

MOD. 3
2

ATTI

Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

Verbale n. 52 della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione Civile, il giorno 15 aprile 2020

	PRESENTE	ASSENTE
Dr Agostino MIOZZO	X	
Dr Fabio CICILIANO	X	
Dr Alberto ZOLI		X
Dr Giuseppe IPPOLITO		X
Dr Claudio D'AMARIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Franco LOCATELLI		X
Dr Alberto VILLANI	X	
Dr Silvio BRUSAFFERO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Mauro DIONISIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Luca RICHELDI	X	
Dr Giuseppe RUOCCO		X
Dr Andrea URBANI	X	
Dr Massimo ANTONELLI	X	
Dr Roberto BERNABEI	X	
Dr Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Sergio IAVICOLI	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Ranieri GUERRA	X	
Dr Walter RICCIARDI	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Giovanni REZZA	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Nicola SEBASTIANI	X	
Dr. Nicola MAGRINI		X
Dr.ssa Adriana AMMASSARI	IN VIDEOCONFERENZA	

È presente il Sottosegretario di Stato alla Salute Sandra Zampa.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

È presente il Capo di gabinetto del Ministero della Salute Goffredo Zaccardi (in videoconferenza).

È presente il Direttore generale della sanità animale e dei farmaci veterinari del Ministero della Salute Dott. Silvio Borrello (in videoconferenza).

La seduta inizia alle ore 14,45.

Comitato di esperti in materia economica e sociale (ex DPCM 10/04/2020)

Il CTS apre i lavori della seduta odierna con una videoconferenza introduttiva che ha visto la partecipazione del Presidente Vittorio Colao ed altri componenti del Comitato di esperti in maniera economica e sociale costituito in seno alla Presidenza del Consiglio dei Ministri, al fine di condividere alcuni elementi di base per l'inizio delle progettualità necessarie alla rimodulazione delle misure di contenimento attualmente in essere.

Il Comitato di esperti in maniera economica e sociale chiede di conoscere, nello specifico, se è possibile ricondurre su base provinciale il livello di controllo dell'infezione, nonché lo stato di preparazione locale del livello di assistenza del sistema sanitario.

Il CTS propone al Comitato di esperti in maniera economica e sociale incontri tematici, con alcuni componenti del CTS, per la trattazione di specifici argomenti tematiche emerse in discussione.

Indagine di sieroprevalenza

Nel corso della seduta odierna il Commissario Arcuri rappresenta la necessità di ricevere ulteriore conferma circa le caratteristiche dei kit diagnostici per l'indagine di sieroprevalenza da realizzare. Il CTS conferma sia le caratteristiche dei test già

R M N K
INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

indicate nella nota approvata con il verbale n. 51 del 14/04/2020 sia nel protocollo metodologico approvato con il verbale n. 49 del 09/04/2020.

Il Commissario Arcuri, inoltre, chiede al CTS di individuare due esperti tecnici da inserire nella costituenda commissione di valutazione delle offerte che saranno oggetto della selezione.

Vaccinazioni

Il CTS esprime forti preoccupazioni circa le notizie che pervengono dal territorio sulla riduzione delle attività di vaccinazione, che potrebbe far ridurre significativamente le coperture vaccinali con conseguente aumento dell'incidenza di malattie infettive come il morbillo. Pertanto, concorda sulla necessità di una forte indicazione alle Regioni per il ripristino a pieno regime di tali attività, sottolineando la necessità di rafforzare con urgenza i servizi di vaccinazione, dedicati a tutte le fasce di età, sul territorio. A tal fine, il CTS auspica l'assunzione di Medici, Infermieri e Assistenti Sanitari per rendere adeguato l'organico dei Centri vaccinali e dei Dipartimenti di Prevenzione da cui dipendono, nel rispetto delle piante organiche ottimali per assolvere a questo fondamentale compito di prevenzione e di sanità pubblica, oltre che alle indispensabili attività di contact tracing per Covid-19, che fanno capo agli stessi Dipartimenti.

Il CTS ribadisce l'importanza della vaccinazione influenzale nell'attuale contesto epidemico, anche per l'effetto confondente che influenza stagionale (ma anche le polmoniti da pneumococco) potrebbero avere nella diagnostica differenziale con Covid-19. Sottolinea con vigore la necessità della vaccinazione degli operatori sanitari.

È pertanto di fondamentale importanza che l'Italia proceda ad una azione repentina di revisione e aggiornamento della programmazione politico-sanitaria della stagione vaccinale 2020/21. Ciò per evitare che la sovrapposizione con il Covid-19 delle

M. Cris N. R. P. G. M.
INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

principali patologie contro cui è possibile vaccinarsi provochi danni consistenti alla sanità pubblica e conseguenze drammatiche soprattutto nella popolazione a maggior rischio degli anziani e dei fragili; nondimeno, per soddisfare la nuova richiesta di vaccini e rendere i piani di immunizzazione effettivamente attuabili e sostenibili su tutto il territorio.

I principali punti di urgenza relativi all'immediato approntamento della prossima campagna di prevenzione vaccinale degli adulti, degli anziani e dei fragili, alla luce dell'emergenza sanitaria dovuta alla pandemia in corso sono riportati di seguito:

1. È necessario innalzare le coperture vaccinali contro l'influenza e la polmonite pneumococcica – e le altre malattie infettive pericolose con l'avanzare dell'età come l'herpes zoster e la pertosse – per abbassare i tassi di mortalità, le complicanze, gli accessi al pronto soccorso ed i ricoveri correlati, e per evitare la combinazione con il Covid-19 di altre infezioni respiratorie, spesso altrettanto gravi. Come sostenuto dall'OMS con la *Guidance on routine immunization services during COVID-19 pandemic in the WHO European Region* (allegato), è opportuno procedere in primo luogo con il rafforzamento dell'attuale modello vaccinale contro influenza, pneumococco e herpes zoster per gli over 65 e per i soggetti a rischio indipendentemente dall'età, così come peraltro già stabilito dal Piano Nazionale di Prevenzione Vaccinale. Il CTS rileva che, nonostante la gratuità, i tassi di copertura tra gli over 65 risultano ancora bassi (solo il 53% per la vaccinazione antinfluenzale nel 2018/19). È altresì importante, sempre in linea con la raccomandazione dell'OMS ripresa anche dall'ISS (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-servizi-vaccinali>), dare priorità alla vaccinazione della popolazione anziana e/o comorbida, in quanto più fragile e più vulnerabile al Covid-19. A ciò deve essere aggiunto l'ulteriore incremento dei soggetti da vaccinare legato ad una massiccia estensione del vaccino a tutti gli operatori

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

sanitari e alle categorie che offrono servizi indispensabili, in particolare durante le emergenze.

2. È necessario programmare il fabbisogno di vaccini, attraverso l'emanazione tempestiva delle raccomandazioni in tema di prevenzione e controllo per la stagione 2020/21, al fine di garantire l'efficiente svolgimento della campagna medesima, nonostante l'atteso incremento della richiesta complessiva e la particolarità del ciclo produttivo dei vaccini. La produzione dei vaccini è molto più complessa e lunga rispetto ai farmaci, è limitata nei quantitativi e non permette di soddisfare in tempi brevi un eccesso di domanda, se non anticipatamente programmato. Alla luce dell'attuale quadro nazionale ed internazionale, la definizione dei quantitativi di vaccini e delle relative procedure di acquisto è il primo improrogabile passo che deve accompagnare l'ampliamento dell'offerta vaccinale e la previsione di maggior consumo, al fine di garantire l'effettivo svolgimento della campagna e il concreto accesso al servizio di vaccinazione di tutti i cittadini interessati.
3. È necessario riconsiderare l'organizzazione dei centri vaccinali, sulla base di modelli adeguati al rispetto delle attuali misure di distanziamento sociale e alla maggiore affluenza attesa per la prossima stagione antinfluenzale, legata anche alla necessità di recuperare tutte quelle vaccinazioni, pediatriche e non, la cui somministrazione è stata sospesa in questi mesi di pandemia.

Il CTS auspica, infine, il rapido completamento dell'iter già iniziato dal Ministero della Salute per l'emanazione della circolare annuale su influenza stagionale.

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

Problemi urgenti dell'età evolutiva

Il CTS affronta alcune problematiche riguardanti la popolazione in età evolutiva, la cui mancata gestione mediante azioni concrete e tempestive potrebbe determinare conseguenze gravissime e non recuperabili:

- 1) VACCINAZIONI: In molte realtà italiane le vaccinazioni, in età evolutiva (0-18 anni), non vengono somministrate, per le più varie motivazioni. Questa situazione sta comportando la mancata vaccinazione di moltissimi bambini, in particolare nei primi 2 anni di vita, esponendoli al rischio di contrarre malattie gravi, molto contagiose, potenzialmente letali. Il CTS indica che, per fare fronte a questa situazione, è urgente prevedere l'assunzione di medici specialisti in Igiene e Sanità pubblica, Pediatria, Medicina Interna, Infermieri e Assistenti sanitari per sanare le drammatiche carenze di personale e prevedere un investimento per qualificare strutture e dotazioni dei centri vaccinali.
- 2) SPECIFICITÀ PEDIATRICA: In Italia vivono circa 1.000.000 di soggetti in età evolutiva con necessità assistenziali complesse per i quali ritardi nell'assistenza e nei controlli possono avere conseguenze negative anche gravi sul loro stato di salute. I centri specialistici presenti negli Ospedali Pediatrici, nelle Cliniche Universitarie e nei reparti Ospedalieri di Pediatria, sono in gran parte nelle condizioni di garantire la necessaria assistenza a questi pazienti in termini di indispensabili controlli clinici e di non procrastinabili interventi (dalle ecografie delle anche alle valutazioni sullo sviluppo neuro-comportamentale, dalla regolarità dell'accrescimento staturo-ponderale alla valutazione degli organi di senso). È fondamentale inoltre garantire l'assistenza necessaria a tutti i soggetti con problemi neuropsichiatrici. Il CTS propone di veicolare, anche attraverso i canali comunicativi istituzionali e la TV di Stato, la necessità di seguire i percorsi di cura, in sicurezza, presso i centri di riferimento. Il CTS indica, inoltre, di favorire

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

– tra i diversi stakeholders – una sinergia assistenziale tra ospedali e unità operative di pediatria e territorio. Anche in questo caso, il CTS ritiene fondamentale prevedere l'assunzione di personale medico, infermieristico, tecnico e ausiliario che saldi le carenze di personale maturate negli ultimi anni per il blocco delle assunzioni, favorendo anche l'acquisizione dei neospecialisti in Pediatria.

3) BAMBINI IN CASA.

a. CHIUSURA SCUOLE: In relazione alla persistente chiusura delle scuole è fondamentale prevedere la possibilità di attività extra-domiciliari per tutti i soggetti in età evolutiva (stabilendone le modalità e i tempi). È anche urgente garantire a tutti gli scolari/studenti la possibilità di avvalersi della scuola a distanza, mettendo a disposizione di tutti (con particolare attenzione alle fasce di popolazione più fragile socialmente ed economicamente) strumenti informatici e loro concreta possibilità di fruizione (disponibilità della rete). Il CTS suggerisce, a tal proposito, di avvalersi dell'offerta di aziende disponibili ad effettuare donazioni di strumentazioni e di servizi per garantire la formazione a distanza.

b. ATTIVITÀ LUDICA E MOTORIA: Anche in relazione alla persistenza della chiusura delle scuole, prevedere la possibilità di uno svolgimento di attività ludiche e motorie ai soggetti in età evolutiva, nel rispetto del distanziamento sociale e delle norme di contenimento della contagiosità. Il CTS propone, nell'ottica di una rimodulazione delle misure di contenimento attualmente in essere, la riapertura controllata dei parchi, che possono essere suddivisi in aree ad uso "singolo" o "familiare" per un tempo programmato. Propone inoltre la riapertura di

P M N R
INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidente del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

centri sportivi e impianti con accesso controllato e nel rispetto delle norme di distanziamento e/o contenimento.

- 4) **POVERTÀ**: In Italia vivono circa 9.700.000 soggetti in età compresa tra 0 e 18 anni. Di questi 1.600.000 sono in condizioni di povertà. Aziende del settore agro-alimentare, grandi catene di ristorazione e aziende produttrici di alimenti per l'infanzia si sono rese disponibili a fornire alimenti alle famiglie bisognose. È urgente predisporre un percorso condiviso con le istituzioni preposte. Il CTS propone di avvalersi della disponibilità delle aziende per contrastare povertà e denutrizione tra le fasce più fragili della popolazione, soprattutto in età evolutiva, in particolare nei primi 24-36 mesi di vita.
- 5) **PERCORSO NASCITA**: Il CTS sollecita la massima attenzione per fornire le più alte garanzie per la gravida/puerpera e per il neonato, che sono da considerare come "categorie speciali". L'Italia soffre da anni di un drammatico calo della natalità: garantire un percorso più sicuro può contribuire, in un periodo in cui la popolazione ha già una scarsa propensione alla programmazione del futuro, a non abbattere ulteriormente la crescita demografica del nostro Paese. Il CTS propone di approntare l'approvazione del documento e programmare concrete e immediate agevolazioni socio-economiche di sostegno e promozione della genitorialità.

La mancata adozione di azioni concrete e tempestive può avere conseguenze gravi e non recuperabili. La Società Italiana di Pediatria (con le 17 Società affiliate) è disponibile a far parte di tavoli tecnici dedicati a specifiche criticità ed esigenze anche in vista di una necessaria ridefinizione del quadro complessivo dell'assistenza in età evolutiva.

Animali da compagnia sospetti di infezione sa SARS-CoV-2

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

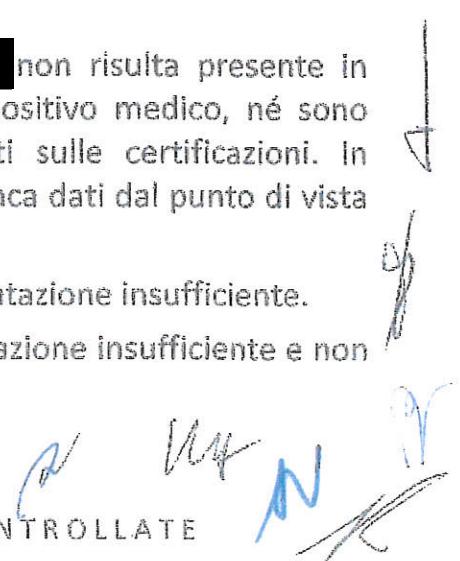
Il CTS acquisisce dal Direttore generale della sanità animale e dei farmaci veterinari del Ministero della Salute Dott. Silvio Borrello il documento che propone l'adozione di Linee Guida per la gestione di animali da compagnia sospetti di infezione da SARS-CoV-2 (allegato).

Prevenzione e controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie

Il CTS acquisisce la bozza del documento proposto dall'ISS che sarà esaminato in maniera compiuta in una delle prossime sedute del CTS.

Pareri

- Il CTS acquisisce i seguenti pareri del GdL "Dispositivi Medici":
 - Il ventilatore [REDACTED] non è valutabile poiché la brochure presentata non presenta alcun dato tecnico.
 - Il ventilatore [REDACTED] è un ventilatore semplificato per emergenza e trasporto in grado di erogare modalità AC, SIMV, CPAP e BL, e livelli di PEEP fino a 30 cm H₂O. Le caratteristiche tecniche sono compatibili con i requisiti minimi precedentemente stabiliti per i ventilatori destinati a tale uso.
 - I Ventilatori [REDACTED] non risulta presente in banca dati né come fabbricante, né come dispositivo medico, né sono presenti documentazioni allegate con elementi sulle certificazioni. In mancanza di documentazione e di riscontri in banca dati dal punto di vista amministrativo il parere è non favorevole.
 - Il Respiratore [REDACTED] non è valutabile per documentazione insufficiente.
 - Il Respiratore [REDACTED] non è valutabile per documentazione insufficiente e non consente di esprimere parere.


INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

- o Il [REDACTED] prodotto dal fabbricante [REDACTED]
[REDACTED] non risulta presente nella banca dati del Ministero della Salute, né sono presenti i dispositivi medici: [REDACTED]
- o Quanto riportato è desunto dall'analisi cartacea dalle caratteristiche presenti nella brochure e schede tecniche, senza la possibilità di test e verifiche espletati direttamente sulle macchine presentate.

Il CTS conclude la seduta alle ore 17.30. /

		ASSENTE
Dr Agostino MIOZZO	[REDACTED]	
Dr Fabio CICILIANO	[REDACTED]	
Dr Alberto ZOLI	[REDACTED]	X
Dr Giuseppe IPPOLITO	[REDACTED]	X
Dr Claudio D'AMARIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Franco LOCATELLI	[REDACTED]	X
Dr Alberto VILLANI	[REDACTED]	
Dr Silvio BRUSAFFERO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Mauro DIONISIO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Luca RICHELDI	[REDACTED]	
Dr Giuseppe RUOCCO	[REDACTED]	X
Dr Andrea URBANI	[REDACTED]	
Dr Massimo ANTONELLI	[REDACTED]	
Dr Roberto BERNABEI	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr Francesco MARAGLINO	IN VIDEOCONFERENZA	[REDACTED]
Dr Sergio IAVICOLI	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Achille IACHINO	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Ranieri GUERRA	[REDACTED]	
Dr Walter RICCIARDI	IN VIDEOCONFERENZA	

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Presidenza del Consiglio dei Ministri

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO EX OCDPC 03/02/2020, N. 630

Dr Giovanni REZZA	IN VIDEOCONFERENZA	
Dr Nicola SEBASTIANI	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr. Nicola MAGRINI	[REDACTED]	[REDACTED]
Dr.ssa Adriana AMMASSARI	IN VIDEOCONFERENZA	[REDACTED]

M

S

R M F
R M A R

INFORMAZIONI NON CLASSIFICATE CONTROLLATE



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Al dott. Domenico Arcuri
Commissario straordinario per l'attuazione
e il coordinamento delle misure occorrenti
per il contenimento e contrasto
dell'emergenza epidemiologica COVID-19.

OGGETTO: Realizzazione studi sieropediologici.

Si fa riferimento a quanto deciso dal Comitato tecnico scientifico di cui all'articolo 2 dell'Ordinanza del Capo del Dipartimento della Protezione Civile n. 630 del 3 febbraio 2020, nelle sedute del 31 marzo, del 1° e 2 aprile 2020 ed al protocollo metodologico approvato nella seduta del 9 aprile 2020, in merito all'opportunità di avviare studi sieropediologici *cross-sectional* sulla popolazione generale residente nelle regioni italiane.

Tali studi sono necessari al fine di determinare l'estensione dell'infezione nella popolazione e la prevalenza dell'infezione medesima, nonché costituiscono il presupposto per analizzare un processo di riduzione graduale delle misure di contenimento del contagio, ivi compreso un progressivo, utile e sicuro, accesso alle attività lavorative.

Ai fini della realizzazione di tali studi, come indicato dal Comitato tecnico scientifico, è necessario utilizzare test sierologici che, oltre a rispondere a criteri di specificità, siano anche di facile realizzazione su larga scala e connotati da rapidità di ottenimento del risultato.

Nel valutare l'attendibilità e l'utilizzabilità di tali dispositivi, si evidenzia, dunque, la necessaria compresenza delle seguenti caratteristiche:

- a) utilizzo di kit CLIA e/o ELISA per la rilevazione di IgG specifiche/anticorpi neutralizzanti per SARS-CoV-2;
- b) l'avvenuta validazione del test, da laboratori qualificati o agenzie regolatorie presenti a livello nazionale o internazionale;
- c) una specificità non inferiore al 95%;

- d) una sensibilità non inferiore al 90%;
- e) la capacità di applicazione su larga scala. In tal senso, è richiesta la presenza di almeno un laboratorio per regione in grado di effettuare il test richiesto;
- f) la rapidità di produrre il risultato dell'indagine. Uno degli indicatori di rapidità potrebbe essere la capacità di processare almeno 120 test in un'ora;

In considerazione dell'urgenza di avviare i richiamati studi sieroepidemiologici – ai sensi dell'articolo 122 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, e del conseguente d.P.C.M. 18 marzo 2020 – si chiede di voler procedere all'acquisizione dei test con le caratteristiche sopra descritte, con una procedura che privilegi la qualità e che risponda all'esigenza di celerità pur garantendo la massima partecipazione.

Si resta a disposizione per fornire ogni ulteriore elemento utile.

IL DIRETTORE GENERALE
dott. Andrea Urbani



**World Health
Organization**

REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

**Guidance on routine
immunization services during
COVID-19 pandemic in the
WHO European Region**

Guidance issued as of 20 March 2020

Note: This will be regularly revised and updated as the epidemiological situation of COVID-19 evolves

Address requests about publications of the WHO Regional Office for Europe to:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmorvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Alternatively, complete an online request form for documentation, health information, or for permission to quote or translate, on the Regional Office website (<http://www.euro.who.int/pubrequest>).

© World Health Organization 2020

All rights reserved. The Regional Office for Europe of the World Health Organization welcomes requests for permission to reproduce or translate its publications, in part or in full.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either expressed or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. The views expressed by authors, editors, or expert groups do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

CONTENTS

Background.....	1
Decision-making considerations.....	1
Key principles	3
Decision-making algorithm.....	4
Annex 1	5



Background

As a public health emergency of international concern, the COVID-19 pandemic (caused by the novel SARS-CoV-2 virus) has drawn global attention and response. As of 19 March 2020, 51 of 53 countries in the WHO European Region have reported confirmed COVID-19 cases¹. Each of these countries has initiated a range of measures to mitigate the transmission of SARS-CoV-2 and reduce the impact of the outbreak on healthcare systems, including shifting of healthcare resources to the COVID-19 response.

In planning these measures, due consideration should be given to minimizing the excess risk of morbidity and mortality from vaccine-preventable diseases (VPDs) that would result if immunization services are disrupted. Any disruption of immunization services, even for short periods, will result in an accumulation of susceptible individuals, and a higher likelihood of VPD outbreaks². Such outbreaks may result in VPD-related deaths and an increased burden on health systems already strained by the response to the COVID-19 outbreak.

Decision-making considerations

Immunization services are an essential component of health services. Therefore, routine immunization sessions should be maintained as long as COVID-19 response measures allow. Decisions related to the operation of immunization services should be taken based on a detailed assessment of the VPD epidemiology, transmission scenario of COVID-19³ and corresponding mitigation measures in place, and health and immunization system resources.

The current COVID-19 situation and health system capacities vary widely across the WHO European Region, and this situation is rapidly evolving. Approaches to sustain high levels of routine immunization coverage will also vary among countries.

All possible efforts should be made by the Ministry of Health to equitably sustain high population immunity.

In the event that regular immunization service providers are diverted to the COVID-19 response, relevant civil society organizations (CSOs) or non-governmental organizations (NGOs) operating in an area, if available, should be mobilized to support the immunization programme. Considering that some of the routine immunization services could be disrupted in the current context, the immunization service providers should start enumerating the cohorts of children who have missed their vaccine doses and develop an action plan for tailor-made catch-up immunization.

Consideration of immunization options during the COVID-19 pandemic should be guided by a detailed assessment of the:

1. epidemiological risks of VPDs among the general population and specific vulnerable groups;
2. epidemiological situation of COVID-19 and related mitigation measures in place;

¹ <https://who.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/ead3c6475654481ca51c248d52ab9c61>

² Suk et al. Post-Ebola Measles Outbreak in Lola, Guinea, January–June 2015. Emerging Infectious Diseases. 2016; 22(6):1106–1108.

³ Critical preparedness, readiness and response actions for COVID-19; <https://www.who.int/publications-detail/critical-preparedness-readiness-and-response-actions-for-covid-19>

3. health system and immunization delivery services characteristics and constraints;
 4. relevant vaccine and logistics characteristics.
- The impact and appropriateness of the chosen options should be monitored and periodically reassessed as the COVID-19 situation evolves.

1. Epidemiological risks of VPDs among the general population and specific population groups

What is the potential risk of an increased VPD occurrence?

Review the population immunity (subnational routine vaccination coverage) along with VPD surveillance data, including ongoing measles outbreak characteristics, and incorporate local knowledge. Special emphasis should be given to epidemic-prone VPDs and to halting any backslide in achievement of measles elimination or polio eradication.

2. Epidemiological situation of COVID-19 and related mitigation measures in place

What is the transmission scenario of COVID-19 in your setting?

Review the COVID-19 situation in your area of responsibility: considering whether there are no cases, sporadic cases, cluster of cases or community transmission³. In line with the WHO Strategic Preparedness and Response Plan for COVID-19, all countries should be prepared to respond to all the transmission scenarios. The need to divert resources to reduce the impact of COVID-19 on the health system must be weighed against the risk of increased morbidity and mortality of VPDs resulting from any change to immunization services, and the potential addition burden on the health system this may cause.

3. Health system and immunization service delivery characteristics and constraints

What are the health system and immunization service delivery characteristics of your setting?

Countries in the European Region have varied health system characteristics and immunization legislative frameworks. Consider the healthcare delivery services required to manage COVID-19 transmission scenario(s) in your country and the potential need and legal options to divert immunization programme staff to contribute to managing the COVID-19 situation.

4. Vaccine and logistics characteristics

Are routine vaccines available in sufficient quantities?

Availability of routine vaccines and assessment of vaccine supply and ability to procure vaccine(s) in the current context should be evaluated within the realm of national vaccination and logistics management guidelines. While assessing the vaccine and logistics supply, due consideration should be given to understanding the vaccine demand, whether all scheduled doses of a vaccine in the national immunization schedule could be completed in the current context or if a “stop–start” policy would need to be adopted, with the target population receiving the required vaccine doses at irregular intervals over a longer period of time.

Key principles

Sustaining trust of the population in immunization and the health system is critical. Assessing and understanding the demand for and acceptance of routine immunization in the community is critical for decision-makers to evaluate the suitability of immunization service delivery options. Given the benefits of immunizing the population with vaccines in the national immunization schedule even during the COVID-19 pandemic, it is crucial to monitor the trend of community uptake of vaccines and seek insights into any decreases in uptake, including possible barriers to vaccination among the general public or special population groups.

Guiding principles for immunization programmes during the COVID-19 pandemic

- a. Follow the existing guidelines on COVID-19 infection prevention measures during immunization sessions. Relevant programmatic considerations in limiting risk of SARS-CoV-2 transmission during vaccination are provided in annex 1.
- b. Prioritize primary series vaccinations especially for measles-rubella- or poliomyelitis-containing vaccines and other combination vaccines.
- c. Avoid mass vaccination campaigns until the COVID-19 situation resolves.
- d. Vaccinate newborns (as per the national immunization schedule) in maternity hospitals.
- e. Prioritize pneumococcal and seasonal influenza vaccines for the vulnerable population groups.
- f. Delay introduction of any new vaccine/s in the national immunization schedule.
- g. Communicate clearly to the community and healthcare professionals the rationale for inclusion of immunization as one of the priority health services during the COVID-19 pandemic and the risks from VPDs and benefits of vaccination.

Decision-making algorithm

The epidemiological, operational and contextual characteristic in each country are unique and it would be impossible to determine one appropriate strategy for all situations. The following algorithm can help national authorities take decisions related to the continuing operation of immunization services.

Situation 1:

- Low risk of VPDs and unlikely potential for large outbreaks
- No cases or sporadic cases of COVID-19
- Adequate immunization staff and logistics available

- Continue routine immunization services with emphasis on primary series vaccinations

Situation 2:

- High risk of VPDs, potentially leading to outbreaks and causing mortality
- No cases or sporadic cases of COVID-19
- Adequate immunization staff and logistics available

- Maintain and enhance VPD surveillance

Situation 3:

- Low risk of VPDs and unlikely potential for large outbreaks
- No cases or sporadic cases of COVID-19
- Immunization staff are engaged in COVID-19 preparation and response

- Explore alternate solutions to continue immunization, e.g.

- Involve and train Healthcare providers not engaged in COVID-19 response, including NGOs and CSOs
- reduce missed opportunities by combining vaccination with well-baby visits (if taking place) or medical examination

Situation 4:

- Low risk of VPDs and unlikely potential for large outbreaks
- Cluster of cases and/or community transmission of COVID-19
- Immunization staff are engaged in COVID-19 preparation and response

- Develop list of cohorts of children who have missed their vaccine doses

Situation 5:

- High risk of VPDs, potentially leading to outbreaks and cause mortality
- Cluster of cases and/or community transmission of COVID-19
- Immunization staff are engaged in COVID-19 preparedness and response

- Maintain and enhance VPD surveillance

Annex 1

Programmatic considerations in conducting vaccination during COVID-19 pandemic and limiting risk of SARS-CoV-2 transmission during vaccination sessions

Provision of immunization services should be aligned with the national guidelines on infection prevention and control in healthcare settings and include the following.

a. Minimizing exposure to COVID-19

- Use available communication technology to communicate on immunization services, setting appointments for sessions and reporting of adverse events following immunization (AEFIs).
- Consider combining vaccination visits with well-baby visits and reducing the number of rooms visited by bundling medical examination and vaccination services during such visits.

b. Administrative controls

- Train core and backup staff to prevent SARS-CoV-2 infection during immunization sessions
- Consider mobile vaccination posts or outreach whenever feasible to equitably improve access to immunization, while minimizing risk of infection.
- Perform exposure risk assessment of health workers having history of contact with COVID-19 patients⁴.
- Avoid crowding in waiting rooms by advanced scheduling of well-person visits and immunization services.
- Inform caregivers attending the immunization session/s on COVID-19 measures, including use of respiratory hygiene and importance of social distancing (maintaining a distance of at least 1 metre from others).

c. Environmental and engineering controls

- Conduct vaccination preferably in dedicated immunization clinics or in separate room in the healthcare facility.
- Allocate ventilated areas and ensure feasibility of social distancing for caretakers and children waiting for immunization.

d. Standard precautions

- Ensure procedures on hand hygiene, use of personal protective equipment, preventing needle-stick or sharps injury, waste management, cleaning and disinfection of equipment and environment are followed in line with the guidelines of the Ministry of Health and adapted according to the COVID-19 situation.
- Healthcare professionals and workers should receive all appropriate vaccines and are up-to-date with recommended vaccines.

e. Vaccine demand and supply

- Note that restricted movement of population and goods, modified scheduled immunization sessions, variable vaccine demand and increased wastage rates during this circumstance may impact vaccine demand and supply. Forecasting estimates, frequency of resupply and safety stock levels should be updated regularly taking into account the available cold chain equipment capacity.

f. AEFIs

- Anticipate increased risk of coincidental AEFIs due to ongoing SARS-CoV-2 transmission coinciding with vaccination. All vaccinees should be kept under observation after vaccine(s) have been administered. Functional strategies to report, investigate,

⁴ https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331340/WHO-2019-nCov-HCW_risk_assessment-2020.1-eng.pdf

conduct causality assessment of serious AEFIs and communicate their causes should be in place to maintain public confidence in immunization.

Proposta di linee guida-per la gestione di animali da compagnia sospetti di infezione dal SARS-CoV2

Introduzione

Il nuovo coronavirus SARS-CoV-2 (inizialmente anche definito come 2019-nCoV) causa nell'uomo la malattia respiratoria COVID-19 (CoronaVirus Disease 2019). SARS-CoV-2 con molta probabilità si è originato da un animale, ha infatti 96% di similitudine genetica con un virus dei pipistrelli, come riportato da uno studio su Nature di Zhou *et al.*, 2020 (<https://www.nature.com/articles/s41586-020-2012-7>). Non è chiaro, tuttavia, se il virus per arrivare all'uomo abbia fatto un ulteriore passaggio attraverso un'altra specie animale, ospite intermedio. Oggi l'epidemia da SARS-CoV-2 è sostenuta esclusivamente dalla trasmissione del virus tra uomo e uomo o tramite il contatto con oggetti contaminati, senza il coinvolgimento attivo di animali, così come di recente evidenziato a livello nazionale (<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-animali-domestici>).

Il fatto che gli animali da compagnia, in particolare cani e gatti, vivano a stretto contatto con l'uomo, potrebbe rendere più probabile la possibilità di un contagio ed è importante capire la loro suscettibilità a SARS-CoV-2.

Di recente sono stati segnalati alcuni casi di infezione/sospetta infezione in animali domestici: un gatto con sintomi in Belgio (Belgian cat infected with Covid-19 (V1 – 25/03/2020)), due cani e un gatto asintomatici a Hong Kong (fonte pro-MED).

Il 18/03/2020, presso la Facoltà di Medicina Veterinaria dell'Università di Liegi, è stato rilevato l'RNA del virus SARS-CoV-2 nelle feci e nel vomito di un gatto che mostrava sintomatologia gastroenterica e respiratoria, convivente con una persona infetta da COVID-19.

I sintomi nel gatto sono comparsi dopo una settimana di stretto contatto con la proprietaria, rientrata dall'Italia e trovata positiva al virus. I segni clinici manifestati dal gatto comprendevano anoressia, diarrea, vomito, tosse e respiro superficiale. I segni clinici sono migliorati dopo 9 giorni.

Uno studio sperimentale, apparso come prestampa su bioRxiv il 31 marzo (<https://www.biorxiv.org/content/10.1101/2020.03.30.015347v1.full.pdf>), non ancora sottoposto a peer review e quindi non ancora pubblicato, riporta che un numero limitato di gatti e furetti sono risultati suscettibili a infezione sperimentale con un'alta dose di SARS-CoV-2. Lo studio è stato accolto con scetticismo da alcuni ricercatori, come si può leggere in un commento pubblicato sulla rivista Nature (https://www.nature.com/articles/d41586-020-00984-8?utm_source=Nature+Briefing&utm_campaign=9eb7ee2e90-briefing-dy-20200401&utm_medium=email&utm_term=0_c9dfd39373-9eb7ee2e90-44717373).

Al momento non è dimostrato che gli animali possano fungere da diffusori dell'infezione, ma i pochi dati emersi nelle segnalazioni sopracitate suggeriscono la necessità di indagare sul ruolo che gli animali da compagnia possano svolgere nell'epidemiologia del virus.

Per un principio di precauzione, a scopo conoscitivo, si ritiene pertanto necessaria una sorveglianza attenta, al fine di raccogliere dati reali su: i) l'entità di esposizione degli animali domestici a SARS-CoV-2, ii) la frequenza di infezione, iii) la presenza di malattia clinica negli animali, iv) la via e le tempistiche di eliminazione virale, v) il coinvolgimento degli animali domestici nella trasmissione all'uomo. Ad oggi queste informazioni sono indispensabili al fine di garantire contestualmente la sanità pubblica e, non da ultimo, per fornire alla popolazione informazioni chiare ed equilibrate evitando la circolazione di notizie allarmistiche tra i cittadini derivanti dall'interpretazione da parte degli organi di informazione di studi sperimentali che devono essere valutati in un contesto scientifico.

Finalità

Il presente documento ha due scopi:

- fornire linee guida sulla gestione degli animali da compagnia in casi di infezione umana all'interno del gruppo familiare, per minimizzare il rischio di diffusione e nel contempo tutelare il benessere animale;
- indicare un metodo di campionamento razionale che permetta una valutazione del rischio, senza spreco di reagenti preziosi per la salute umana.

In caso di infezione da COVID-19 in un nucleo familiare, si prospettano due possibili scenari:

Scenario A

Nucleo familiare composto da una o più persone sospette di infezione o infette, poste in quarantena presso il loro domicilio.

Dove ospitare l'animale

In questo scenario, è assolutamente consigliabile che gli animali da compagnia restino presso la famiglia. La persona infetta deve evitare il contatto ravvicinato con l'animale, comportandosi verso di esso con le stesse precauzioni adottate per gli altri familiari. Laddove non fosse possibile detenere l'animale con garanzie adeguate, ci si potrà comportare come descritto nello scenario B.

Possibilità di uscita

I cani che per esigenze fisiologiche necessitano di uscire, non avendo a disposizione spazi esterni recintati di dimensioni idonee in relazione alla mole dell'animale, per lo svolgimento dell'attività fisica, possono essere condotti fuori per l'espletamento delle necessità fisiologiche, sotto controllo di persone che si rendano disponibili a farlo (parenti, amici, volontari debitamente informati); tali persone dovranno adottare tutte le misure necessarie per evitare il contatto con i soggetti sottoposti a misure di controllo. Per il conduttore sarà sufficiente munirsi di guanti e mascherina, evitare contatti troppo ravvicinati con l'animale e condurlo al guinzaglio, garantendo le distanze sociali da altre persone o animali. Resta l'obbligo per i conduttori dei cani di essere sempre muniti del kit per la raccolta delle feci, utilizzando doppio sacchetto e guanti che andranno smaltiti come di consueto, rispettando le comuni norme igieniche.

Per i gatti saranno consentite le uscite ai soggetti abituati a farlo, se sarà possibile garantire una delimitazione dell'area esterna (es. giardino confinato da reti anti-scavalco), al fine di evitare contatti con altre persone e/o animali.

I furetti, se abituati ad uscire, potranno essere gestiti con le stesse precauzioni adottate per i cani, altrimenti resteranno confinati all'interno dell'abitazione.

Campionamenti sull'animale

Dal momento in cui vengono adottate misure specifiche nell'uomo per COVID 19, accertata la presenza di animali domestici, deve esserne fatta segnalazione ai servizi veterinari della ASL. Al momento del primo tampone effettuato sul componente di in un nucleo familiare, nella scheda epidemiologica sarà compreso anche il censimento degli animali da compagnia e nelle interviste dei giorni successivi, operate da remoto, sarà monitorato anche lo stato di salute di tali soggetti.

Di norma in questa situazione non è ritenuto necessario un campionamento sugli animali, che restano affidati al nucleo familiare, data la necessità di ridurre i contatti inter-umani durante la quarantena e considerata anche la necessità di dare priorità ai test effettuati sui pazienti umani nei laboratori del servizio sanitario.

Nel caso in cui durante il monitoraggio da remoto si rilevino manifestazioni cliniche negli animali che richiedano l'intervento veterinario, il veterinario ASL sottoporrà a test il cane, gatto o furetto e ripeterà il test dopo 7 e 14 giorni, con invio dei campioni all'IZS competente per territorio. In caso di positività, i tamponi saranno ripetuti ogni 7 giorni fino a negativizzazione.

L'animale non sarà allontanato dal nucleo familiare, salvo la necessità di ospedalizzazione presso un centro veterinario, opportunamente preallertato in modo da consentire al personale di prendere le idonee misure precauzionali, per garantire le cure medico veterinarie che si rendessero necessarie.

Tipologia di prelievo: sangue senza anticoagulate per test sierologici, tampone nasale, faringeo e rettale per test virologici nel cane; sangue senza anticoagulante e, tampone faringeo nel gatto/furetto. Se l'animale non è trattabile, o se il veterinario fosse esposto a rischio di contagio per mancanza di adeguati DPI, la raccolta dei tamponi potrà essere affidata a un componente del nucleo familiare (possibilmente non la persona infetta) secondo le indicazioni del medico veterinario della ASL. In tal caso ci si può limitare al solo prelievo di un campione di feci.

Scenario B

Nucleo familiare composto da una o più persone sottoposte a ricovero per COVID-19, con animali che restano soli.

Dove ospitare l'animale

In questo scenario, ci sono due possibilità:

- a) se ci sono persone disposte ad accudire l'animale o gli animali (comprese associazioni note attive sul territorio), lo potranno fare accogliendoli presso il proprio domicilio, oppure curandoli presso il domicilio originario preventivamente disinfeccato secondo le indicazioni dei competenti Servizi, nel rispetto del benessere animale. A seconda della situazione epidemiologica, il servizio sanitario potrà disporre il test su tamponi prima dell'affidamento. In caso di spostamento dell'animale da un domicilio all'altro, è preferibile mantenere l'animale in isolamento per almeno 72 ore, per minimizzare la carica virale potenzialmente presente sul pelo dell'animale, fermo restando che deve essere previsto il suo accudimento. Da evitare bagni con sostanze aggressive per la cute dell'animale, anche perché nel lavaggio esiste un rischio potenziale di esposizione dovuto agli schizzi d'acqua. Volendo lavare le zampe o l'animale, si consiglia di farlo dopo le 72 ore con i normali shampoo detergenti per animali, eventualmente a base di clorexidina. Va rammentato tuttavia che il bagno può rappresentare un momento di rischio sia per l'animale, sia per la persona, soprattutto se l'animale non è collaborativo. Esistono inoltre formulazioni spray e gel a base di clorexidina che potrebbero sostituire il bagno. Il personale a cui viene affidato l'animale dovrà essere munito di adeguati DPI (guanti e mascherina FFP2) e dovrà essere formato per rispettare le dovute norme igieniche e di biosicurezza. L'Ente che dispone l'affido comunica al Dipartimento di prevenzione della ASL l'elenco delle persone affidatarie al fine di eventuali controlli sanitari.
- b) Se nessuno si può occupare dell'animale o degli animali, essi saranno affidati al canile sanitario, dove dovranno essere ricoverati in gabbie singole, possibilmente separate, per evitare il rischio di diffusione di COVID-19 e di altre infezioni diffuse. Il personale del canile sanitario dovrà essere munito di adeguati DPI (guanti e mascherina FFP2) e dovrà essere opportunamente informato affinché adotti le dovute norme di igiene e biosicurezza. Qualora il numero di animali sospetti infetti/infetti fosse elevato, si dovrebbe garantire l'identificazione di stazioni di quarantena COVID-19 come avviene per la differenziazione degli ospedali.

Possibilità di uscita

- a) Vedi scenario A
- b) Le uscite per i cani saranno garantite al pari degli altri animali ospitati presso il canile sanitario, sempre nel rispetto delle distanze sociali da persone e altri animali e preferibilmente in aree separate rispetto agli animali non sottoposti a rischio di contagio.

Campionamenti sull'animale

- a) Vedi scenario A
- b) Dal momento dell'ingresso nel canile sanitario, il veterinario ASL può sottoporre a test il cane, gatto o furetto, previo accordo con l'IZS territorialmente competente, ripetendo il test dopo 7 e 14 giorni in caso di negatività. In caso di positività, i tamponi saranno ripetuti ogni 7 giorni fino a negativizzazione. In ogni caso l'animale non potrà essere sottoposto ad eutanasia, salvo al fine di evitare inutili sofferenze nel caso di altre gravi patologie intercorrenti. Saranno garantite le cure mediche necessarie.

Tipologia di prelievo:

- a) Vedi scenario A
- b) Sangue senza anticoagulante per test sierologici, tampone nasale, faringeo e rettale per test virologici nel cane; sangue senza anticoagulante e, tampone faringeo nel gatto. Se l'animale non è trattabile, o se il veterinario fosse esposto a rischio di contagio per mancanza di adeguati DPI, ci si può limitare al prelievo di un campione di feci.

Ulteriori campionamenti sugli animali

In entrambi gli scenari, nel caso in cui l'animale domestico venga a morte, sarà necessario allertare i Servizi Veterinari per l'invio della carcasse alla sede dell'Istituto Zooprofilattico territorialmente competente per le opportune indagini *post mortem*.

Obblighi Informativi

Il servizi veterinari delle Aziende sanitarie locali registreranno tutte le informazioni utili per la correlazione uomo/animale ed i risultati sui test effettuati sugli animali. Gli I.I.ZZ.SS che effettuano i test, segnalano tempestivamente alla ASL, alla Regione o provincia autonoma competente per territorio e al Ministero della salute DGSAF tutti gli eventuali casi di positività.

