIONE

Il presente documento, fa riferimento al Piano strategico dell'Organizzazione Mondiale della Sanità 2013-2018 e si propone di pianificare e aggiornare le azioni necessarie per mantenere l'Italia polio-free.

Il 21 giugno 2002 la Regione europea dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) è stata dichiarata ufficialmente "polio-free". Tuttavia, la persistenza di aree in cui i poliovirus continuano a circolare (soprattutto in Africa e Asia orientale) espone a rischio di reintroduzione del virus anche Paesi attualmente liberi dalla malattia.

L'Italia è impegnata a mantenere elevata l'attenzione e a promuovere iniziative, quali campagne vaccinali e sistemi di sorveglianza, per conservare il Paese immune dalla poliomielite.

Il 20 settembre 2015, l'OMS attraverso la "Global Commission for the Certification of Poliomyelitis Eradication" ha dichiarato eradicato il poliovirus selvaggio di sierotipo 2. Nell'Aprile 2016 è stato definitivamente abolito in tutto il mondo l'uso del vaccino vivo attenuato trivalente (tOPV, contenente i ceppi di Sabin di sierotipo 1, 2 e 3); ed è stato sostituito dal vaccino OPV bivalente (bOPV), che non contiene il sierotipo 2.

L'OMS si augura di poter arrivare presto (entro il 2020) all'eradicazione degli altri due sierotipi di poliovirus.

Con l'eradicazione il pericolo maggiore, per una reintroduzione del virus nell'ambiente, è costituito da un eventuale incidente di laboratorio. Per tale motivo l'OMS ha invitato i Paesi membri a distruggere il materiale infettivo e/o potenzialmente infettivo lasciando la possibilità di conservare i poliovirus solo ai Paesi che istituiscono strutture essenziali - PEF (ad esempio laboratori in cui è indispensabile mantenere i poliovirus per produzione di vaccini, test diagnostici, ecc. ).

L'obiettivo dell'attuale Piano, elaborato dal Gruppo di Lavoro Polio, che ha acquisito parere favorevole del NCC, è di aggiornare le azioni necessarie per ridurre il rischio di un'eventuale reintroduzione del poliovirus o, nel caso, per individuare precocemente l'eventuale presenza del virus ed, eventualmente, interromperne immediatamente la trasmissione attraverso le azioni previste dal del Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta a una Epidemia di Poliomielite di cui all'intesa Stato-regioni del 7 marzo 2019 (Rep. Atti n. 34/CSR).

### Obiettivo 1: Mantenimento di alte coperture vaccinali

In Italia la prima campagna di vaccinazione antipoliomielitica fu realizzata a seguito della Legge 30 luglio 1959, n. 695, recante "Provvedimenti per rendere integrale la vaccinazione antipoliomielitica" in cui era previsto che tutti i bambini, dai 4 mesi ai 6 anni di età, per poter frequentare le comunità, quali scuole, collegi, colonie, ecc., effettuassero il vaccino.

L'obbligatorietà della vaccinazione antipoliomielitica fu introdotta con la legge 4 febbraio 1966, n. 51, che all'art. 1 recita: "La vaccinazione contro la poliomielite è obbligatoria per i bambini entro il primo anno di età e deve essere eseguita gratuitamente".

Con il Decreto del Ministero della Sanità 7 aprile 1999 (pubblicato sulla G.U. del 15 aprile 1999, serie generale n. 87), concernente il calendario delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate per i nuovi nati, le prime due dosi di vaccino antipoliomielitico orale (OPV) furono sostituite con due dosi di vaccino inattivato (IPV).



A seguito della dichiarazione di area polio-free, con il Decreto del Ministero della Salute del 18 giugno 2002 (pubblicato sulla G.U. del 13 luglio 2002, serie generale n. 163), sono state aggiornate le modalità per la profilassi contro la poliomielite, programmando la somministrazione di 4 dosi di vaccino IPV.

Secondo il calendario stabilito dall'attuale Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-19 i bambini effettuano le prime 3 dosi di vaccino IPV entro il primo anno di vita (al 3°, 5° e 11° mese di vita), la 4° dose al 6° anno e l'ultimo richiamo tra il 12° e il 18° anno.

La vaccinazione antipolio, come le altre vaccinazioni incluse nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), risulta essere gratuita presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) per la popolazione target individuata dal vigente PNPV.

In particolare, per quanto riguarda la vaccinazione antipoliomielitica, per la coorte di bambini di 24 mesi, le coperture vaccinale nel 2016 hanno raggiunto il minimo registrato in Italia negli ultimi anni (93,33%).

A seguito del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, coordinato con la legge di conversione 31 luglio 2017, n. 119, recante «Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci», nel 2018 si è registrato un aumento delle coperture vaccinali, che relativamente al vaccino antipoliomielitico, hanno raggiunto il 95,09%, per la classe dei bambini di 24 mesi.

Con l'anagrafe nazionale vaccini, istituita ai sensi del Decreto del Ministro della Salute 17 settembre 2018, sarà possibile, nell'ambito del monitoraggio dei programmi vaccinali, verificare le coperture vaccinali in relazione al vigente Calendario vaccinale nazionale ed elaborare gli indicatori a livello nazionale e regionale.

Dal momento che la trasmissione dei poliovirus è più efficace tra gli individui non vaccinati, o che non hanno completato il ciclo vaccinale, è molto importante evitare la formazione di sacche di popolazione che, per situazione socio-economica o culturale, risultino non adeguatamente vaccinate.

Ciò premesso, le Regioni si impegnano a mantenere le coperture vaccinali secondo quanto previsto dal PNPV:

- attraverso il monitoraggio semestrale della copertura vaccinale e campagne di informazioni e sensibilizzazioni sulle vaccinazioni;
- contrastare le disuguaglianze promuovendo interventi nei gruppi di popolazioni marginalizzati, esaminando le problematiche relative a questi gruppi che, per cultura, tradizioni o altro, rimangono restii ad accedere ai servizi sanitari nazionali e in cui si registra una bassa copertura vaccinale. Le Regioni si impegnano ad analizzare i dati in loro possesso (numero di persone appartenenti ai diversi gruppi e proporzione di persone vaccinate) e le criticità, condividendole con il Ministero della Salute;
- relativamente alla vaccinazione di questi particolari gruppi si prenderanno in considerazione progetti che potranno coinvolgere le associazioni di volontariato e i mediatori culturali presso le strutture di accoglienza;
- saranno formulate raccomandazioni periodiche alle Regioni, finalizzate al raggiungimento e mantenimento della copertura di immunizzazione antipolio  $\geq 95\%$  in tutti i livelli sub-nazionali;



8fc4f2be



## INDICATORI COPERTURE VACCINALI

Indicatore	definizione	periodo	obiettivo
% copertura vaccinale nazionale	% bambini di 24 mesi con 3 dosi di IPV su tutto il territorio	semestrale	≥ 95%
% copertura vaccinale regionale	% di bambini di 24 mesi, residenti nella Regione, con 3 dosi di IPV	semestrale	≥ 95%

In caso di evento e/o focolaio di poliomielite, qualora necessario, saranno organizzate campagne di vaccinazione supplementari come previsto al paragrafo 5.3 del Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta a una Epidemia di Poliomielite di cui all'intesa Stato-regioni del 7 marzo 2019 (Rep. Atti n. 34/CSR).

**Vaccinazioni per i viaggiatori**

Nonostante gli sforzi e i notevoli progressi verso l'eradicazione della poliomielite, vi sono aree, nel mondo, in cui il virus continua a circolare. Recentemente si è osservata, in alcuni Paesi, una riemersione della malattia legata a diversi fattori, quali conflitti bellici in corso o debolezza dei sistemi sociali. La persistenza di focolai di poliomielite comporta, data la facilità e la frequenza dei viaggi internazionali, il rischio della reintroduzione di poliovirus in aree dichiarate polio-free. Per tale ragione l'OMS, secondo quanto previsto dal Regolamento Sanitario Internazionale, formula una serie di raccomandazioni temporanee per i viaggiatori internazionali che provengono da un Paese:

- 1) con evidenza di esportazione di WPV/VPDV;
- 2) con circolazione di poliovirus in assenza di esportazione;
- 3) con frequenti scambi con Paesi endemici.

Il Ministero della Salute s'impegna a mantenere costantemente aggiornate, tramite circolari ministeriali, le indicazioni ai viaggiatori internazionali secondo le raccomandazioni emanate dall'OMS. Le suddette informazioni saranno diffuse mediante i siti web: [http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2\\_5.jsp?lingua=italiano&area=Malattie infettive&menu=viaggiatori](http://www.salute.gov.it/portale/temi/p2_5.jsp?lingua=italiano&area=Malattie infettive&menu=viaggiatori) e <http://www.viaggiareassicuri.mae.aci.it/>.

In caso di presenza di circolazione di poliovirus nel nostro Paese, per i viaggiatori internazionali saranno adottate le misure di prevenzione previste nel paragrafo 5.3e del Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta a una Epidemia di Poliomielite di cui all'intesa Stato-regioni del 7 marzo 2019 (Rep. Atti n. 34/CSR).



**Obiettivo 2: Mantenimento e potenziamento dei sistemi di sorveglianza**

Per rilevare precocemente e confermare l'eventuale importazione di poliovirus nel nostro territorio le Regioni e il Ministero della Salute, con la collaborazione dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ove ritenuto utile, si impegnano a:

- mantenere ed incrementare la sorveglianza delle Paralisi Flaccide Acute (PFA);
- segnalare e monitorare con piena ed immediata attenzione gli "hot cases";
- mantenere ed incrementare la sorveglianza ambientale.
- istituire il monitoraggio della circolazione degli enterovirus a supporto delle attività di sorveglianza per il mantenimento dello status polio-free.

**Sorveglianza delle paralisi flaccide acute**

La sorveglianza delle paralisi flaccide acute (PFA) è considerata dall'OMS il "gold standard" di tutti i programmi di sorveglianza, non solo nei paesi endemici e ad alto rischio di reintroduzione, ma anche nei paesi polio-free per i quali il mantenimento degli standard di sorveglianza rappresenta un obiettivo fondamentale a garanzia dell'avvenuta eradicazione.

In Italia la rete di sorveglianza, attiva dal 1995, vede coinvolti il Ministero della Salute, l'ISS e i venti Centri di riferimento regionali.

Rimane ferma l'attuale organizzazione del sistema di sorveglianza così come previsto dalla Circolare Ministeriale del 7 febbraio 1995 (n. 400.2/28v/911) e del 26 gennaio 1997 (n. 400.3/28/352).

I dati trasmessi dalle Regioni al Ministero della Salute vengono inseriti nella piattaforma internazionale CISID - piattaforma di sorveglianza dell'OMS/Europa per le malattie trasmissibili.

L'affidabilità del sistema di sorveglianza della PFA viene valutata attraverso una serie di indicatori selezionati dall'OMS.

In Italia i parametri della sorveglianza nel corso degli anni, dal 1997 in poi, pur non raggiungendo gli standard fissati dall'OMS, erano progressivamente migliorati. Dal 2015 si è registrata un'inversione di tendenza con una progressiva diminuzione dei casi segnalati (tasso di PFA non polio da 0,75 a 0,60 nel 2017; indice di sorveglianza da 0,57 a 0,38 nel 2017).

Per migliorare la qualità della sorveglianza delle PFA il Ministero della Salute, in accordo con le Regioni e con la collaborazione dell'ISS, si impegna a:

- mantenere il Sistema di Sorveglianza delle PFA ed aggiornarlo per cercare di migliorarne la qualità;
- organizzare incontri per sensibilizzare gli operatori sanitari ed i referenti regionali sull'importanza della sorveglianza;

In caso di accertamento di positività per poliovirus dei campioni di feci proveniente da un caso di PFA riferirsi al punto 5 del Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta a una Epidemia di Poliomielite di cui all'intesa Stato-regioni del 7 marzo 2019 (Rep. Atti n. 34/CSR).



6



8fc4f2be



## INDICATORI SORVEGLIANZA PFA

INDICATORE	DEFINIZIONE	PERIODO	OBIETTIVO
Tasso di notifica PFA nazionale	Numero di casi di PFA notificati /100.000 ragazzi ≤ 15 anni sul territorio nazionale	annuo	90%
Tasso di notifica PFA regionale	Numero di casi di PFA notificati /100.000 ragazzi ≤ 15 anni nella regione	annuo	90%
Completezza indagini	Numero casi PFA con 2 campioni di feci, a distanza di 24-48-h, entro 15 gg / n° casi PFA segnalati x 100	annuo	80%
Follow-up	Numero casi PFA con F-U a 60 giorni/ n casi PFA segnalati x 100	annuo	90%
Indice sorveglianza	Tasso di notifica PFA x %casi con almeno un campione di feci entro 14 gg dall'insorgenza sintomi	annuo	0,80

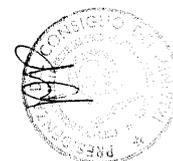
**Sorveglianza ambientale**

Oltre alla sorveglianza delle PFA i protocolli OMS prevedono, come attività complementare, la sorveglianza ambientale (SA) di poliovirus in campioni di acque reflue prelevate all'ingresso di depuratori fognari.

Nei Paesi con storia di lunga assenza di circolazione di poliovirus la sorveglianza ambientale assume un ruolo importante per rilevare la circolazione del virus nell'ambiente anche in assenza di casi clinici. La SA è particolarmente utile nei Paesi polio-free in cui si vaccina con IPV.

Per una buona SA, l'OMS raccomanda di prelevare i campioni dai collettori per impianti di trattamento delle acque reflue o altre importanti fogne. I siti di campionamento scelti per il monitoraggio regolare dovrebbero essere selezionati in modo da rappresentare popolazioni ad alto rischio, con una dimensione preferibile da 100.000 a 300.000 persone. In Italia la sorveglianza ambientale è stata avviata nel 2005; attualmente è attiva in sei città (Milano, Parma, Bari, Palermo, Sassari, Bolzano).

La scelta dei depuratori si è basata principalmente sulla numerosità della popolazione afferente, in quanto all'aumentare di quest'ultima diminuisce la sensibilità dell'indagine. Sono quindi stati scelti depuratori che rispondessero al criterio fissato dall'OMS di un range di popolazione ottimale che comprenda tra 100.000 e 300.000 abitanti.



Il campione ambientale è rappresentato dal refluo fognario prelevato all'ingresso del depuratore, dove tutte le acque di scarico vengono raccolte in un unico collettore. Il prelievo è il risultato del campionamento medio bilanciato svolto nella 24 ore, per evitare alterazioni della concentrazione di materia organica del campione stesso.

Le Regioni, in accordo con il Ministero della Salute, e con la collaborazione dell'ISS, si impegnano a:

- continuare la sorveglianza ambientale ;
- effettuare uno studio di fattibilità per incrementare la sorveglianza ambientale, includendo siti di raccolta su cui insiste una particolare concentrazione di persone provenienti da Paesi nei quali ancora circola il poliovirus o ancora si usa il vaccino orale Sabin.

In caso di positività di un campione e di accertamento della presenza di poliovirus riferirsi al punto 5.1 del Piano Nazionale di Preparazione e di Risposta a una Epidemia di Poliomielite di cui all'intesa Stato-regioni del 7 marzo 2019 (Rep. Atti n. 34/CSR).

#### **Sorveglianza degli enterovirus**

Gli enterovirus possono essere causa di diverse patologie nell'uomo, tra cui infezioni neurologiche severe con sintomatologia PFA-simile. Il monitoraggio della circolazione di questi agenti infettivi è importante per identificare focoli epidemici e l'impatto di eventuali ceppi neurotropi, e diventa un valido strumento di supporto per le attività di sorveglianza volte al mantenimento dello status polio-free.

In conformità con l'accordo di collaborazione con il Ministero della Salute, firmato l'11 dicembre 2019, l'ISS si impegna a:

- organizzare una rete di laboratori, distribuiti su tutto il territorio nazionale, per rafforzare la capacità diagnostica
- ottimizzare le procedure di laboratorio e di tipizzazione molecolare degli enterovirus
- raccogliere dati clinici e demografici

#### **Obiettivo 3: Contenimento dei poliovirus**

Secondo il *"WHO Global Action Plan to minimize poliovirus facility-associated risk after type-specific eradication of wild polioviruses and sequential cessation of oral polio vaccine use, WHO/POLIO/15.05 (GAP III)"* i Paesi membri, considerata l'eradicazione del WPV tipo 2 (2015) e del WPV tipo 3 (ottobre 2019), devono mettere in atto tutte le misure previste per il contenimento dei poliovirus che potranno essere conservati solo nei PEF opportunamente certificati.

In Italia, nel 2005, in collaborazione con le Regioni, è stato effettuato un inventario nazionale per individuare i laboratori che possedevano materiale infettivo e/o potenzialmente infettivo per poliovirus. Nel 2015 l'inventario dei laboratori è stato aggiornato.

Con nota del 20 novembre 2018 il Ministro della Salute ha comunicato la decisione di non mantenere in Italia laboratori deputati a conservare i poliovirus (PEF).



8



8fc4f2be



Di conseguenza, il Ministero della Salute in accordo con le Regioni, si impegna a:

- verificare che tutto il materiale infettivo e potenzialmente infettivo per poliovirus sierotipo 2 e 3 sia distrutto;
- verificare quali strutture in Italia conservino il materiale infettivo per poliovirus sierotipo 1;
- catalogare il tipo di materiale potenzialmente infettivo per poliovirus ancora conservato presso i laboratori.
- verificare che i laboratori si attengano alle istruzioni dell'OMS circa la distruzione di materiale infettivo e potenzialmente infettivo ;
- verificare, una volta dichiarata l'eradicazione, che sul territorio nazionale non vi siano laboratori che conservino materiale infettivo e potenzialmente infettivo per poliovirus.

