

Documenti



Indagine emergenza COVID-19

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIItI)

Partecipanti al gruppo di lavoro e referenti dell'indagine:

Sezioni Regionali SIItI

Abruzzo-Molise: Marianna Mastrodomenico

Apulo-Lucana: Alberto Fedele

Calabria: Carmelo Nobile

Campania: Paolo Montuori

Emilia-Romagna: Aldo De Togni

Lazio: Leonardo Villani, Floriana D'ambrosio

Liguria: Filippo Ansaldo

Lombardia: Claudio Garbelli

Marche: Daniel Fiacchini, Emilia Prospero

Piemonte e Valle d'Aosta: Carla M. Zotti, Deborah Traversi, Annalisa Castella, Angela Gallone

Sardegna: Antonio A. Azara

Toscana: Angelo Baggiani

Triveneto: Davide Gentili

Umbria: Pietro Manzi

Consulta Specializzandi SIItI: Stefano Greco

Giunta esecutiva della SIItI: Fausto Francia

Istituto Superiore di Sanità: Luigi Bertinato

Coordinatore del Gruppo di lavoro: Claudio Garbelli

... è ipotizzabile che la prossima Grande Epidemia (il famigerato Big One) quando arriverà si conformerà al modello perverso dell'influenza, con alta infettività prima dell'insorgere dei sintomi. In questo caso si sposterà da una città all'altra sulle ali degli aerei, come un angelo della morte ..."

Da "Spillover" David Quammen, pag. 219, anno 2012

Premessa

L'indagine è stata indirizzata a valutare gli Atti con valenza strategica e di sistema che le Autorità nazionali e regionali hanno adottato per la gestione ed il controllo della emergenza epidemiologica da COVID-19. Le Sezioni Regionali Abruzzo-Molise (Regione Abruzzo), Apulo-Lucana, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte e Valle d'Aosta, Sardegna, Toscana, Triveneto (Regione Veneto), Umbria, ISS e la Consulta degli Specializzandi hanno partecipato all'indagine alla data del 03.08.2020. L'indagine ha avuto un aggiornamento con il webinar SItI Nazionale del 11 dicembre 2020. L'indagine sarà approfondita con alcuni item specifici es. contact tracing, campagna vaccinale, riapertura delle scuole e con l'aggiornamento di alcuni item già definiti es. provvedimenti regionali, rete ospedaliera e territoriale, RSA. Si è quindi prodotta una raccolta "complessivamente valutata e disponibile con link dedicato" di questi Atti che rappresentano un riferimento tecnico-istituzionale per la SItI ed anche di pubblicazioni scientifiche nel merito. Gli Atti considerati e citati nell'indagine sono, in particolare, Deliberazioni di Giunta regionale, Ordinanze del Presidente di Giunta Regionale e Circolari Regionali con valenza di sistema. Sono stati, inoltre, considerati gli Atti di indirizzo con le indicazioni fornite dall'Istituto Superiore di Sanità.

Lo strumento di lavoro è una check list condivisa per l'indagine articolata per i 4 punti indicati nella nota 23 aprile 2020 del Presidente Prof. Italo F. Angelillo con la traccia di seguito articolata per la definizione della check list con risposte bloccanti e spazio note di commento obbligatorie:

1. Valutazioni dopo l'alert dell'OMS febbraio 2018 sulla "Disease X".
2. Atti a conferma tempestività e completezza della preparazione dell'emergenza dopo la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 per la dichiarazione dello stato di emergenza e dopo la diagnosi del primo paziente COVID-19 il 20 febbraio 2020.
3. Evidenze delle diversità di approccio delle Regioni ed i conseguenti effetti nella gestione e controllo della epidemia in termini di diffusione e gravità.
4. Evidenziare i rapporti fra Organi nazionali e internazionali e fra Organi nazionali e regionali nella gestione della epidemia.

È stato aggiunto un 5° punto di particolare significato "Proposte sulla base di insegnamenti ed indicazioni condivise per il futuro sulla base delle esperienze maturate nella fase acuta epidemica".

Le evidenze e le conclusioni dei Punti 1) 2) 3) 4) 5) sono le basi della epicrisi con l'obiettivo di definire proposte per:

- A. riorganizzare e rafforzare i Dipartimenti di Prevenzione e di Cure primarie ed i Distretti determinando le modalità di integrazione con i MMG ed i PLS;
- B. realizzare sistema omogeneo di rilevazione e raccolta dei dati in fasi emergenziali;
- C. massimo utilizzo di strumenti digitali (es. contact tracing);
- D. aggiornamento del Piano Nazionale della Prevenzione e dei Piani Regionali della Prevenzione;
- E. proporre gli strumenti per un nuovo piano pandemico;
- F. proporre miglioramenti per le integrazioni fra rete territoriale ed ospedaliera;
- G. riordino della rete ospedaliera con riesame del DM 70/2015 (es. dotazione di posti letto di terapia intensiva e subintensiva);
- H. pieno coinvolgimento dei Dipartimenti di Prevenzione nell'organizzazione e realizzazione della campagna di vaccinazione anti COVID-19.

I confronti avvenuti con le Sezioni regionali coinvolte, ISS e la Consulta degli specializzandi hanno evidenziato come significativi:

- 1) la gestione ed i contenuti delle informazioni e delle comunicazioni in ordine all'evoluzione dell'emergenza epidemiologica da parte delle Autorità di Governo Nazionale e Regionali e da parte delle Funzioni

tecniche responsabili nelle attività di gestione e controllo dell'emergenza negli ambiti nazionali, regionali e locali;

- 2) i rapporti con il Sindaco, quale Autorità sanitaria locale, da parte dei Dipartimenti di Prevenzione;
- 3) il network delle attività di prevenzione migliorando i rapporti fra gli ambiti nazionali e regionali;
- 4) l'impegno per la prevenzione delle patologie cronico-degenerative e per contenere le diseguaglianze;
- 5) la sinergia delle Università e degli Istituti di ricerca nel settore sanitario con la rete territoriale ed ospedaliera sia per promuovere studi e ricerche su farmaci e vaccini sia per la formazione degli operatori sanitari (webinar, teleconferenze, centri di simulazione).

I confronti hanno, infine, evidenziato che la sanità pubblica ha dimostrato la capacità di fornire risposta ai bisogni della popolazione sia nella fase acuta della pandemia che nelle fasi successive anche in settori non strettamente sanitari o di loro primaria competenza.

PUNTO 1. Valutazioni dopo l'alert dell'OMS febbraio 2018 sulla "Disease X".

Le Sezioni rispondenti hanno indicato:

- 1) assenza di determinazioni dopo il citato alert OMS;
- 2) adozione di atti deliberativi rispetto alla pandemia di influenza AH1N1 nel 2009 senza successivi aggiornamenti, con eccezione della Regione Calabria e della Regione Veneto che ha costituito, nel 2013/2014, il Gruppo Operativo a Risposta Rapida Regionale per la gestione coordinata e la preparazione in caso di evento emergenziale;
- 3) adozione di protocolli per la prevenzione, gestione e controllo del rischio da virus Ebola nel 2014 (Abruzzo, Lombardia, Toscana, Sardegna);
- 4) assenza o carenza di indicazioni nei Piani Regionali della Prevenzione 2014-2018.

Per il punto 4) si precisa che nel PRP:

- Regione Sardegna ha evidenziato "...non era presente un modello organizzativo strutturato capace di rispondere alle emergenze sanitarie con particolare riferimento alle emergenze infettive".
- Regione Abruzzo ha indicato "un piano di gestione delle emergenze infettive" non ricompreso nel Piano regionale 2018 delle maxi emergenze sanitarie.
- Regione Emilia-Romagna ha indicato "un progetto gestione delle emergenze, anche infettive, per il Dipartimento di Sanità Pubblica fra cui le malattie infettive"; l'attenzione è stata posta per la gestione della sicurezza alimentare nelle strutture di accoglienza della popolazione in fase emergenziale.
- Regione Lombardia ha richiamato gli atti deliberativi che hanno definito anche la prevenzione, il controllo e la gestione del rischio epidemico per EXPO 2015 ed effettivamente applicati nel solo periodo di apertura di EXPO anche come "epidemic intelligence".
- Regione Calabria ha disposto l'aggiornamento del Piano pandemico regionale eseguito nel 2019.
- Regione Marche ha definito una linea di intervento dedicata alla preparazione alle emergenze infettive con esercitazioni.

ISS ha indicato i link dei documenti e le sequenze dei primi atti nazionali:

- 27 gennaio sospensione dei voli con la Cina;
- 31 gennaio la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale;
- 5 febbraio istituzione del CTS con Decreto n. 371 del Capo Dipartimento della Protezione civile;
- 21 febbraio Ordinanza del Ministero della Salute e della Regione Lombardia per l'istituzione della zona rossa;
- 22 febbraio Ordinanza del Ministero della Salute e della Regione Veneto per l'istituzione della zona rossa;
- 27 febbraio Ordinanza n. 640 Capo Dipartimento Protezione civile per la sorveglianza epidemiologica e

- microbiologica in capo all'ISS e per la sorveglianza clinica in capo a IRCCS INMI Lazzaro Spallanzani;
- 4 marzo DPCM con le prime misure di prevenzione del contagio (es. sospensione attività didattiche, eventi e manifestazioni);
- **11 marzo DPCM con il lockdown nazionale.**

Si può concludere che:

- 1) non vi è stata sufficiente consapevolezza nel riconoscere il rischio pandemico da "Disease X", materializzata come COVID 19 nel 2020, con la conseguente non adeguata adozione del criterio di precauzione ed insufficiente preparazione da parte del Servizio Sanitario Nazionale e della Rete della Prevenzione;
- 2) l'attenzione è stata posta ad istruire atti deliberativi che, per carente applicazione, non sono stati di norma riesaminati ed aggiornati.

Sulla base delle conclusioni per il punto 1) dell'indagine, i prossimi Piano Nazionale della Prevenzione "PNP" e Piani Regionali della Prevenzione "PRP" devono definire, come obiettivi prioritari, la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive e la pianificazione della gestione di emergenze pandemiche ed epidemiche, con il vincolo di valutazione della performance nel conseguimento dei citati obiettivi da parte dei Dipartimenti e Servizi della prevenzione appartenenti a Ministero della Salute, ISS, Regioni, ASL/ATS. Occorre, altresì, garantire piena sinergia fra i prossimi PNP e PPRRP e nuovi Piano Pandemico Nazionale e Piani Pandemici Regionali nonché con il Piano Antibiotico-resistenza "PNCAR" 2017-2020, il cui riavvio dopo l'emergenza epidemiologica COVID 19 si rende necessario per la criticità dell'antibioticoresistenza in Italia.

In particolare, si evidenziano le seguenti azioni, ricomprese nella parte finale "proposte":

1. il potenziamento dell'epidemic intelligence per consentire un sistema di allerta rapida, ad esempio recuperando l'esperienza di EXPO 2015, con la valutazione dei segnali provenienti dalla sorveglianza di malattie infettive (indicatori based surveillance IBS dai Dipartimenti di Prevenzione, PS, Presidi di primo intervento, MMG) e dalla sorveglianza di eventi (event Based surveillance EBS es. dai media); da valutare per il sistema di allerta rapida l'utilizzo di analisi di matrici ambientali (es. acque reflue) con il referto di nuovi agenti infettivi;
2. la formazione ed esercitazione (obbligatoria con frequenza almeno semestrale) del personale sanitario e specificatamente del personale dei Dipartimenti e Servizi della prevenzione; le esercitazioni dovrebbero preparare i Servizi/Sistemi sanitari a livello nazionale, regionale, aziendale alla gestione tempestiva e flessibile di epidemia/pandemia, anche da "Disease X"; le esercitazioni dovrebbero essere aperte alla Protezione civile ed alle organizzazioni del volontariato e coinvolgere le Società Scientifiche di Sanità pubblica e di riferimento nelle discipline cliniche;
3. la garanzia di adeguate scorte di vaccino antiinfluenzale ed antipneumococcico per consentire, a partire dal mese di ottobre, la vaccinazione delle classi di popolazione a rischio con una copertura non inferiore all'80% con lo scopo di evitare la sovrapposizione ed il potenziamento di due possibili epidemie da virus influenzale e da COVID 19 facilitando in tal modo azioni mirate di prevenzione e controllo.

PUNTO 2. Atti a conferma della tempestività e completezza della preparazione dell'emergenza dopo la Deliberazione del Consiglio dei Ministri 31 gennaio 2020 per la dichiarazione dello stato di emergenza e dopo la diagnosi del primo paziente COVID-19 il 20 febbraio 2020 (15 domande + allegati).

DGR/Ordinanze del Presidente Regionale/Circolari Regionali in applicazione degli Atti nazionali. Evidenze e valutazioni degli atti di sistema.

Sono disponibili gli atti indicati dalle Sezioni regionali partecipanti all'indagine e si sottolineano alcune

specificità come:

- l'attenzione ai criteri di prevenzione e sicurezza durante i trasporti con mezzi pubblici
- l'attenzione da parte di Regioni Meridionali e di Regione Sardegna agli accessi di cittadini provenienti da altre Regioni con RT maggiori, così come l'istituzione di "zone rosse" per singoli comuni con cluster di infezione da COVID-19 e la prevenzione di assembramenti per eventi locali
- la disposizione di Regione Lombardia, tramite Ordinanza n. 528 del 11.04.2020, per l'utilizzo di mascherine o di ogni altro indumento utile alla protezione di naso e bocca.

Sono stati indicati i link per i siti regionali dedicati all'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Sono state definite le seguenti proposte:

- garantire un'area in ogni sito regionale (laddove non esistente) dove possano essere presenti in archivio tutti i procedimenti, protocolli, circolari regionali divisi per area tematica (sanità o focus coronavirus) sotto forma di file multimediali con indici e testi in formato .pdf (proposta della Sezione Piemonte e Valle d'Aosta);
- garantire contestualità ed integrazione fra gli indirizzi e disposizioni fornite alla rete ospedaliera e territoriale.

ISS ha indicato i link di riferimento per la rete ospedaliera (es. art .2 Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34), per la rete territoriale (es. linee di indirizzo nazionale per al telemedicina), per isolamento e controllo dei contatti e per protocollo di sorveglianza epidemiologica dei migranti.

Nota di commento per la rete ospedaliera (esempio: organizzazione a rete COVID+/COVID-; organizzazione ad Hub e Spoke; organizzazione del CIO)

La rete ospedaliera è stata implementata e riorganizzata sul territorio nazionale in modo da disporre di strutture di riferimento COVID + omogeneamente distribuite nel territorio delle singole regioni, per arrivare a circa un centro COVID per provincia (tra le altre, es. il Veneto, attraverso la Rete infettivologica articolata in 7 poli).

Si è provveduto a ciò anche attraverso la rimodulazione/riattivazione di strutture sanitarie già esistenti che sono state potenziate con personale dedicato al COVID (Abruzzo, Molise, Veneto) e, talora, anche con modifiche strutturali (Piemonte).

Inoltre, si è provveduto al coinvolgimento di strutture ospedaliere private accreditate (Abruzzo, Molise, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna), alla riconversione di strutture alberghiere (Lazio) e alla creazione reale ex-novo (Lombardia), o solamente programmata (Piemonte, Emilia-Romagna), di nuove strutture dedicate dotate di terapia intensiva.

Le reti ospedaliere sono state organizzate in nodi **COVID+ e COVID-**. Vi è stata anche una modulazione delle strutture COVID+ in base all'intensità di cura (Liguria, Lombardia).

In alcuni casi, anche strutture extra-ospedaliere, come case di cura e RSA, sono state adibite alla gestione di pazienti COVID+ che necessitavano di bassa intensità di cura (Lombardia, Piemonte); in altri casi, sono state dedicate ai pazienti non affetti da COVID con necessità di cure internistiche di bassa/media intensità, in modo da alleggerire il carico assistenziale sugli ospedali (Abruzzo, Molise, Liguria).

La rete COVID+ ha visto una gestione delle risorse strutturali ed umane modulata in maniera flessibile in base a livelli di saturazione progressivi dei posti letto (Emilia-Romagna, Lombardia, Piemonte, Sardegna).

Per prevenire la saturazione dei posti letto nelle strutture sanitarie, in talune realtà, si è provveduto allo spostamento delle competenze ospedaliere sul territorio, con specialisti impegnati a domicilio del paziente; per esempio, in Sardegna, con l'istituzione delle Unità Integrate di Assistenza Territoriale (UIAT) (Sardegna). Numerose strutture ospedaliere sono state adibite esclusivamente alla cura dei pazienti COVID+, in altri casi si è provveduto a separare, nella stessa struttura, i COVID+ dai COVID-, soluzione usata alle volte durante

la fase 1 (es. Piemonte, Sardegna).

Per misurare il grado di occupazione dei posti letto, in qualche realtà si è fatto ricorso ad applicazioni informatiche specifiche: è il caso dell'Umbria con l'app "survey123".

Anche il momento della dimissione è stato oggetto di meticolosa organizzazione, con personale specializzato per valutare la più opportuna destinazione (es. Sardegna, attraverso le cosiddette Unità Regionali di dimissione post ospedaliera per l'individuazione del regime assistenziale extra-ospedaliero più appropriato, Umbria).

Numerose le regioni che hanno adottato il modello organizzativo "**Hub e Spoke**" (riferito da Calabria, Lazio, Liguria, Lombardia, Piemonte, Sardegna, Umbria, Veneto).

Il Comitato Infezioni Ospedaliere (**CIO**), anche sulla base della segnalazione degli specializzandi, è stato coinvolto in maniera disomogenea, talora nella gestione ospedaliera e nella programmazione dell'esecuzione dei tamponi naso-faringei (Lombardia); nei casi dove ne è stata segnalata l'attivazione, i CIO hanno garantito attività di formazione del personale ed in alcuni casi anche attività di monitoraggio delle RSA.

Da fine aprile vi è stata una diffusa riorganizzazione delle reti di assistenza con la ripresa generale delle attività sanitarie.

Nota di commento per la rete territoriale (esempio: utilizzo della telemedicina e ricognizione forme associative dei MMG)

Relativamente all'attività svolta dalla **rete territoriale**, l'indagine svolta ha permesso di evidenziare che, nella maggior parte delle regioni, non sono state attivate autonomamente particolari forme associative dei Medici di Medicina Generale (MMG); per contro, risultano attivate in Lombardia (attraverso le USCA, il potenziamento delle cure palliative domiciliari e la sorveglianza della presa in cura domiciliare del pz COVID-19), nelle Marche (con il potenziamento della rete territoriale e attivazione di 19 USCA unitamente ad un utilizzo il più estensivo possibile della **telemedicina**), in Liguria con forme di autofinanziamento da parte dei MMG finalizzate all'acquisto di DPI, o in Umbria dove le Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), precedentemente istituite tra MMG, hanno svolto una funzione di "filtro" dei pazienti. In Toscana, inoltre, è stato creato un gruppo di lavoro misto tra Ospedale, Dipartimento e MMG con suddivisione dei compiti e migliore gestione dei casi.

Nella regione Veneto i MMG ed i PLS hanno avuto la possibilità di prescrivere il tampone diagnostico per Sars-Cov-2 aspetto che, unitamente alla implementazione delle metodiche di testing "drive through", ha incrementato il numero di test eseguibili (riducendo anche il consumo di DPI, garantendo al contempo le adeguate misure di sicurezza).

Alquanto variegato anche l'impiego della telemedicina: numerose sono le regioni che non riferiscono l'utilizzo di tale metodologia, situazione confermata anche attraverso il riscontro effettuato dagli Specializzandi i quali lamentano carenza di processi di informatizzazione che hanno determinato in molti casi "*ritardi e confusione tra il personale con conseguente appesantimento dei processi*". Tuttavia, alcune forme di telemedicina sono state sperimentate in varie realtà nell'ambito delle prescrizioni farmaceutiche e, in diverse occasioni, sono stati utilizzati, in via sperimentale, software per il contact-tracing. In particolare, in una ASL della Liguria, nonostante un quadro generale di segnalata difficoltà di assistenza da parte della rete territoriale e la scarsa informatizzazione, la telemedicina è stata impiegata per la sorveglianza dei casi e dei contatti e, nel Lazio, attraverso i MMG, Pediatri di Libera Scelta (PLS), Medici di Continuità Assistenziale con sperimentazioni di teleassistenza su specifiche categorie di pazienti. Il Lazio, inoltre, vanta la realizzazione di una applicazione per smartphone denominata "LAZIODOCTOR per COVID", quale strumento di consultazione/informazione per tutti i cittadini e di telesorveglianza-tele monitoraggio per gli assistiti in corso di valutazione in quanto esposti al rischio di contagio e per i pazienti COVID-19 positivi, per i quali è stato disposto l'isolamento domiciliare. Anche la Sardegna ha attivato una applicazione denominata "Sardegna Sicura", anche se più

specificamente dedicata alla registrazione dei passeggeri in arrivo nell'Isola attraverso linee aeree o marittime, con funzione di tracciamento volontario e registrazione degli spostamenti. Anche in Umbria la telemedicina è stata utilizzata attraverso le USCA con un pacchetto di trasmissione dati di ECG e spirometria, con esami refertati on line dai medici ospedalieri.

Altri sistemi informatici e/o di messaggistica sono stati impiegati: per es. in Calabria, numerosi medici hanno utilizzato vari servizi informatici (sms, videochiamate WhatsApp, Meet e altre piattaforme web) per comunicare con i pazienti nel periodo di lockdown, così come in Lombardia risultano impiegati saturimetri Wi-Fi, RX torace digitale la cui tele-refertazione fa riferimento ad un sistema RIS-PACS governato dalla diagnostica per immagini dell'ospedale di riferimento ed integrata nella rete dell'urgenza-emergenza.

Competenza nell'approvvigionamento delle scorte (nazionale o regionale), capacità di acquisire adeguate dotazioni (tipologia e numero) e scorte adeguate di tamponi nasofaringei, DPI, ventilatori polmonari, ossigenoterapia domiciliare

Si premette la competenza dell'Organismo notificato (ON 0373) che opera presso ISS e svolge attività di certificazione CE per Dispositivi medici (DM) di cui alla Direttiva 93/42/CE e s.m.i., per dispositivi medico-diagnostici in vitro (IVD) di cui alla Direttiva 98/79/CE e s.m.i.

Nel primo periodo della pandemia tutte le regioni hanno lamentato un'ampia carenza di presidi dedicati alla gestione della COVID-19. È chiaro che questa situazione, unitamente alle scarse conoscenze sulle modalità di trasmissione dell'infezione e sulla reale percezione del rischio infettivo anche da parte di una non trascurabile quota del personale sanitario, ha contribuito non poco alla diffusione dell'epidemia.

A tale scarsa disponibilità (soprattutto di DPI, tamponi, reagenti e laboratori) in alcune regioni si è unita la carenza dovuta al sequestro effettuato da parte di nazioni in cui il materiale era in transito (lamentato, per es. dalla Emilia-Romagna). Inoltre, in alcuni contesti, proprio a causa delle scorte insufficienti di DPI, sono state emesse ordinanze attraverso le quali si disponeva l'utilizzo della mascherina o, in subordine, di qualunque altro indumento a copertura di naso e bocca (Lombardia).

In seguito, sia per l'intervento delle regioni e delle rispettive aziende sanitarie, sia della protezione civile, sia di donazioni di enti, associazioni e privati cittadini, unitamente all'avvio della produzione in ambito nazionale (es. Toscana), si è riusciti ad incrementare la disponibilità di DPI.

Relativamente alla disponibilità di tamponi e conseguente processazione, è opportuno citare quanto avvenuto in Veneto dove, in seguito dell'intuizione del Professor Crisanti, la regione ha adottato un modello fortemente basato sul testing e sull'identificazione precoce dei soggetti a rischio. In particolare, il sistema di testing si è avvalso, a differenza di molte altre regioni, di macchine a circuito "aperto" per l'analisi dei tamponi, procedura che permette di utilizzare reagenti non proprietari (dalla più facile reperibilità rispetto a quelli proprietari) unitamente a pipettatrice a ultrasuoni; tali procedure hanno permesso di incrementare notevolmente l'efficienza e la velocità del processo analitico arrivando, in condizioni ottimali, a poter processare fino a 20.000 tamponi al giorno.

Strategie di ottimizzazione dell'impiego dei tamponi sono state impiegate sempre in Veneto, dilatando da 14 a 21 giorni il re-test con doppio tampone in considerazione dell'elevata percentuale di positivi rilevati sui 14 giorni.

Non ha creato particolari problemi, invece, la disponibilità di ventilatori polmonari e dispositivi per ossigenoterapia domiciliare (es. sezione Apulo-Lucana, Sardegna). Prevedendo eventuali carenze, altre regioni si sono attivate con soluzioni alternative, es. Veneto, che ha anche avviato un censimento dei respiratori meccanici usati dai veterinari (reperendone 50 disponibili), ma pensati per l'uso umano, da utilizzare "in situazioni di emergenza estrema" nei reparti ospedalieri.

Quale strategia di isolamento e controllo dei contatti, sia sintomatici che asintomatici

Su tutto il territorio nazionale sono state seguite le linee guida e raccomandazioni emanate dalle istituzioni nazionali competenti relative alla gestione domiciliare dei casi accertati e sospetti COVID-19 positivi, ovvero la quarantena per i casi accertati e l'isolamento fiduciario per quelli sospetti.

Questi pazienti sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria da parte dei servizi di sanità pubblica, MMG o PLS, i quali li contattavano quotidianamente per acquisire notizie riguardo le condizioni cliniche ed eventuale sintomatologia specifica; in regioni quali Marche, Piemonte e Sardegna, i medici delle USCA si recavano a domicilio del paziente sintomatico per effettuare la visita.

Per facilitare l'identificazione di soggetti a rischio e velocizzare le procedure contumaciali, alcune realtà provinciali come l'ULSS2 del Veneto, hanno implementato un call centre dedicato per l'emergenza a supporto dell'utenza e un call center dedicato per i MMG e PLS, attivando, inoltre, un indirizzo e-mail specifico per garantire un ulteriore canale di comunicazione.

Gli specializzandi riferiscono che, nella maggioranza dei casi, i contatti sintomatici sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria con telefonate di monitoraggio effettuate, in alcuni casi, quotidianamente, in altri, in diversi momenti nell'ambito dei 14 giorni di quarantena e a tampone diagnostico. Nella gestione degli asintomatici, in alcuni casi, è stata prevista la sola sorveglianza sanitaria per 14 giorni, senza la necessità di una negatività ad un tampone diagnostico mentre, in altri, sono stati effettuati entrambi.

Inoltre, in alcune regioni quali Liguria, Piemonte, Sardegna e Veneto risulta sia stata attuata la procedura del "pit stop" o "drive through", effettuando cioè tamponi orofaringei sia a soggetti COVID-19 positivi sia a loro contatti presso centri sanitari mobili attraverso il prelievo rapido e sicuro a bordo della propria autovettura.

Evidenza della tempestività di ricovero del paziente sintomatico in terapia intensiva

La tempestività è dipesa da alcuni fattori riferiti al processo assistenziale predisposto, quali: l'appropriatezza diagnostica, il controllo al domicilio e la funzione di filtro svolta da parte dei MMG e dei medici di sanità pubblica, dall'efficienza del trasporto del sistema di emergenza/urgenza, così come dai pronto soccorso ospedalieri ma anche dalla disponibilità di posti letto nei setting assistenziali a maggiore complessità, per l'accesso ai quali sono stati creati specifici protocolli qualora la domanda superasse l'offerta.

È opportuno rimarcare che, nella stragrande maggioranza delle regioni, l'offerta ha superato la domanda anche grazie al diffuso (e programmato progressivo) incremento di posti letto in terapia intensiva (TI) in modo da far fronte all'emergenza. Nonostante ciò, per far fronte a carenze di disponibilità, come noto, in alcuni casi si è dovuto ricorrere alla creazione di nuove strutture ospedaliere o, addirittura, inviare pazienti all'estero (Germania).

Presidi/aree ospedaliere dedicate, in sicurezza, alla degenza di pazienti COVID-19 positivi e potenziamento delle terapie intensive

Su tutto il territorio nazionale sono stati implementati i posti letto dedicati ai pazienti affetti da COVID-19; nei reparti più comunemente coinvolti quali malattie infettive, pneumologia e terapie intensive vere e proprie, l'incremento si è spinto, a volte, anche oltre il raddoppio della disponibilità iniziale e, in alcune regioni, come ad esempio Lombardia e Piemonte, ha garantito, in linea di massima, una risposta all'emergenza attraverso una complessa riconfigurazione strutturale e organizzativa.

In altre regioni, alcuni presidi ospedalieri sono stati interamente adibiti alla gestione di pazienti COVID positivi, con aree dedicate, separazione dei percorsi sporco-pulito, creazione dei check-point di pre-triage esterni, creazione di una modulistica per i trasporti (con aree di sanificazione dei mezzi ben delimitate), creazione di magazzini per COVID, piano di ristorazione *ad hoc* sia per i degenti che per i dipendenti, trasformazione dei blocchi operatori a pressione positiva in strutture di terapia intensiva a pressione negativa.

Infine, sono state predisposte strutture itineranti, o ospedali da campo, eventualmente a disposizione per accogliere in caso di necessità pazienti COVID positivi in sovrannumero.

Infine, quasi la totalità degli Specializzandi impegnati nell'emergenza COVID riferisce l'istituzione di presidi/aree ospedaliere dedicate a pazienti COVID e la creazione di percorsi protetti nell'ambito dei P.S. e dei punti di primo soccorso. In egual modo è segnalato il potenziamento delle terapie intensive.

Quale capacità di cura al domicilio del paziente COVID-19 (esempio: organizzazione e attivazione delle USCA; alberghi COVID-19, tempi di attivazione, numero posti attivati ed attivi)

Il modello generale di assistenza al paziente a domicilio adottato, descritto con dovizia di particolari dalla Sezione Piemonte, prevede una prima valutazione del paziente da parte del medico di famiglia (MMG) o pediatra di libera scelta (PLS), somministrazione della terapia in base alla valutazione dei sintomi e conoscenza del paziente. Nel caso di scarsa efficacia, e diagnosi di Covid-19 sempre più probabile, si procede a informare il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) (o altre denominazioni adottate dalle regioni) del Dipartimento di Prevenzione della ASL territoriale. Il pz. diventa ufficialmente un sospetto, che potrà essere confermato o meno con il tampone solo in caso di contatti stretti con un positivo conclamato. Se non si necessita subito di ospedalizzazione, inizia la fase del monitoraggio al domicilio, per valutare l'evolversi della situazione.

In particolare, anche per la crisi manifestatasi in numerosi contesti da parte di tale modello, in questa fase, intervengono le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) previste a seguito dell'emanazione del D.L. 9 marzo 2020, n. 14 (*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19*). Può essere lo stesso medico ad attivarle, così come il pediatra o la guardia medica o il SISP, che ha la responsabilità generale di tutti i pazienti COVID-19 positivi. Infine, la segnalazione può arrivare dall'ospedale, quando si tratta di pazienti dimessi, che tornano al domicilio dopo aver superato la fase più critica.

Pertanto, tutte le regioni rispondenti al questionario hanno istituito le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), in Liguria denominate GSAT (Gruppi Strutturati di Assistenza Territoriale). Tuttavia, la loro effettiva attivazione non risulta distribuita in maniera omogenea nel territorio; infatti, l'effettiva operatività è avvenuta in modo graduale anche in relazione alla difficoltà di reclutare il personale previsto ed ai bisogni manifestati dai vari contesti territoriali nelle regioni di pertinenza (es. Sardegna, dove sono state attivate primariamente nelle Aree Socio Sanitarie Locali maggiormente interessate dalla epidemia, nello specifico quelle del Nord Sardegna (Sassari ed Olbia).

In Veneto è stata modificata l'attuazione della sorveglianza attiva rivolta ai soggetti asintomatici e sintomatici: la sorveglianza attiva rivolta ai soggetti "asintomatici" passerà gradualmente, ed in parte, dall'attività dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP) al Servizio di Telesoccorso, che si occuperà di chiamare giornalmente tutti i soggetti asintomatici, con l'utilizzo di strumenti operativi forniti dal SISP. Nel momento in cui venisse rilevato che un soggetto presenta sintomi, questo verrebbe tempestivamente segnalato al SISP di riferimento per l'attivazione delle azioni conseguenti. La Sorveglianza Attiva, rivolta ai soggetti "sintomatici", ha previsto invece, la valutazione a domicilio del paziente con eventuale applicazione dei protocolli terapeutici sperimentali per evitare il peggioramento delle condizioni cliniche dello stesso.

Anche in base a quanto riferito dagli Specializzandi si nota, invece, una marcata disomogeneità nell'individuazione della disponibilità di alberghi COVID (previsti in Emilia-Romagna, Lombardia Marche, Piemonte, Sardegna, Toscana) ed in alcune realtà, queste sono previste per l'inizio della stagione estiva.

Efficacia nella sorveglianza e tutela delle RSA (evidenziare la tempistica di attivazione di specifici interventi anche precedenti all'emergenza)

Si premette il riferimento di ISS "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV 2 in strutture residenziali sociosanitarie.

Su tutto il territorio nazionale le RSA hanno rappresentato una comunità particolarmente a rischio nell'ambito della quale si sono verificati numerosi decessi; sulla base di tale riscontro, in pressoché tutte le regioni sono stati sottoposti a screening sia il personale di assistenza che gli ospiti delle strutture e limitate fortemente, o assolutamente bloccate, le visite dei parenti degli ospiti.

In particolare, inserimenti e riammissioni sono stati sottoposti in alcune regioni (es. Lazio, Piemonte) ad isolamento precauzionale di 14 giorni, con esecuzione di tampone in caso di presenza di sintomatologia o di forte sospetto di positività; gli spazi delle strutture sono stati organizzati in modo da garantire un adeguato distanziamento sociale fra i pazienti; i pazienti hanno dovuto utilizzare la mascherina chirurgica in presenza di altri pazienti e/o operatori; in altre regioni, invece, (es. Liguria) gli inserimenti e le riammissioni nelle strutture residenziali sono state sospese nel periodo "post-picco".

In Piemonte l'attività dell'area funzionale di coordinamento delle RSA, appositamente costituita in seno all'Unità di crisi, ha eseguito il monitoraggio settimanale delle oltre 700 strutture socio-assistenziali per anziani della regione attraverso un dettagliato report settimanale da cui si evincono eventuali carenze di operatori (OSS, infermieri e medici), stato di salute di pazienti e operatori, possibilità delle strutture di garantire l'isolamento di pazienti sintomatici e positivi. In seguito al riscontro di alcune criticità sono state avviate diversificate azioni correttive: assunzione di 2.000 unità di personale, formazione di un elenco di operatori disponibili, integrazione di personale infermieristico da parte delle ASL, arrivo di infermieri da Esercito, Aeronautica e Protezione civile. È stato, inoltre, richiesto a tutte le Asl di mettere a disposizione 1 infermiere ogni 20.000 abitanti per garantire l'attività infermieristica integrativa (e non sostituiva) alle RSA. Grazie alle misure adottate, quasi 100 RSA in grave difficoltà hanno potuto garantire un servizio che, alternativamente, non sarebbero state in grado di offrire.

In Lombardia, anche in seguito a una fase di forte stress lamentato dalle strutture ospedaliere, si è rilevata l'indicazione di individuare, da parte di ATS, RSA da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti COVID positivi; inoltre, si sono osservate alcune azioni in controtendenza, quali: l'accettazione dei visitatori previa autocertificazione, nel caso di aggravamento clinico di ospiti > 75 anni comorbidi, l'opportunità di espletare le cure nella RSA evitando il trasporto in ospedale e la relativa attesa in pronto soccorso; successivamente, invece, è stata adottata una circolare tendente a sospendere l'inserimento di nuovi ospiti nelle RSA provenienti dalle strutture ospedaliere ed infine con la DGR 3226/2020 a dettagliare le specifiche per garantire nelle RSA e strutture sociosanitarie la prevenzione del rischio da COVID-19.

In Umbria, grazie ai sopralluoghi effettuati dai medici dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica sono state fornite indicazioni per la ristrutturazione di alcune RSA.

In Toscana, è stato creato un gruppo di lavoro, composto dall'Agenzia Regionale di Sanità con il network di Valore in RSA, il Centro Regionale Gestione Rischio Clinico e Sicurezza del Paziente e il Settore "Politiche per l'integrazione socio-sanitaria" della Regione che ha lavorato alla realizzazione di un documento tecnico con l'intento di fornire indicazioni a livello regionale per gestire l'emergenza COVID-19 nelle strutture socio-sanitarie per anziani e disabili (RSA, RSD).

In Veneto sono state istituite "Task Force RSA" dedicate alla mappatura e alla gestione delle RSA (più di 300 in tutto il Veneto, con oltre 33.000 ospiti e più di 30.500 operatori) sia nel processo di monitoraggio che per l'esecuzione dei test (tamponi e sierologici). In particolare, per tali strutture è stata indicata un'azione di valutazione del rischio mirata per struttura ed effettuata da un "team" costituito dal personale del SISP, dell'Unità Operativa di Cure Primarie e dei Servizi Sociali, al fine di giungere alla definizione di un piano di sanità pubblica specifico per tali strutture e con precise indicazioni rispetto all'isolamento dei pazienti, alla gestione dei Dispositivi di Protezione Individuale e alla gestione del personale, da attuare a cura del Direttore dei Servizi Socio-Sanitari.

In tale ambito, sono state eseguite quotidianamente rilevazioni delle eventuali sintomatologie manifestate da

ospiti e operatori e tali rilevazioni venivano riportate direttamente alle Task Force per velocizzare la fase di testing e migliorare le strategie di contact tracing e isolamento.

In molte realtà, infine, sono state effettuate sanificazioni “a tappeto” delle diverse strutture e bonifiche ambientali, anche con l’aiuto dei militari dell’esercito (segnalati da Piemonte e Sardegna). In particolare, in Sardegna, è stata costituita una Task Force sanitaria composta da medici e infermieri del Dipartimento Militare di Medicina Legale di Cagliari, della Brigata Sassari e della Marina Militare che ha provveduto ad effettuare circa 5.000 tamponi in un centinaio di RSA e Case di riposo del centro-nord Sardegna; lo screening è stato effettuato sugli ospiti e operatori di tali residenze, unitamente a valutazioni cliniche per il rilievo di sintomatologia associata all’infezione da Sars-Cov2. L’attività svolta ha, inoltre, compreso sia la verifica procedurale e dei percorsi all’interno della struttura, sia la decontaminazione e bonifica esterna per ridurre i rischi del personale legati alla vestizione/svestizione. Soprattutto nel territorio di competenza dell’AOU di Sassari, il personale militare ha operato attraverso un virtuoso esempio di integrazione ospedale-territorio con il supporto delle cosiddette Unità Integrate di Assistenza Territoriale (U.I.A.T.) che, oltre alla composizione precedentemente citata, ha visto la partecipazione di medici specialisti in medicina interna, pneumologia e malattie infettive afferenti all’Azienda Ospedaliero-Universitaria di Sassari.

Nomina di Comitato tecnico-scientifico e quale partecipazione di componenti con disciplina in Igiene e Medicina Preventiva e quale coinvolgimento della Sezione regionale SItI

Il presidente di ISS ha partecipato al CTS nazionale.

Sono stati diffusamente istituiti, in tutte le regioni, comitati tecnico-scientifici a sostegno delle unità di crisi regionali. La composizione di tali comitati ha visto una partecipazione multidisciplinare con differenti professionalità, sia mediche che tecniche e, in pressoché tutte le regioni rispondenti al questionario, tra i componenti si annovera la presenza di specialisti in Igiene e Medicina Preventiva. In particolare, in alcune Regioni (Basilicata, Puglia, Calabria, Liguria, Lombardia, Sardegna e Veneto) i componenti del comitato sono iscritti alla S.It.I.

Quale partecipazione e valutazione delle indagini sierologiche di prevalenza in cluster di popolazione

ISS sottolinea che l’indagine nazionale è tuttora in corso e non sono ancora disponibili risultati preliminari. Per quanto riguarda la partecipazione a indagini sierologiche con valutazioni di prevalenza condotte in cluster di popolazione, emerge che tutte le regioni hanno aderito al programma nazionale di screening organizzato dal Governo/Ministero con la collaborazione dell’ISTAT e della Croce Rossa Italiana; così come in tutte le regioni sono state condotte (anche se con tempistiche differenziate ed estensione più o meno ampia a varie tipologie di ruoli ricoperti) indagini su operatori sanitari.

Numerose, inoltre, sono state le regioni che si sono prodigate nell’organizzare test sierologici su particolari coorti di popolazione: per es. Marche, Piemonte e in parte anche il Lazio, hanno esteso le indagini a corpi di Polizia ad ordinamento civile e militare, forze armate, vigili del fuoco e uffici giudiziari. Lazio, Liguria, Sardegna e Veneto hanno “testato” anche personale ed ospiti di RSA.

Ulteriori iniziative di ampliamento delle indagini sierologiche si rilevano in altre regioni rivolte a particolari coorti di popolazione:

- progetti di ricerca di sieroprevalenza su lavoratori di aziende pubbliche e private in Puglia
- screening organizzato dai datori di lavoro tramite medico competente e laboratori privati preliminarmente autorizzati e test per privati cittadini, previa indicazione di un medico di fiducia, nella regione in Emilia-Romagna
- test su cluster di popolazione, lavoratori e singoli cittadini (anche se non coordinati) in Lombardia
- studio epidemiologico regionale in comparti/settori lavorativi diversi da quello sanitario nella regione Marche

- screening e test privati presso laboratori autorizzati nonché sorveglianza epidemiologica in Alta Val di Susa “Open Valley” in popolazione di circa 14.000 abitanti
- screening volontario diretto ai lavoratori di enti/aziende pubbliche o private con onere a carico del datore di lavoro, test offerto ai singoli cittadini a proprio carico previa prescrizione del medico di fiducia, screening attivati da singoli Comuni in Sardegna
- test pre-screening di riapertura di attività economiche in Umbria
- esecuzione di più di 11.000 test rapidi (PCOT, con ricerca qualitativa cromatografica per anticorpi IgM e/o IgG, e successivo tampone diagnostico nei soggetti positivi) denominata “Operazione Palaverde” presso la Ulss2 a Treviso dal 4 al 14 maggio in categorie di persone rimaste socialmente attive durante il periodo pandemico con un grado di esposizione superiore alla popolazione rimasta in quarantena a domicilio (forze dell'ordine, operatori dei Comuni, mondo del volontariato socio-sanitario e del comparto della distribuzione alimentare). L'operazione ha permesso successivamente di realizzare una campagna di recupero vaccinale in sicurezza sfruttando lo stesso modello organizzativo-logistico.

Quale coinvolgimento tecnico-scientifico nella definizione della fase 2

ISS è stato costantemente coinvolto nel CTS ed in particolare per quanto riguarda la riapertura degli Istituti scolastici a settembre 2020.

Durante la “fase 2” vi è stato un coinvolgimento della S.It.I., seppur non uniforme, nell'implementazione di direttive per la ripresa dell'attività ospedaliera e territoriale, soprattutto nelle strutture socio-assistenziali e sanitarie, pubbliche e private. In particolare, in alcune regioni (Basilicata, Emilia-Romagna, Liguria, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Toscana) la S.It.I. è stata coinvolta nella valutazione tecnico-scientifica, anche per la stesura di ordinanze e determinazioni di giunta regionale.

Membri della S.It.I. si sono occupati, inoltre, di identificazione e tracciamento dei contatti. Inoltre, nella regione Piemonte, sono stati creati quattro gruppi di consultazione e lavoro: uno di questi avente il compito di certificare le carenze strutturali, in modo da costruire una strategia che rivolga particolare attenzione alla medicina del territorio e al corretto rapporto tra assistenza ospedaliera e territoriale.

Infine, vi è stato un ruolo importante anche nella determinazione delle misure di contenimento sociale e, in Sardegna, nella gestione degli accessi aeroportuali, nella definizione dell'indice di riproduzione effettivo (Rt) e nella valutazione sulla possibilità di vincolare l'accesso all'Isola solo a coloro in possesso del cosiddetto “passaporto sanitario”.

Approvazione di protocolli per la gestione e controllo di “zone rosse” di focolai epidemici nella “fase 2”

Nella maggior parte delle regioni italiane non sono stati istituiti protocolli per la gestione e il controllo di “zone rosse” di focolai epidemici in “fase 2”. Tuttavia, alcune regioni hanno confermato il mantenimento dei protocolli delle zone rosse attuati in “fase 1” (es. Calabria, Campania).

L'attività di sorveglianza e di contact-tracing è stata omogenea su tutto il territorio nazionale.

Notevolmente particolareggiato il monitoraggio epidemiologico attivato in Piemonte istituito a fine aprile comprendente, tra l'altro, un monitoraggio di “fase 2” finalizzato ad acquisire le informazioni legate agli effetti dell'attenuazione delle misure di lockdown, un accordo integrativo regionale con le organizzazioni dei MMG per la fase 2 rivolto alla creazione di reti di monitoraggio basate sul modello del medico sentinella, in grado di identificare precocemente i casi sospetti sulla base del riscontro clinico che precede la diagnosi di laboratorio.

In Veneto, nell'ambito delle linee di indirizzo per la riapertura delle attività economiche, produttive e ricreative a partire dal 18 maggio vengono esplicitate direttive specifiche per i singoli settori di attività,

finalizzate a fornire uno strumento sintetico di applicazione delle misure di prevenzione e contenimento (tra cui: l'individuazione in ogni azienda di un "Covid-Manager" come figura di riferimento, la definizione di un Piano aziendale dei "rischi Covid" e la definizione e applicazione rigorosa di dieci indicazioni operative da attuare in azienda).

ISS richiama la possibilità per il Sindaco di emettere Ordinanze di istituzione delle zone rosse come Autorità sanitaria locale.

Protocolli di sorveglianza epidemiologica di comunità etniche

Non risulta che nessuna regione abbia redatto particolari protocolli per la sorveglianza epidemiologica di comunità etniche. Tuttavia, si segnala che la regione Marche, abbia predisposto un protocollo ad hoc in seguito a un cluster verificatosi in una struttura residenziale con ampia componente di stranieri, ospiti e residenti.

Nonostante la difficile sorveglianza e tracciamento degli homeless, è stata segnalata, soprattutto dagli specializzandi, una diffusa collaborazione tra autorità comunali, dipartimenti di prevenzione, MMG e servizi di associazionismo al fine di supportare proprio i soggetti senza fissa dimora.

Provvedimenti regionali di controllo delle matrici ambientali

Pressoché tutte le regioni, in riferimento alle indicazioni ad interim per la gestione dei rifiuti urbani diffuse dall'Istituto Superiore di Sanità in merito alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2, hanno emanato ordinanze relative allo smaltimento di rifiuti urbani.

Da quanto comunicato risulta, inoltre, che altre regioni si siano preoccupate anche della prevenzione attraverso il monitoraggio di altri comparti ambientali, es.:

- indagini locali e ricerca del virus nelle acque di scarico e correlazione inquinamento atmosferico/ Covid-19 nella regione Emilia-Romagna,
- controllo degli effetti del lockdown sulle emissioni in atmosfera e livelli di inquinamento nell'aria nel periodo dal 23 febbraio al 31 marzo 2020 ad opera dell'ARPA della regione Veneto,
- ma anche intensificazione di analisi su acque superficiali, acque condottate, acque ricreative (piscine), alimenti, reflui, rifiuti ma soprattutto aria e superfici mediante controlli in strutture ospedaliere, RSA, nonché in industrie (sempre aperte anche durante l'emergenza) nella regione Toscana.

PUNTO 3. Evidenze delle diversità di approccio delle Regioni ed i conseguenti effetti nella gestione e controllo della epidemia in termini di diffusione e gravità (4 domande prioritariamente a cura di ISS)

ISS ha provveduto ad indicare, al termine dell'indagine, i titoli dei rapporti ed i link per acquisire i dati epidemiologici ed il riscontro degli indicatori ex allegato 10 del DPCM 26.04.2020 per integrare l'indagine con un riferimento omogeneo e validato e consentire un confronto il più corretto possibile e completo fra Regioni. La Sezione Emilia-Romagna ha allegato analisi di mortalità e riscontro sugli indicatori del DPCM 26.04.2020

In attesa di concludere la valutazione del Punto 3), si richiama una considerazione della Consulta degli Specializzandi nel Punto 5) "...In merito a quanto sperimentato in questi mesi si è riflettuto riguardo l'assetto organizzativo del nostro SSN in risposta ad emergenze di tipo epidemico, osservando come in tali casi una risposta molto diversificata come quella data dai veri sistemi regionali possa risultare meno efficace rispetto ad un'azione decisa, rapida e diretta da parte delle Istituzioni a livello centrale, in modo da poter agire allo stesso modo su tutto il territorio nazionale..."

PUNTO 4. Evidenziare i rapporti fra Organi nazionali e internazionali (a cura di ISS) e fra Organi nazionali e regionali nella gestione della pandemia (4 domande)

Le Sezioni Calabria, Lombardia e Piemonte hanno indicato alcune differenze fra Organi nazionali e regionali:

- 1) la Regione Calabria con Ordinanza del 29.04.2020 ha anticipato la riapertura delle attività alimentari e di ristorazione
- 2) la Regione Lombardia ha in una prima fase introdotto diverse modalità di controllo del personale delle RSA ed ha disposto con Ordinanza 528 del 11.04.2020, confermata con Ordinanza 555 del 29.05.2020, l'utilizzo di "mascherine o di ogni altro indumento utile alla protezione di naso e bocca"
- 3) La Regione Piemonte ha disposto l'esecuzione di tamponi nasofaringei sia nei casi sospetti che nei contatti non conviventi.

Complessivamente non sono state evidenziate sensibili diversità per quanto riguarda i criteri di pianificazione delle indagini diagnostiche, di esecuzione del contact tracing, dei sistemi di rilevazione dei dati ed infine delle disposizioni di tutela della salute pubblica nella fase 2, così come anche confermato da ISS.

PUNTO 5.

PROPOSTE SULLA BASE DELL'INDAGINE EMERGENZA COVID 19 DA PARTE DELLE SEZIONI REGIONALI PARTECIPANTI (ABRUZZO-MOLISE, APULO-LUCANA, CALABRIA, CAMPANIA, EMILIA-ROMAGNA-LAZIO, LIGURIA, LOMBARDIA, MARCHE, PIEMONTE e VALLE D'AOSTA, SARDEGNA, TOSCANA, TRIVENETO, UMBRIA), di ISS e del COLLEGIO DEGLI SPECIALIZZANDI

L'indagine elaborata, tramite le risposte alle check list compilate, ed i confronti avvenuti fra le Sezioni Regionali partecipanti ed il Collegio degli Specializzandi hanno consentito di definire proposte condivise sulla base delle esperienze maturate nella emergenza epidemiologica e finalizzate a migliorare la preparazione per gestire una pandemia ed a rafforzare ed innovare l'organizzazione e le attività di prevenzione.

È strategico garantire una forte leadership della disciplina tramite professionisti, esperti e autorevoli di sanità pubblica alla direzione e gestione delle attività di prevenzione in ogni ambito istituzionale ed aziendale.

Questa leadership deve avere anche piena consapevolezza di quanto l'emergenza epidemiologica COVID-19 possa aumentare le disuguaglianze rispetto all'applicazione dei LEA ed alla fruizione delle prestazioni del SSN e come la prevenzione abbia un ruolo determinante nel contrastare queste possibili criticità.

Il rafforzamento della sanità pubblica è necessario anche per le attività di informazione e controllo per le attività commerciali, scolastiche, sportive, religiose, ricreative e turistiche.

I contenuti dell'indagine e le proposte delineate, in coerenza con lo Statuto della SItI, possono essere utilizzate per il confronto:

- 1) con gli Stakeholder Istituzionali e Sociali e con le Società Scientifiche sulle ipotesi di riordino del Servizio Sanitario Nazionale con particolare attenzione alla valutazione delle "mega aziende sanitarie" rispetto alle performance delle attività di prevenzione e di assistenza primaria

IL RAFFORZAMENTO

Si rende necessario il rafforzamento degli assetti organizzativi tramite:

- 1) L'eliminazione del blocco dei costi del personale sanitario come previsto dalla legge 135/2012.
- 2) Il reintegro del personale medico e delle professioni sanitarie alle dotazioni, presenti almeno nel 2010, per quanto riguarda i Dipartimenti di Prevenzione, i Dipartimenti di Cure Primarie, i Distretti e le Direzioni Mediche di Presidio ospedaliero; l'inserimento di nuovi operatori come l'infermiere di comunità
- 3) la ricognizione, con urgenza, in ogni Regione delle dotazioni organiche al 1° dicembre 2020 confrontate

al 1° dicembre 2019 e la determinazione dei conseguenti fabbisogni per gestire e controllare nel 2021 compiutamente contact tracing, piano vaccinale anti COVID-19, gli interventi di prevenzione non farmacologici in corso di COVID-19 ed infine per rilanciare le attività di promozione della salute, prevenzione delle patologie croniche con particolare attenzione agli screening

- 4) Il potenziamento dei Servizi Regionali di coordinamento e supporto delle attività di prevenzione compresi gli Osservatori epidemiologici.
- 5) La garanzia, nei Dipartimenti di Prevenzione, dell'effettiva disponibilità di 1 operatore/10.000 abitanti formato e dedicato alle attività di contact tracing e di inchieste epidemiologiche in applicazione della Circolare Ministero della Salute "emergenza COVID-19 attività di monitoraggio del rischio sanitario connesse al passaggio della fase 1 alla fase 2° di cui all'allegato 10 del DPCM 26.04.2020".

Per le attività di contact tracing si evidenzia la necessità di:

- promuovere l'utilizzo di piattaforme digitali di gestione dei casi covid e della sorveglianza sanitaria, monitoraggio e controllo, con il supporto dei sistemi informativi, ed in connessione con le banche dati disponibili (anagrafiche, esenzioni per patologia, CUP, etc ...) con attenzione anche ai pazienti cronici con polipatologie
 - definire una soglia massima per la gestione di contact tracing (es. max 10 indagini epidemiologiche/giorno/operatore) e comunque correlata alla capacità operativa del Dipartimento di Prevenzione di riferimento
 - definire criteri e modalità di semplificazione del contact tracing in una situazione di forte crescita dei casi (es. coinvolgimento di MMG)
 - diffondere buone pratiche di gestione dei casi covid e di semplificazione del contact tracing
- 6) La stabilizzazione delle "new entry", compresi gli specializzandi in Igiene e Medicina Preventiva, a seguito della emergenza epidemiologica.
 - 7) L'aumento dei posti disponibili delle Scuole di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva.
 - 8) L'adeguamento e recupero tecnologico dei Dipartimenti di prevenzione con particolare attenzione alla digitalizzazione.

L'INNOVAZIONE

Si rende necessaria l'innovazione tramite:

- 1) il superamento delle logiche organizzative a silos, verticali e separate, per sviluppare percorsi assistenziali trasversali di Prevenzione-Territorio/MMG-Ospedale anche, e soprattutto, nella gestione delle emergenze; è chiara evidenza dell'efficacia dei percorsi assistenziali integrati con la presa in carico dei casi di COVID-19 al domicilio;
- 2) rinnovata attenzione alle comunità scolastiche sia come controllo dell'attuazione delle azioni preventive sia come sede privilegiata di informazione ed educazione per la prevenzione di rischi infettivi (la responsabilità è naturalmente alle UO del Dipartimento di Prevenzione come Igiene e Sanità pubblica oppure Medicina Preventiva delle comunità laddove prevista);
- 3) piena integrazione dei Dipartimenti di Prevenzione, in particolare dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica, con le USCA nell'ambito del Distretto sanitario;
- 4) l'investimento in telemedicina che, se sistematica e gestita da MMG/PLS in struttura associata ed integrata, tramite specifici PDTA, con il Medico specialista ospedaliero e con le attività di contact tracing, è uno strumento determinante per consentire sia la presa in cura al domicilio del paziente COVID-19 (o DISEASE X), sia il tempestivo trasferimento del paziente in ricovero ospedaliero in degenza ordinaria oppure in terapia intensiva;
- 5) la tempestiva disponibilità di alberghi sanitari COVID-19/DISEASE X (o strutture analoghe) per

garantire isolamento domiciliare per soggetti impossibilitati ad eseguirlo per motivi strutturali/logistici (es. assenza di stanza dedicata con servizio igienico dedicato) e/o per presenza nel nucleo familiare di soggetti a rischio e con estrema vulnerabilità clinica; queste strutture dovrebbero garantire adeguata sorveglianza medica ed infermieristica e supporto psicologico per consentire l'accesso anche a pazienti con pluripatologie e/o comorbidità non autosufficienti quindi con il riferimento della USCA coordinata con la degenza ospedaliera che ha dimesso il paziente COVID

- 6) proporre nuovi modelli di presa in carico dedicate agli homeless ed ai migranti in strutture che possano ridurre il rischio di contagio.

LA PREPARAZIONE

Si rende necessario garantire e mantenere la preparazione alla pandemia/epidemia da COVID -19 / DISEASE X tramite:

- 1) Il potenziamento dell'epidemic intelligence per consentire un sistema di allerta rapida, anche recuperando l'esperienza di EXPO 2015, con la valutazione dei segnali provenienti dalla sorveglianza di malattie infettive (indicatori based surveillance IBS dai Dipartimenti di Prevenzione, PS, Presidi di primo intervento, MMG, PLS) e dalla sorveglianza di eventi (event based surveillance RBS es. dai media); da valutare per il potenziamento dell'epidemic intelligence l'utilizzo di analisi di matrici ambientali (es. acque reflue) con il referto di nuovi agenti infettivi.
- 2) La formazione ed esercitazione (obbligatoria con frequenza almeno semestrale) del personale sanitario e specificatamente dei Dipartimenti e Servizi della Prevenzione con le modalità indicate nelle azioni del Punto 1) dell'indagine.
- 3) La partecipazione di un rappresentante dei Dipartimenti di Prevenzione e di Cure Primarie e delle Direzioni sanitarie ospedaliere ai Comitati tecnico-scientifici istituiti con lo scopo di fornire indicazioni per la governance di pandemia/epidemia così come alle Unità.
- 4) La garanzia di adeguate scorte (anche in applicazione del criterio di precauzione) di DPI, tamponi nasofaringei, KIT sierologici con marcatura CE, ventilatori polmonari, stroller 50 lt. per ventilazione assistita a domicilio.
- 5) La immediata ed adeguata disponibilità della rete dei laboratori di analisi, a partire dai Laboratori di sanità pubblica, per la processazione dei tamponi nasofaringei e per gli accertamenti sierologici.
- 6) La garanzia di adeguate scorte di vaccino antiinfluenzale ed antipneumococcico per consentire, a partire dal mese di ottobre, la vaccinazione delle classi di popolazione a rischio con una copertura non inferiore all'80%, da rendicontare in ogni Regione al termine delle campagne vaccinali, con lo scopo di evitare la sovrapposizione ed il potenziamento di due possibili epidemie da virus influenzale e da COVID-19 facilitando in tal modo azioni mirate di prevenzione e controllo.
- 7) La responsabilità da parte dei Dipartimenti di Prevenzione nella comunicazione, formazione, pianificazione ed organizzazione della campagna vaccinale anti COVID-19 con la disponibilità di piattaforme digitali per la gestione delle prenotazioni ed il controllo di adesioni, somministrazioni ed effetti collaterali (la comunicazione tempestiva dello stato delle adesioni e degli effetti collaterali può essere uno strumento importante per il successo della campagna vaccinale);

PIANO NAZIONALE E REGIONALE DELLA PREVENZIONE E PIANO PANDEMICO NAZIONALE E REGIONALE

Si rende necessario che i prossimi Piano Nazionale della Prevenzione e Piani Regionali della Prevenzione debbano definire come obiettivi prioritari la prevenzione ed il controllo delle malattie infettive e la pianificazione della gestione di emergenze pandemiche ed epidemiche.

Occorre:

- 1) Il vincolo di valutazione della performance nel coinvolgimento dei citati obiettivi da parte dei Dipartimenti e Servizi della Prevenzione appartenenti a Ministero della Salute, ISS, Regioni, Aziende Sanitarie e Direzioni strategiche di riferimento.
- 2) Piena sinergia fra i prossimi Piano Nazionale della Prevenzione e nuovi Piano Pandemico Nazionale e Piani Pandemici Regionali nonché con il Piano Antibiotico-resistenza “PNCAR 2017-2020” il cui riavvio dopo l'emergenza epidemiologica COVID -19 è utile posta la criticità dell'antibioticoresistenza in Italia.
- 3) Prevedere, come obiettivo prioritario di prevenzione e contenimento della diffusione dei contagi, il controllo sistematico dei contatti asintomatici, tramite tampone nasofaringeo nel caso di COVID-19.
- 4) Migliorare l'integrazione e l'armonia delle strategie fra l'ambito nazionale e regionale con modelli più agili per il tracciamento rapido dei casi e nella gestione tempestiva della quarantena/isolamento domiciliare.
- 5) Definire una strategia condivisa per la gestione dei focolai epidemici nelle comunità chiuse, nei luoghi di lavoro, nei trasporti e laddove è possibile l'importazione di casi dall'estero.

SISTEMA INFORMATIVO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Si rende necessaria la revisione del sistema informativo delle malattie infettive superando la frammentazione delle soluzioni “in house” delle singole aziende (ove ancora esistenti) realizzando strumenti condivisi, integrabili ed interoperabili per l'acquisizione delle informazioni in tempo reale fra tutti i soggetti coinvolti (Dipartimenti di Prevenzione, Distretti, Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, Servizi regionali per l'epidemiologia, Sorveglianza e controllo delle malattie infettive, ISS, Ministero della salute) e per la tempestività delle comunicazioni.

COMUNICAZIONE

Si rende necessario garantire la governance della comunicazione con la redazione di un codice di comportamento per ogni attore e con lo scopo di fornire indirizzi omogenei ed essenziali per prevenire:

- 1) posizioni contraddittorie ed anche conflittuali con effetti negativi sulla popolazione sia come stress sia come difforme percezione del rischio e diversa adesione ai comportamenti da adottare
- 2) infodemia.

In presenza di una pandemia occorre:

- 1) evitare cortocircuiti fra ruoli istituzionali e tecnici ed anche contraddizioni fra Organi nazionali e regionali e fra Organi regionali ed Aziende sanitarie;
- 2) garantire le comunicazioni in materia di prevenzione e nell'ambito nazionale dovrebbero come esclusiva competenza dell'Istituto Superiore di Sanità e del Consiglio Superiore di Sanità, mentre nell'ambito regionale e locale da parte dei Servizi Regionali di Prevenzione e del Dipartimento di Prevenzione;
- 3) garantire una pronta e facilitata comunicazione, in assenza di limitazioni degli spostamenti, fra Regioni per una tempestiva azione di prevenzione di eventuali focolai con la precoce identificazione di un caso positivo importato;
- 4) utilizzare le opportunità offerte dai social per la diffusione della comunicazione scientifica, edita a stampa, così come per l'offerta dei Servizi sanitari e sociali.

Si sottolinea la necessità che anche per una efficace comunicazione il nome “Dipartimento di Prevenzione” sia garantito in ogni Regione.

POPOLAZIONE FRAGILE e RSA

Si rende necessario un nuovo modello di governance del SSN per l'assistenza alle popolazioni fragili, ai pazienti con comorbidità e disabilità e con malattie rare e per la riorganizzazione ed il coordinamento delle strutture dedicate.

Si rende necessario in particolare per le RSA:

- 1) la revisione della mission con la ridefinizione dell'appropriatezza della presa in carico di pazienti cronici e comorbosi con attenzione alla capacità di definire PDTA personalizzati e pensati per un percorso integrato residenziale e domiciliare;
- 2) il riesame dei requisiti di accreditamento es. la dotazione di medici, e loro specializzazione in discipline mediche come geriatria, di infermieri, e loro preparazione per l'assistenza del paziente comorboso e fragile, di terapisti della riabilitazione;
- 3) una Direzione sanitaria con competenza ed esperienza in sanità pubblica e dell'organizzazione e gestione delle attività e con stretto rapporto con il Dipartimento di Prevenzione ed il Distretto;
- 4) un piano di sorveglianza e di controllo più accurato da parte dei Dipartimenti di Prevenzione per quanto riguarda l'efficacia della prevenzione del rischio di infezioni correlate all'assistenza.

LA RETE OSPEDALIERA

Si rende necessario:

- 1) la valorizzazione dell'organizzazione "hub e spoke" per migliorare e consentire l'assistenza ai pazienti con patologie no COVID-19/DISEASE X (es. patologie cardiocircolatorie e relativa rete tempo-dipendente, patologie oncologiche);
- 2) la preparazione di ospedali/aree degenze da destinare tempestivamente, in presenza di pandemia, a degenze COVID-19/DISEASE X laddove il presidio ospedaliero consenta la flessibilità strutturale ed organizzativa ed in particolare la disponibilità di accessi e percorsi separati e di garantire pressione negativa agli ambienti dedicati alle terapie intensive e subintensive (sarebbe auspicabile evitare la realizzazione di "ospedali da campo" come struttura temporanea separata dall'ospedale di riferimento); il numero dei posti di letto di degenza ordinaria (es. di medicina generale, pneumologia, malattie infettive) e di posti letto di terapia intensiva e subintensiva, in continuità con la riabilitazione specialistica, dovrebbe essere in coerenza con le stime di piano pandemico per fasi progressive di crescita dell'epidemia da COVID-19/DISEASE X;
- 3) la realizzazione, con finanziamento a bilancio deliberato dalla Regione, dell'aumento di posti letto di terapia intensiva e subintensiva, in attuazione dell'art. 2 Decreto Legge 34/2000 di conversione 17 luglio 2000 n 77, con coerente dotazione di personale medico ed infermieristico formato ed addestrato e con la disponibilità di strutture, impianti ed apparecchiature;
- 4) la tempestività delle informazioni fra Direzione Medica di presidio ospedaliero e Dipartimento di Prevenzione, USCA, MMG e PLS nella fase di dimissione del paziente COVID-19/DISEASE X;
- 5) il riesame del ruolo dei CIO per quanto attiene la capacità di cogliere gli alert di malattie infettive, di raccordarsi con i Dipartimenti di Prevenzione, tramite la Direzione Medica di presidio ospedaliero e di contribuire alla formazione del personale in materia di prevenzione delle ICA e del rischio biologico.

Sulla base dei 5 punti indicati occorre un riesame del DM 70/2015 nei criteri del rapporto ospedale/territorio, nella partecipazione della rete ospedaliera alla gestione delle emergenze epidemiologiche e negli standard di riferimento delle dotazioni dei posti letto indicati.

I RAPPORTI ISTITUZIONALI

L'emergenza epidemiologica COVID- 19, di dimensione nazionale ed internazionale, ha evidenziato possibili

criticità del modello delle autonomie regionali per garantire risposte omogenee, eque e solidali. Pertanto, risulta necessaria una riflessione sia per il riesame delle competenze Stato/Regioni per la gestione e controllo di un evento pandemico ed epidemico (es. la competenza nazionale per l'approvvigionamento e pianificazione delle scorte di DPI e di vaccini e di contro la competenza regionale per la condivisione delle dotazioni, come tipologia e numero, per frequenze e modalità di distribuzione e per la verifica del mantenimento delle scorte minime) sia per la strutturazione del Ministero della salute con forte ed autorevole tecnostuttura in materia di indirizzo, gestione e controllo delle attività di prevenzione.

E' inoltre indispensabile garantire coerenza nelle valutazioni dei provvedimenti restrittivi (**“gli interventi non farmacologici”**) da parte delle catene di comando sia nella stessa Istituzione che fra Istituzioni per evitare conflittualità e confusione con effetti negativi sulla gestione della pandemia soprattutto nella “seconda ondata” e nelle fasi successive all'acuzie, con particolare evidenza all'attività scolastica in presenza ed all'utilizzo dei trasporti pubblici .

L'emergenza epidemiologica ha evidenziato un'altra possibile criticità nel rapporto con il Sindaco, come Autorità sanitaria locale, nei cui confronti soprattutto il Dipartimento di Prevenzione ha il compito di garantire l'attività di informazione e supporto per la corretta applicazione dei provvedimenti nazionali e regionali di tutela della salute pubblica evitando cortocircuiti istituzionali e disallineamenti.