**Al Ministro della salute Roberto Speranza**

PEC: [gab@postacert.sanita.it](mailto:gab@postacert.sanita.it)

**Segreteria del Ministro**

E-mail:[segreteriaministro@sanita.it](mailto:segreteriaministro@sanita.it)

**Alla Direzione generale della programmazione sanitaria**

**Egr. Dott. Andrea Urbani**

PEC: [dgprog@postacert.sanita.it](mailto:dgprog@postacert.sanita.it)

E-mail: [dp.segreteria@sanita.it](mailto:dp.segreteria@sanita.it)

**All’Istituto Superiore di Sanità**

PEC: [protocollo.centrale@pec.iss.it](mailto:protocollo.centrale@pec.iss.it)

**Al Commissario straordinario all’emergenza Covid-19**

**Egr. Dott. Domenico Arcuri**

E- mail:[darcuri@invitalia.it](mailto:darcuri@invitalia.it)

[segreteriaad@invitalia.it](mailto:segreteriaad@invitalia.it)

Roma, 15 aprile 2020

**Oggetto: Richiesta di intervento per adeguata suddivisione dell’ospedale “Sant’Ottone Frangipane” di Ariano Irpino, nonché ai fini dell’adeguata adozione di misure di assistenza socio-sanitaria ed in materia di tamponi.**

Il sottoscritto interviene per richiedere urgentemente un intervento per la risoluzione di gravi problematiche che affliggono il sistema sanitario della Provincia di Avellino, nello specifico presso il P.O. “Sant’Ottone Frangipane” di Ariano Irpino (AV), nel corso dell’attuale emergenza legata al Covid-19.

Il Gruppo di lavoro ISS - Prevenzione e controllo delle Infezioni, attraverso le ***Indicazioni ad interim per l’effettuazione dell’isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell’attuale contesto COVID-19* del 7 marzo 2020**, fornisce precise direttive in merito alle misure da adottare, sul piano sia prettamente socio-sanitario che amministrativo.

Tra le varie indicazioni, vi si enuncia che l’isolamento fiduciario di casi di COVID-19 è una misura di salute pubblica molto importante che viene effettuata per evitare l’insorgenza di ulteriori casi secondari dovuti a trasmissione del virus SARSCoV-2 e per evitare di sovraccaricare il sistema ospedaliero.

Tali indicazioni prevedono anche che si debbano garantire:

1. Verifica delle condizioni abitative e consegna dei DPI;

2. Verifica che il paziente rispetti le disposizioni di isolamento;

3. Numero dedicato del servizio di sanità pubblica territorialmente competente;

4. Collegamento con il MMG (Medico di Medicina Generale);

5. Supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver (sostegno della rete familiare e di vicinato);

6. Punti di riferimento chiaro per il bisogno sociale in grado di attivare le risposte incluso il supporto psicologico alla popolazione.

Inoltre, nell’***Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19* della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute del 25 marzo 2020**, vengono espresse ulteriori linee-guida.

Nello specifico, vi si indica la costituzione di un Sistema di emergenza territoriale, nell’ambito del quale:

*- Per fronteggiare il forte incremento delle chiamate, e per salvaguardare la funzionalità del 112, è necessario procedere ad una differenziazione delle chiamate ai numeri 112/118, deputati alla gestione dell’emergenza, dalle chiamate finalizzate a fornire risposte informative.*

*- Nel richiamare quanto espresso nella circolare ministeriale n. 2619 del 29.02.2020, si ribadisce che è necessaria l’attivazione di un sistema dedicato di monitoraggio continuo dei posti letto di area critica a livello regionale, da effettuarsi da parte del sistema territoriale dell’emergenza 118 (Centrale Operativa).*

*- Devono essere definiti protocolli e procedure per la sicurezza degli operatori attivi sul territorio in forma generalizzata, stante la difficile previsione diffusiva e particolareggiata per i diversi casi preventivabili in ambito di soccorsi primari e di trasporti inter-ospedalieri.*

In tema di ricovero ospedaliero si precisa che “*solo in casi eccezionali, laddove non risulti possibile la separazione degli ospedali dedicati alla gestione esclusiva del paziente affetto da COVID-19 da quelli NON COVID-19, i percorsi clinico-assistenziali e il flusso dei malati devono, comunque, essere nettamente separati. Occorre individuare specifiche strategie organizzative e gestionali che, nel più breve tempo possibile, consentano la netta separazione delle attività COVID-19 e mettano a disposizione, in relazione all’evoluzione dell’epidemia, l’ampliamento della rete dedicata COVID-19. Pertanto, i pazienti non affetti da COVID-19 ancora ricoverati devono essere allocati in strutture e stabilimenti alternativi al fine di evitare pericolose infezioni nosocomiali*”.

In tale circolare si esplicita, ancora, che*: “Le Unità speciali di continuità assistenziale, istituite ai sensi dell’art 8, d.L. 9 marzo 2020 n. 14, recante” Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19”, svolgono un ruolo essenziale nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero; È necessario potenziare la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario per i contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell’emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione; Nell’ambito di tale attività, valutate le singole condizioni relazionali, abitative e sociali, qualora le medesime non risultino idonee a garantire l’isolamento, i servizi di sanità 5 pubblica territorialmente competenti, in raccordo con i MMG e l’Unità speciale di continuità assistenziale, garantita la necessaria assistenza sanitaria, mediante coprogettazioni, con i servizi sociali delle amministrazioni comunali e le associazioni di volontariato, adottano specifici protocolli che definiscano tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver. Le Regioni, in considerazione di quanto previsto dall’ art. 4, comma 1, del d.L. 17 marzo 2020, n. 18, sono tenute a impostare sistemi di sorveglianza e monitoraggio volti al contenimento del contagio e del rischio connesso alle situazioni intra-familiari, istituendo una gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere rivolte a quei soggetti che, a causa di ragioni logistiche, strutturali, socio-economiche, non possono essere accolti in isolamento presso il proprio domicilio. Analoghe soluzioni di alloggiamento possono essere rivolte al personale sanitario e socio- sanitario maggiormente esposto, ai fini di tutelare i medesimi e i rispettivi nuclei familiari. Nei casi in cui occorra disporre temporaneamente di beni immobili per far fronte ad improrogabili esigenze connesse con l’emergenza, come statuito dall’art 6 del d.L. citato, il Prefetto, su proposta del Dipartimento della protezione civile e sentito il Dipartimento di prevenzione territorialmente competente, può disporre, con proprio decreto, la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata. I MMG i PLS e i MCA, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l’indirizzo dei pazienti all’unità speciale di continuità assistenziale che opera per valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19. I medici dell’Unità Speciale per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN e idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all’uopo prescritte. Per le attività dell’Unità Speciale di continuità assistenziale possono essere coinvolti i medici di specialistica ambulatoriale. I MMG, PLS e MCA inviano ai Dipartimenti di salute pubblica le segnalazioni riguardanti l’insorgenza dei sintomi nei propri assistiti. I distretti valutano l’opportunità di istituire un riferimento/centrale che coadiuvi i MMG, PLS, MCA, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio.”*

Per quanto riguarda le Residenze Sanitarie Assistite (RSA), vi si enuncia che “*Nell’ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio si segnala l’emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali. Nelle RSA alberga la popolazione più fragile ed esposta al maggior rischio di complicanze fatali associate all’infezione da COVID-19 e considerata l’esperienza delle Regioni precocemente colpite dalla pandemia, è necessario identificare prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale. Come ricordato in premessa, dovranno, pertanto, essere previsti percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale ivi operante. E’ di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19. E’, comunque, indispensabile potenziare il personale in servizio presso queste strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari. E’ indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell’infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2. L’emergenza COVID, la sospensione di tante attività ordinarie, hanno determinato di fatto un depauperamento dell’assistenza, aggravando i rischi della popolazione anziana, comorbida o, comunque, affetta da patologie invalidanti o dai loro esiti, nonché l’attuale situazione di ridotta mobilità della persona e degli eventuali caregivers, comportano la necessità di un’implementazione di servizi assistenziali specifici, erogati in forma individuale (es. consegna dei dispositivi, presidi e ausili per popolazioni fragili che necessitano di frequenti sostituzioni e/o approvvigionamenti di materiale specifico). Nell’ambito di tale riorganizzazione dei servizi è necessario rimodulare i rapporti contrattuali in essere con i soggetti erogatori, specializzati nella gestione di servizi di assistenza sanitaria e sociale. L’assistenza domiciliare integrata è, quindi, la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse soprattutto degli anziani affetti da patologie croniche, poiché permette l’erogazione di prestazioni sanitarie favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare di vita quotidiana.”*

Ancora, l’ultima circolare del Ministero della Salute del 3 aprile 2020, avente ad oggetto **“*Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*”**, esplicita che *i test sierologici sono molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come attualmente anche l'OMS2 raccomanda, per il loro uso nell'attività diagnostica d’infezione in atto da SARS-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze sulle loro performance e utilità operativa. In particolare, i test rapidi basati sull’identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal CTS, non possono, allo stato attuale dell’evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull’identificazione di RNA virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall’OMS. Il risultato qualitativo ottenuto su un singolo campione di siero non è sufficientemente attendibile per una valutazione diagnostica, in quanto la rilevazione della presenza degli anticorpi mediante l’utilizzo dei test rapidi non è comunque indicativo di un'infezione acuta in atto, e quindi della presenza di virus nel paziente e rischio associato a una sua diffusione nella comunità. Inoltre, per ragioni di possibile cross-reattività con altri patogeni affini come altri coronavirus umani, il rilevamento degli anticorpi potrebbe non essere specifico della infezione da SARS-CoV2. Infine, l’assenza di rilevamento di anticorpi (non ancora presenti nel sangue di un individuo per il ritardo che fisiologicamente connota una risposta umorale rispetto all’infezione virale) non esclude la possibilità di un’infezione in atto in fase precoce o asintomatica e relativo rischio di contagiosità dell’individuo. Si ritiene, inoltre, utile far presente che tali test, qualora non marcati CE ai sensi del D. Lgs. 332/00 come dispositivi per test autodiagnostici, non possono essere usati da chi non abbia qualificazione/competenza nel merito e, pertanto, l’eventuale fornitura al pubblico generale sarebbe incoerente con la loro destinazione d’uso*.

Ancora, la medesima circolare afferma che *l'esecuzione del test diagnostico va riservata prioritariamente ai casi clinici sintomatici/paucisintomatici e ai contatti a rischio familiari e/o residenziali sintomatici, focalizzando l’identificazione dei contatti a rischio nelle 48 ore precedenti all’inizio della sintomatologia del caso positivo o clinicamente sospetto così come indicato nella circolare n. 9774 del 20/03/2020.*

*Per garantire la sua efficacia nella strategia di ricerca dei casi e dei contatti, l’esecuzione del test deve essere tempestiva. L’esecuzione dei test va assicurata agli operatori sanitari e assimilati a maggior rischio, sulla base di una sua definizione operata dalle aziende sanitarie, tenute ad effettuarla quali datori di lavoro. Qualora in aree con diffusa trasmissione di COVID-19 la capacità di laboratorio non consenta di effettuare le analisi diagnostiche previste dalla circolare n. 9774 del 20 marzo 2020, andrà valutata la possibilità di ampliare ulteriormente il numero di laboratori aggiuntivi identificati dalle Regioni/PA e coordinati dai laboratori di riferimento regionali, considerando la possibilità di utilizzare laboratori mobili o drive-in clinics, consistenti in strutture per il prelievo di campioni attraverso il finestrino aperto dell’automobile su cui permane il paziente. Secondo la Commissione europea, queste strutture permettono di ridurre il rischio di infezione al personale sanitario o ad altri pazienti. In caso di necessità, ad esempio per accumularsi di campioni da analizzare con ritardi nella risposta, carenza di reagenti, impossibilità di stoccaggio dei campioni in modo sicuro, sovraccarico lavorativo del personale di laboratorio, si raccomanda di applicare, nell’effettuazione dei test diagnostici, i criteri di priorità di seguito riportati, raccomandati dall'OMS e dalla EUCOMM e adattati alla situazione italiana:*

*- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI), al fine di fornire indicazioni sulla gestione clinica, incluso l’eventuale isolamento del caso e l’uso di appropriati Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) come indicato nella circolare n. 5443 del 22 febbraio 2020;*

*- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle altre strutture di lunga degenza, in considerazione del fatto che ivi risiedono i soggetti esposti al maggior rischio di sviluppare quadri gravi o fatali di COVID-19. Tale esecuzione è effettuata quale parte di un programma di controllo e prevenzione all’interno della strutture stesse e non può essere considerata come l’unica misura di controllo dell’infezione. Sulla base delle risultanze vengono adottate misure di controllo delle infezioni adeguate e DPI appropriati per proteggere sia le persone vulnerabili che il personale dedicato all’assistenza;*

*- operatori sanitari esposti a maggior rischio (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori), per tutelare gli operatori sanitari e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale; operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l’eventuale sospensione dal lavoro; operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;*

*- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie 5 epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per COVID-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani, dovrebbero essere particolarmente fatti oggetto di attenzione;*

*- primi individui sintomatici all’interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari.*

**Emblematica la situazione verificatasi nell’ambito dell’ASL di Avellino, in particolare presso l’ospedale Sant’Ottone Frangipane della “zona rossa” di Ariano Irpino, nel quale: il sistema di pre-triage non ha funzionato, a seguito di episodi di contagio di personale sanitario non sono stati effettuati tamponi e controlli epidemiologici in maniera diffusa e tempestiva, la suddivisione della struttura per ricavarvi un’area Covid, pur necessaria, ha determinato la compromissione della funzionalità dei reparti esistenti (o la loro chiusura), l’inquadramento di nuovo personale sanitario è avvenuto con forte ritardo, la consegna dei DPI allo stesso personale si sia rivelata insufficiente oltre che tardiva.**

**Inoltre, l’assistenza ai soggetti positivi in isolamento domiciliare, ed ai loro congiunti/familiari, risulta piuttosto scarsa, determinando disorientamento ed ulteriori pericoli di contagio.**

**La Regione Campania non fornisce, nel complesso, adeguato riscontro, sul piano dell’assistenza sanitaria, alle molteplici e pressanti richieste che provengono da varie realtà, compresa quella di Ariano Irpino, oggetto di ulteriori provvedimenti restrittivi emessi attraverso ordinanze presidenziali**

Per tutti i motivi espressi, il sottoscritto, riservandosi l’opportunità di ricorrere alla Magistratura competente affinché valuti la sussistenza di ipotesi di reato in condotte omissive e/negligenti,

**CHIEDE**

1. Che venga, presso lo stesso Ospedale Frangipane, rimodulato l’utilizzo degli spazi interni della struttura, nonché ripristinata la funzionalità di tutti i reparti preesistenti, adeguatamente allo status di DEA di I Livello;
2. Che vengano adottate misure in materia di assistenza e tamponi, conformemente alle succitate indicazioni e circolari ministeriali.

Distinti Saluti

On. Generoso Maraia