



## EMERGENZA COVID-19

### Piano di Sanità Pubblica

AGGIORNAMENTO INDICAZIONI

**Test e screening per SARS-CoV-2,  
contact tracing, attività dei Dipartimenti di  
Prevenzione e indicazioni per le Strutture  
Socio-Sanitarie Territoriali**

Giugno 2021



4a731059



## PREMESSA

L'attuale scenario epidemiologico si caratterizza per un decremento dei casi positivi per SARS-CoV-2 e dei ricoveri ospedalieri (area critica e area non critica) nel territorio regionale, in linea con la graduale diminuzione dell'incidenza generale nel territorio nazionale (Appendice 1 - Situazione Epidemiologica). Tale riduzione della curva dei contagi si inserisce nel contesto di progressione della **campagna di vaccinazione anti COVID-19** che, nello specifico, ha coinvolto dapprima il personale sanitario e non sanitario delle strutture ospedaliere e territoriali della rete del Servizio Sanitario Regionale, oltre che gli operatori e gli ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali per anziani, non autosufficienti e disabili. Successivamente sono state avviate le ulteriori fasi della campagna vaccinale, comprensive della popolazione anziana, dei soggetti estremamente vulnerabili, delle categorie di lavoratori dei servizi essenziali e della rimanente popolazione suddivisa per classi d'età (Appendice 2 - Situazione Campagna Vaccinale).

In relazione alla così mutata situazione epidemiologica, si rende necessario un aggiornamento delle strategie di sanità pubblica al fine di adeguare sia le attività di sorveglianza sia le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale anche alla luce della Circolare del Ministero della Salute n. 22746 del 21/05/2021 *"Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2"*.

In particolare, nell'attuale contesto di bassa incidenza e bassa prevalenza di infezioni da SARS-CoV-2, con le caratteristiche di circolazione riferibili ad uno scenario di "zona bianca", si riafferma la necessità di perseguire l'obiettivo del **contenimento di tutti i possibili focolai, attraverso un'attività di contact tracing dei Dipartimenti di Prevenzione quanto più tempestiva ed accurata allargando i cerchi dell'indagine epidemiologica per ricostruire tutte le possibili catene di trasmissione**. Un *contact tracing* puntuale e preciso, infatti, in sinergia tra Dipartimenti di Prevenzione e MMG/PLS/MCA, è lo strumento fondamentale per l'interruzione della diffusione e per il contenimento dei contagi congiuntamente al progressivo avanzamento della campagna vaccinale.

Oltre a queste attività si rendono necessarie anche la rimodulazione delle strategie di screening e la riorganizzazione dei Dipartimenti di Prevenzione nell'ottica della ripresa delle ordinarie attività.

Per quanto attiene ai tipi di test disponibili, le strategie di screening e il rilascio delle cosiddette Certificazioni Verdi COVID-19, è necessario aggiornare le indicazioni regionali alla luce delle più recenti evidenze scientifiche e delle indicazioni del Ministero della Salute (Circolare del Ministero della Salute n. 21675 del 14/05/2021 *"Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2"*; n. 15127 del 12/04/2021 *"Indicazioni per la riammissione in servizio dei lavoratori dopo assenza per malattia Covid-19 correlata"*; Decreto Legge n. 52/2021 art. 9 *"Certificazioni verdi COVID-19"* e successiva integrazione Decreto Legge n. 65/2021 art. 14. *"Disposizioni in materia di rilascio e validità delle certificazioni verdi COVID-19"*).

Le indicazioni contenute nel presente documento integrano le indicazioni fornite dagli altri documenti regionali per gli specifici ambiti.

Resta ferma l'importanza della tempestiva presa in carico dei pazienti con infezione da Sars-CoV-2 che necessitino di cure nel rispetto dei documenti di indirizzo e delle linee guida Regionali e Nazionali stabilite dagli organi di competenza.



## SOMMARIO

<b>1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA</b>	<b>4</b>
<b>2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE</b>	<b>5</b>
<b>3. TIPOLOGIE DI TEST PER LA RICERCA DI SARS-COV-2</b>	<b>7</b>
3.1 Tipologia di test	8
3.2 Tipologia di campione	8
3.4 Test in autosomministrazione	9
<b>4. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2</b>	<b>10</b>
4.1 Personale delle Aziende Sanitarie	10
4.2 Personale e ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali	10
4.3 Operatori, familiari e caregiver coinvolti nell'assistenza continuativa di soggetti disabili	11
4.4 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento	11
4.5 Pazienti in previsione di ricovero programmato	12
4.6 Programma di Screening Scolastico (DGR 159/2021)	12
4.7 Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale	12
<b>5. TEST PER SARS-CoV-2 NEI SOGGETTI SINTOMATICI E NEL CONTACT TRACING</b>	<b>13</b>
5.1 Caso sospetto o contatto stretto asintomatico (link epidemiologico)	13
5.2 Fine isolamento e fine quarantena	13
5.3 Bambini e adolescenti	13
5.4 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta	14
5.5 Punti di Accesso Territoriali	14
<b>6. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI E TEST ANTIGENICI RAPIDI</b>	<b>15</b>
6.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali	15
6.2 Indicazioni operative	16
6.3 Attuazione e Monitoraggio	16
<b>7. TEST DI SCREENING OCCASIONALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2</b>	<b>17</b>
7.1 Test effettuati presso le Farmacie	17
7.1 Test in autosomministrazione	18
<b>8. REGISTRAZIONE, TRACCIABILITÀ DEI DATI E CERTIFICAZIONE VERDE</b>	<b>19</b>
8.1 Certificazione Verde COVID-19	19
<b>9. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING</b>	<b>20</b>
9.1 Definizione di caso COVID-19 sospetto o confermato per variante VOC	20
9.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo	20
<b>10. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI</b>	<b>24</b>
<b>APPENDICE 1. SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA MAGGIO 2021</b>	<b>25</b>
<b>APPENDICE 2. ANDAMENTO DELLA CAMPAGNA VACCINALE MAGGIO 2021</b>	<b>27</b>



## 1. OBIETTIVO GENERALE E STRATEGIA DI SANITÀ PUBBLICA

Gli attuali obiettivi della strategia di sanità pubblica da perseguire sono:

- intercettare ed isolare tutti i possibili nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2;
- contenere la diffusione di SARS-CoV-2 attraverso un *contact tracing* tempestivo e accurato, allargando i cerchi dell'indagine epidemiologica;
- monitorare la circolazione del virus responsabile di COVID-19 e delle sue varianti;
- proseguire con ogni consentita urgenza nelle attività di vaccinazione anti COVID-19;
- rimodulare e adeguare al nuovo scenario le attività ordinarie dei Dipartimenti di Prevenzione.

Nell'attuale contesto caratterizzato da una bassa circolazione virale, al fine di mantenere un monitoraggio costante e garantire una puntuale individuazione di casi positivi ed un tempestivo tracciamento, risulta necessario favorire l'esecuzione di un numero di tamponi adeguato all'incidenza di casi registrata sul territorio regionale. Tale necessità anche alla luce di descrivere compiutamente lo scenario di rischio considerato quanto previsto dal DL 18 maggio 2021, n. 65 "Misure urgenti relative all'emergenza epidemiologica da COVID-19" che all'art. 13 prevede: *"lo scenario e' parametrato all'incidenza dei contagi sul territorio regionale ovvero all'incidenza dei contagi sul territorio regionale unitamente alla percentuale di occupazione dei posti letto in area medica e in terapia intensiva per pazienti COVID-19 e determina la collocazione delle regioni in una delle zone individuate dal comma 16-septies del presente articolo"*.

A tal proposito, in attesa di indicazioni nazionali in tale senso, si ritiene necessario identificare un numero minimo di tamponi ogni 100.000 abitanti, in rapporto allo scenario epidemiologico:

- $\geq 500/100.000$  se incidenza  $\geq 250$
- $\geq 350/100.000$  se incidenza compresa tra 150 e 249
- $\geq 250/100.000$  se incidenza compresa tra 50 e 149
- $\geq 150/100.000$  se incidenza  $< 50$

Tali soglie, che le Aziende ULSS dovranno monitorare nella programmazione delle attività di testing anche a livello locale (screening, contact tracing, sorveglianza epidemiologica, monitoraggio dei servizi per minori, etc.), sono da considerare come soglie minime e andranno rivalutate nel corso del tempo al fine di adattare al contesto epidemiologico in costante evoluzione o alla luce di indicazioni da carattere nazionale o internazionale.

La strategia di contrasto alla diffusione virale prevede di rafforzare, parallelamente al testing, le azioni di *contact tracing* per la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio attive nonostante l'avanzamento della campagna vaccinale, soprattutto relativamente ai focolai familiari, scolastici-sociali, ospedalieri e delle Strutture residenziali e potenzialmente legati alla diffusione di varianti.

La prosecuzione della campagna vaccinale rimane alla base della attuale strategia di lotta alla diffusione del SARS-CoV-2.



## 2. RIORIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

L'attuazione del piano vaccinale contro COVID-19 riveste un ruolo primario nel contrasto alla pandemia al fine di interrompere le catene di trasmissione, ridurre la circolazione virale e prevenire l'ospedalizzazione e la mortalità. Al fine di tutelare la salute della collettività e mettere in sicurezza tutte le fasce di popolazione, risulta prioritario proseguire nell'offerta vaccinale per garantire la protezione del maggior numero di persone.

Le attività di *contact tracing* e l'attività di vaccinazione anti COVID-19 rivestono un ruolo cardine nella strategia di sanità pubblica della Regione del Veneto di prevenzione e contenimento del contagio. Alla luce di quanto appena descritto, si richiede una riorganizzazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione concentrando le risorse prioritariamente sulle seguenti attività:

1. campagna vaccinale anti COVID-19;
2. contact tracing e presa in carico tempestiva di tutti i casi positivi a SARS-CoV-2;
3. ripresa e recupero delle vaccinazioni previste dal Calendario vaccinale regionale;
4. monitoraggio dell'adesione vaccinale in applicazione al DL 44/2021;

Al fine di garantire l'efficienza e la sostenibilità delle attività, è necessario che le Aziende ULSS garantiscano ai Dipartimenti di Prevenzione il supporto organizzativo e di personale anche afferente ad altri servizi aziendali o reclutato ad hoc, in modo da garantire le attività previste. In virtù dell'attuale situazione epidemiologica, risulta necessaria una riorganizzazione delle attività di *contact tracing*, rimodulando la dotazione organica impiegata in tali attività sulla base del carico di lavoro imposto dall'andamento della curva epidemica, considerando anche l'imminente chiusura delle scuole e l'avvio, invece, dei servizi educativi e ricreativi per i minori.

In relazione alla campagna di vaccinazione anti-COVID-19, risulta essenziale continuare a garantire l'offerta alle categorie destinatarie, sia in termini organizzativi, sia in termini di impiego di risorse umane e strumentali. Inoltre, i Dipartimenti di Prevenzione dovranno garantire il rilascio del certificato di avvenuta guarigione dall'infezione da SARS-CoV-2 e le certificazioni vaccinali comprovanti lo stato di avvenuta vaccinazione, aventi queste valenze di Certificazione Verde e di Green Pass così come previsto dall'art 9 del Decreto Legge del 22/04/2021 n.52.

Inoltre, per quanto concerne l'**attività vaccinale ordinaria**, si sottolinea l'importanza di continuare a garantire il calendario 0-6 anni, iniziando a programmare l'offerta delle altre vaccinazioni, con chiamata attiva, così come previsto dal Calendario vaccinale della Regione del Veneto anche recuperando le chiamate posticipate a causa dell'emergenza COVID-19. Considerati i Centri di Vaccinazione di Popolazione già attivi sul territorio, si raccomanda, parallelamente con l'attività vaccinale anti-COVID19, di considerare per l'offerta delle campagne vaccinali ordinarie anche tale setting: prioritariamente 12enni (anti-HPV), 14enni (Men ACWY e dTpa-IPV) e 65enni (PCV13 e HZ). Si raccomanda inoltre di garantire l'offerta per le categorie a rischio (es. donne in gravidanza, soggetti con splenectomia, etc.) e per le vaccinazioni che rivestono carattere di urgenza (es. profilassi post-esposizione).

Si raccomanda altresì di garantire il rispetto di tutte le disposizioni contenute nel DL 44/2021 con particolare attenzione a quanto previsto in materia di obbligo di vaccinazione.

Per le attività relative allo **screening oncologico**, si ribadisce l'importanza di proseguire l'attività di primo livello e di garantire le prestazioni di secondo livello.

Si raccomanda inoltre, in ottemperanza di quanto previsto dal Decreto n. 22112 del 18/5/2021 in attesa di pubblicazione, di considerare anche la chiamata vaccinale anti COVID-19 come occasione opportuna per promuovere lo **screening per HCV** per le coorti di nascita dal 1969 al 1989, identificando anche eventuali modelli organizzativi locali, in attesa di ulteriori indicazioni regionali.



Considerata sia l'evoluzione dell'epidemia che la ripresa delle attività economiche e produttive con conseguente impatto sullo stato di salute e sicurezza dei lavoratori, si rende necessaria una **rimodulazione delle attività dei Servizi SPISAL**. I Servizi continueranno a garantire le prestazioni urgenti o indifferibili (es. interventi a seguito di segnalazione del SUEM 118 per infortuni sul lavoro; richiesta dell'Autorità Giudiziaria o di Forze dell'Ordine; interventi a seguito di segnalazione per situazioni lavorative ritenute di pericolo grave e imminente; atti non ripetibili nell'ambito di attività di indagine giudiziaria; altre attività per le quali sono previsti termini di carattere perentorio) e, gradualmente, dovranno intensificare le iniziative di prevenzione, con particolare riferimento ai settori dell'edilizia e della metalmeccanica e comunque in base alla priorità di rischio definita a livello locale, anche attraverso il coinvolgimento attivo degli altri Servizi afferenti al Dipartimento di Prevenzione.

I Servizi SPISAL dovranno comunque mantenere l'attenzione sull'attività di **supporto e assistenza in materia di contrasto al contagio da SARS-CoV-2 in ambiente di lavoro sia per le attività economiche e produttive sia per le altre strutture del Dipartimento di Prevenzione**, collaborando ad attività trasversali e alle attività di *contact tracing* sulla base delle risorse disponibili, anche mediante informazione e diffusione di indirizzi operativi.

### 2.1 Contact tracing e presa in carico tempestiva di tutti i soggetti positivi a SARS-CoV-2

Relativamente alle attività di *contact tracing*, in considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, dovranno essere garantite le attività di inchiesta epidemiologica tempestiva dei casi positivi e di rintraccio di tutti i contatti proseguendo l'attività delle "Centrali Operative di Contact Tracing" dedicate, così come previsto dalla DGR 1422/2020 e dalla DGR 782/2020.

In particolare per lo scenario di rischio assimilabile alla "zona bianca", al fine di perseguire l'**obiettivo di contenimento della diffusione di SARS-CoV-2**, risulta prioritario garantire:

- la ricerca attiva dei casi positivi e test diagnostici offerti tempestivamente ai casi sospetti;
- la presa in carico tempestiva di tutti i nuovi casi positivi a SARS-CoV-2;
- un'azione di *contact tracing* tempestiva e accurata identificando tutti i possibili contatti e attivando le conseguenti azioni di sanità pubblica previste;
- un'offerta del testing, nelle azioni di *contact tracing*, il più possibile tempestiva (possibilmente entro 24-48 ore);
- la ricostruzione di tutte le possibili catene di contagio al fine di circoscrivere i focolai;
- l'effettuazione di test per la ricerca di SARS-CoV-2 ai contatti anche al fine di garantire il monitoraggio della circolazione virale grazie al mantenimento dell'azione di testing;
- ulteriori azioni di screening estese in specifici contesti della comunità al fine di contenere e delimitare possibili focolai e garantire il numero minimo di tamponi in base all'incidenza;
- il costante monitoraggio e la valutazione della circolazione di varianti di SARS-CoV-2 con particolare attenzione a quelle definite "*immune escape*" o a maggior rilevanza epidemiologica.

Una presa in carico tempestiva dei nuovi casi positivi e un'accurata ricerca dei contatti risultano prioritarie per allargare i cerchi delle indagini epidemiologiche ed interrompere prontamente tutte le possibili catene di contagio. Le Centrali Operative di Contact Tracing dei Servizi di Igiene e Sanità Pubblica dovranno garantire il monitoraggio dell'attività svolta, anche grazie al supporto degli applicativi regionali predisposti da Azienda Zero, al fine di fornire, in caso di bisogno, una tempestiva riorganizzazione interna per le attività necessarie al variare dello scenario epidemiologico. A livello centrale, sarà prevista una continua attività di monitoraggio tramite opportuni indicatori allo scopo di mantenere sotto osservazione, qualità e tempestività delle azioni messe in atto per la presa in carico dei casi positivi e della ricerca/identificazione dei contatti.



Ogni Centrale Operativa, gestita dal **Referente del Contact Tracing** (Medico specialista in Igiene, come da allegato A alla DGR n. 1422 del 21 ottobre 2020) in base all'andamento epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2 ha un gruppo di lavoro (più o meno numeroso e modulabile sulla base del carico di lavoro) dedicato all'attività specifica di tracciamento e gestione dei casi/contatti. In parallelo anche i MMG/PLS possono svolgere l'attività di *contact tracing* per i propri assistiti (come da OPGR 31.10.2020 n 148).

Per ogni Centrale Operativa di Contact Tracing, l'Azienda ULSS identifica:

- il **Referente monitoraggio varianti SARS-CoV-2**;
- il **Referente COVID Scuole/Servizi per i minori** con team dedicato alla gestione dei casi positivi e dei relativi contatti nel contesto scolastico e nei Servizi educativi e ricreativi per l'infanzia e l'adolescenza. Tale attività dedicata andrà infatti mantenuta anche durante i mesi estivi per la presa in carico degli eventi che si potranno verificare anche nei contesti delle attività educative e di socializzazione (es. centri estivi o altro).

L'attuale scenario epidemiologico e quello prevedibile nel prossimo futuro richiede inoltre un'organizzazione che preveda la tempestività delle azioni in capo ai Dipartimenti di Prevenzione riguardanti gli arrivi/rientri dall'estero. E' stato istituito con DDR n. 59 del 25 maggio 2021 un gruppo regionale di coordinamento ed attuazione delle misure anti Covid per i flussi di turisti stranieri in ingresso in Italia.

Le Centrali Operative di Contact Tracing lavorano in stretta sinergia con i Servizi di Prevenzione Igiene e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro (SPISAL), secondo la definizione di specifici modelli organizzativi aziendali, per le attività di *contact tracing* negli ambienti di lavoro, in particolare intervenendo con azioni mirate nei contesti più a rischio di diffusione per tipologia, organizzazione, dimensioni o altre caratteristiche.

Le Centrali Operative di Contact Tracing, sono supportate dalle strutture distrettuali, in particolare dalle Cure primarie e dalle Cure domiciliari.



### 3. TIPOLOGIE DI TEST PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

A seguito dell'esame dei Documenti Ministeriali e Regionali in precedenza citati e del relativo confronto tecnico, la Rete delle Microbiologie del Veneto, il cui ruolo di coordinamento regionale è affidato all'Azienda ULSS 8 Berica, ha fornito le seguenti indicazioni circa l'utilizzo dei test antigenici nei diversi contesti di popolazione, al fine di implementare e uniformare le strategie di testing sul territorio regionale.

#### 3.1 Tipologia di test

Esistono diversi tipi di test per la ricerca di SARS-CoV-2 classificati come test di biologia molecolare o test antigenici rapidi, come riassunti nella seguente tabella.

<b>Test antigenici rapidi di 1° generazione</b>	Test immunocromatografici lateral flow per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
<b>Test antigenici rapidi di 2° generazione</b>	Test ad immunofluorescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
<b>Test antigenici rapidi di 3° generazione</b>	Test ad immunofluorescenza con lettura in microfluidica per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2
<b>Test antigenici di laboratorio</b>	Test in chemiluminescenza per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2, da eseguire in laboratorio con risposta indicativamente entro 24-36 ore (non rapidi)
<b>Test molecolare</b>	Test di biologia molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2

Relativamente ai test di biologia molecolare, per garantire la diagnosi di infezione sostenuta da varianti virali con mutazioni nella proteina spike, i test diagnostici molecolari real-time PCR devono essere multi-target. Per i test diagnostici molecolari si raccomanda di utilizzare come sistema di diagnosi in real-time PCR un test multi-target ovvero capace di rilevare più geni del virus e non solo il gene spike (S) che potrebbe dare risultati negativi in caso di variante con delezione all'interno del gene S, 11,12 quale la variante VOC 202012/01 (denominata anche B.1.1.7) identificata per la prima volta nel Regno Unito<sup>1</sup>.

#### 3.2 Tipologia di campione

Si possono distinguere prodotti che sono stati validati per l'utilizzo da campione prelevato nelle fosse nasali, prodotti che prevedono l'utilizzo di campioni da prelievo rinofaringeo nonché prodotti che prevedono il prelievo di un campione salivare<sup>2</sup>.

<b>Prelievo oro-rinofaringeo</b>	Prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa del oro-faringe e del rino-faringe, con strofinamento della zona retro-tonsillare e cavità nasale posteriore mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un cotton fioc.
----------------------------------	---

<sup>1</sup> Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19 Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni Versione del 13 marzo 2021





<b>Prelievo rinofaringeo</b>	Prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa del rino-faringe, con strofinamento della cavità nasale posteriore mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un cotton fioc.
<b>Prelievo nasale anteriore</b>	Prelievo di muco che riveste le cellule superficiali della mucosa della fossa nasale con strofinamento della cavità nasale anteriore mediante un piccolo bastoncino ovattato, simile ad un cotton fioc.
<b>Prelievo salivare</b>	Per i campioni di saliva, sono descritte diverse modalità tecniche di raccolta che possono essere eterogenee (saliva orale raccolta mediante dispositivi, sputo generale "general spitting" ovvero la raccolta della saliva accumulata a livello del pavimento orale, saliva orofaringea posteriore del primo mattino, sbavatura "drooling" ovvero la raccolta di saliva intera in assenza di stimolazione, sputo faringeo posteriore "posterior pharyngeal spitting" ovvero la raccolta di secrezioni respiratorie miste, provenienti dalle vie aeree superiori e inferiori).

### 3.3 Test salivare

Come previsto dalla citata Circolare del Ministero della Salute<sup>2</sup>, relativamente ai campioni salivari, potrebbe essere prevista la tecnica dell'amplificazione mediata da loop di trascrizione inversa (RT-LAMP) permettendo di ottenere risultati in un tempo inferiore rispetto alla RT-PCR. Tuttavia questa tecnica consente una minor accuratezza e, per il momento, si ritiene preferibile la RT-PCR. A questo proposito, l'uso della saliva per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2 prevede un metodo di raccolta non invasivo, ma la corretta raccolta del campione salivare è un passaggio cruciale. Nello specifico è consigliabile privilegiare sistemi di raccolta standardizzati e a basso rischio di trasmissione dell'infezione. Si evidenzia che l'utilizzo dei test salivari sopra menzionati va condotto in coerenza con la normativa sui Dispositivi medico-diagnostici in vitro, e che i soggetti preposti all'organizzazione di attività di screening devono garantire che la raccolta e le fasi successive avvengano secondo procedure concordate. Ai fini della sorveglianza nazionale COVID-19 (sia per il flusso di casi individuali, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), che per quello aggregato, coordinato dal Ministero della Salute) i test molecolari su campione salivare dovranno essere segnalati nel sistema di sorveglianza.

### 3.4 Test in autosomministrazione

Il test di autosomministrazione è un test antigenico rapido a flusso laterale (*lateral flow*) per la rilevazione qualitativa dell'antigene della proteina nucleocapsidica di SARS-CoV-2 da tampone nasale o faringeo. L'esecuzione del test richiede che la persona raccolga un campione dal proprio naso o gola (può essere un tampone del naso, della gola o una combinazione di entrambi), esegua il test ed interpreti i risultati secondo le istruzioni fornite. Questo viene effettuato con un kit di auto-test monouso che può essere utilizzato in qualsiasi momento e in qualsiasi ambiente senza alcuna attrezzatura di laboratorio specializzata o specifica formazione. Gli auto-test consentono di ottenere il risultato molto rapidamente (entro circa 30 minuti) con evidenti vantaggi in termini di tempestività delle eventuali misure di isolamento.

<sup>2</sup> Circolare Ministero della Salute n. 21675 del 14/05/2021 "Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2"



#### 4. PROGRAMMI ORGANIZZATI DI SCREENING PER LA RICERCA DI SARS-COV-2

Si riportano di seguito le diverse indicazioni circa l'utilizzo dei test nei diversi contesti e le relative indicazioni per le tempistiche e frequenze di ripetizioni alla luce dell'attuale scenario epidemiologico e dell'attività vaccinale condotta nei diversi target di popolazione.

Si precisa che tutti i soggetti sottoposti ad obbligo vaccinale, i quali non abbiano ancora completato il ciclo vaccinale (es. controindicazione temporanea o permanente alla vaccinazione, etc.), mantengono una frequenza di screening periodico più ravvicinata.

##### 4.1 Personale delle Aziende Sanitarie

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di screening del **personale sanitario e non sanitario** delle Aziende Sanitarie è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) oppure test molecolari con campionamento in pool. In aggiunta ai test sopra citati, si rende possibile l'utilizzo dei **test salivari** per gli operatori sanitari sottoposti a screening periodici, al fine di aumentare l'accettabilità del test.

Operatori Sanitari <sup>3</sup>	<p><b>Ogni 30 giorni</b></p> <p><i>N.B. Per gli operatori <u>non vaccinati</u> test ogni 7 giorni.</i></p> <p><i>N.B. Rimane in capo al medico competente la possibilità di <u>programmare la periodicità</u> sulla base della stratificazione del rischio e la compresenza nelle strutture di operatori sanitari vaccinati e non vaccinati.</i></p>
Personale non sanitario	<p><b>Ogni 30 giorni</b></p> <p><i>N.B. In base all'attività svolta (es. a contatto diretto con il paziente), l'Azienda ULSS valuta una stratificazione interna del rischio valutando le tipologie di test o di frequenza.</i></p>

##### 4.2 Personale e ospiti delle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie territoriali

Nelle more dell'aggiudicazione delle forniture per i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, per le attività di screening del personale delle RSA/CTRP oltre che degli eventuali accompagnatori e/o visitatori autorizzati all'accesso è possibile utilizzare test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza (2° generazione) mentre per il monitoraggio dei pazienti è possibile utilizzare anche test molecolari con campionamento in pool o i test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione).

Operatori sanitari	<p><b>Ogni 30 giorni</b></p> <p><i>N.B. Per gli operatori <u>non vaccinati</u> test ogni 7 giorni.</i></p>
--------------------	--

<sup>3</sup> Sono inclusi tutti gli esercenti le professioni sanitarie e gli operatori di interesse sanitario che svolgono la loro attività nelle strutture sanitarie, sociosanitarie e socio-assistenziali del Servizio Sanitario Regionale indipendentemente dall'inquadramento contrattuale in adempimento al D.L. 44/2021.



Piano di Sanità Pubblica - Test per SARS-CoV-2, screening, contact tracing, attività dei Dipartimenti di Prevenzione e Strutture Socio-Sanitarie Territoriali

Personale non sanitario	<b>Ogni 30 giorni</b>
Ospiti	<b>Ogni 20 giorni</b> <i>N.B. Per gli ospiti <u>non vaccinati</u> test ogni 7 giorni</i>
Visitatori	<b>Ordinanza del Ministero della Salute del 08/05/2021</b> <i>N.B. Per le strutture per cui non è possibile garantire l'effettuazione del test presso la struttura, il test stesso può essere eseguito presso i Punti di Accesso Territoriale delle Aziende ULSS</i>

NB: L'attività di prelievo è garantita dalla Struttura.

#### 4.3 Operatori, familiari e caregiver coinvolti nell'assistenza continuativa di soggetti disabili

Per le attività di controllo dei soggetti destinati all'assistenza dei ricoverati (familiari, personale infermieristico privato, caregiver a contratto, ecc.) o altri operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone con disabilità fisiche, sensoriali, psichiche ed intellettive, considerando quest'ultimi ascrivibili al gruppo di "persone senza sintomi e senza link epidemiologico", possono essere utilizzati test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) con sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$ .

Operatori direttamente coinvolti nell'assistenza continuativa di persone affette da disabilità fisiche, sensoriali, psichiche ed intellettive	<b>Ogni 30 giorni</b> <i>N.B. Per gli operatori non vaccinati test ogni 7 giorni.</i>
Soggetti autorizzati a prestare assistenza continuativa in ambito ospedaliero a pazienti non autonomi e assistenza al momento del parto	<b>All'inizio dell'attività di assistenza</b> <i>N.B. Eventuale ripetizione da valutare dalla struttura ospedaliera.</i>

#### 4.4 Pazienti che accedono ai Pronto Soccorso e ai Punti di Primo Intervento

Ritenuto opportuno considerare in via prudenziale anche coloro che accedano a tali strutture per sintomatologie o quadri clinici non direttamente legati a infezioni da SARS-CoV-2, in ogni caso come soggetti sintomatici o con link epidemiologico con casi confermati di COVID-19, si ritiene che possano essere utilizzati, oltre ai test molecolari, i test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione). Qualora non fossero disponibili i test sopracitati, potranno essere utilizzati i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) che comunque rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime indicate dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$  in contesti a bassa incidenza come quello attuale).



#### 4.5 Pazienti in previsione di ricovero programmato

Per i pazienti in previsione di un ricovero programmato, da effettuare entro le 48 ore precedenti il ricovero, test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza o test molecolari o test rapidi antigenici con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione).

#### 4.6 Programma di Screening Scolastico (DGR 159/2021)

Per le attività di screening della popolazione scolastica previste dal Sistema di Monitoraggio Regionale di cui alla DGR 159/2021 (“Rete Scuole Sentinella” e progetto di “Autosomministrazione Vigilata”), è possibile utilizzare test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, sistemi per l’esecuzione di test con metodica ad immunofluorescenza (2° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale, oppure i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021 (sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$  e che siano in grado di rilevare anche basse cariche virali) che dispongano anch’essi della validazione per campioni raccolti in sede nasale.

In aggiunta ai test sopra citati, si rende possibile l’utilizzo dei test salivari nel contesto di screening al fine di aumentare l’accettabilità del test, eventualmente con campionamento in pool, che consentono di rilevare anche basse cariche virali.

#### 4.7 Gruppi target di popolazione che rivestono un particolare interesse epidemiologico locale

Le singole Aziende ULSS anche in collaborazione con Enti gestori, in considerazione della situazione epidemiologica locale, possono attivare specifiche strategie di screening o testing occasionale di popolazione per gruppi target di particolare interesse epidemiologico locale anche in considerazione dell’avanzamento della campagna vaccinale anti-Covid (es. ospiti ed operatori di centri di accoglienza per migranti, in occasione di particolari eventi o in contesti di socializzazione e ricreativi, etc.).

Inoltre al fine di monitorare la circolazione virale nel contesto della popolazione appartenente alle fasce di età per cui l’offerta vaccinale non è ancora completa, potranno essere definiti percorsi di offerta di test antigenico di screening per SARS-CoV-2 ai soggetti coinvolti nelle attività dei **Servizi educativi e ricreativi per minori (minori e operatori)**. Tale offerta potrà essere garantita presso i Punti Tampone Territoriali, sulla base dell’organizzazione aziendale, presentando dichiarazione rilasciata dalla struttura/servizio che organizza l’attività. L’adesione allo screening sarà volontaria.



## 5. TEST PER SARS-CoV-2 NEI SOGGETTI SINTOMATICI E NEL CONTACT TRACING

### 5.1 Caso sospetto o contatto stretto asintomatico (link epidemiologico)

Nel caso di un caso sospetto per presenza di sintomatologia si può ricorrere a:

- test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza;
- test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione);
- test basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione);

che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$  in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

Nel caso siano utilizzati test antigenici immunocromatografici (1° generazione) o comunque con caratteristiche di sensibilità e specificità non ottimali è consigliabile **confermare la negatività** di test antigenici eseguiti su pazienti sintomatici con test molecolare o *“che, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari, o in condizioni d’urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere per la conferma a test antigenici, quali appunto i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità  $\geq 90\%$ , specificità  $\geq 97\%$ )”*. Questa necessità è rafforzata dalla possibile circolazione di varianti virali con mutazioni a carico della proteina N, che è il principale antigene target utilizzato in questo tipo di test.

Inoltre i **test antigenici positivi eseguiti in contesti a bassa prevalenza** (riferibile per le finalità del presente documento ad uno scenario di “zona bianca”) **necessitano di conferma** con un test molecolare o, in caso di mancata disponibilità di tali test molecolari, con un test antigenico differente.

### 5.2 Fine isolamento e fine quarantena

Per i test di fine isolamento (caso positivo) ed i test di fine quarantena (contatto stretto), si può ricorrere all'utilizzo del test molecolare o test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza, test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) e test basati su microfluidica con lettura in fluorescenza (3° generazione), che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$  in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

### 5.3 Bambini e adolescenti

Per lo screening dei contatti scolastici (o presso servizi o attività organizzate di socialità per bambini o adolescenti), dovranno essere invece utilizzati, per lo screening iniziale, direttamente test molecolari (che prevedano, ove disponibile, l'utilizzo validato di campioni salivari), test antigenici di laboratorio in chemiluminescenza o test rapidi con metodica in immunofluorescenza con lettura in microfluidica (3° generazione) che dispongano della validazione per campioni raccolti in sede nasale.

In caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari o di 3° generazione, o in condizioni d’urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere anche a test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza (2° generazione) che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (*sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$  in contesti a bassa incidenza come quello attuale*<sup>4</sup>).

<sup>4</sup> Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15/02/2021.



Relativamente ai test salivari, i dati sull'uso della saliva in pazienti pediatrici sono limitati, anche se, data la semplificazione della tecnica di prelievo i test salivari possono rappresentare uno strumento utile per il monitoraggio e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in ambito scolastico, in accordo con quanto previsto dalle indicazioni del Ministero della Salute<sup>5</sup>.

#### 5.4 Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta

I Protocolli d'intesa approvati rispettivamente in sede di Comitato Regionale della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta sono stati resi esecutivi rispettivamente con Ordinanza n. 148 del 31.10.2020 e n. 156 del 24.11.2020 del Presidente della Giunta Regionale e successivi provvedimenti di proroga. Tra le misure indicate è richiamata l'esecuzione di test antigenici rapidi, così come forniti dal Commissario per l'emergenza COVID-19, in contatti stretti asintomatici e casi sospetti per COVID-19.

Per le indicazioni relative ai test di fine isolamento e fine quarantena da utilizzare, consultare il paragrafo 5.2.

Restano validi senza soluzione di continuità tutti i contenuti dei predetti Protocolli ed in particolare con riferimento alla disposizione dei provvedimenti contumaciali, alla presa in carico degli assistiti posti in isolamento o quarantena, con eventuale supporto delle USCA, all'attuazione delle disposizioni di cui all'art. 38 del decreto Legge n.23/2020 convertito in L. n.40/2020.

#### 5.5 Punti di Accesso Territoriali

Nei Punti di Accesso Territoriali per l'effettuazione dei test (COVID Center o Punti Tampone) ove non siano già presenti i sistemi a lettura immunofluorescente (2° generazione) con le caratteristiche descritte, è possibile utilizzare eccezionalmente i test immunocromatografici lateral flow (1° generazione) che rispettino i requisiti di sensibilità e specificità richiesti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (*sensibilità  $\geq 90\%$  e specificità  $\geq 97\%$  in contesti a bassa incidenza come quello attuale*).

---

<sup>5</sup> Circolare Ministero della Salute n. 21675 del 14/05/2021 "Uso dei test molecolare e antigenico su saliva ad uso professionale per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2".



## 6. PUNTI DI ACCESSO TERRITORIALI E TEST ANTIGENICI RAPIDI

Con riferimento a quanto stabilito con DGR n.1422/2020, si conferma l'utilità di mantenere in ogni Azienda ULSS i Punti di accesso territoriali, con le seguenti indicazioni aggiornate in relazione all'andamento epidemiologico.

### 6.1 Popolazione target e tipologia di Punti di accesso territoriali

L'esecuzione di *Test per la ricerca di SARS-CoV-2* presso i Punti di accesso territoriali è destinata per finalità di diagnosi e di tutela della salute collettiva a persone:

1. con sintomatologia compatibile con COVID (caso possibile);
2. a persone identificate come contatto stretto di un caso confermato.

L'accesso ai Punti è possibile solo con mascherina chirurgica e dopo aver effettuato accurata igiene delle mani. I Punti di accesso territoriale individuati dalle ULSS secondo un Piano di Attuazione sono quelli di seguito riportati. In questo contesto è esclusa l'esecuzione di test per finalità di screening senza la prescrizione medica o per finalità diverse dalla diagnosi o dalla tutela della salute collettiva.

#### 6.1.1 Sedi 7gg/7 h14

Si tratta di sedi dedicate alla somministrazione dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, attive 7gg/7 h14, che vedano la presenza di équipe di Medici di Continuità Assistenziale, medici e personale USCA, personale infermieristico e tecnico e/o altro personale per l'accoglienza e la gestione dei pazienti. Ciascuna Azienda ULSS, in relazione all'andamento della situazione epidemiologica sul proprio territorio, può prevedere la rimodulazione o l'estensione degli orari di apertura, fermo restando la necessità di garantire almeno un Punto di accesso territoriale 7gg/7 dalle ore 8.00 alle 22.00.

L'accesso è libero, potendo prevedere anche alcune fasce orarie su prenotazione; l'esecuzione del tampone rapido è eseguita previa prescrizione del Medico curante o su indicazione del Medico presente. Nei punti di esecuzione dei test (inclusi i drive-in) va definito un accesso prioritario per i test diagnostici prescritti ai soggetti sintomatici e ai contatti stretti asintomatici di un caso confermato e alle altre categorie previste.

#### Soggetti asintomatici che effettuano il test su base volontaria

L'esecuzione di test a soggetti asintomatici che effettuano il test su base volontaria (es. esame richiesto per motivi di lavoro o di viaggio o per richieste **non correlate a esigenze cliniche o di salute pubblica** ricadenti nei casi precedenti) sono da intendersi **a spese interamente a carico del cittadino**, salvo diverse indicazioni di sanità pubblica di carattere nazionale o regionale. Tali test possono essere effettuati a pagamento presso l'Azienda Sanitaria Pubblica o presso strutture private autorizzate ed accreditate, o presso le Farmacie. Tali prestazioni non potranno essere erogati dai Medici di Medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta.

Le Aziende Sanitarie (ULSS e Aziende Ospedaliere) definiscono una specifica organizzazione per l'offerta dei test a pagamento rivolta ai soggetti che ne fanno richiesta per necessità personali (es. viaggi, vacanze, screening occasionale non previsto dal Piano di Sanità Pubblica, etc.) attivando almeno un punto per azienda e concordando l'offerta con le microbiologie. Tale attività dovrà essere garantita sulla base dell'organizzazione aziendale. I codici da utilizzare, e i relativi costi, sono quelli previsti dal tariffario regionale. E' sempre obbligatoria la tracciabilità, come riportato nel capitolo dedicato. La certificazione dovrà essere rilasciata anche in lingua inglese nel rispetto delle specifiche previste per il Digital Green e della Certificazione Verde COVID-19.

#### 6.1.2 Sedi di Continuità Assistenziale potenziate

Per ampliare ulteriormente l'accessibilità dei *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* e sfruttare la capillarità di offerta delle attuali 105 sedi di Continuità Assistenziale, le stesse potranno essere rafforzate



attraverso il potenziamento con personale USCA, al fine di garantire l'esecuzione del *Test*. L'esecuzione dei *Test* è offerta anche attraverso l'individuazione di fasce orarie e/o percorsi dedicati ed avviene in conformità a quanto definito dall'Accordo Collettivo Nazionale della Medicina Generale e dal Protocollo approvato in sede del Comitato Regionale della Medicina Generale.

### 6.1.3 Studi della medicina generale o spazi alternativi organizzati

Al fine di potenziare la presa in carico degli assistiti da parte dei Medici di medicina generale e dei Pediatri di Libera Scelta, vengono messi a disposizione degli stessi i *Test rapidi per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* che sono utilizzati, secondo quanto stabilito dai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali e dai Protocolli approvati in sede dei Comitati Regionali, durante l'attività ambulatoriale o domiciliare a favore della popolazione assistita, in particolare con lo scopo di favorire la diagnosi differenziale.

Si richiama inoltre che le attività di esecuzione dei tamponi possono essere svolte dai Medici che frequentano il Corso di formazione specifica in medicina generale esclusivamente nell'ambito delle sostituzioni, degli incarichi temporanei e degli incarichi provvisori di assistenza primaria, continuità assistenziale, emergenza sanitaria territoriale e medicina dei servizi.

Gli incarichi di cui sopra - ad eccezione degli incarichi temporanei - sono computabili come attività pratiche ai fini del monte ore del corso di formazione specifica in medicina generale in correlazione allo stato emergenziale da COVID-19, secondo le disposizioni della Scuola a cui si rinvia.

## 6.2 Indicazioni operative

L'esecuzione del *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2* ed il suo esito, anche per le finalità connesse al rilascio della Certificazione Verde COVID-19 e del *Digital Green Certificate*, dovranno essere tempestivamente registrati sul Portale Regionale o negli applicativi dedicati.

Gli operatori che eseguono il *Test rapido per la ricerca dell'antigene di SARS-CoV-2*, nel rispetto delle procedure aziendali, dovranno indossare i Dispositivi di Protezione Individuale previsti (FFP2, camice/grembiule monouso, guanti, occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera). Specifica formazione sull'esecuzione del *Test* dovrà essere prevista dalle Aziende ULSS.

Per l'esecuzione del tampone rapido non è necessaria una sanificazione straordinaria dell'ambiente, bensì l'applicazione delle normali procedure di sanificazione degli ambienti sanitari previsti durante la pandemia da SARS-CoV-2. Negli ambienti dove è eseguita la procedura deve essere assicurata adeguata ventilazione. Secondo quanto previsto dal Rapporto ISS COVID-19 n. 20/2020 Rev. 2 in generale le aree pubbliche in cui un caso COVID-19 ha trascorso un tempo minimo non hanno bisogno di pulizia straordinaria.

A completamento si precisa che l'introduzione del tampone nella provetta contenente il liquido precedentemente dispensato inattiva completamente il virus.

## 6.3 Attuazione e Monitoraggio

Ogni Azienda ULSS è tenuta ad aggiornare il Piano di attuazione dei Punti di Accesso Territoriale che preveda la localizzazione dei punti, le fasce orarie, le modalità di accesso e le tempistiche di attivazione, che dovrà essere reso disponibile all'Area Sanità e Sociale della Regione del Veneto.





## 7. TEST DI SCREENING OCCASIONALE PER LA RICERCA DI SARS-CoV-2

Nell'ottica di una graduale ripresa delle attività economiche, produttive, sociali e ricreative nonché dell'aumento degli spostamenti individuali, nell'attuale scenario epidemiologico può essere utile anche un'attività di screening occasionale mediante il testing effettuato su base volontaria in specifici contesti.

L'effettuazione di tali test di screening occasionale è a titolo totalmente volontario e può essere utile in specifici contesti di socialità o di aggregazione, o nel contesto di specifici servizi o attività, sempre nel rigoroso rispetto di tutte le misure di prevenzione finalizzate a contrastare la diffusione di SARS-CoV-2, anche in presenza di test negativo.

Tali test di **screening occasionale** possono essere effettuati a pagamento presso l'Azienda Sanitaria Pubblica come indicato al precedente capitolo, presso strutture private e private accreditate e autorizzate dalla Regione, incluse le Farmacie.

I test effettuati presso le farmacie<sup>6</sup>, ed eventuali test in autosomministrazione, non devono essere effettuati nelle seguenti situazioni:

SITUAZIONI	INDICAZIONI
Soggetti con temperatura corporea maggiore di 37,5°C e/o sintomi potenzialmente riconducibili a COVID-19	Tali soggetti devono essere valutati dal medico
Soggetti che siano entrati in contatto stretto (es. conviventi, colleghi che condividono lo stesso ufficio, altro) con soggetto risultato positivo a SARS-CoV-2 dalle 48h precedenti all'esecuzione del test	Tali soggetti devono essere valutati e seguiti dalle Centrali di Contact Tracing dell'Azienda ULSS, dal Medico Curante o dal Pediatra di Libera Scelta anche per la programmazione/prescrizione dei test
Contatti scolastici o contatti avvenuti presso servizi per l'infanzia e l'adolescenza	Tali soggetti sono seguiti dalle Centrali di Contact Tracing dell'Azienda ULSS, anche nella programmazione dei test, nel rispetto delle Linee di indirizzo per la gestione dei contatti in tali setting
In sostituzione di test effettuati all'interno di programmi di screening organizzati di cui al presente documento	Tali soggetti devono seguire il programma di screening previsto per la specifica popolazione target

### 7.1 Test effettuati presso le Farmacie

Facendo seguito a quanto approvato nella DGR n. 1864 del 29.12.2020 e DGR n.556 del 27.04.2021, con le quali si autorizza l'esecuzione dei test antigenici rapidi da parte delle farmacie pubbliche e private convenzionate su base volontaria, si raccomanda di utilizzare test conformi ai criteri di sensibilità e specificità previsti dalla Circolare Ministeriale prot. n. 5616 del 15.02.2021 (sensibilità  $\geq$  90%, specificità  $\geq$  97%) per ridurre il rischio di risultati falsi-negativi e/o falsi-positivi.

<sup>6</sup> Delibera della Giunta Regionale del Veneto n. 1864 del 29.12.20202 e n.556 del 27.04.2021.



Le Farmacie potranno effettuare test anche per persone provenienti da altre Regioni o da Stati Esteri. Tali test dovranno essere registrati nella piattaforma regionale predisposta da Azienda Zero e attivata per tale funzionalità, prevedendo la registrazione dei dati necessari per le eventuali successive attività di *contact tracing* da parte dei Dipartimenti di Prevenzione.

Per tutti i test effettuati è sempre richiesta la registrazione e la tracciabilità dei dati negli applicativi regionali predisposti in accordo con le citate DGR, incluse le informazioni relative alla tipologie di test anche ai fini della validità della Certificazione prevista dalle normative nazionali. Attraverso i flussi regionali già in essere (SIAVr-COVID) i Dipartimenti di Prevenzione provvederanno tempestivamente a prendere in carico i soggetti positivi per le necessarie azioni di sanità pubblica.

### 7.1 Test in autosomministrazione

In relazione alle molteplici modalità di testing, si prevede la possibilità di diffusione dell'utilizzo di test rapidi in autosomministrazione, recentemente approvati con specifica dichiarazione di conformità (CE) il cui utilizzo dovrà seguire le indicazioni condivise a livello nazionale.

Come indicato dall'ECDC<sup>7</sup>, dal punto di vista della salute pubblica gli auto-test possono offrire vantaggi quando vengono utilizzati per integrare i test somministrati professionalmente quali test antigenici rapidi e molecolari. Tali test infatti possono migliorare l'accessibilità all'attività di testing, permettendo agli individui di ottenere il risultato molto rapidamente e favorendo l'individuazione precoce di eventuali casi positivi.

L'affidabilità dell'auto-test dipende dall'abilità della persona che preleva il campione, dalla qualità delle istruzioni e dalla capacità dell'individuo di seguirle, dalla carica virale al momento della raccolta del campione e dalla prevalenza della malattia al momento in cui il test viene eseguito. Tuttavia, pur rappresentando uno strumento di screening più economico e di facile accesso, il suo impiego può comportare una sottostima dei risultati dei test in virtù della responsabilità di auto-segnalazione da parte del singolo soggetto. Si precisa inoltre che tale tipologia di test non prevede né refertazione né certificazione e non è dunque valido ai fini del rilascio della Certificazione Verde COVID-19.

Sulla base di questi elementi, l'auto-test potrebbe risultare utile se utilizzato come strumento di screening occasionale in alcuni contesti legati alla vita di comunità, laddove non siano attualmente già previste specifiche attività di screening organizzato (es. eventi sociali, strutture ricettive, contesti ludico-ricreativi, etc.).

Le raccomandazioni regionali di utilizzo di tali test verranno definite a seguito di condivisione con il livello nazionale.

<sup>7</sup> European Centre for Disease Prevention and Control/European Agency for Safety and Health at Work. Considerations on the use of rapid antigen detection (including self-) tests for SARS-CoV-2 in occupational settings. ECDC/EU- OSHA: Stockholm/Bilbao; 6 May 2021



## 8. REGISTRAZIONE, TRACCIABILITÀ DEI DATI E CERTIFICAZIONE VERDE

Per tutti i test effettuati **deve essere garantita la registrazione e la tracciabilità del dato (esito, motivazione e categoria)**. A tale scopo, per tutti i dati relativi alle attività di screening delle categorie sopra elencate, oltre che per quelli relativi alle consuete attività di indagine epidemiologica dei casi sospetti e dei contatti di caso confermato di COVID-19, dovranno essere alimentati tempestivamente gli applicativi regionali predisposti ad hoc dai Sistemi Informativi di Azienda Zero, per il successivo inserimento nel *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*.

Azienda Zero provvederà a mantenere aggiornate le specifiche procedure e i software per consentire la registrazione dei dati da parte delle Aziende Ulss, Aziende Sanitarie, IOV e dei diversi altri attori coinvolti, con particolare riferimento alla registrazione, per i test effettuati, dell'informazione relativa alla motivazione di esecuzione del test e all'eventuale categoria target di popolazione sottoposta a screening.

Si raccomanda alle Aziende ULSS e a tutti gli attori coinvolti la completezza e la tempestività della registrazione di tutti i dati con le modalità definite da Azienda Zero per alimentare il *Sistema di Biosorveglianza per SARS-CoV-2*, garantire il debito informativo verso il Ministero della Salute e l'Istituto Superiore di Sanità e garantire la necessaria reportistica periodica.

Tutti i **laboratori regionali del SSR, i laboratori privati, i laboratori privati accreditati e autorizzati** e comunque **tutti i professionisti operanti in ambito sanitario** (a titolo esemplificativo, medici, infermieri, farmacisti, operatori sanitari, ecc.), attivi sia all'interno che all'esterno di strutture sanitarie private (ambulatori, laboratori di analisi, case di cura, ecc.), che effettuano a qualsiasi titolo sul territorio regionale test molecolari o antigenici per SARS-CoV-2, sono tenuti a trasmettere sia le positività che le negatività riscontrate secondo le modalità definite dall'UOC Sistemi Informativi di Azienda Zero. Per quanto riguarda i test effettuati in farmacia si rimanda alle indicazioni previste dalle specifiche DGR. Le stesse modalità e tracciabilità devono essere garantite anche per le attività di monitoraggio specifiche laddove prevista l'esecuzione dei test (es. Sistema di Monitoraggio della Popolazione Scolastica DGR 159/2021).

### 8.1 Certificazione Verde COVID-19

Si definisce Certificazione Verde COVID-19 un passaporto di carattere vaccinale, avvenuta guarigione e/o di assenza di malattia COVID-19 con prestabilita validità. Tale certificazione è regolamentata dai D.L. 52/2021 art. 9, D.L. 65/2021 art. 14 e successive modifiche ed integrazioni.

Le Certificazioni Verdi COVID-19 hanno carattere nazionale ed europeo qualora rilasciate in conformità al diritto vigente nello Stato membro dell'Unione europea e sono riconosciute come equivalenti a quelle nazionali. Le certificazioni rilasciate in uno Stato terzo a seguito di una vaccinazione riconosciuta nell'Unione europea e validate da uno Stato membro dell'Unione, sono riconosciute come equivalenti a quelle nazionali. È istituito, come da suddetto decreto, il Digital Green Certificate (piattaforma nazionale-DGC), ovvero il sistema informativo nazionale per il rilascio, la verifica e l'accettazione di certificazioni COVID-19. Tale sistema è interoperabile a livello nazionale ed europeo con le analoghe piattaforme istituite negli altri Stati membri dell'Unione europea, tramite il Gateway europeo.

Azienda Zero attraverso l'eventuale adeguamento degli applicativi centralizzati a livello Regionale (SIAVr vaccinazioni e SIAVr-Covid19) garantirà la completezza degli elementi essenziali delle certificazioni rilasciate, e la completezza delle informazioni nei flussi che alimentano il *Digital Green Certificate (DGC)* secondo le indicazioni all'Allegato 1 del Decreto Legge sopracitato e le specifiche in materia rilasciate dal Ministero della Salute.



## 9. INDICAZIONI PER LE ATTIVITÀ DI CONTACT TRACING

In considerazione della progressiva diffusione della variante lineage B.1.1.7, della prevalenza stabile della variante lineage P.1 e di una sporadica segnalazione di casi con variante lineage B.1.351 a livello nazionale e regionale<sup>8</sup>, occorre rimodulare le azioni di contenimento e risposta alla diffusione virale, sottolineando l'importanza dell'attività di *contact tracing* nell'interrompere tutte le possibili catene di trasmissione del virus.

Si precisa che, ogni qualvolta emerga il sospetto che un caso confermato possa essere legato ad una variante (es. link epidemiologico o focolaio), dovrà essere richiesto il sequenziamento del caso indice e/o dei casi secondari, al fine di allargare l'inchiesta epidemiologica per ragioni di sanità pubblica (es. contesto scolastico, comunità chiuse, altri contesti a rischio).

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

Considerata la diffusione geografica delle varianti si aggiorna quanto indicato nella circolare n. 3787 del 31/01/2021 "Aggiornamento sulla diffusione a livello globale delle nuove varianti SARS-CoV-2, valutazione del rischio e misure di controllo".

- Per **caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01** si intende un caso COVID-19:
  - con delezione del gene S
  - oppure
  - contatto stretto di caso COVID-19 con variante VOC 202012/01 accertata.
- Per **caso COVID-19 sospetto per variante VOC diversa da VOC 202012/01** (es. P.1, P.2, lineage B.1.351) si intende un caso COVID-19 per il quale sia presente un link epidemiologico (provenienza da paesi a rischio oppure contatto stretto di caso con variante accertata).
- Per **caso COVID-19 confermato per variante VOC**, si intende un caso in cui il sequenziamento ha rilevato la presenza delle specifiche mutazioni che caratterizzano una determinata variante.

### 9.2 Contact tracing e quarantena di contatti di caso positivo

In considerazione dell'attuale scenario epidemiologico, il quale registra una discesa della curva di incidenza delle infezioni complessive da SARS-CoV-2, è importante continuare a garantire una rapida presa in carico dei nuovi casi positivi e la gestione dei contatti e dei focolai, al fine di tenere sotto controllo la catena di contagio, anche considerando la stratificazione del rischio di esposizione come da Circolare del Ministero della Salute n. 22746 del 21/05/2021 "Aggiornamento sulla definizione di caso COVID-19 sospetto per variante VOC 202012/01 e sulle misure di quarantena e di isolamento raccomandate alla luce della diffusione in Italia delle nuove varianti SARS-CoV-2".

Risulta, dunque, di fondamentale importanza proseguire con le attività di ricerca retrospettiva dei contatti, allargando il più possibile i cerchi dell'inchiesta epidemiologica e individuando i contatti stretti (alto rischio) ed eventuali contatti occasionali (basso rischio), in particolare quelli per i quali l'operatore di Sanità Pubblica ravvisi una particolare situazione di rischio di diffusione virale.

Si raccomanda di continuare a garantire l'esecuzione di un test diagnostico anche ad inizio quarantena per tutti i contatti stretti di caso positivo individuati ed, in ogni caso, quando ritenuto opportuno dall'operatore di

<sup>8</sup> "Prevalenza delle varianti VOC (Variant Of Concern) in Italia: lineage B.1.1.7, P.1, P.2, lineage B.1.351, lineage B.1.525 (Indagine del 18/3/2021)" Istituto Superiore di Sanità



sanità pubblica sulla base delle valutazioni di competenza.

### 9.3 Attività di gestione dei casi

#### Quarantena

Contatti ad alto rischio (contatti stretti) asintomatici di casi COVID-19 confermati da variante VOC 202012/01 (sospetta o confermata) e varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- I contatti stretti asintomatici di casi con infezione da SARS-CoV-2, compresi i casi da variante VOC 202012/01 sospetta o confermata e altre varianti, identificati dalle autorità sanitarie, possono rientrare in comunità dopo un periodo di quarantena di almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale risulti eseguito un test antigenico o molecolare con risultato negativo (vedi Tabella 2 della Circolare).

Contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 con varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- I contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 con varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospette o confermate) identificati dalle autorità sanitarie, possono rientrare in comunità dopo un periodo di quarantena di almeno 10 giorni dall'ultima esposizione al caso, al termine del quale risulti eseguito un test molecolare o antigenico con risultato negativo.
- I contatti asintomatici a basso rischio di casi COVID-19 con varianti VOC 202012/01 (sospette o confermate) identificati dalle autorità sanitarie, possono rientrare in comunità senza effettuare la quarantena ma mantenendo le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.)

Qualora si tratti di **operatori sanitari** o altre persone che forniscono assistenza diretta ad un caso COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso COVID-19, provvisto dei DPI raccomandati: non si applica la misura della quarantena bensì la **sorveglianza sanitaria** come da art. 14 del D.L 17 marzo 2020, n. 18, convertito dalla legge 24 aprile 2020, n. 27 e dell'art. 1, comma 2, lett. d), D.L. 25 marzo 2020, n. 19, convertito dalla legge 22 maggio 2020, n. 35 (vedi Tabella 2 della Circolare).

Relativamente alla ricerca dei contatti, bilanciando il rischio e le implicazioni sociali, si suggerisce che per soggetti con una **diagnosi di COVID-19 negli ultimi 3 mesi**, nel caso siano individuati come contatti stretti (ad alto rischio) siano **riclassificati come contatti a basso rischio**. Tale riclassificazione non si applica ai soggetti che frequentano o lavorano con persone vulnerabili o comunque in contesti ad alto rischio (es. lungodegenze, strutture residenziali per anziani, etc.). Se l'esposizione avviene oltre i 3 mesi dalla diagnosi, il contatto deve essere valutato come per qualsiasi altro soggetto che non ha mai avuto una diagnosi di COVID-19<sup>9</sup>.

Inoltre, relativamente ai **soggetti vaccinati**, allo stato attuale, se una persona viene in contatto stretto con un caso positivo per SARS-CoV-2, secondo le definizioni previste dalle Circolari del Ministero della Salute, questa deve essere considerata un contatto stretto anche se vaccinata, e devono, pertanto, essere adottate tutte le disposizioni prescritte dalle Autorità sanitarie. Si mantiene la deroga alla quarantena per il personale

<sup>9</sup> ECDC. Technical Report. "Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, who have had contact with COVID-19 cases in the European Union – third update, 18 November 2020.



sanitario, con il rispetto delle misure di prevenzione e protezione dell'infezione, fino a un'eventuale positività ai test di monitoraggio per SARS-CoV-2 o alla comparsa di sintomatologia compatibile con COVID-19.<sup>10</sup>

#### **Isolamento**

##### Casi COVID-19 confermati compresi casi da variante VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività (di cui, se sintomatiche, almeno gli ultimi 3 giorni senza sintomi), al termine del quale risulti eseguito un test antigenico o molecolare con risultato negativo (vedi Tabella 3 della Circolare).

##### Casi COVID-19 confermati da variante VOC diversa da VOC 202012/01 (sospetta o confermata):

- Le persone asintomatiche risultate positive alla ricerca di SARS-CoV-2 con variante VOC diversa da VOC 202012/01 (sospetta o confermata) possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno 10 giorni dalla comparsa della positività (di cui, se sintomatiche, almeno gli ultimi 3 giorni senza sintomi), al termine del quale risulti eseguito un test molecolare con risultato negativo (Tabella 3 della Circolare).

##### Casi positivi a lungo termine:

- Le persone che continuano a risultare positive al test molecolare o antigenico per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia da almeno 7 giorni (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia), potranno interrompere l'isolamento al termine del 21° giorno.

**I casi positivi a lungo termine di varianti VOC diverse da VOC 202012/01 (sospetta o confermata) potranno interrompere l'isolamento solo dopo l'avvenuta negativizzazione al test molecolare.**

---

<sup>10</sup> Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2021. Indicazioni ad interim sulle misure di prevenzione e controllo delle infezioni da SARS-CoV-2 in tema di varianti e vaccinazione anti-COVID-19". Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Versione del 13 marzo 2021



Tabella. Prospetto riassuntivo ISOLAMENTO e QUARANTENA nella Regione del Veneto (Maggio 2021)

	DISPOSIZIONE CONTUMACIALE	TESTING
<b>CONTATTO DI CASO POSITIVO</b>  <i>non variante e variante VOC 202012/01<sup>11</sup></i>	<p><u>Alto rischio</u>: <b>Quarantena di 10 giorni</b> dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo. La quarantena termina con la ricezione dell'esito negativo del test antigenico o molecolare eseguito al 10° giorno.</p> <p><u>Basso rischio</u>: <b>Quarantena non necessaria.</b></p>	<p>Test antigenico o molecolare il prima possibile ad inizio quarantena.</p> <p>Test antigenico o molecolare di fine quarantena al 10° giorno.</p>
<b>CONTATTO DI CASO POSITIVO</b>  <i>da varianti diverse da VOC 202012/01</i>	<p><u>Alto rischio e basso rischio</u>: <b>Quarantena di 10 giorni</b> dal giorno dell'ultimo contatto con il caso positivo. La quarantena termina con la ricezione dell'esito negativo del test antigenico o molecolare eseguito al 10° giorno.</p>	<p>Test antigenico o molecolare il prima possibile ad inizio quarantena.</p> <p>Test antigenico o molecolare di fine quarantena al 10° giorno.</p>
<b>CASO POSITIVO</b>  <i>non variante e variante VOC 202012/01<sup>14</sup></i>	<p><b>Isolamento di 10 giorni.</b></p> <p><i>I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi, a condizione che siano asintomatici da almeno 7 giorni (ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia).</i></p> <p><i>NB: per il rientro al lavoro si applicano le indicazioni previste dalla Circolare del Ministero della Salute n. 15127 del 12/04/2021.</i></p>	<p>Test molecolare o antigenico di fine isolamento eseguito non prima del 10° giorno e se in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia).</p>
<b>CASO POSITIVO</b>  <i>varianti diverse da VOC 202012/01</i>	<p><b>Isolamento di 10 giorni.</b></p> <p><i>I soggetti che continuano a risultare positivi ai test di controllo possono terminare l'isolamento solo dopo l'avvenuta negativizzazione del test molecolare.</i></p>	<p>Test molecolare di fine isolamento eseguito non prima del 10° giorno e se in assenza di sintomi da almeno 3 giorni, ad esclusione di anosmia e ageusia/disgeusia).</p>

NB. I contatti scolastici seguono le stesse tempistiche in termini di durata della quarantena e dell'eventuale periodo di sorveglianza, quando previsto.

<sup>11</sup> Per "sospetta" si intende esclusivamente un caso COVID-19 con delezione del gene S, oppure contatto stretto di COVID-19 con variante accertata.



## 10. STRUTTURE SOCIO-SANITARIE TERRITORIALI

Richiamate le disposizioni della DGR n. 595 del 12 maggio 2020 con la quale è stata disposta la graduale riattivazione dei centri diurni per persone con disabilità, nonché dell'Ordinanza presidenziale n. 61 del 22 Giugno 2020 – Allegato A recante *“Emergenza COVID-19 ‘Fase 3’ – Linee di indirizzo Strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale”*, di cui si confermano la validità con il presente atto, e da ultimo della DGR n. 308 del 18 marzo 2021 contenente il Piano di Sanità pubblica della Regione del Veneto, si provvede ad aggiornarne i contenuti avendo presente l'andamento della situazione epidemiologica oggi in essere.

In analogia alle nuove Linee guida nazionali a firma del Ministro della Salute dell'08/05/2021 *“Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori delle strutture residenziali della rete territoriale”*, nonché in relazione alle fasi di evoluzione della campagna vaccinale, oramai nel pieno del suo sviluppo complessivo, si ritiene necessario revisionare le precedenti linee di indirizzo in senso ampliativo delle possibilità di ingresso e frequentazione, con criteri evidentemente ispirati al principio primario di prevenzione e protezione, al fine di tutelare la salute e per lo svolgimento in sicurezza delle attività socio-sanitarie all'interno delle strutture semiresidenziali per persone con disabilità presenti sul territorio, nonché alle attività relative alla DGR n. 154/2018, n. 739/2015 e n. 1375/2020.

Tutto ciò premesso, si danno le seguenti indicazioni per la riapertura dei centri diurni del territorio:

- Al fine di favorire l'organizzazione e la gestione delle attività nelle strutture si stabilisce di ripristinare la numerosità dei gruppi di disabili fino ad un massimo di 30 persone come previsto dalla DGR 740/2015.
- Nel caso in cui vi siano degli ospiti non ancora vaccinati e/o che non abbiano ancora completato il ciclo vaccinale, l'Ente gestore provvederà a predisporre nuclei di attività ridimensionati in gruppi più piccoli, confermando le priorità delle modalità alternative di presa in carico introdotte dalle precedenti DGR n. 445/2020 e n. 595/2020.
- Il servizio di trasporto, qualora necessario, viene considerato momento integrante della presa in carico complessiva e allo stesso vengono applicate le medesime indicazioni previste per la frequenza al centro.
- Nel caso di frequenza del centro diurno di persone inserite in strutture residenziali trovano applicazione le indicazioni contenute per i rientri in famiglia e uscite programmate degli ospiti, contenute nell'ordinanza del Ministero della salute, pag. 5 sopra indicata, considerato il maggior grado di protezione garantito dalle strutture semiresidenziali.

Anche con riferimento alle altre tipologie di strutture socio-sanitarie si richiamano i contenuti dell'ordinanza del Ministero della salute dell'08/05/2021 *“Modalità di accesso/uscita di ospiti e visitatori delle strutture residenziali della rete territoriale”*.





**APPENDICE 1. SITUAZIONE EPIDEMIOLOGICA MAGGIO 2021**

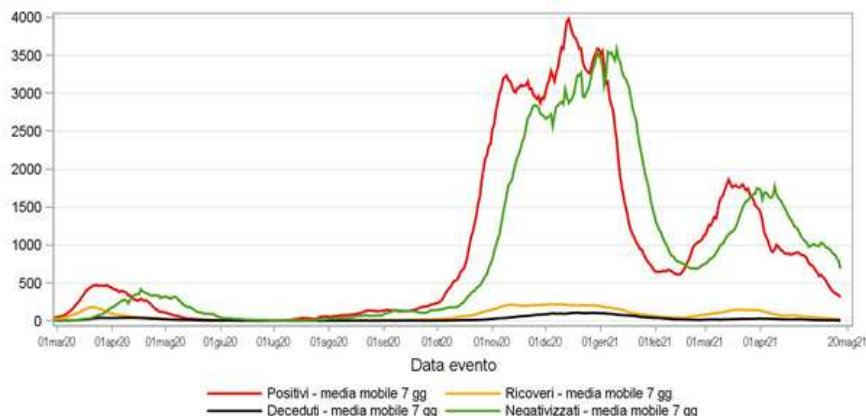
Viene presentata, in questa appendice, la situazione epidemiologica della Regione Veneto. I dati ed i grafici sono presi dalla “Rapporto sull’andamento dell’epidemia da COVID-19 in Veneto” a cura di Azienda Zero - U.O.C. Servizio Epidemiologico Regionale e Registri ed i dati sono aggiornati al 20 maggio 2021.

Il testo non ha lo scopo di descrivere l’evoluzione dell’epidemia ma solamente di fotografarne la situazione alla data indicata.

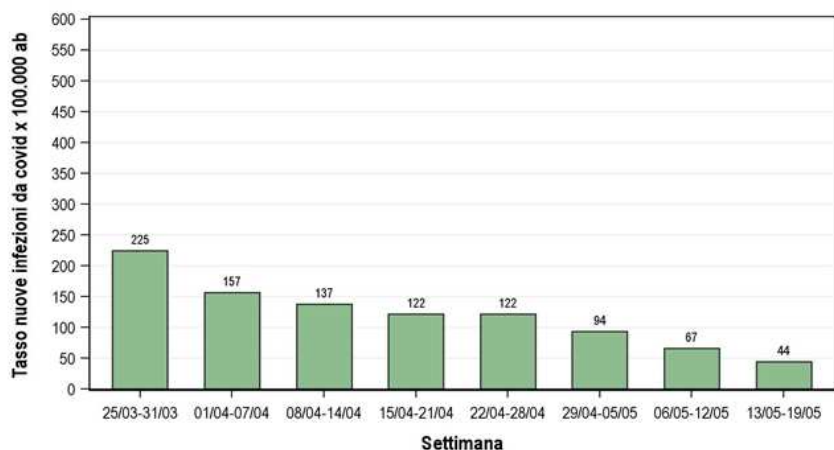
I trend di nuovi positivi, di nuovi ricoveri e dei decessi sono tutti in calo nell’ultimo periodo registrando una media mobile degli ultimi 7 giorni di 313,3 nuovi casi al giorno, di 19,7 nuovi ricoveri (parallelamente, in forte calo anche i ricoveri in terapia intensiva) e di 5 decessi.

Il tasso di notifica settimanale è in calo da aprile, scendendo sotto i 50 casi ogni 100.000 residenti nell’ultima settimana (44 casi ogni 100.000).

**Figura. Casi positivi: frequenza giornaliera eventi (media mobile a 7 giorni)**



**Figura. Tasso nuove infezioni da COVID-19 per 100.000**



Oltre alla diminuzione complessiva dei decessi e della relativa media mobile, anche nel sottogruppo dei soggetti ospiti nelle case di riposo, i decessi si sono praticamente azzerati nell'ultimo periodo, sia in termini di valori assoluti giornalieri che di valori medi. Al pari, anche i ricoveri e le nuove positività sono quasi azzerati.

Figura. Deceduti per COVID-19 per giorno: totali e ospiti nelle case di riposo (CDR)

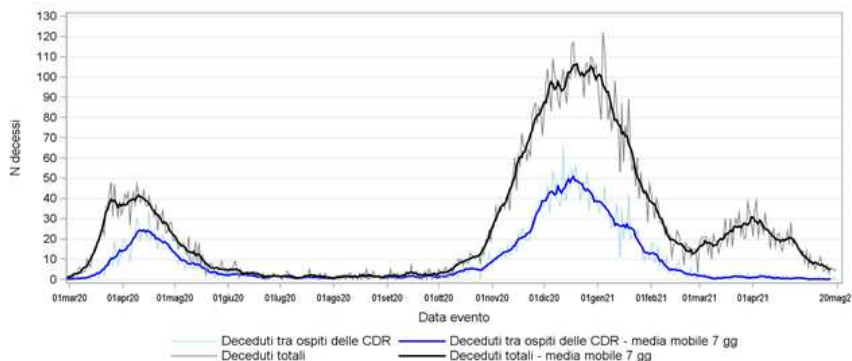
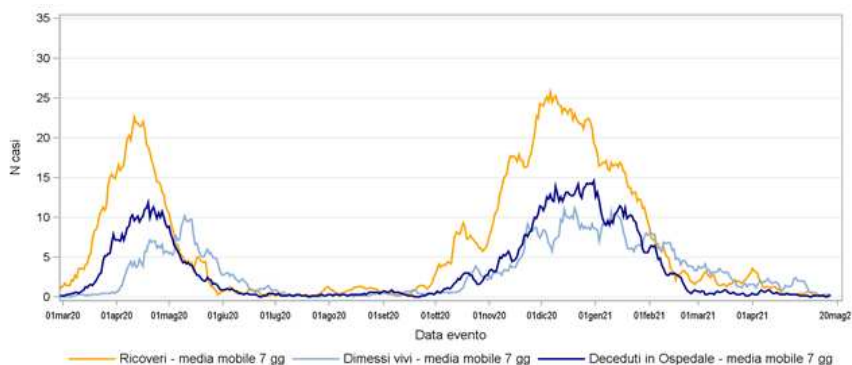
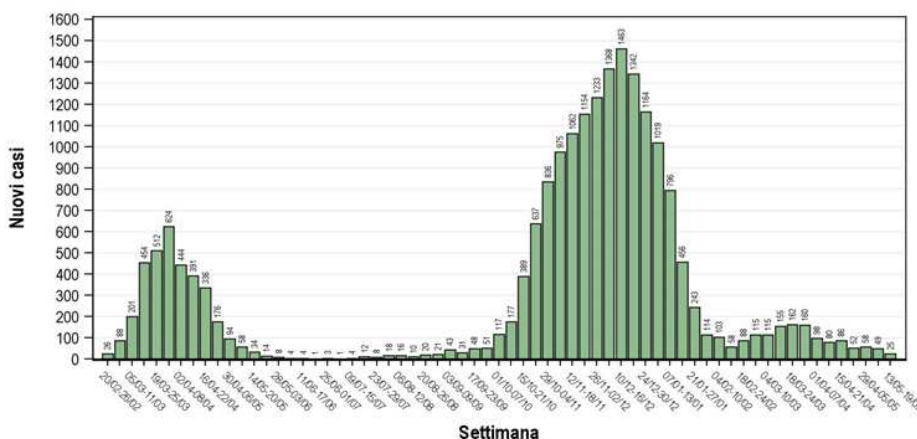


Figura. Casi positivi fra gli ospiti dei Centri Servizi per anziani e disabili e delle strutture di riabilitazione: andamento giornaliero dei ricoveri, dei dimessi vivi e dei decessi in ospedale (media mobile a 7 gg)



Per quanto riguarda gli operatori sanitari, il numero di nuovi positivi riscontrati scende parallelamente alla diminuzione del resto della popolazione. Con questi, decresce anche il numero di operatori in isolamento.

Figura. Nuovi casi di operatori sanitari con tampone positivo per settimana di referto



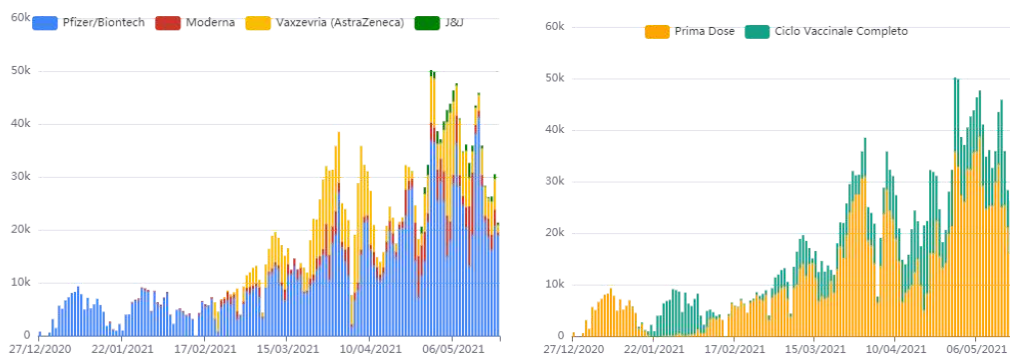
## APPENDICE 2. ANDAMENTO DELLA CAMPAGNA VACCINALE MAGGIO 2021

La campagna vaccinale anti-COVID19 è partita in Regione del Veneto il 27 dicembre 2020 in concomitanza all'avvio della campagna nazionale.

La situazione descritta in questa appendice, è riferita allo stato di avanzamento al 19 maggio 2021 e utilizza dati pubblicati sul portale regionale.

Sono **2.395.791 le dosi somministrate**, tra tutti i vaccini disponibili, pari al **91% dei sieri disponibili** per la Regione. La campagna ha avuto un progressivo incremento delle somministrazioni arrivando a massimi di oltre 50.000 somministrazioni giornaliere e, a disponibilità di vaccino, mantenendo alto il numero di persone vaccinate quotidianamente.

**Figura. Andamento campagna vaccinale, somministrazioni giornaliere per tipo di vaccino e per prima e seconda dose.**



Complessivamente, sono **1.658.090 le persone residenti** che hanno ricevuto almeno una dose di vaccino anti-COVID19, pari al **34% della popolazione residente**. Con ciclo completo sono 706.377, ovvero il 14,5% della popolazione.

La campagna vaccinale è partita con target progressivi, partendo dagli operatori sanitari, dagli ospiti delle RSA, dai soggetti fragili e della popolazione generale partendo dai più anziani e scendendo alle fasce più giovani.

Al 19 maggio, oltre il **97,6%** dei residenti con **età 80+** ha ricevuto almeno una dose, l'**84,4%** dei soggetti di età compresa tra i 70 ed i 79 anni, il **72,9%** dei 60-69enni ed il **30,3%** dei 50-59enni. Per quanto riguarda le categorie speciali oggetto di specifica chiamata, il **73,3%** dei disabili ha ricevuto almeno una dose di vaccino ed il **70,3%** dei vulnerabili pure.

Gli **operatori sanitari** del SSR hanno ricevuto almeno una dose, complessivamente, nell'**88,7%** dei casi e hanno completato il ciclo vaccinale l'**81,2%**.

Tra altre categorie lavorative ad interesse pubblico sottoposte ad apposite chiamate alla vaccinazione, risultano aver iniziato il ciclo vaccinale almeno il **64,8%** del personale scolastico, il **71,7%** dei Vigili del Fuoco e il **69,6%** del personale di Polizia, Polizia Penitenziaria, Guardia di Finanza e Carabinieri.



Figura. Copertura della popolazione residente.

