

COMITATO TECNICO SCIENTIFICO  
Ai sensi dell'OCDPC Nr 630 del 3 febbraio 2020

**Verbale n. 16** della riunione tenuta, presso il Dipartimento della Protezione civile, il 3 marzo 2020

Presenti:

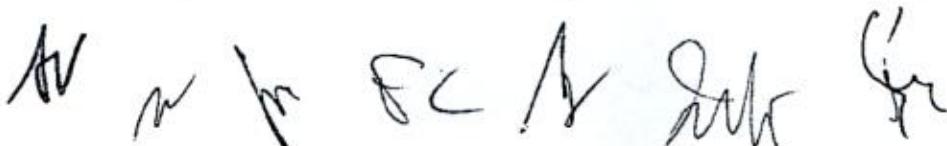
Dr Agostino MIOZZO  
Dr Giuseppe RUOCCHI  
Dr Silvio BRUSAFFERRO  
Dr Alberto ZOLI  
Dr Giuseppe IPPOLITO  
Dr Claudio D'AMARIO  
Dr Andrea URBANI  
Dr Franco LOCATELLI  
Dr Massimo ANTONELLI  
Dr Roberto BERNABEI  
 Dr Alberto VILLANI  
Dr Luca RICHELDI  
Dr Walter RICCIARDI  
Dr Gianni REZZA  
Dr.ssa Rossana UGENTI

Assenti

Dr Francesco MARAGLINO  
Dr Mauro DIONISIO

In apertura, il CTS affronta il tema dell'acquisto di strumentazione sanitaria per le terapie intensive, per la quale è pervenuta una richiesta urgente di parere.

Alla luce dell'evoluzione dell'epidemia in atto e delle conseguenti emergenti esigenze assistenziali, in particolare per quanto concerne la necessità di prestare supporto respiratorio sia non invasivo che invasivo a un crescente numero di pazienti che presentano sintomi di insufficienza respiratoria, e della necessità conseguente di garantire alle strutture assistenziali il potenziamento delle dotazioni sanitarie attualmente insufficiente a fronteggiare tali emergenze, il CTS suggerisce di richiedere alle imprese produttrici e distributrici di tali dispositivi di limitare la vendita al solo territorio nazionale, garantendo la più rapida fornitura *in primis* alle Regioni che si trovano in questo momento sotto maggior richiesta assistenziale.



In merito, il Prof Ricciardi presenta il risultato dell'indagine realizzata da Confindustria Dispositivi Medici che ha predisposto una tabella riassuntiva dei riferimenti di produttori, del numero e della tipologia dei dispositivi disponibili.

Detta tabella (**Allegato 1**) è stata sottoposta alla valutazione degli esperti per un parere di congruità tecnica. Si rimane in attesa di conoscere l'offerta economica relativa alle strumentazioni in oggetto.

Gli esperti dell'area critica hanno poi valutato la congruità tecnica delle attrezzature di terapia intensiva descritte nel tabulato consegnato nella mattinata dal Prof. Ricciardi.

La valutazione tecnica ha ritenuto che, salvo 6 ventilatori da trasporto, le apparecchiature attualmente disponibili per l'acquisto non offrono tutte le garanzie richieste per soddisfare le esigenze dell'emergenza in corso.

Il CTS approva la nota (**Allegato 2**), ritenuta congrua dagli esperti del settore, con cui è stata effettuata la cognizione delle attrezzature necessarie per rinforzare i reparti di terapia intensiva delle strutture sanitarie e concorda sulla necessità di provvedere immediatamente al reperimento delle stesse. In tal senso, il CTS raccomanda al Ministero della Salute i conseguenti adempimenti esecutivi.

Il rappresentante Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCEO) rappresenta le difficoltà per i medici del territorio di operare nel contesto dell'attuale emergenza, soprattutto con riferimento all'accesso agli ambulatori. In merito, emerge come forte criticità l'impossibilità di filtrare l'accesso dei pazienti prima dell'ingresso negli ambulatori stessi. Questo filtro si rileva fattibile soltanto nel caso in cui il paziente telefoni in anticipo al medico di famiglia.

Viene, inoltre, evidenziato il fatto che un numero crescente di medici sta andando in quarantena.

Il rappresentante della FNOMCEO presenta al CTS un documento elaborato dalla Federazione, contenente una ipotesi di "approccio metodologico per la tutela degli operatori sanitari durante l'emergenza COVID-19" (**Allegato 3**).

Nel tardo pomeriggio sono giunti all'ISS i dati relativi ai comuni di Alzano Lombardo e Nembro, entrambi situati in provincia di Bergamo, che sono poi esaminati dal CTS.



Al proposito è stato sentito per via telefonica l'assessore Gallera ed il DG Caiazzo della Regione Lombardia, che confermano i dati relativi all'aumento nella regione e, in particolare, nei due comuni sopra menzionati.

I due comuni si trovano in stretta prossimità di Bergamo e hanno una popolazione rispettivamente di 13.639 e 11.522 abitanti. Ciascuno dei due paesi ha fatto registrare attualmente oltre 20 casi, con molta probabilità ascrivibili ad un'unica catena di trasmissione. Ne risulta, pertanto, che l' $R_0$  è sicuramente superiore a 1, il che costituisce un indicatore di alto rischio di ulteriore diffusione del contagio.

In merito, il Comitato propone di adottare le opportune misure restrittive già adottate nei comuni della zona rossa anche in questi due comuni, al fine di limitare la diffusione dell'infezione nelle aree contigue. Questo criterio oggettivo potrà, in futuro, essere applicato in contesti analoghi. Per quanto riguarda le città con apparente elevata incidenza di casi va invece considerata la possibilità di multiple catene di trasmissione e verificata la proporzione di casi di origine nosocomiale rispetto alla popolazione residente, dal momento che sono sede di importanti *hub* ospedalieri. L'evoluzione della situazione epidemiologica delle grandi città verrà, certamente, sottoposta a stretto e attento monitoraggio nei prossimi giorni.

Roma, 3 marzo 2020

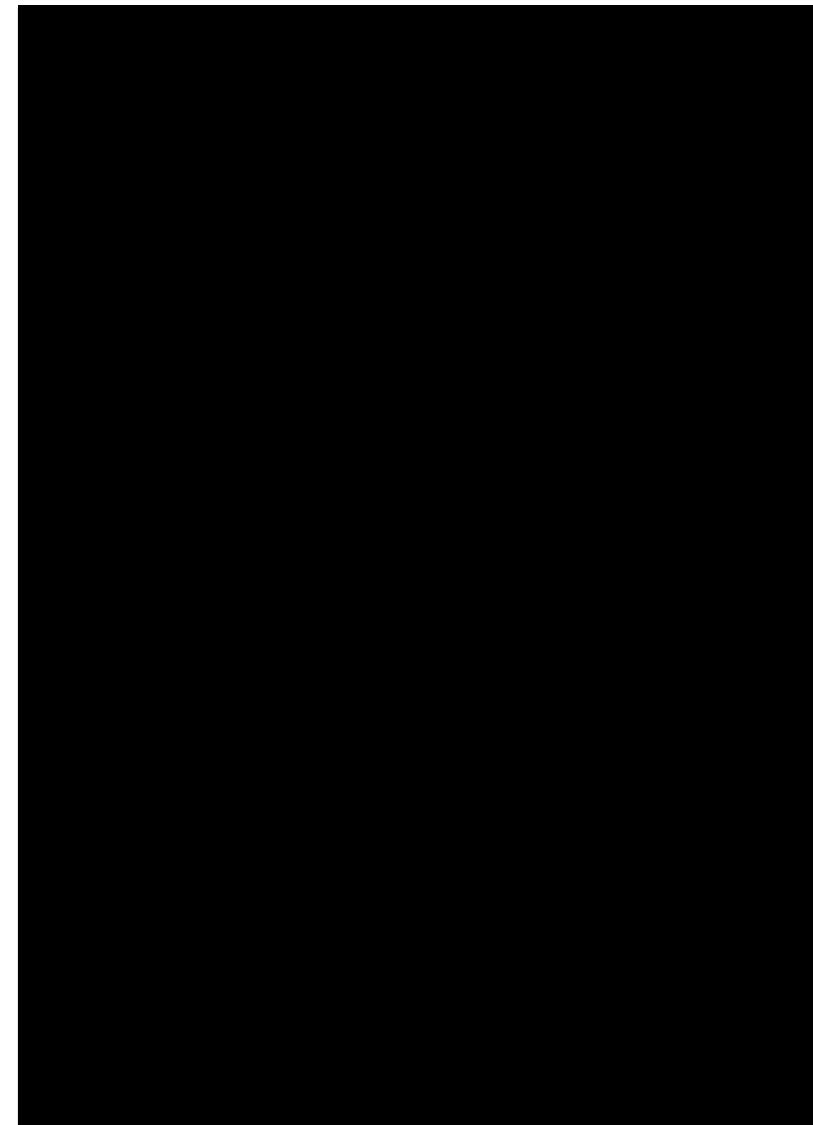


azienda	Requisiti di disponibilità	Via di esportazione	Tipi di prodotto	tempo, luogo e destinazione	esigenza	risposta	motivo
[REDACTED]	si		(a) ventilatore polmonare da trasporto a turbina, omologato per il trasporto in emergenza su ambulanza ed elicottero (b) ventilatore polmonare a turbina	(a) 6 pz (immediato) (b) da chiedere alla casa madre		[REDACTED]	
[REDACTED]	no	non producono/distribuiscono questo tipo di prodotto				[REDACTED]	
[REDACTED]	si		(a) ventilatore polmonare presso-volumetrico (b) ventilatore polmonare BiLevel (c) ventilatore polmonare presso-volumetrico (d) ventilatore polmonare a pressione negativa (e) ventilatori intrapolmonari percussivi con funzione assistente tosse	(a) 23 pz (immediato) (a) 30 pz (10 gg) (b) 50 pz (immediato) (b) 100 pz (10 gg) (c) 5 pz (immediato) (c) 200 pz (10 gg) (d) 5 pz (immediato) (d) 10 pz (10 gg) (e) 100 pz (immediato)		[REDACTED]	
[REDACTED]	no	solo prodotti per demo (ca. 10)	in attesa che casa madre autorizzi quantitativi maggiori			[REDACTED]	
[REDACTED]	si		(a) ventilatore neonatale giulia (b) ventilatore neonatale e pediatrico sophie	(a) 8 pz (immediato) (a) 30 pz (8 sett) (b) 20 pz (4 sett)		[REDACTED]	
[REDACTED]	no	acquisita da Share Engineering International Group				[REDACTED]	
[REDACTED]	si		(a) ventilatore polmonare per terapia intensiva (adulti e pediatrico)	(a) 3 pz (10 gg.) (a) pz. aggiuntivi (6 sett.)		[REDACTED]	
[REDACTED]	no	azienda esclusiva di Vivisol				[REDACTED]	
[REDACTED]	si		(a) ventilatori per rianimazione	(a) 100 pz (immediato) (a) 50 pz (30 gg)		[REDACTED]	
[REDACTED]	no	non producono/distribuiscono questo tipo di prodotto				[REDACTED]	
[REDACTED]	si		(a) Ventilatore polmonare elettronico per la ventilazione non invasiva di pazienti adulti e pediatrici	(a) 140 pz (immediato) (a) 20pz (1 sett) (a) 50pz (3 sett) (a) 50pz (6 sett)		[REDACTED]	
[REDACTED]	no	nessuna risposta				[REDACTED]	

elenco MinSalute	catalogo
sistemi gas medicali/medicinali e relativi componenti accessori	unica categoria
defibrillatori	defibrillatori non altrimenti classificati
	defibrillatori semi-automatici
	defibrillatori monocamerali con sensore
PC connesso con laboratorio analisi e PACS per immagini	sistemi per trasmissione ed archiviazione di bioimmagini (PACS)
Elettrocardiografo ed ecografo con sonde lineare, cardiaca e convex	unità trasmittenti per telemetria di parametri elettrocardiografici
	elettrocardiografi per uso generale
	elettrocardiografi per diagnosi avanzata
	sonde ecografiche
Ventilatori meccanici che utilizzano gas compressi (aria e ossigeno), o ossigeno compresso e aria ambiente attraverso una turbina, con possibilità di impostare la concentrazione di ossigeno erogata e la modalità di ventilazione (controllata e assistita).	già sviluppata
Sistemi di umidificazione attivi o, in alternativa, filtri HME da connettere ai ventilatori	sistemi di umidificazione per ossigenoterapia
	sistemi di nebulizzazione ed umidificazione – altri
	sistemi di umidificazione per ventilazione attiva
Monitor per registrare in continuo elettrocardiogramma, saturazione periferica di ossigeno, pressione arteriosa invasiva (> 50% dei monitor) e non invasiva	monitor multiparametrici trasportabili/portatili
	monitor multiparametrici al posto letto
	monitor per visualizzazione di bioimmagini
	sistemi di monitoraggio cardiovascolare
	monitor per ventilazione
	sistemi per il monitoraggio del sistema nervoso
	monitor multiparametrici non altrimenti classificati
Sistemi di aspirazione a circuito chiuso	sistemi per aspirazione e lavaggio respiratori a circuito chiuso (non endoscopici)
Materiale per la gestione delle vie aeree (tubi, maschere, cannule, raccordi, circuiti, laringoscopi)	raccordi per anestesia e rianimazione
	tubi medicali di raccordo
	cannule di aspirazione
	cannule chirurgiche da aspirazione e lavaggio
	raccordi
	cannule per circolazione extracorporea – altre

## Materiali

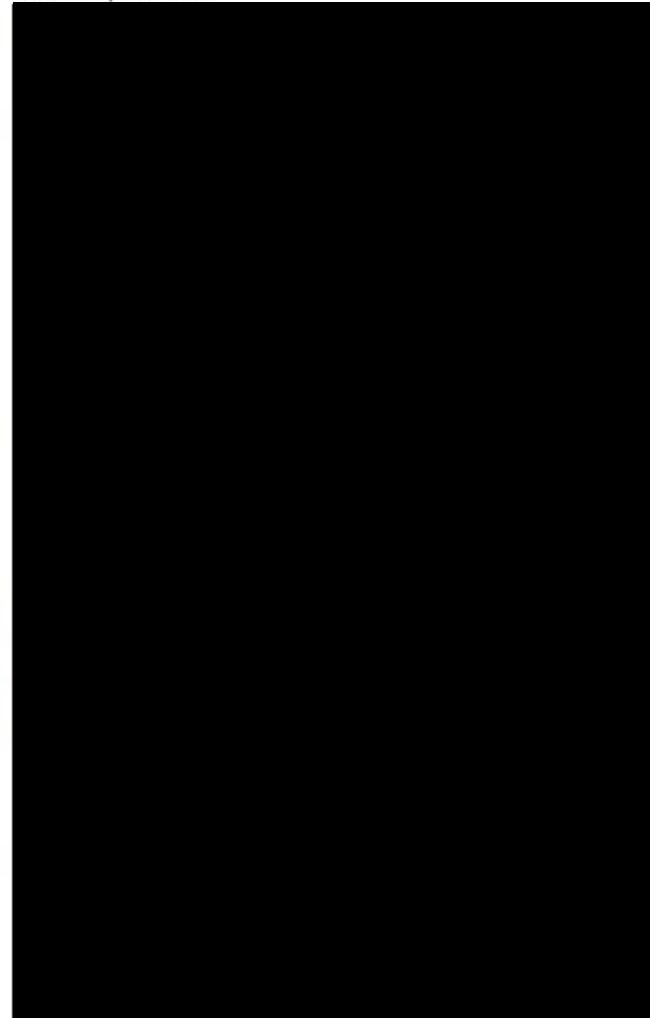
- Ventilatori Meccanici da Terapia intensiva 4 per unità operativa
- Ventilatori domiciliari a turbina 6 per unità operativa
- Tubi endotracheali n.100 di varie misure dal n.5 al n. 8 ( reperibili anche dalle CO se si riduce l'attività operatoria)
- Materiali caschi monouso n. 20 da CPAP n.20 da NIV
- Maschere "total face" e oronasali per ventilazione noninvasiva
- Circuiti per ventilatore monouso ( 30 per ventilatore) ( considerati i tempi potenziali di ricovero)
- Optiflow airvo2 a turbina, 10 apparecchi + scorte di circuiti 100 pezzi e cannule nasali 100 pezzi per unità operativa
- Filtri sterivent igroscopici filtranti
- Filtri idrofobici
- N°2 laringoscopi per laringoscopia indiretta (minimizza il contatto tra operatore e malato durante la manovra di intubazione consigliato OMS)
- Computer + stampante per etichette e stampante di rete
- 10 monitor da trasporto con SaO<sub>2</sub>. Capnometria, PA invasiva e non invasiva
- Sistemi di aspirazione monouso a circuito chiuso
- Carrello chiuso per evacuazione sporco
- Defibrillatore
- Monitor multiparametrico con Saturazione, EKG, PA noninvasiva, capnometro
- Ecografo con sonda lineare, cardiaca e convex
- 4 pompe infusionali per farmaci
- Pompa peristaltica per nutrizione enterale
- 20 sondini nasogastrici
- 100 sondini per aspirazione tracheale di varie misure
- Carrello per emergenze e urgenze con presidi per l'intubazione e medicazione ( 100 siringhe da 2,5 ml, 10 ml e 20 ml)
- Fluidi di infusione ( Ringer Lattato, Soluzione NaCl 0.9%)
- 50 kit per accessi vascolari
- Frigorifero per farmaci
- Armadio per i farmaci
- Emogasanalizzatore



## Materiali

- Ventilatori Meccanici da Terapia intensiva 4 per unità operativa
- Ventilatori domiciliari a turbina 6 per unità operativa
- Tubi endotracheali n.100 di varie misure dal n.5 al n. 8 ( reperibili anche dalle CO se si riduce l'attività operatoria)
- Materiali caschi monouso n. 20 da CPAP n.20 da NIV
- Maschere "total face" e oronasali per ventilazione noninvasiva
- Circuiti per ventilatore monouso ( 30 per ventilatore) ( considerati i tempi potenziali di ricovero)
- Optiflow airvo2 a turbina, 10 apparecchi + scorte di circuiti 100 pezzi e cannule nasali 100 pezzi per unità operativa
- Filtri sterivent igroscopici filtranti
- Filtri idrofobici
- N\*2 laringoscopi per laringoscopia indiretta (minimizza il contatto tra operatore e malato durante la manovra di intubazione consigliato OMS)
- Computer + stampante per etichette e stampante di rete
- 10 monitor da trasporto con SaO<sub>2</sub>. Capnometria, PA invasiva e non invasiva
- Sistemi di aspirazione monouso a circuito chiuso
- Carrello chiuso per evacuazione sporco
- Defibrillatore
- Monitor multiparametrico con Saturazione, EKG, PA noninvasiva, capnometro
- Ecografo con sonda lineare, cardiaca e convex
- 4 pompe infusionali per farmaci
- Pompa peristaltica per nutrizione enterale
- 20 sondini nasogastrici
- 100 sondini per aspirazione tracheale di varie misure
- Carrello per emergenze e urgenze con presidi per l'intubazione e medicazione ( 100 siringhe da 2,5 ml, 10 ml e 20 ml)
- Fluidi di infusione ( Ringer Lattato, Soluzione NaCl 0.9%)
- 50 kit per accessi vascolari
- Frigorifero per farmaci
- Armadio per i farmaci
- Emogasanalizzatore

## Possibili produttori



onic

## **Approccio metodologico utile alla tutela degli operatori sanitari nel setting della Medicina generale durante l'emergenza COVID-19. Prime valutazioni.**

La tutela degli operatori sanitari durante un'emergenza sanitaria di tipo infettivo come quella che sta attraversando una parte del nostro Paese può essere realizzata attraverso almeno tre diversi meccanismi:

- Fornitura e uso appropriati dei Dispositivi di protezione individuale (DPI), secondo le linee guida OMS;
- modelli organizzativi che razionalizzino i contatti con i pazienti a rischio infettivo o casi conclamati;
- sorveglianza epidemiologica specifica per gli operatori finalizzata alla gestione del rischio e alla valutazione dei modelli messi in campo per sistema di verifica e revisione.

### **Dispositivi protezione individuale.**

Le linee guida dell'OMS, già dai precedenti allarmi di pandemie, hanno indicato la tipologia dei dispositivi necessari: filtranti respiratori, protezioni facciali; camici impermeabili a maniche lunghe o, a seconda delle situazioni, tuta integrale monouso con cappuccio o tuta completata da copricalze monouso munito di elastico che arrivi a coprire completamente la calzatura e l'arto inferiore fino al ginocchio, doppio paio di guanti monouso.

E' bene, però, sottolineare che altrettanto importante della tipologia e delle caratteristiche dei DPI è garantire un costante approvvigionamento di tali presidi, in numero adeguato per ciascun medico e per il carico di pazienti atteso, affinché sia assicurato il loro costante ricambio dopo ogni visita.

È altrettanto fondamentale formare gli operatori a seguire le corrette procedure secondo la sequenza prevista dalle linee guida sia per indossare che per rimuovere i DPI.

Gli ambulatori devono altresì essere dotati dei corretti sistemi di smaltimento di tali rifiuti: contenitori speciali per materiale infetto che dovranno periodicamente prelevati dagli ambulatori e smaltiti.

Come suggerito dall'OMS, dovranno essere garantite accurate opere di pulizia delle superfici ambientali con acqua e detergente seguite dall'applicazione, per un tempo di contatto adeguato, di disinfettanti quali ipoclorito di sodio (0,1%-0,5%), etanolo (62-71%) o perossido di idrogeno (0,5%).

### **Modelli organizzativi.**

Altrettanto significativa in termini di tutela degli stessi operatori, oltre che dei pazienti, è la definizione del modello organizzativo, della presa in carico e del conseguente percorso assistenziale che ogni contatto, caso sospetto o caso conclamato dovrà ricevere in caso di emergenza epidemica.

Deve essere prioritariamente evitato l'accesso spontaneo presso qualsiasi struttura sanitaria da parte di un paziente che presenti sintomi di allarme e, a questo scopo, deve essere determinato un adeguato numero di linee proporzionate al bacino di potenziale utenza, per l'accesso telefonico ai sistemi di assistenza.

L'eventuale accesso spontaneo ad un ambulatorio da parte di un paziente sintomatico dovrà prevedere l'immediato isolamento del paziente, l'uso dei DPI da parte del medico, la sospensione dell'attività con la rilevazione degli eventuali altri pazienti presenti in sala d'attesa e la loro segnalazione al SISP, l'interdizione dei predetti locali all'utilizzo per il tempo necessario allo svolgimento di un intervento di disinfezione, effettuato con le tipologie di prodotti indicate dalle linee guida.

Tale situazione va scoraggiata a tutti i costi per non correre il rischio di un blocco delle attività verso le altre tipologie di pazienti.

Per il setting della medicina di famiglia, il triage telefonico, prima di ogni contatto diretto con il medico/collaboratore di studio/infermiere rappresenta, dunque, l'unico ed efficace strumento di contenimento del rischio infettivo oltre che strumento di orientamento del percorso assistenziale.

Il triage telefonico dovrà avvenire con il supporto di schede validate per:

- un rigoroso meccanismo di intervista volto a ricostruire sia i criteri epidemiologici che clinici di inquadramento del caso;
- un algoritmo decisionale che orienti il medico nel percorso decisionale rispetto a presa in carico assistenziale (chi, come, dove) e alle successive valutazioni che determinino le varie tipologie di intervento (gestione dell'attesa telefonica, ambulatoriale, domiciliare, ambulatoriale protetta, domiciliare protetta, quarantena domiciliare fino all'isolamento domiciliare) chiarendo sempre tutte le norme di comportamento e di relazione con il medico e le misure da adottare, modalità e finalità, divieti, fino agli obblighi previsti nei casi di permanenza domiciliare obbligatoria;
- scheda di valutazione cartacea o informatica per i contatti successivi che renda standardizzate le modalità di monitoraggio clinico e di sorveglianza sanitaria in tutti i casi, con particolari dati specifici nei caso di mantenimento al domicilio.

Nelle zone individuate ad alto rischio, ma anche se ci fosse una evoluzione dallo scenario "a focolaio" a quello di "epidemia diffusa", appare necessario, al fine di garantire la sorveglianza attiva ma al contempo scongiurare il contagio del Medico di Famiglia, dei Medici di Continuità Assistenziale e dei Pediatri di libera scelta (ma anche del personale degli studi medici), istituire presso ogni Azienda Sanitaria delle équipe dedicate, che si occupino della sorveglianza dei vari ambiti territoriali così come aggregati a livello regionale sulla base dei principi riferibili alle AFT/UCCP di cui all'ACN della Medicina Generale, che siano poste in relazione diretta con i MMG appartenenti alle suddette forme aggregative per espletare, su esigenze codificate da linee guida operative, le attività ambulatoriali protette o le visite domiciliari protette.

Queste unità speciali, devono essere costituite da personale dedicato alla sorveglianza territoriale, munito degli idonei dispositivi di protezione individuale, in adeguato rapporto numerico rispetto ai bisogni assistenziali della popolazione che in fase di avvio del processo potrebbero essere pari a quello ordinariamente previsto per la medicina generale ossia circa 1 medico sentinella in turno giornaliero ogni 12 MMG.

L'adesione all'équipe/aggregazione, che garantirà h12, attraverso un sistema di turnazione, la sorveglianza di tutta la popolazione (adulti e bambini), potrebbe in fase iniziale essere realizzata attraverso l'auto-turnazione tra i medici di famiglia di una certa area dedicando un solo medico specificamente su questi compiti per i suoi e per i pazienti degli altri medici, con gli altri medici che per quel periodo si occupino delle esigenze ordinarie dei pazienti del primo, o con l'estensione, su base volontaria, dell'attività per i medici di continuità assistenziale dalle attuali 24 ore settimanali alle 38 ore con attività diurna feriale aggiuntiva o, nel caso di carente disponibilità, potendo esercitare pari richiesta nei confronti dei medici presenti nelle graduatorie/elenchi aziendali.

Il modello organizzativo dovrà essere supportato oltre che dalla condivisione e validazione delle schede di valutazione, di analisi, segnalazione, algoritmi utilizzati, anche da:

- efficienti strumenti di comunicazione tra i vari setting interessati alla gestione dei pazienti attraverso l'uso di linee telefoniche dirette e riservate al personale sanitario, PEC, piattaforme di condivisione dati, trasmissione di ricette dematerializzate e di certificazione on line realizzabili anche dopo consulenza per via telefonica o informatica;
- una campagna massiva di informazione ai cittadini attraverso media tradizionali, sistemi social, invio di comunicazioni (email, sms) che spieghino ai cittadini i percorsi assistenziali più idonei e le procedure adottate, consigliate/indicate o prescritte da dispositivi di legge ed ordinanze. La condivisione dei dati che si potrebbe oltretutto ottenere tra medici della stessa area di interesse ma di setting assistenziali diversi, ovvero medici di famiglia e medici di continuità assistenziale, ridurrebbe il rischio individuale nei contatti ordinari con gli stessi pazienti forti del dato ottenuto da altro soggetto sanitario.

Infine, vista la scarsa disponibilità/dotazione di DPI nel setting delle cure primarie ed in attesa di dotare tutti di DPI, la dotazione iniziale delle unità speciali potrebbe risolvere il problema di scarse disponibilità ma soprattutto di sovraesposizione all'infezioni di larghe aree di medici del territorio.

## **La sorveglianza epidemiologica**

La raccolta sistematica, l'analisi e l'interpretazione dei dati della sorveglianza epidemiologica in corso di malattie infettive rappresentano elementi fondamentali per la pianificazione, l'implementazione, la valutazione e la revisione degli interventi sanitari e dei modelli organizzativi in cui questi vengono espressi.

Rispetto l'emergenza Covid-19, in relazione all'impatto sul personale sanitario, ad oggi possediamo dati incompleti e parziali. I dati disponibili, infatti, sono riferiti alla popolazione in generale (anche questi privi dei dati dei cittadini posti in quarantena in seguito a contatti stretti con soggetti risultati positivi e senza sintomi) e non permettono analisi delle sottopopolazioni, con particolare riferimento al personale sanitario.

La mancanza di dati sul personale sanitario renderà più difficile determinare l'individuazione precoce di potenziali minacce ed il monitoraggio dei programmi di contrasto.

Sarebbe invece estremamente importante non solo avere dati completi rispetto a tutti i livelli di coinvolgimento della popolazione nei diversi gradi di malattia, compresi i cittadini in quarantena, ma anche raccogliere i dati delle diverse sottopopolazioni e, in particolare, ai fini della valutazione del rischio infettivo per gli operatori e della conseguente tenuta dei servizi assistenziali.

Nell'ambito di tale sottopopolazione è infatti necessario riuscire a identificare ed interpretare i dati relativi alle macro aree assistenziali, ospedaliera e territoriale e ulteriormente, al loro interno, poter considerare gli esiti non solo rispetto alle caratteristiche dei diversi setting (per esempio sul territorio quello della medicina di famiglia e quello della continuità assistenziale) ma anche rispetto ai modelli organizzativi messi in atto in ciascuno di questi e alle modalità di partecipazione/coinvolgimento dei professionisti e del personale di supporto: medico che opera in singolo, in gruppo, in AFT/UCCP, con o senza personale di studio, con o senza infermiere, presenza o meno delle unità speciali dotate di DPI, destinate all'attività territoriale di tutto l'ambito di competenza, valutando nel tempo per ciascuno i livelli di coinvolgimento.

Tali dati dovrebbero rilevare tutti i gradi di eventuale impatto sulla salute degli operatori: dai semplici contatti senza conseguenze cliniche, alle quarantene, all'isolamento, a eventuali ricoveri. L'allerta precoce rispetto a un incremento di coinvolgimento in determinati ambiti, setting, modelli, strutture consentirebbe una pronta integrazione di personale nelle situazioni di carenza evitando l'interruzione dell'erogazione dei servizi/assistenza.

Le analisi condotte attraverso le procedure codificate di gestione del rischio clinico, consentirebbero di individuare comportamenti impropri o a maggiore rischio da parte degli operatori, eventuali inefficienze (o migliore efficienza) di alcuni DPI rispetto ad altri, permettendo mirati interventi sugli elementi di debolezza/criticità/rischio e, ove necessario, la formazione mirata del personale interessato.

Il sistema di monitoraggio evidenzierebbe al contempo l'efficacia dei modelli organizzativi messi in atto, valutarne la capacità di miglioramento, l'impatto sulla capacità di presa in carico, permettendo di individuare le soluzioni organizzative migliori in termini di qualità assistenziale e riduzione del rischio infettivo per gli operatori coinvolti.

Una sorveglianza epidemiologica dotata di una tale capacità di analisi permetterebbe, pertanto, di valutare la resilienza del Servizio Sanitario Nazionale, nelle sue varie forme organizzative/setting/modelli erogativi, all'impatto epidemico.