
PROTOCOLLO DI GESTIONE DI SORVEGLIANZA SANITARIA

Si riportano di seguito le indicazioni specifiche per la Sorveglianza sanitaria attiva domiciliare

A. SORVEGLIANZA SANITARIA ATTIVA DOMICILIARE NEI PAZIENTI ASINTOMATICI

Per i soggetti che hanno valutazione epidemiologica positiva, ma asintomatici, è disposta dall'azienda sanitaria territorialmente competente la misura della sorveglianza attiva fiduciaria.

Per i soggetti che, negli ultimi 14 giorni, abbiano fatto ingresso in Italia dopo aver soggiornato nelle aree interessate dall'epidemia, l'azienda sanitaria adotta la misura della permanenza domiciliare fiduciaria con sorveglianza attiva. Qualora vi siano particolari condizioni ostative alla permanenza domiciliare, l'ASL, d'intesa con le competenti Autorità Locali/Protezione Civile, troverà misure alternative di efficacia equivalente.

1. Dopo triage telefonico da parte di:
 - 800.63.63.63
 - MMG/PLS/CA
 - Centrale Operativa
 - Pronto Soccorso
2. il soggetto viene invitato a restare a casa ed essendo positivo alla valutazione epidemiologica e asintomatico viene contattato il Medico di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente (le Aziende USL forniranno alle sedi triage il numero telefonico da contattare)
3. Il medico di Sanità Pubblica:
 - contatta il soggetto e provvede ad approfondire la valutazione epidemiologica compilando la SCHEDA DI SORVEGLIANZA ATTIVA COVID-19 (allegato 2) nella parte di competenza
 - in funzione della valutazione provvede eventualmente a disporre l'isolamento fiduciario
 - attivare il Distretto competente per trasmettere la SCHEDA DI SORVEGLIANZA ATTIVA COVID-19 (allegato 2) (compilata nelle prime sezioni) da utilizzare nella sezione di monitoraggio da parte del sanitario del Distretto
4. Provvede quindi a dare (DOCUMENTO CON INDICAZIONI SPECIFICHE) (allegato 1):
 - idonee informazioni e rassicurazioni sul caso indicando che la sorveglianza ha una durata di 14 gg. salvo diverse e successive disposizioni
 - disposizioni comportamentali d'igiene personale per ridurre al minimo i contatti con altri soggetti
 - raccomandazioni comportamentali ai familiari
 - spiegazioni che verrà contattato una due volte al giorno per monitorare l'eventuale insorgenza di sintomi
 - raccomandazione per controllare l'insorgenza di sintomi
5. Il personale sanitario delle aziende USL:
 - effettua giornalmente (una/due volte al giorno) una rilevazione sulle condizioni cliniche del soggetto registrandole nella sezione di monitoraggio della SCHEDA DI SORVEGLIANZA ATTIVA COVID-19 (allegato 2)

-
6. In caso il soggetto diventa sintomatico si passa al Percorso B.

B. SORVEGLIANZA SANITARIA ATTIVA DOMICILIARE NEI PAZIENTI SINTOMATICI

Per i soggetti che hanno valutazione epidemiologica positiva e sintomatologia lieve, è disposta dall'azienda sanitaria territorialmente competente la misura della sorveglianza attiva domiciliare:

1. Il soggetto positivo alla valutazione epidemiologica e con sintomatologia lieve fin dall'inizio viene contattato tempestivamente il Medico di Igiene e Sanità Pubblica territorialmente competente (le Aziende USL forniranno alle sedi triage il numero telefonico da contattare) e dispone le misure già previste ai punti 2,3,4, e 5 del percorso A
2. Il medico di Sanità Pubblica provvede inoltre:
 - a. ad avvertire il MMG/PLS per la gestione clinica del caso
 - b. a contattare il Distretto per l'esecuzione del tampone entro 24 ore
3. Il personale sanitario delle aziende USL:
 - o provvede ad eseguire il tampone nel rispetto della istruzione operativa specifica e nel rispetto delle DISPOSIZIONI DI VESTIZIONE E SVESTITIZIONE (allegato 3)
 - o provvede a trasportare il tampone al Laboratorio di Microbiologia dell'Azienda Ospedaliera di Perugia utilizzando il MODULO DI RICHIESTA DIAGNOSI TAMPONE CORONAVIRUS (allegato 4).
4. In caso di tampone negativo e il soggetto resta sintomatico va ripetuto il tampone dopo 24 ore
5. In caso di tampone negativo alla seconda determinazione e il soggetto resta sintomatico, il Medico di Sanità Pubblica dispone per la rimozione dell'isolamento fiduciario e della sorveglianza attiva e resta di competenza del MMG/PLS per la sindrome simil-influenzale.
6. In caso di positività e il soggetto resta sintomatico in maniera lieve il Medico di Sanità Pubblica:
 - o mantiene il soggetto in isolamento domiciliare e in sorveglianza attiva
 - o provvede alla notifica della malattia
 - o attiva la sorveglianza contumaciale previa comunicazione al Sindaco inviando NOTA DI ATTIVAZIONE DI SORVEGLIANZA CONTUMACIALE (allegato 5)
 - o provvede ad ampliare la sorveglianza sanitaria ai contatti familiari ed extrafamiliari
 - o contatta il Distretto competente per una valutazione socio-ambientale del soggetto per verificare se ci sono condizioni sfavorevoli per attivare misure idonee per il supporto alla sorveglianza contumaciale
7. I casi confermati di COVID-19 devono rimanere in isolamento fino alla guarigione clinica che dovrebbe essere supportata da assenza di sintomi e tampone naso-faringeo ripetuto due volte a distanza di 24 ore e risultati negativi per presenza di SARS-CoV-2.
8. Qualora le condizioni del soggetto diventano importanti (insorgenza difficoltà respiratoria) viene trasferito mediante 118 in isolamento ospedaliero nelle Strutture di Malattie Infettive

La Regione e le Aziende in collaborazione con le Autorità Locali e la Protezione Civile appronteranno idonee misure in caso di condizioni socio-ambientali sfavorevoli.



Avviso alle famiglie con la persona in isolamento

居家隔离说明通知：

La informiamo che verrà contattato dal personale sanitario di Igiene e Sanità Pubblica una o due volte al giorno al fine di monitorare la eventuale insorgenza di sintomi come febbre, tosse, difficoltà respiratorie. Pertanto è necessario che Lei si misuri la temperatura mattina e sera e tenga il cellulare acceso.

公共卫生人员将会每天与您联系一次至二次，以监测可能出现的症状，例如发烧、咳嗽、呼吸困难，您所需要做的就是早晚两次记录体温，并且将手机保持开机状态。

Rivolgersi telefonicamente a Medico di Medicina generale, a Pediatra di Libera Scelta o al medico di continuità assistenziale o ad un medico di riferimento qualora compaiano sintomi di infezione respiratoria (febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie)
无论何时出现呼吸道感染症状（发烧、干咳、喉咙痛、呼吸困难），请立刻联系医生或医疗机构。

Il virus entra nel corpo attraverso gli occhi, il naso e la bocca, pertanto si raccomandano i seguenti comportamenti:

该病毒通过眼睛，鼻子和嘴巴进入人体，因此建议采取以下方式处理：

Raccomandazioni per la persona in isolamento :

医嘱要求对于疑似感染者的隔离方式：

- Soggiornare in una stanza singola e ben ventilata
独自隔离于通风良好的房间

- Utilizzare una mascherina chirurgica, quando si viene a contatto con i familiari

当有家庭成员进来时，请戴上外科医疗口罩

- Collocare i familiari in un' altra stanza

家庭成员居住在另外的房间

- Disinfettare il termometro con soluzioni contenenti alcol (etanolo) al 75% o a base di cloro all' 1%

dopo ogni misurazione quotidiana della temperatura corporea

每次体温测量后，温度计必须进行消毒

- Utilizzare materiale a perdere come fazzoletti di carta, e preferibilmente anche tovaglioli e stoviglie a perdere

使用一次性材料，例如手巾纸，最好也使用一次性的餐具和餐巾纸

- Mantenere un'adeguata igiene respiratoria. Coprire la bocca e il naso con un fazzoletto di carta quando si starnutisce o tossisce (non con le mani) e gettarlo in contenitori dedicati

尽量保持上呼吸道的清洁卫生，当打喷嚏或咳嗽时，一定要用纸巾遮住口鼻（不能只用手遮）然后立刻丢入专用的垃圾桶中。

- Lavare le mani dopo aver tossito/starnutito

在打喷嚏或咳嗽后要洗手。

-
- Eliminare in sacchetto impermeabile, direttamente dal soggetto, i fazzoletti di carta e il materiale a perdere utilizzato, e chiuderlo bene prima dello smaltimento

隔离者使用过的废弃物，要直接投入有防水塑料袋的垃圾桶里，包含纸巾与使用过的一次性餐具等，专用垃圾要丢弃之前，一定要先将它封紧才能拿出去。

- Evitare di toccarsi il volto (occhi, naso e bocca) con le mani

不要用手触摸脸部和粘膜（即眼睛，鼻子和嘴巴里的分泌物）

- Lavare frequentemente le mani con acqua e sapone e disinfettarle con gel idroalcolico, in particolare dopo l'utilizzo dei servizi igienici, prima e dopo il consumo o la manipolazione di alimenti, ogni volta che sono visibilmente sporche, dopo la manipolazione di oggetti sporchi o potenzialmente contaminati.

经常用肥皂清水洗手，再用水醇凝胶液消毒（gel idroalcolico），尤其是在上厕所后，吃东西或处理食物前后，每当有明显的肮脏、处理脏东西或接触有可能受到污染的器物之后，一定要用如上方式洗手。

- Conservare gli indumenti da lavare ed effetti personali in appositi contenitori chiusi.

将要洗涤的衣服和使用过的个人物品存放在专用的密封袋或容器中。

Raccomandazioni per i familiari nella gestione assistenziale della persona in isolamento

给家庭照护隔离者的护理方式要求：

- Limitare il numero di persone dedicate all'assistenza della persona in isolamento.

专人负责照顾隔离者，并且限制负责人的数量。

- Evitare contatti ravvicinati con la persona in isolamento.

避免与隔离者密切接触。

- Indossare guanti monouso e mascherina per la raccolta di stoviglie e/o indumenti.

收集隔离者的碗碟和/或衣物时请戴上一次性手套和口罩。

- Prestare particolare attenzione alle superfici corporee che sono venute eventualmente in contatto con i fluidi (secrezioni respiratorie, urine, feci) della persona in isolamento.

特别注意与隔离者身体分泌的体液接触（如：呼吸道分泌物，尿液，粪便）。

- Lavare accuratamente le mani e disinfettarle con soluzione idroalcolica dopo aver assistito la persona in isolamento, prima durante e dopo la preparazione di cibo, prima di mangiare, dopo essere andati in bagno, dopo aver toccato animali o le loro deiezioni o più in generale quando le mani sono sporche in qualunque modo.

照护隔离者前后、准备食物、进食、使用厕所后，接触动物或动物粪便后，或者更广泛地只要任何状况脏了手就要彻底洗手并用水醇凝胶液消毒。

Raccomandazioni per la sanificazione ambientale:

关于环境卫生的清洁要求：

- Mantenere buone condizioni igieniche ambientali.

保持良好的环境卫生条件。

-
- Praticare una sistematica pulizia e sanificazione di tutte le superfici con disinfettanti contenenti alcol (etanolo) al 75% o a base di cloro all' 1%

用含75%酒精（乙醇）或1%氯的消毒剂对所有表面进行系统的清洁和消毒。

- Arieggiare periodicamente i locali (ogni 2-3 ore per almeno 10 minuti) e assicurare un' adeguata umidificazione

定时给房间通风（每2-3小时至少10分钟），并确保足够的湿度。

- Pulire e disinfettare i bagni, i locali adibiti alla preparazione, distribuzione e consumo degli alimenti;

仔细清洁消毒浴室，以及用来准备、分发食物和用餐的场所。

- Assicurare la presenza del materiale necessario nei servizi igienici (carta igienica, sapone liquido, disinfettante per le mani, eventualmente salviette monouso).

确保浴室中有必要的卫生用品（厕纸，液体肥皂，洗手液及可能会需要的一次性湿巾）。

- Lavare accuratamente gli alimenti a rischio quali verdura e frutta; assicurare una cottura idonea di carni e uova.

彻底清洗蔬菜和水果等可能有风险性的生食；确保完全煮熟肉类和蛋

- Evitare di mangiare pesci crudi tutti i molluschi e sushi, 不能吃所有生的海鲜以及寿司。

- Evitare di mangiare prodotti di origine animale non cotti

不能吃生肉制做的食品。

- Evitare di toccare animali.
不要触碰动物。

Nell' eventualità si renda necessario il ricovero ospedaliero, nell' attesa dell' arrivo dei sanitari:

在需要住院治疗时等待卫生专员到来的时间里：

- Evitare contatti ravvicinati con la persona malata;
不要与隔离病人密切接触。

- Se disponibile, far indossare una maschera di tipo chirurgico alla persona malata;
如果有准备的话，让隔离病人戴上外科口罩。

Fonti: Ministero della Salute; Società Italiana di Igiene; ECDC

Febbraio/2020资料来源：国家卫生部；意大利卫生学会；ECDC

SCHEDA DI SORVEGLIANZA ATTIVA COVID-19
MONITORAGGIO CONTATTI IN ISOLAMENTO DOMICILIARE FIDUCIARIO
(Esclusivo al momento per rientri dalla Cina secondo i criteri OMS)

Segnalazione data _____ Effettuata da _____

Dati anagrafici		Residenza	
Cognome	_____	Città	_____
Nome	_____	Via	_____ n. _____
Data di nascita	_____ Sesso <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	CAP	_____ Tel. _____

Riferimento familiare		MMG / PIS	
Cognome Nome	_____	Cognome	_____
Telefono	_____	Nome	_____
e-mail	_____	Telefono	_____
		e-mail	_____

Scuola / Altro	Scuola frequentata		Altro	
	Grado	_____	(Indicare)	_____
	Referente	_____	Referente	_____
	Telefono	_____	Telefono	_____
	Indirizzo	_____	Indirizzo	_____

Tempo "0"

Rientro da "zona a rischio" (come definite e aggiornate da WHO) o contatto con "caso sospetto" Data _____

Segni e Sintomi	Respiratori		Sistemici	
	Tosse secca	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Febbre o febbre	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Mal di gola	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
	Difficoltà respiratorie	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Mialgia	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Malessere generalizzato	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			Deterioramento condizioni generali	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
		Gastroenterici		
Diarrea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Nausea	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
Vomito	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>			
		Oculari		
		Iperemia congiuntivale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

TABELLA MONITORAGGIO								
Giorno	data	Ora	T °C	Ora	T °C	Segni Sintomi	Annotazioni salienti	S*
1						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
2						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
3						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
4						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
5						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
6						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
7						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
8						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
9						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
10						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
11						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
12						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
13						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
14						<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

Mediatore Culturale	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Cognome Nome	_____
		Telefono	_____

Il Medico _____

L'infermiere (monitoraggio)

ELENCO DPI e MODALITA' VESTIZIONE E SVESTITIZIONE
PER EMERGENZA CORONOVARIUS COME INDICATI NELLA CIRCOLARE DEL MINISTERO DELLA
SALUTE N. 5443 DEL 20.2.2020

Elenco DPI:

- 2 paia di guanti
- 1 camice monouso
- 1 filtrante facciale (maschera FFP3)
- 1 paio di occhiali di protezione
- Gel alcolico

Si richiama l'attenzione sulla necessità di assicurare la formazione del personale sanitario sulle corrette metodologie per indossare e rimuovere i DPI.

Si raccomandano le seguenti procedure di vestizione/svestizione, rispettando le sequenze di seguito indicate.

Vestizione:

1. Togliere ogni monile e oggetto personale. **PRATICARE L'IGIENE DELLE MANI** con acqua e sapone o soluzione alcolica;
2. Controllare l'integrità dei dispositivi; non utilizzare dispositivi non integri;
3. Indossare un primo paio di guanti;
4. Indossare sopra la divisa il camice monouso;
5. Indossare idoneo filtrante facciale;
6. Indossare gli occhiali di protezione;
7. indossare secondo paio di guanti.

Svestizione:

Regole comportamentali

- evitare qualsiasi contatto tra i DPI potenzialmente contaminati e il viso, le mucose o la cute;
 - i DPI monouso vanno smaltiti nell'apposito contenitore nell'area di svestizione;
 - decontaminare i DPI riutilizzabili;
 - **rispettare la sequenza indicata:**
1. Rimuovere il camice monouso e smaltirlo nel contenitore;
 2. Rimuovere il primo paio di guanti e smaltirlo nel contenitore;
 3. Rimuovere gli occhiali e sanificarli;
 4. Rimuovere la maschera FFP3 maneggiandola dalla parte posteriore e smaltirla nel contenitore;
 5. Rimuovere il secondo paio di guanti;
 6. Praticare l'igiene delle mani con soluzioni alcolica o con acqua e sapone.

Alla Struttura Complessa di Microbiologia
Prof.ssa Antonella Mencacci
Azienda Ospedaliera di Perugia

MODULO DI RICHIESTA

Diagnosi Microbiologica infezione da coronavirus SARS-CoV-2

Cognome e Nome Soggetto _____

Data Nascita _____ Residenza _____

Distretto di Riferimento _____ USL UMBRIA _____

Tessera Sanitaria _____

Telefono _____

Tampone prelevato in data _____

primo tampone secondo tampone

Prelievo disposto dal Dr. _____ Medico di Sanità Pubblica ECV*

Intervenuto per Sorveglianza Sanitaria di "CASO" sintomatico dal _____

Risposta da inviare a _____

Data _____

FIRMA INFERMIERE
(esecutore del Tampone)

ECV* = Medico di Sanità Pubblica individuato dall'Azienda Sanitaria per la Gestione della Sorveglianza Sanitaria –
Emergenza Corona Virus

Al Sig. Sindaco Comune di _____ Pec. _____
RICHIESTA DI ATTIVAZIONE ISOLAMENTO CONTUMACIALE
Il sottoscritto _____ Medico di Sanità Pubblica ECV*
Intervenuto per Sorveglianza Sanitaria del Sig./ra _____
Nato il _____ Residente nel Comune di _____
Via _____ Tel _____
Distretto di Riferimento _____ USL UMBRIA _____
già in ISOLAMENTO FIDUCIARIO dal _____
Positivo al tampone dal _____
CHIEDE alla S.V.
di ATTIVARE L'ISOLAMENTO CONTUMACIALE per 14 giorni a partire dalla data odierna salvo diverse successive disposizioni
Distinti Saluti
Data _____
FIRMA MEDICO _____
Si chiede cortesemente di comunicare la disposizione adottata a _____
ECV* = Medico di Sanità Pubblica individuato dall'Azienda Sanitaria per la Gestione della Sorveglianza Sanitaria – Emergenza Corona Virus

