

A.Li.Sa.
AZIENDA LIGURE SANITARIA DELLA REGIONE LIGURIA
C.F. / P. IVA 02421770997

DELIBERAZIONE N. 389 DEL 28.10.2020

OGGETTO: Integrazioni e modifiche alle disposizioni in materia di strutture residenziali e semiresidenziali extraospedaliere sociosanitarie per il contenimento dell'epidemia da COVID-19

IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Su conforme proposta del Dirigente SSD Assistenza Anziani e Disabili e del Direttore della S.C. Programmazione sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione;

RICHIAMATI:

- Il Dlgs n. 502 del 30 dicembre 1992 e ss.mm.ii. "Riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della Legge 23 ottobre 1992 n. 42";
- il DPCM del 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del Dlgs 502/92";
- la legge regionale n. 41/2006 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale" e ss.mm.ii.;
- la legge regionale n. 17/2016, ss.mm.ii., recante "Istituzione dell'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria", ed in particolare l'art. 3, comma 1, che attribuisce ad A.Li.Sa. funzioni di programmazione sanitaria e sociosanitaria, coordinamento, indirizzo e *governance* delle Aziende sanitarie e degli altri enti del Servizio Sanitario Regionale;
- la legge regionale n. 27/2016 "Modifiche alla legge regionale 7 dicembre 2006, n. 41 (riordino del sistema sanitario regionale) e alla legge regionale 29 luglio 2016 n. 17 (istituzione dell'azienda ligure sanitaria della Regione Liguria (A.Li.Sa.) e indirizzi per il riordino delle disposizioni regionali in materia sanitaria e sociosanitaria";
- la Legge regionale n. 9/2017 "Norme in materia di autorizzazione e accreditamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali pubbliche e private"
- la Deliberazione della Giunta Regionale n. 944/2018 "Approvazione dei documenti in materia di autorizzazione al funzionamento delle strutture sanitarie, sociosanitarie e sociali: requisiti e procedure per l'autorizzazione";
- il decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante «Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19» convertito in Legge n. 13/2020;
- il Decreto Legge 17 marzo 2020 n. 18 "Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per le famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID - 19"
- il decreto legge 25 marzo 2020, n.19, convertito con modificazioni, dall'art. 1, comma 1, della legge 22 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID -19", convertito in Legge n. 27/2020;

- il Decreto Legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni dall'art. 1, comma 1, della legge 14 luglio 2020, n. 74, recante "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- il Decreto Legge 19 maggio 2020 n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19" convertito in Legge n. 77/2020;
- Il Decreto Legge 30 luglio 2020 n. 83 "Misure urgenti connesse con la scadenza della dichiarazione di emergenza epidemiologica da COVID-19 deliberata il 31 gennaio 2020 convertito in legge n. 124/2020;
- Il Decreto Legge 7 ottobre n. 125, recante "Misure urgenti connesse con la proroga della dichiarazione dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19 e per la continuità operativa del sistema di allerta COVID, nonché per l'attuazione della direttiva (UE) 2020/739 del 3 giugno 2020";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 ottobre 2020, recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" e del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 18 ottobre 2020, recante "Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 maggio 2020, n. 35, recante "Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19" e del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 luglio 2020, n. 74, recante "Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19";
- l'Ordinanza del Ministero della Salute n. 7922 del 9 marzo 2020 "COVID-19 aggiornamento della definizione di caso";
- L'Ordinanza del Ministero della Salute n. 32850 del 12 ottobre 2020 "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena";

Viste:

- la Deliberazione di Giunta regionale n. 221 del 17 marzo 2020 "Indirizzi ad Alisa per la gestione dell'emergenza epidemica da COVID- 19" che dà mandato ad Alisa ad adottare ogni misura necessaria al contenimento del virus COVID -19;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 222 del 17 marzo 2020 "Determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 nei servizi sanitari e sociosanitari afferenti all'Area Territoriale della Aziende Sociosanitarie Liguri e nei servizi sociali. Deliberazione di Alisa n. 90 del 13 marzo 2020" che prende atto della Deliberazione di Alisa n. 90 del 13 marzo 2020 e dispone che le AA.SS.LL. provvedano agli adempimenti e alla capillare diffusione delle determinazioni di cui alla sopraccitata Deliberazione di Alisa;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 506 del 19 giugno 2020 "Adozione piano territoriale regionale di riapertura dei servizi semiresidenziali/centri diurni. Art. 9 del DPCM dell'11/6/2020";
- la Deliberazione di Alisa n. 90 del 13 marzo 2020 "Determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 nei servizi sanitari e sociosanitari afferenti all'Area Territoriale della Aziende Sociosanitarie Liguri e nei servizi sociali" che armonizza le disposizioni in materia di

contenimento del contagio da COVID-19 relativamente al funzionamento dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali afferenti all'Area Socio-sanitaria delle ASL;

- la Deliberazione di Alisa n. 95 del 18 marzo 2020 “Azioni per la gestione dell'emergenza epidemica da COVID-19”;
- la Deliberazione di Alisa n. 109 del 24 marzo 2020 “Attivazione di aree sanitarie temporanee: struttura residenziale socio-sanitaria extraospedaliera per pazienti fragili non autosufficienti COVID-19 positivi”;
- la Deliberazione di Alisa n. 185 del 21 maggio 2020 “Determinazioni in ordine alla fase 2 dell'emergenza epidemiologica da COVID 19 nei servizi socio-sanitari afferenti all'Area territoriale delle Aziende Socio-sanitarie Liguri e nei servizi sociali”;
- la Deliberazione di Alisa n. 232 del 26 giugno 2020 “Disposizioni in ordine ai servizi residenziali extraospedalieri socio-sanitari e a carattere sociale afferenti all'Area territoriale delle Aziende Socio-sanitarie Liguri e nei servizi sociali dei Comuni”;
- la Deliberazione di Alisa n. 361 del 7 ottobre 2020 “Attivazione di Aree sanitarie temporanee: struttura residenziale socio-sanitaria extraospedaliera per pazienti fragili non autosufficienti COVID-19 positivi”;
- il Decreto del Presidente della Giunta regionale n. 6300 del 16 ottobre 2020 “Deliberazione di Alisa n. 361 del 7/10/2020 - Attivazione di Aree sanitarie temporanee: struttura residenziale socio-sanitaria extraospedaliera per pazienti fragili non autosufficienti COVID-19 positivi – Definizione della tariffa applicabile”;

VISTA l'evoluzione della situazione epidemiologica, delle nuove evidenze scientifiche che hanno portato all'adozione dell'Ordinanza del Ministero della Salute n. 32850 del 12/10/2020 che modifica le disposizioni in materia di “quarantena” di persone sane per il periodo di potenziale incubazione e di “isolamento” dei casi di documentata infezione;

VISTO il documento del 20/10/2020 elaborato dalla S.C. Prevenzione Programmazione Acquisti Controlli di ALISA “Raccomandazioni per l'implementazione del “Contact Tracing” e la definizione degli strumenti a supporto per il contenimento della pandemia da Sars-Cov-2” Allegato sub 1) e parte integrante del presente provvedimento, che aggiorna le disposizioni precedenti in applicazione della succitata Ordinanza ministeriale e che resta valido fino a diverse e successive modifiche;

RITENUTO di precisare che quanto disposto nel suddetto documento *“la misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva non si applichi agli operatori sanitari e dei servizi pubblici essenziali”* deve intendersi riferito a tutti coloro che operano nell'ambito del SSR incluse le strutture socio-sanitarie, autorizzate contrattualizzate o meno, nonché il personale dipendente o convenzionato che opera nel SSR, fatte salve comunque *“le valutazioni delle condizioni individuali, delle mansioni dell'operatore, del setting in cui opera, del rischio di interruzione del servizio e dell'attività di sorveglianza in capo al medico competente”*. La valutazione dovrà considerare

l'elevato rischio di diffusione e l'elevata incidenza di forme gravi che caratterizzano il setting delle strutture socio-sanitarie;

CONSIDERATO necessario un aggiornamento e integrazione delle precedenti disposizioni in materia di contenimento dell'epidemia da COVID-19 presso i servizi residenziali e semiresidenziali socio-sanitari extra-ospedalieri coerentemente con le recenti indicazioni ministeriali e regionali;

CONSIDERATO altresì di intensificare gli interventi di prevenzione e di contenimento dell'epidemia;

SENTITI i competenti uffici sanitari di ALISA in materia, vengono fornite le seguenti indicazioni per **tutte le strutture autorizzate, contrattualizzate con il SSR o meno:**

1. CONTROLLI PERIODICI SUL PERSONALE

Strutture residenziali e semiresidenziali per tutte le tipologie di utenza:

Viene effettuato un test antigenico rapido a tutto il personale che entra a diretto contatto con gli ospiti con cadenza quindicinale. Il test viene ripetuto in presenza di segnale di "allerta": caso positivo SARS-CoV2 tra gli operatori socio-sanitari o caso positivo tra gli ospiti.

L'operatore che indossa DPI adeguati e che viene in contatto con ospiti covid positivi non è "contatto stretto di caso";

2. CONTROLLI PERIODICI SUGLI OSPITI

Strutture residenziali per tutte le tipologie di utenza: gli ospiti che presentano sintomi riferibili ad un sospetto di infezione da virus SARS-CoV2 devono:

- a) essere immediatamente posti in camera di isolamento;
- b) essere sottoposti a test antigenico rapido per l'individuazione immediata dei casi;
- c) a seguito di esito "non negativo" (positivo, incerto, non determinato) del suddetto test antigenico rapido, l'ospite deve essere rapidamente sottoposto all'esecuzione di un tampone diagnostico molecolare per il rilevamento di SARS-CoV2.

Gli ospiti sono sottoposti a tamponi antigenici in caso di segnale di "allerta": caso positivo SARS-CoV2 tra gli operatori socio-sanitari o caso positivo tra gli ospiti.

Strutture semiresidenziali per tutte le tipologie di utenza: viene effettuato un test antigenico rapido a tutti gli ospiti con cadenza quindicinale, previo consenso della persona/famiglia o di chi ne ha la responsabilità, in ragione del fatto che il livello del rischio aumenta a fronte del rientro quotidiano in famiglia. Il test viene ripetuto in presenza di segnale di "allerta": caso positivo SARS-CoV2 tra gli operatori socio-sanitari, o caso positivo tra gli ospiti.

Il materiale per i test suddetti viene fornito dalla ASL competente territorialmente nei limiti delle forniture disponibili nell'ambito dell'attività di sanità pubblica in supporto alle strutture al fine del controllo e del contenimento dell'impatto del COVID-19. I test vengono eseguiti a cura del personale sanitario della struttura. Nel caso in cui le strutture, nell'ambito della propria autonoma organizzazione, ritengano necessario effettuare ulteriori test rispetto a quanto sopra indicato, possono provvedere in autonomia all'acquisizione di ulteriori test da somministrare al bisogno assumendone i relativi oneri.

3. STRUTTURE RESIDENZIALI

La persona chiamata per il ricovero viene sottoposta presso la struttura stessa, nel giorno definito per l'ingresso, al check di ingresso (misurazione temperatura, indagini anamnestiche circa i possibili contatti con i soggetti positivi al Sars-Cov2 e oggettiva assenza di sintomi ascrivibili a potenziale infezione dal sopradetto virus); in caso di esito negativo del check alla persona viene somministrato il test antigenico rapido, fornito dalla ASL di riferimento. Se il test antigenico dà esito negativo, l'ospite accede in area buffer e segue l'iter successivo come esemplificato nell'Allegato sub 2). Se il test antigenico dà esito positivo, l'ospite non viene ammesso alla struttura e rimandato al domicilio per seguire il percorso previsto per le persone asintomatiche a domicilio di cui al citato Allegato sub 2).

Nel caso di persone allettate o con gravissima disabilità, onde evitare il disagio del trasferimento della persona alla struttura e l'immediato rientro a domicilio in caso di test antigenico rapido positivo, si stabilisce che alla persona sia somministrato un test antigenico rapido a domicilio a cura del GSAT.

Per le strutture contrattualizzate con il SSR, nel caso in cui la persona chiamata per il ricovero dovesse risultare positiva al test molecolare e quindi non potesse entrare in struttura, la ASL può scorrere la lista d'attesa e far accedere al ricovero la persona nella successiva posizione utile. Contestualmente la persona che non ha potuto accedere in struttura a causa della positività al test molecolare, mantiene la propria posizione in lista d'attesa e verrà chiamata al momento della disponibilità del posto, dopo la raggiunta guarigione.

Nel caso di struttura con focolaio infettivo devono essere eseguiti, sia agli ospiti che agli operatori, tampone antigenico rapido ai tempi: 0, 5 e 10 giorni dalla manifestazione del focolaio.

4. STRUTTURE SEMIRESIDENZIALI/CENTRI DIURNI

Si confermano le modalità di riapertura dei servizi semiresidenziali/centri diurni già stabilite dalla DGR n. 506/2020 che prevede, tra le altre cose, l'organizzazione in piccoli gruppi stabili nel rispetto del distanziamento fisico. Laddove ciò non consentisse la possibilità di accogliere tutti i fruitori del servizio, è **possibile proseguire le prestazioni domiciliari per coloro che non possono frequentare il centro diurno** in quanto non inclusi tra i casi prioritari inseriti nei piccoli gruppi. Le persone che dovessero rifiutare sia il rientro al servizio semiresidenziale/centro diurno, sia gli interventi a domicilio, se trattasi di strutture contrattualizzate con il SSR, si considerano dimessi e la ASL procede allo scorrimento della lista di attesa nei limiti di spesa disponibile.

In considerazione dei maggiori costi che l'organizzazione in piccoli gruppi e l'assistenza a domicilio comportano per gli enti erogatori contrattualizzati con il SSR, si mantiene, fino al termine dell'emergenza, quanto stabilito nel periodo di chiusura: nei giorni in cui i fruitori degli interventi domiciliari non ricevono il servizio, per gli stessi viene riconosciuta la tariffa prevista dai contratti per le assenze (incluso il Contributo di Solidarietà ove previsto). Si precisa, come già definito nella DGR. n. 505/2020, che le assenze durante il periodo di emergenza non vengono contabilizzate ai fini della sospensione dal servizio.

La riammissione a seguito di riapertura del centro diurno o la nuova ammissione al servizio semiresidenziale/centro diurno avviene previo tampone molecolare effettuato non più di 48 ore prima dell'inizio del servizio come già previsto dalla DGR n. 506/2020.

Nel caso di manifestazione di sintomi da parte dell'ospite durante la permanenza nella struttura semiresidenziale, l'ospite deve essere posto immediatamente in isolamento e dimesso al domicilio e la famiglia provvederà a contattare il MMG per le opportune valutazioni.

Per gli ospiti dei servizi semiresidenziali/centri diurni l'Ente gestore deve chiedere l'impegno alle famiglie di comunicare tempestivamente allo stesso l'eventuale comparsa di sintomi compatibili con l'infezione da COVID-19, nonché il contatto con persone COVID-19 positive nei 14 giorni precedenti.

In caso di assenza dell'ospite per malattia non covid correlata, il rientro al servizio semiresidenziale/centro diurno può avvenire solo previa autocertificazione su apposito modulo di cui all'allegato sub) 3; il giorno del rientro la persona viene comunque sottoposta a test antigenico rapido all'interno della struttura in idoneo luogo isolato, prima di entrare a contatto con gli altri.

In caso di assenza dell'ospite per malattia per la quale il MMG ritenga di sottoporre la persona ad accertamento diagnostico secondo le procedure in atto per il percorso diagnostico terapeutico e di prevenzione per COVID-19, il rientro al servizio semiresidenziale/centro diurno, è subordinato alla presentazione del referto di tampone diagnostico molecolare negativo.

5. GESTIONE DEGLI OSPITI RESIDENZIALI COVID POSITIVI

La persona che presenta sintomatologia e posta in isolamento, in caso di esito positivo del tampone diagnostico molecolare, nei casi in cui non sia possibile il perdurare dell'isolamento totale nell'ambito della stessa realtà ospitante, viene trasferita presso una delle strutture residenziali sociosanitarie extraospedaliere per pazienti fragili non autosufficienti COVID-19 positivi disponibili di cui alla Deliberazione di ALISA n. 361/2020. Gli standard di personale e la tariffa riconosciuta per l'assistenza di tali pazienti presso le strutture dedicate sono quelli stabiliti dalla citata Deliberazione di ALISA e dal Decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 6300 del 16 ottobre 2020 (140 euro/die/pz). In questi casi alla struttura di provenienza, se contrattualizzata con il SSR, viene riconosciuta la tariffa prevista dai contratti per le assenze fino al rientro in struttura del paziente (incluso il Contributo di Solidarietà ove previsto), consentendo il mantenimento del posto, così come già stabilito dalla DGR n. 505/2020. Si precisa, che le assenze durante il periodo di emergenza non vengono contabilizzate ai fini della sospensione dal servizio.

Considerata la particolarità di alcune categorie di utenza, quali ad esempio disabili o persone che presentano disturbi del comportamento o che comunque necessitano di un apporto educativo di contenimento, che per tali caratteristiche richiedono una particolare attenzione e personalizzazione degli interventi anche in continuità delle figure professionali di riferimento, si rimanda ad un successivo eventuale provvedimento ad hoc.

6. RIAMMISSIONI IN STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA DI UTENTI RICOVERATI IN OSPEDALE O IN AREE SANITARIE TEMPORANEE

Il percorso di riammissione in struttura residenziale extraospedaliere degli ospiti dimessi dagli ospedali o da strutture "Aree sanitarie temporanee" per COVID-19 positivi deve essere gestito secondo quanto previsto dalla procedura di cui all'Allegato sub 4), parte integrante del presente provvedimento.

RITENUTO che nell'ambito dell'erogazione di qualunque tipologia di servizio o prestazione devono essere osservate tutte le idonee misure atte a contenere la diffusione del contagio;

DATO ATTO che A.Li.Sa., con nota prot. n. 29680 del 23/10/2020, ha notificato la "Comunicazione preventiva atti Covid-19" al Direttore Generale del Dipartimento Salute e Servizi sociali della Regione Liguria;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sociosanitario,

DELIBERA

Per le motivazioni indicate in premessa, qui integralmente richiamate:

1. Di dare atto del documento del 20/10/2020 elaborato dalla SC Programmazione sanitaria, epidemiologia e Prevenzione di ALISA "Raccomandazioni per l'implementazione del "Contact Tracing" e la definizione degli strumenti a supporto per il contenimento della pandemia da Sars-Cov-2" Allegato sub 1) e parte integrante del presente provvedimento, che aggiorna le disposizioni precedenti in applicazione della succitata Ordinanza ministeriale e che resta valido fino a diverse e successive modifiche;
2. di precisare che quanto disposto nel suddetto documento *"la misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva non si applichi agli operatori sanitari e dei servizi pubblici essenziali"* deve intendersi riferito a tutti coloro che operano nell'ambito del SSR incluse le strutture sociosanitarie, autorizzate contrattualizzate o meno, nonché il personale dipendente o convenzionato che opera nel SSR, fatte salve comunque *"le valutazioni delle condizioni individuali, delle mansioni dell'operatore, del setting in cui opera, del rischio di interruzione del servizio e dell'attività di sorveglianza in capo al medico competente"*. La valutazione dovrà considerare l'elevato rischio di diffusione e l'elevata incidenza di forme gravi che caratterizza il setting delle strutture sociosanitarie;
3. di approvare le indicazioni espresse in premessa dal punto 1 al punto 6 relative alle misure di intensificazione degli interventi di prevenzione e di contenimento dell'epidemia, sentiti i competenti uffici sanitari di ALISA in materia;
4. di approvare gli allegati sub 2), sub 3) e sub 4) parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
5. di trasmettere il presente provvedimento alle Aziende Sociosanitarie Liguri, alle Aziende Ospedaliere, agli IRCCS, agli Enti Ospedalieri "Ospedali Galliera" e "Ospedale Evangelico Internazionale" per gli adempimenti di competenza;
6. di trasmettere il presente provvedimento agli enti erogatori di servizi sociosanitari extarospedaliere e ai Comuni capofila dei Distretti;
7. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento nel proprio albo pretorio on line;
8. di dare atto che il presente provvedimento è composto di n. 8 pagine e di quattro allegati di complessive n. 15 pagine.

I PROPONENTI

Direttore SC Programmazione
Sanitaria, Epidemiologia e Prevenzione

(Dott. Filippo Analdi)

Responsabile SSD Assistenza Anziani e
Disabili

(Dott.ssa Daniela Mortello)

Parere favorevole formulato ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e ss.mm.ii.

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

(Dott.ssa Laura Lassalaz)



IL DIRETTORE SANITARIO

(Dott. Sergio Vigna)



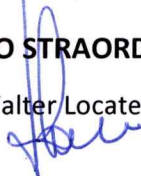
IL DIRETTORE SOCIOSANITARIO

(Dott.ssa Enrica Orsi)



II COMMISSARIO STRAORDINARIO

(Dott. G. Walter Locatelli)





Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

1

Raccomandazioni per l'implementazione del "Contact Tracing" e la definizione degli strumenti a supporto per il contenimento della pandemia da Sars-Cov-2

Update 20 Ottobre 2020

Premessa

I pilastri delle azioni di controllo e contrasto alla diffusione delle malattie trasmissibili, in assenza di terapia e di vaccino efficaci, sono le misure di distanziamento fisico e sociale e l'indagine epidemiologica, che vede nell'identificazione dei casi, nell'accertamento diagnostico, nel tracciamento dei contatti (o contact tracing), nell'isolamento e il monitoraggio della sua compliance i momenti fondamentali. Il "contact tracing" è uno strumento di Sanità Pubblica che ha mostrato la sua efficacia nel contrasto alla diffusione del COVID-19. Questa strategia di prevenzione richiede un forte impegno trasversale con il coinvolgimento di tutti i professionisti della Prevenzione e la sinergia con gli attori coinvolti nella sorveglianza, la diagnostica, il percorso clinico del paziente COVID-19.

La centralità e l'importanza di queste misure sono state sottolineate dal Decreto del Ministero della Salute del 30 Aprile 2020, che in coerenza con il D.P.C.M. 26 Aprile 2020, identifica gli indicatori di qualità del monitoraggio del quadro epidemiologico, di accertamento diagnostico e di misure di outcome e di stress del SSR. Si ricorda che il D.P.C.M. 26 Aprile 2020 riporta le indicazioni per il monitoraggio del quadro epidemiologico durante la Fase 2 sulla base del quale il Presidente della Regione propone tempestivamente al Ministro della Salute, ai fini dell'immediato esercizio dei poteri di cui all'art. 2, comma 2, del decreto-legge 25 Marzo 2020, n. 19, le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle aree del territorio regionale.

Alle precedenti versioni del documento di maggio, luglio e settembre 2020, segue il presente aggiornamento delle raccomandazioni che si rende necessario alla luce dell'implementazione delle nuove indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena previste dalla circolare del Ministero della Salute prot. n. 32850 del 12/10/2020. Per la definizione dell'attività di sorveglianza, tracciamento e percorso del caso positivo in setting scolastico si faccia riferimento ai documenti ad hoc.

Obiettivo delle raccomandazioni. Essere strumento operativo efficace per

- ◆ identificare e monitorare tempestivamente i casi secondari che possono insorgere dopo la trasmissione da casi primari per intervenire e interrompere ogni forma di trasmissione successiva;



- ◆ supportare la misura dell'isolamento fisico e sociale dei contatti per prevenire ulteriori trasmissioni del virus, fornendo informazioni chiare e specifiche
- ◆ ottimizzare l'utilizzo dei test di laboratorio per identificare precocemente i casi che presentano sintomatologia riconducibile a infezione da COVID-19 e i contatti asintomatici o paucisintomatici che eliminano il virus (shedder)
- ◆ Identificare altre tecnologie a supporto delle decisioni strategiche di contenimento pandemico.

Definizioni di isolamento e quarantena:

L'isolamento dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione.

La quarantena, invece, si riferisce alla restrizione dei movimenti di persone sane per la durata del periodo di incubazione, ma che potrebbero essere state esposte ad un agente infettivo o ad una malattia contagiosa, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

Evidenze di aiuto nelle attività di contact tracing:

- ◆ Le stime attuali suggeriscono un periodo di incubazione mediano da cinque a sei giorni, con un intervallo da 1 a 14 giorni. Un recente studio di modellizzazione ha confermato che è prudente considerare un periodo di incubazione fino a 14 giorni
- ◆ Un caso può essere infettivo già 48 ore prima dell'inizio dei sintomi. La massima efficienza di trasmissione si ha da 2 giorni prima della comparsa dei sintomi fino a 8 giorni dopo. Il picco è 0,7 giorni prima della comparsa.
- ◆ La trasmissione avviene principalmente attraverso goccioline respiratorie e contatto diretto con persone infette e contatto indiretto con superfici o oggetti nell'ambiente circostante.
- ◆ Recenti studi sperimentali effettuati in condizioni altamente controllate hanno dimostrato la sopravvivenza di SARS-CoV-2 su diverse superfici e aerosol. Diversi livelli di contaminazione ambientale sono stati descritti in stanze di pazienti COVID-19
- ◆ La risposta anticorpale compare 10-21 giorni dopo l'infezione e anche più tardivamente nei casi pauci- o a-sintomatici. La mediana della comparsa di anticorpi (IgG o IgM) è 11 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi.



3

Si riportano di seguito i **principi fondamentali del contact tracing e le attuali raccomandazioni:**

- 1) L'identificazione dei contatti di caso sospetto/confermato e l'applicazione delle misure per limitarne il potenziale di trasmissione sono azioni fondamentali per il controllo della circolazione del virus.
- 2) Nella ricerca dei contatti, il personale di Sanità Pubblica/personale sanitario aiuta il paziente -caso primario - a ricordare con quali persone ha avuto contatto nel periodo di tempo in cui era potenzialmente infettivo.
- 3) Per rispettare la privacy del paziente i contatti sono informati sulla possibilità di essere stati esposti a COVID-19 e non viene comunicata l'identità del paziente infetto.
- 4) Il personale sanitario avvisa i contatti della loro potenziale esposizione nel modo più rapido possibile e procede alla loro informazione/formazione sul comportamento da seguire per interrompere la catena infettiva e garantire la loro salute.
- 5) Ai contatti vengono fornite informazioni e supporto per comprendere il loro rischio, cosa dovrebbero fare per mantenere le distanze dagli altri conviventi/familiari non esposti, come monitorare la malattia e viene spiegato loro che esiste la possibilità che possano diffondere l'infezione ad altri soggetti anche se asintomatici.
- 6) Ai **casì positivi asintomatici** è indicato l'isolamento presso il proprio domicilio per almeno 10 giorni dalla comparsa della positività; al termine dei 10 giorni è prevista l'esecuzione di un test molecolare. In caso di esito negativo il soggetto potrà rientrare in comunità.
- 7) Ai **casì positivi sintomatici** è indicato l'isolamento presso il proprio domicilio per almeno 10 giorni dalla comparsa dei sintomi; al termine dei 10 giorni di cui almeno 3 giorni senza sintomi (anosmia e ageusia/disgeusia non devono essere considerati per queste tempistiche in quanto possono avere una prolungata persistenza nel tempo) è prevista l'esecuzione di un test molecolare. In caso di esito negativo il soggetto potrà rientrare in comunità. **L'esecuzione del test molecolare deve essere eseguito solo in pazienti asintomatici da almeno 3 giorni e in 10° giornata dalla comparsa dei sintomi.**
- 8) Per i soggetti che malgrado non presentando più i sintomi (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) da almeno 7 giorni continuano a risultare positivi al test molecolare per SARS-CoV-2, **casì positivi a lungo termine**, è prevista la possibilità di interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi (o dal primo tampone positivo nel caso di soggetti asintomatici) per il rientro in comunità. Tale criterio dovrà essere valutato caso per caso tenendo in considerazione le singole caratteristiche del caso (ad esempio nei soggetti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).



- 9) Ai **contatti stretti di caso sospetto** si raccomanda, qualora possibile, di rimanere al domicilio e mantenere lo stato di quarantena; è raccomandato, inoltre, il distanziamento sociale (almeno 2 metri), il controllo della temperatura corporea due volte al giorno, il monitoraggio del proprio stato di salute ed in particolare l'eventuale comparsa di tosse o dispnea e altri sintomi compatibili a COVID-19 fino al risultato del test molecolare eseguito sul caso primario.

Per quanto riguarda l'operatore sanitario contatto stretto di caso sospetto sono fatte salve le disposizioni del Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14., Art. 7, e s.m.i. relative al contatto di caso confermato, che prevedono che la misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera h) del Decreto Legge 23 febbraio 2020 n.6, "non si applichi agli operatori sanitari e a dei servizi pubblici essenziali, che vengono sottoposti a sorveglianza. I medesimi operatori sospendono l'attività nel caso di sintomatologia respiratoria o esito positivo per COVID-19". Per ogni singolo caso sono fatte salve le valutazioni delle condizioni individuali, delle mansioni dell'operatore, del setting in cui opera, del rischio di interruzione del servizio e dell'attività di sorveglianza in capo al medico competente. Si raccomanda la permanenza al lavoro, il controllo della temperatura corporea due volte al giorno, il monitoraggio del proprio stato di salute ed in particolare l'eventuale comparsa di tosse o dispnea e altri sintomi compatibili a COVID-19, l'utilizzo scrupoloso delle misure di precauzione e protezione fino al risultato del test molecolare eseguito sul caso primario. È, inoltre raccomandata, l'esecuzione del tampone seguito da test molecolare o antigenico al momento della presa di servizio successiva all'identificazione dell'operatore quale contatti stretti di caso sospetto.

- 10) I **contatti stretti di caso confermato** rimangono a casa, mantengono l'isolamento fiduciario, garantiscono la distanza dagli altri individui (almeno 2 metri) fino a 14 giorni dopo la loro ultima esposizione oppure per un periodo di 10 giorni seguito da un test antigenico o molecolare negativo in decima giornata, controllano la temperatura corporea due volte al giorno, osservano l'eventuale comparsa di tosse o dispnea e altri sintomi compatibili a COVID-19. Vengono sottoposti a tampone, antigenico o molecolare al timing riportato in tabella 3. Il personale sanitario verifica se i contatti si automonitorano e se sviluppano sintomi. In caso di comparsa di sintomatologia, i pazienti si isolano tempestivamente e informano il personale sanitario di Sanità Pubblica che a sua volta effettuerà prontamente le valutazioni del caso e contatterà il medico curante.



Per quanto riguarda l'operatore sanitario contatto stretto di caso confermato sono fatte salve le disposizioni del Decreto-Legge 9 marzo 2020, n. 14, Art. 7, e s.m.i. "Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19", art. 7 sulla "Sorveglianza Sanitaria" che prevede che la misura della quarantena con sorveglianza attiva agli individui che hanno avuto contatti stretti con casi confermati di malattia infettiva diffusiva, di cui all'articolo 1, comma 2, lettera h) del Decreto Legge 23 febbraio 2020 n.6, "non si applichi agli operatori sanitari e a dei servizi pubblici essenziali, che vengono sottoposti a sorveglianza". In quanto afferenti ad un servizio pubblico essenziale sono da ritenersi ricompresi nella fattispecie soprariportata (punti 9 e 10 del presente paragrafo) tutti i dipendenti del S.S.R., come condiviso dal tavolo tecnico regionale i cui componenti, riuniti in data 15 Ottobre 2020, sono riportati in Allegato 1. Per ogni singolo caso sono fatte salve le valutazioni delle condizioni individuali, delle mansioni dell'operatore, del setting in cui opera, del rischio di interruzione del servizio e dell'attività di sorveglianza in capo al medico competente. Si raccomanda la permanenza al lavoro, il controllo della temperatura corporea due volte al giorno, il monitoraggio del proprio stato di salute ed in particolare l'eventuale comparsa di tosse o dispnea e altri sintomi compatibili a COVID-19, l'utilizzo scrupoloso delle misure di precauzione. È, inoltre raccomandata, l'esecuzione del tampone seguito da test molecolare o antigenico al momento della presa di servizio successiva all'identificazione dell'operatore quale contatto stretto di caso confermato, in 5°-7° e 10° giornata.

- 11) Per i contatti stretti di contatto di caso confermato (in particolare se conviventi), in attesa del risultato del tampone eseguito al momento dell'indagine sul contatto di caso (vedi punto 7) è raccomandato di limitare al massimo i contatti sociali, controllando la temperatura corporea due volte al giorno, osservando l'eventuale comparsa di tosse o dispnea e altri sintomi compatibili a COVID-19
- 12) Eseguire il test molecolare a fine quarantena a tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze;
- 13) Promuovere l'uso della App Immuni per supportare le attività di contact tracing

Si sottolinea come **(i) il tempo che intercorre tra l'identificazione del caso e l'applicazione delle misure per limitare il potenziale di trasmissione dei contatti e (ii) l'accuratezza nell'individuare tutti i contatti siano cruciali** per garantire l'efficacia delle attività per contrastare la diffusione del virus. Sono presenti in Tabella 1 alcuni indicatori che monitorano il percorso dall'identificazione del caso alle misure sui contatti riportati nel Decreto del Ministero della Salute



6

del 30 aprile 2020, la cui importanza è stata precedentemente sottolineata. Il raggiungimento dei valori soglia è obiettivo per ogni Azienda del SSR.

TABELLA 1: Indicatori di interesse riportati nel Decreto del Ministero della Salute 30 Aprile 2020

Indicatore	Soglia	Allerta	Fonte dati
Tempo tra data inizio sintomi e data di diagnosi	Mediana settim. <5 giorni	Mediana settim. >5 giorni	ISS-Sistema di sorveglianza integrata
Tempo tra data inizio sintomi e data di isolamento	Mediana settim. <3 giorni	Mediana settimanale >3 giorni	ISS-Sistema di sorveglianza integrata
Numero di casi confermati per cui sia stata effettuata l'indagine epidemiologica/totale di nuovi casi	Trend in miglioramento con target finale 100%		Relazione periodica
Numero di focolai di trasmissione	Si veda Decr. Min. Sal.	Si veda Decr. Min. Sal.	ISS-Sistema di sorveglianza integrata
Numero di nuovi casi non associati a catene di trasmissione note	Si veda Decr. Min. Sal.	Si veda Decr. Min. Sal.	Valutazione settimanale

Definizione del termine "Contatto"

Un contatto di un caso COVID-19 è un soggetto che ha avuto contatti con un caso COVID-19 (Tabella 2) nell'arco di un periodo di tempo compreso tra le 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi e il termine del periodo di isolamento del caso confermato come definito in precedenza.

Se il caso non ha presentato sintomi, il contatto è definito come colui che ha avuto contatti con il caso nell'arco di un periodo di tempo compreso tra 48 ore prima del prelievo del campione che ha portato alla conferma di COVID-19 e il termine del periodo di isolamento del caso confermato come definito in precedenza.

Il rischio associato di infezione dipende dal livello di esposizione, che a sua volta determinerà il tipo di gestione del soggetto e il suo monitoraggio (Tabella 2).



TABELLA 2: Classificazione di contatto per livello di esposizione

Esposizione ad alto rischio (contatto ravvicinato/stretto)	Basso rischio di esposizione
<p>Un soggetto:</p> <ul style="list-style-type: none">- che ha avuto contatto diretto con un caso COVID-19 entro i due metri di distanza per più di 15 minuti;- che ha avuto contatto fisico con un caso COVID-19;- che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso COVID-19 (ad es. tosse);- che stava in un ambiente chiuso (ad es. casa, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale, ecc.) dove era presente un caso COVID-19 per più di 15 minuti;- che in aereo era seduto a distanza di due posti (in qualsiasi direzione) da un caso COVID-19, compagni di viaggio o personale di assistenza e membri dell'equipaggio in servizio nella sezione dell'aereo in cui era seduto il caso indice (se la gravità dei sintomi o gli spostamenti del caso indicano una maggiore estensione dell'esposizione, i passeggeri seduti nell'intera sezione o tutti i passeggeri dell'aereo possono essere considerati contatto stretto);- un operatore sanitario o altra persona che fornisce assistenza a un caso COVID-19, oppure laboratoristi che maneggiano campioni da un caso COVID-19, senza i DPI raccomandati o con un utilizzo scorretto di questi.	<p>Un soggetto:</p> <ul style="list-style-type: none">- che ha avuto un contatto "faccia a faccia" con un caso COVID-19 entro i due metri di distanza per un periodo di tempo inferiore a 15 minuti;- viaggio con un caso di COVID-19 in qualsiasi mezzo di trasporto*- un operatore sanitario o un altro soggetto che dà assistenza ad un caso di COVID-19 o laboratorista che ha processato campioni da caso COVID-19 positivo, che indossava i dispositivi di protezione individuale

*Eccetto l'aereo

Si ritiene che un maggior tempo di contatto possa aumentare il rischio di trasmissione; il limite di 15 minuti è scelto arbitrariamente a fini scopi pratici come consigliato dall'ECDC, ma è utile considerare le circostanze specifiche con valutazioni del rischio individuale effettuate da parte delle autorità sanitarie competenti.

Azioni da intraprendere dopo l'identificazione dei casi

1. Intervistare il caso per raccogliere informazioni sulla storia clinica e sui possibili contatti che si sono verificati a partire da 48 ore prima dell'insorgenza dei sintomi fino all'isolamento del caso. Ciò dovrebbe avvenire tramite una telefonata dove possibile. E' mandatorio uno strumento strutturato aziendale per la raccolta dei dati.



2. Sorveglianza attiva ed educazione sanitaria sui contatti identificati:

- a. Tracciare i contatti e classificarli in esposizioni ad alto rischio ("contatto stretto") o esposizioni a basso rischio, come descritto nella tabella 1. Dovrebbero, inoltre, essere raccolte informazioni sull'eventuale appartenenza del contatto a gruppi a rischio (comorbidità, età, categoria professionale, etc.).
- b. Esecuzione del test molecolare o antigenico per SARS-CoV-2 nei contatti sintomatici e asintomatici secondo quanto riportato in Tabella 3.

TABELLA 3. Strategie di esecuzione dei test sui contatti stretti

	Raccomandazione
Contatto stretto sintomatico	Sono casi sospetti e seguono il percorso diagnostico dedicato
Contatto stretto asintomatico convivente del caso primario	Esecuzione del tampone in 10° giornata dalla guarigione del caso primario**. Può essere prevista l'esecuzione di tampone in concomitanza dell'indagine epidemiologica. Si ricorda che in assenza di esecuzione di tampone, la quarantena si interrompe dopo 14 giorni dalla guarigione del caso primario**.
Contatto stretto asintomatico NON convivente del caso primario	Esecuzione del tampone in 10° giornata dall'ultima esposizione. Può essere prevista l'esecuzione di tampone in concomitanza dell'indagine epidemiologica. Si ricorda che in assenza di esecuzione di tampone, la quarantena si interrompe dopo 14 giorni dall'ultima esposizione.

**Il presupposto è l'impossibilità di garantire un efficace isolamento domiciliare; qualora fossero accertate le condizioni logistiche e comportamentali che garantiscano l'efficacia delle misure di isolamento l'esecuzione del secondo tampone è raccomandata in 10° giornata dall'ultima esposizione e l'isolamento proseguirà per 10 giorni dopo l'ultima esposizione.

Follow up dei contatti

I contatti di esposizione ad alto rischio (Tabella 4) devono essere attivamente monitorati dalle autorità sanitarie pubbliche, mentre per l'esposizione a basso rischio i contatti possono auto-monitorare i sintomi osservando le misure di distanziamento sociale ed evitando qualsiasi spostamento. La quarantena deve essere applicata per i contatti con esposizioni ad alto rischio. In caso di comparsa della sintomatologia, i contatti deve autoisolarsi immediatamente e consultare il proprio medico di medicina generale/112 telefonicamente, sempre seguendo le raccomandazioni vigenti.



TABELLA 4. Azioni per il management dei contatti

Azioni	Esposizione ad alto rischio (contatto stretto)	Basso rischio di esposizione
Individuale	<p>Per un periodo di 14 giorni dopo l'ultima esposizione ad un caso di COVID-19 oppure fino alla negatività del tampone eseguito in 10° giornata dopo l'ultima esposizione, i contatti ad alto rischio devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Contattare il personale del Dipartimento di Prevenzione che provvederà a pianificare il percorso per la raccolta del tampone faringeo (anamnesi, timing, etc.) ◆ seguire l'isolamento fiduciario se possibile*; ◆ effettuare automonitoraggio giornaliero dei sintomi compatibili con COVID-19, inclusa febbre di qualsiasi grado, tosse, affaticamento o difficoltà respiratorie; ◆ misurare e registrare la temperatura quotidianamente (i contatti dovrebbero evitare l'uso di farmaci antipiretici prima di misurare la temperatura); ◆ rimanere contattabili per il personale di sanità pubblica; ◆ attuare un'igiene rigorosa delle mani, delle vie respiratorie e delle misure di distanziamento all'interno del proprio nucleo familiare*; ◆ in caso di insorgenza dei sintomi consultare un medico per via telefonica come da raccomandazioni vigenti 	<p>Per un periodo di 14 giorni dopo l'ultima esposizione ad un caso di COVID-19, i contatti a basso rischio devono:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ effettuare automonitoraggio giornaliero dei sintomi compatibili COVID-19 inclusa febbre di qualsiasi grado, tosse, affaticamento o difficoltà respiratorie; ◆ rispettare le misure che prevedono di non effettuare spostamenti; ◆ attuare un'igiene rigorosa delle mani, delle vie respiratorie e delle misure di distanziamento all'interno del proprio nucleo familiare*; ◆ effettuare autoisolamento immediato in caso di insorgenza dei sintomi e consultare un medico per via telefonica come da raccomandazioni vigenti.
Sanità Pubblica	<p>Per un periodo di 14 giorni dopo l'ultima esposizione ad un caso di COVID-19 oppure fino alla negatività del tampone eseguito in 10° giornata dopo l'ultima esposizione, è previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Follow-up attivo dei contatti (ad es. telefonate giornaliere, e-mail, messaggi di testo). I contatti possono essere anche incoraggiati a contattare in modo proattivo gli operatori di sanità pubblica non appena sviluppano una sintomatologia compatibile, al di fuori del follow-up programmato; ◆ Raccolta dei tamponi rinofaringei dei contatti che sviluppano sintomatologia compatibile con il COVID-19 e dei contatti ad alto rischio asintomatici, al timing riportato in tabella 3; 	<p>Per un periodo di 14 giorni dopo l'ultima esposizione ad un caso di COVID-19, è previsto:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◆ Incoraggiare in modo proattivo i contatti a basso rischio a contattare le autorità sanitarie pubbliche nel caso di sviluppo di sintomi compatibili; <p>Se il contatto sviluppa sintomi, seguire le fasi previste si procede con la raccolta del tampone faringeo</p> <p>Sulla base della valutazione del rischio individuale, è possibile prendere in considerazione l'esclusione dal lavoro di coloro che lavorano con persone vulnerabili (ad esempio coloro che forniscono assistenza agli anziani).</p>

* in caso di impossibilità a soggiornare presso il proprio domicilio informare il personale dei Dipartimenti di Prevenzione

Risorse Umane dedicate

Al fine di garantire una sorveglianza epidemiologica e un tracciamento dei contatti efficace deve essere previsto un numero adeguato di professionisti (medici, assistenti sanitari, infermieri, amministrativi, etc.) afferenti al dipartimento di Prevenzione. Il Decreto del Ministero della Salute del 30 Aprile 2020 quantifica il fabbisogno per le attività di indagine epidemiologica (inclusa il data entry), il contact tracing, il monitoraggio dei soggetti in isolamento l'esecuzione dei tamponi, il raccordo con l'assistenza primaria in almeno 1 operatore ogni 10.000 abitanti, coerentemente con quanto stabilito dall'ECDC. In considerazione dell'attuale quadro epidemiologico il fabbisogno per le attività soprariportate ammonta ad almeno 2 operatori ogni 10.000 abitanti.

Regione Liguria: Geolocalizzazione dei casi positivi a Sars-Cov-2

Parallelamente alla tecnologia dipendente dal grado di adesione del singolo individuo, è risultato necessario utilizzare i dati della rete dei laboratori regionali, le informazioni demografiche del territorio ligure e l'anagrafica dei cittadini residenti, al fine di sviluppare uno strumento informatico di geolocalizzazione dei casi positivi a Sars-Cov-2. Questo strumento permette di tracciare in tempo reale l'andamento della patologia sul territorio, identificando l'area geografica (relativa al CAP) interessata da circolazione virale e segnalando il grado di rischio di essa. Report settimanali di geolocalizzazione dei casi COVID-19 saranno inviati alle ASL territorialmente competenti al fine di favorire l'indagine epidemiologica.

Bibliografia di riferimento

CDC Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19)
<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>

ECDC. Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update

Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, et al. Feasibility of controlling 2019-nCoV outbreaks by isolation of cases and contacts. medRxiv. 2020.

Keeling MJ, Hollingsworth TD, Read JM. The efficacy of contact tracing for the containment of the 2019 novel coronavirus (COVID-19). medRxiv. 2020.

Peak CM, Kahn R, Grad YH, Childs LM, Li R, Lipsitch M, et al. Modeling the comparative impact of individual quarantine vs. active monitoring of contacts for the mitigation of COVID-19. medRxiv. 2020.

Bi Q, Wu Y, Mei S, Ye C, Zou X, Zhang Z, et al. Epidemiology and transmission of COVID-19 in Shenzhen China: Analysis of 391 cases and 1 286 of their close contacts. medRxiv. 2020.

Chen N, Zhou M, Dong X, Qu J, Gong F, Han Y, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study. The Lancet. 2020 2020/02/15/;395(10223):507-13.

CDC Centers for Disease Control and Prevention. Coronavirus Disease 2019 (COVID-19). Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Contact Tracing : Part of a Multipronged Approach to Fight the COVID-19 Pandemic.



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

11

Circolare Min. Sal. prot. n.32850 del 12/10/2020 "COVID-19: indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena."

European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Contact tracing: public health management of persons, including healthcare workers, having had contact with COVID-19 cases in the European Union – second update 8 April 2020

WHO. Report of the WHO-China Joint Mission on Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).

<https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/who-china-joint-mission-on-covid-19-final-report.pdf>

Prof. F. Ansaldi

Direttore Dip. P.P.A.C.

Dott. W. Locatelli

Commissario Straordinario



Alisa

Sistema Sanitario Regione Liguria

12

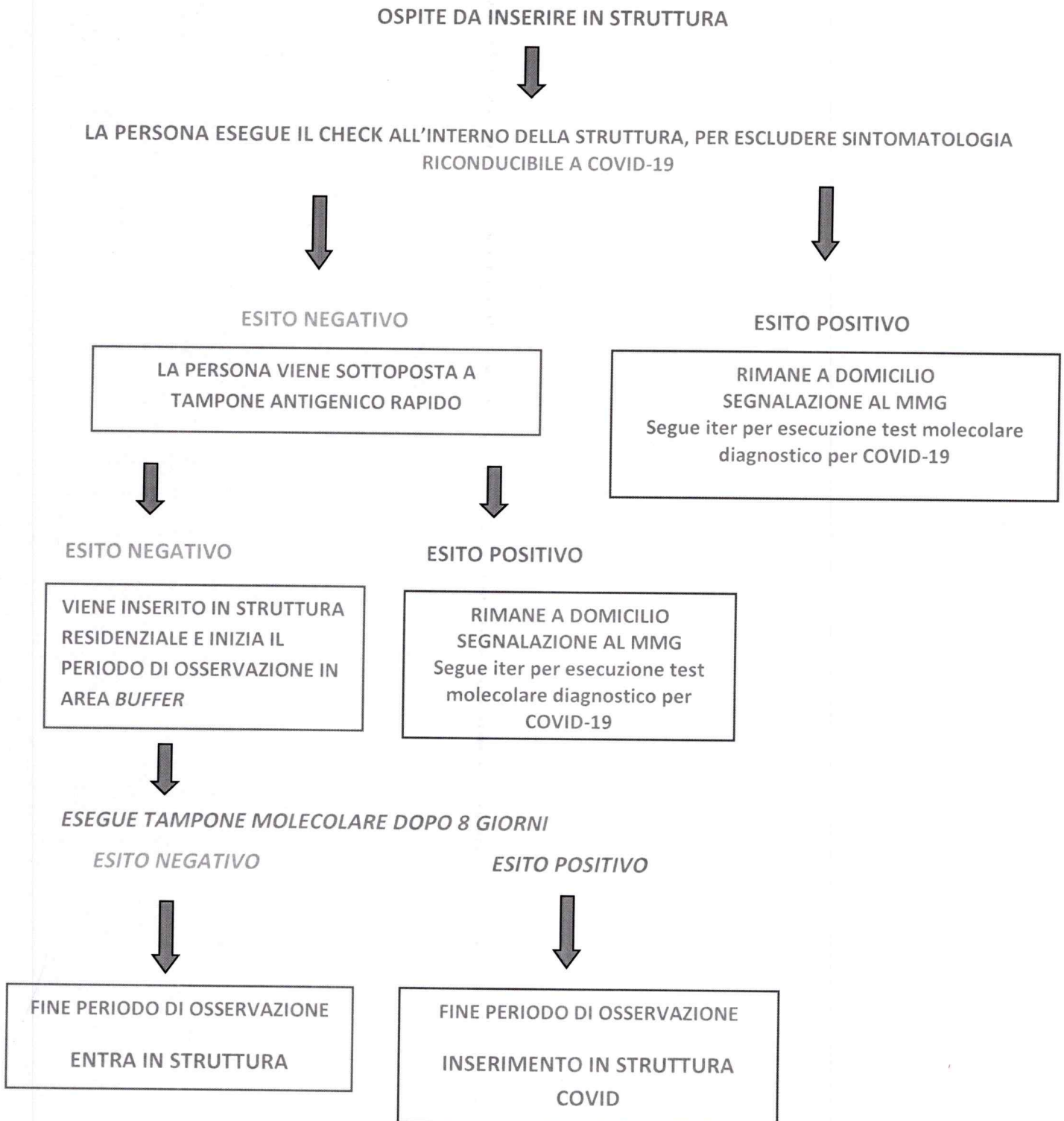
Allegato 1. Componenti tavolo tecnico regionale riunitosi il 15 Ottobre presso A.Li.Sa.

F. Ansaldi
M. Bassetti
F. Copello
S. Giuffrida
A. Gratarola
G. Icardi
W. Locatelli
D. Sossai
G. Ucci
S. Vigna
D. Zappavigna



Allegato sub 2) ALLA DELIBERAZIONE N. 389 DEL 28.10.2020

NUOVE AMMISSIONI PRESSO STRUTTURE RESIDENZIALI DI UTENTI PROVENIENTI DAL DOMICILIO



Allegato sub 3) ALLA DELIBERAZIONE N. 389 DEL 28.10.2020

AUTOCERTIFICAZIONE PER IL RIENTRO NELL'AMBITO DEI SERVIZI SEMIRESIDENZIALI/CENTRI DIURNI

IN CASO DI ASSENZA PER PATOLOGIE NON COVID-CORRELATE

Il/la sottoscritto/a _____ nato/a a _____ il

_____ residente in _____ C.F. _____

in qualità di genitore o figlio/a o titolare della responsabilità di _____

nato/a a _____ il _____

residente in _____ C.F. _____

ASSENTE dal _____ al _____,

DICHIARA

Ai sensi della normativa vigente in materia e consapevole che chiunque rilasci dichiarazioni mendaci è punito ai sensi del codice penale e delle leggi speciali in materia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 46 D.P.R. n. 445/2000):

di aver sentito il Medico di Medicina Generale Dott. _____

il quale non ha ritenuto necessario sottoporlo al percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 come disposto da normativa nazionale e regionale;

chiede pertanto la riammissione presso il servizio semiresidenziale/centro diurno.

Data _____

Il genitore o figlio/a

o titolare della responsabilità



allegato sub 4) *ALA DELIBERAZIONE 389 DEL 28.10.2020*

RIAMMISSIONI IN STRUTTURA EXTRAOSPEDALIERA DI UTENTI RICOVERATI IN OSPEDALE O IN AREE SANITARIE TEMPORANEE COVID DEDICATE

NB: Gli ospedali e le strutture COVID-19, devono fornire alle strutture extraospedaliere di provenienza, oltre relazione documentata dell'iter diagnostico terapeutico, anche la documentazione scritta della refertazione riportante l'esito dell'esame molecolare

LA PERSONA ESEGUE SINGOLO TAMPONE MOLECOLARE IN OSPEDALE NON PRIMA DI 72 ORE
DALLA DIMISSIONE



ESITO NEGATIVO

ESITO POSITIVO

VIENE INVIATO IN STRUTTURA RESIDENZIALE
E POSTO IN AREA *BUFFER* IN OSSERVAZIONE

ENTRA IN STRUTTURA COVID



ESEGUE TAMPONE MOLECOLARE DOPO 8 GIORNI

ESITO NEGATIVO

ESITO POSITIVO



FINE PERIODO DI OSSERVAZIONE
RIENTRA IN STRUTTURA

FINE PERIODO DI OSSERVAZIONE
RICOVERO OSPEDALIERO O
ENTRA IN STRUTTURA COVID