



**Allegato B**  
**(Revisione 09/09/2021)**

**Linee di indirizzo per la gestione dei casi di infezione da SARS-CoV-2 e dei contatti dei casi**

**INDICE**

<b>1- Definizioni</b> .....	3
<b>2- Azioni conseguenti all'esito della diagnosi di infezione al SARS-CoV-2</b> .....	3
2.1 Azioni conseguenti alla diagnosi di positività (test molecolare o test antigenico di laboratorio) .....	3
2.2 I provvedimenti di isolamento.....	4
2.3 I provvedimenti di quarantena.....	6
2.4 Azioni conseguenti all'esito di Rilevato a bassa carica (Positivo a bassa carica).....	10
<b>3- Gestione dei casi sospetti e confermati di COVID-19 e dei contatti stretti nella popolazione turistica</b> .	11
3.1- Procedura operativa.....	11
3.1.1 <i>Aspetti generali</i> .....	11
3.1.2 <i>Azioni conseguenti all'esito Non Rilevato (Negativo) al tampone</i> .....	12
3.1.3 <i>Azioni conseguenti all'esito Rilevato (Positivo) al tampone</i> .....	12
3.1.4 <i>Gestione casi positivi</i> .....	14
3.1.5 <i>Gestione dei contatti</i> .....	15
3.1.6 <i>Gestione soggetti con esito tempone Rilevato a bassa carica (Positivo a bassa carica)</i> .....	16
3.2- Misure per le strutture ricettive.....	16
3.2.1 <i>Misure da adottare dalla struttura ricettiva alberghiera quando presente un caso sospetto COVID</i> .....	16
3.2.2 <i>Misure da adottare dalla struttura ricettiva extra-alberghiera quando presente un caso sospetto COVID</i> .....	17
3.3- Indicazioni per soggetti in transito su navi da crociera o altri natanti provenienti dall'estero .....	17
3.3.1 <i>Soggetti positivi che restano in Toscana</i> .....	17
3.3.2 <i>Soggetti positivi che non restano in Toscana</i> .....	18
3.3.3 <i>Contatti stretti dei casi</i> .....	18
3.4 Indicazioni per soggetti in transito su aereo proveniente dall'estero .....	18
3.5- Adempimenti riguardanti la registrazione dei casi .....	19



3.6- Costi.....	19
<b>Allegato 1 – Modello prescrizione isolamento domiciliare per caso positivo .....</b>	<b>20</b>
<b>Allegato 2 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto vaccinato contatto stretto (convivente) .....</b>	<b>22</b>
<b>Allegato 3 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto vaccinato contatto stretto (familiare o altro) .....</b>	<b>24</b>
<b>Allegato 4 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato contatto stretto (convivente) .....</b>	<b>26</b>
<b>Allegato 5 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato contatto stretto (familiare o altro) .....</b>	<b>28</b>
<b>Allegato 6 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato contatto stretto di caso variante BETA (convivente) .....</b>	<b>30</b>
<b>Allegato 7 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato contatto stretto di caso variante BETA (familiare o altro) .....</b>	<b>32</b>
<b>Allegato 8 - Attestato Guarigione.....</b>	<b>34</b>
<b>Allegato 9 - Prescrizioni Bassa Carica .....</b>	<b>36</b>
<b>Allegato 10 – Diagramma di flusso valutazione positivi a bassa carica .....</b>	<b>37</b>
<b>Allegato 11 – Sorveglianza diffusione varianti – Modello PEC per trasmissione campione del caso all’AOU di riferimento per il sequenziamento .....</b>	<b>38</b>



## 1- Definizioni

Per le definizioni di caso sospetto e di caso confermato di COVID-19, anche con variante virale sospetta e confermata, si fa riferimento alle attuali vigenti Circolari del Ministero della Salute (prot. 32850 del 12 ottobre 2020 e 22746 del 21 maggio 2021). Per la definizione di contatto stretto dei casi sospetti o confermati di COVID-19 si fa riferimento alla Circolare del Ministero della Salute prot. 18584 del 29/05/2020.

Per la definizione di struttura ricettiva si fa riferimento alla legge regionale 20 dicembre 2016, n. 86 "Testo unico del sistema turistico regionale", ed in particolare:

- per le strutture ricettive di tipo alberghiero gestite per la produzione e l'offerta al pubblico di servizi per l'ospitalità come ad esempio alberghi, campeggi, villaggi turistici, resort ecc. alle disposizioni previste dagli articoli dal 17 al 29 della LR 86/2016;
- per le strutture ricettive extra-alberghiere sia per l'ospitalità collettiva sia con le caratteristiche della civile-abitazione, alle disposizioni previste dagli articoli dal 44 al 49 della LR 86/2016.

Per la definizione di albergo sanitario ed hotel Covid, ivi comprese le caratteristiche impiantistico-strutturali, le modalità di accesso, le funzioni, i servizi offerti e la tipologia di assistenza fornita dalla struttura, si fa riferimento alle indicazioni contenute nell'allegato A della deliberazione della Giunta Regionale 5 luglio 2021, n. 694.

## 2- Azioni conseguenti all'esito della diagnosi di infezione al SARS-CoV-2

### 2.1 Azioni conseguenti alla diagnosi di positività (test molecolare o test antigenico di laboratorio)

Nel caso in cui l'esito dell'analisi del test molecolare per la diagnosi di infezione al SARS-CoV-2, anche su matrice salivare, sia "Rilevato (Positivo)", o l'esito del test antigenico chemio-immunofluorimetrico di laboratorio sia "Rilevato (Positivo) senza necessità di conferma", o l'esito del test antigenico di 3° o ultima generazione sia "Rilevato (Positivo)", sono attivate le seguenti procedure:

- il servizio di Igiene e Pubblica e Nutrizione, anche attraverso le Centrali di Contact Tracing, avvia le attività di contact tracing sulla base delle indicazioni operative contenute nell'allegato A dell'Ordinanza n. 96 del 24/10/2020, apre il caso sulla piattaforma SISPC e svolge l'attività di indagine epidemiologica, da effettuarsi nella maniera più ampia possibile, estendendo la stessa ai contatti intercorsi almeno nei 7 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi, ove presenti, o nei 7 giorni precedenti la data di esecuzione del tampone risultato positivo se il soggetto è asintomatico, richiedendo, altresì, al soggetto l'attivazione delle procedure previste della APP IMMUNI, ove questa sia stata già installata. Si evidenzia che il DPCM del 02/03/2021, prevede che: "al fine di rendere più efficace il contact tracing attraverso l'utilizzo dell'App Immuni, è fatto obbligo all'operatore sanitario del Dipartimento di prevenzione della azienda sanitaria locale, accedendo al sistema centrale di Immuni, di caricare il codice chiave in presenza di un caso di positività".



- Considerando l'esito delle periodiche flash survey organizzate dall'Istituto Superiore di Sanità sulla prevalenza delle varianti del virus SARS-CoV-2 in Italia, si può ritenere sempre presente la condizione di rischio di diffusione di varianti virali e pertanto, pur nell'ambito delle attività di prevenzione e contrasto della diffusione delle Variant Of Concern (VOC) del virus SARS-CoV-2 a livello regionale, è opportuno adottare azioni per razionalizzare e rendere più sostenibili le attività di identificazione della varianti virali. In particolare, ove disponibili metodiche e kit validati per individuare la tipologia di variante attraverso analisi di screening (codice analisi 8855), si ritiene opportuno effettuare il successivo sequenziamento genomico (codice analisi 8854 o 8860) solo in un numero limitato di campioni, rappresentativo da un punto di vista epidemiologico e territoriale, prendendo in considerazione in particolare i campioni risultati positivi di soggetti vaccinati.
- Nel caso in cui per il caso positivo sia stata diagnostica una variante Beta al virus SARS-Co-2, è necessario estendere la ricerca dei contatti, oltre i 7 giorni e sino a 10 giorni, prima dell'insorgenza dei sintomi del caso, o di esecuzione del tampone se il caso è asintomatico, al fine di identificare la possibile fonte di infezione ed estendere ulteriormente il contact tracing ai casi eventualmente individuati;
- Si individua in 24 ore il termine temporale massimo, che possa intercorrere fra la notifica del tampone positivo sulla piattaforma SISPC e l'immissione del caso positivo nella piattaforma dell'ISS, unitamente a tutte le informazioni ivi richieste (l'immissione è effettuata in automatico da SISPC);
- L'immissione del dato nella piattaforma ISS è effettuato automaticamente da SISPC con caricamenti quotidiani nelle ore notturne: in caso di trasferimenti di pazienti positivi da e per altre Regioni sono attivate le procedure di trasferimento della scheda del caso tra le Regioni interessate;
- Al caso positivo deve essere notificato, da parte del servizio di Igiene Pubblica e Nutrizione, il provvedimento di isolamento e devono essere fornite tutte le informazioni necessarie sui comportamenti da adottare per la propria condizione, sulla base del modello riportato nell'Allegato 1 e di quanto riportato nell'Allegato A dell'Ordinanza 96/2020;
- Nell'ipotesi in cui il paziente non viva da solo, il servizio di Igiene Pubblica e Nutrizione effettua una valutazione sulle caratteristiche dell'ambiente domiciliare per valutare la possibilità dell'isolamento domiciliare in sicurezza, per i familiari e conviventi;
- Nel caso in cui la situazione ambientale domiciliare non consenta l'isolamento in sicurezza, al cittadino viene offerta la possibilità dell'isolamento in un albergo sanitario, secondo le modalità di cui all'Ordinanza n. 29 del 07/04/2020. In caso di rifiuto, sia il paziente, sia i familiari e conviventi, indipendentemente dall'esito del tampone, di cui al punto successivo, verranno posti in quarantena;
- Ai familiari e conviventi del caso positivo vengono comunque effettuati gli accertamenti molecolari nei tempi e modi previsti dall'Ordinanza 56/2020;
- I casi confermati di soggetti appartenente a popolazione turistica sono seguite le procedure indicate nel successivo paragrafo 3.



## 2.2 I provvedimenti di isolamento

Per i soggetti positivi il provvedimento di isolamento (Allegato 1) è emesso e revocato sulla base delle indicazioni della Circolare del Ministero della Salute prot. N. 36254 del 11/08/2021, per le quali si prevedono le modalità di seguito indicate:

TIPOLOGIA DI CASO	ASINTOMATICI	SINTOMATICI	POSITIVI A LUNGO <sup>4/39</sup> TERMINE
Caso COVID-19 da variante <b>VOC non Beta</b> sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento	10 giorni di isolamento a partire dalla data del tampone positivo + Test molecolare o antigenico <b>[1]</b> NEGATIVO	10 giorni di isolamento, a partire dalla data di insorgenza dei sintomi, di cui almeno ultimi 3 giorni senza sintomi <b>[2]</b> + Test molecolare o antigenico <b>[1]</b> NEGATIVO	Al termine dei 21 giorni di cui almeno ultimi 7 giorni senza sintomi <b>[3] [4]</b>
Caso COVID-19 <b>con VOC Beta</b> sospetta o confermata	10 giorni di isolamento a partire dalla data del tampone positivo + Test molecolare NEGATIVO	10 giorni di isolamento, a partire dalla data di insorgenza dei sintomi, di cui almeno ultimi 3 giorni asintomatici <b>[2]</b> + Test molecolare NEGATIVO	Test molecolare NEGATIVO

[1] Al fine di stabilire il termine dell'isolamento di un caso confermato COVID-19, in caso di mancata pronta disponibilità di test molecolari o in condizioni d'urgenza determinate dalla necessità di prendere decisioni di sanità pubblica in tempi rapidi, si può ricorrere a test antigenici, quali i test antigenici non rapidi (di laboratorio), i test antigenici rapidi con lettura in fluorescenza e quelli basati su microfluidica con lettura in fluorescenza, che rispondano alle caratteristiche di sensibilità e specificità minime sopra indicate (sensibilità  $\geq 80\%$  e specificità  $\geq 97\%$ , con un requisito di sensibilità più stringente ( $\geq 90\%$ ) in contesti a bassa incidenza).

[2] Esclusi anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo.

[3] Si raccomanda particolare cautela nell'applicazione di tale criterio nei soggetti immunodepressi, in cui il periodo di contagiosità può risultare prolungato. Si raccomanda, altresì, in ogni caso di prevedere l'esecuzione di un test diagnostico molecolare o antigenico per stabilire la fine dell'isolamento di tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze.

[4] È rilasciata un'attestazione di fine isolamento che non consente tuttavia il rientro nel luogo di lavoro e il rientro a scuola per gli studenti. La riammissione a lavoro è consentita solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico come indicato dalla Circolare del Ministero della Salute prot. n. 15127 del 12/04/2021 "Indicazioni per la riammissione in servizio dei lavoratori dopo assenza per malattia Covid-19 correlata". Analogamente la riammissione a scuola degli studenti è consentita solo dopo la negativizzazione del tampone molecolare o antigenico come indicato nel Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID 19 (Anno Scolastico 2021/2022) del Ministero dell'Istruzione prot. AOOGABMI R.0000021 del 14/08/2021.



In caso di riscontro di ulteriore positività al test diagnostico eseguito dopo 10 giorni dalla comparsa dei sintomi o dal tampone risultato positivo negli asintomatici, è consigliabile ripetere il test dopo 7 giorni (17° giorno).

I tamponi per la verifica della guarigione sono richiesti dal Dipartimento di Prevenzione o dal MMG/PdF o dalle USCA come tampone t1: codice nomenclatore 8839 ed il rilascio dell'attestato di guarigione redatto sulla base del modello riportato nell'Allegato 8, avviene successivamente all'esito negativo di un tampone, tranne per i casi positivi a lungo termine con variante VOC non Beta sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento. Il tampone può essere effettuato presso i drive through, compatibilmente con le condizioni cliniche del soggetto e valutando eventuali condizioni di fragilità/disabilità. Nel caso in cui il tampone possa essere effettuato presso i drive through sono fornite il soggetto è autorizzato a recarvisi in deroga alla prescrizione di isolamento fermo restando che non deve avere contatti con altre persone e che deve usare mezzi propri e non pubblici ed i minori sono accompagnati da un genitore, che utilizza adeguata mascherina.

Per i soggetti sprovvisti di valida patente di guida o senza auto di proprietà i prelievi sono effettuati a livello domiciliare.

### 2.3 I provvedimenti di quarantena

Per i contatti il provvedimento di quarantena è emesso sulla base delle indicazioni della Circolare del Ministero della Salute prot. N. 36254 del 11/08/2021, per le quali si prevedono le modalità di seguito indicate:



TIPOLOGIA CONTATTI		ALTO RISCHIO (contatti stretti)	BASSO RISCHIO	MODELLO QUARANTENA
SOGGETTI CHE HANNO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE DA ALMENO 14 GIORNI				
Contatti di casi COVID-19 compresi casi da variante VOC sospetta o confermata (tutte le varianti)	ASINTOMATICO <b>non convivente</b> (classificato in SISPC come Altro) oppure <b>convivente ma in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Familiare)	7 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso + Test molecolare o antigenico NEGATIVO oppure 14 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso anche in assenza di test diagnostico	Non necessaria quarantena.  Mantenere le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.)	Allegato 3
	ASINTOMATICO <b>convivente che non è in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Convivente)	7 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) o dalla data in cui il caso ha ricevuto l'attestazione di fine isolamento per i positivi a lungo termine (per i casi con VOC non Beta) + Test molecolare o antigenico NEGATIVO oppure 14 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) o dalla data in cui il caso ha ricevuto l'attestazione di fine isolamento per i positivi a lungo termine (per i casi con VOC non Beta)		Allegato 2
	SINTOMATICO <b>non convivente</b> (classificato in SISPC come Altro) oppure <b>convivente ma in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Familiare)	Esecuzione di un test molecolare all'esordio dei sintomi o nel tempo più breve possibile dall'esordio dei sintomi, per verificare la presenza di infezione al virus SARS-CoV-2,  7 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso + Test molecolare o antigenico NEGATIVO (salvo che il test molecolare eseguito all'esordio dei sintomi sia stato effettuato entro le 48 ore precedenti il termine della quarantena)		Allegato 3
	SINTOMATICO <b>convivente che non è in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Convivente)	Esecuzione di un test molecolare all'esordio dei sintomi o nel tempo più breve possibile dall'esordio dei sintomi, per verificare la presenza di infezione al virus SARS-CoV-2,  7 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) o dalla data in cui il caso ha ricevuto l'attestazione di fine isolamento per i positivi a lungo termine (per i casi con VOC non Beta) + Test molecolare o antigenico NEGATIVO (salvo che il test molecolare eseguito all'esordio dei sintomi sia stato effettuato entro le 48 ore precedenti il termine della quarantena)		Allegato 2



TIPOLOGIA CONTATTI		ALTO RISCHIO (contatti stretti)	BASSO RISCHIO	MODELLO QUARANTENA
		Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio		-
<b>SOGGETTI NON VACCINATI O CHE NON HANNO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE DA ALMENO 14 GIORNI</b>				
Contatti di casi COVID-19 confermati da variante <b>VOC non Beta</b> sospetta o confermata o per cui non è disponibile il sequenziamento	ASINTOMATICO <b>non convivente</b> (classificato in SISPC come Altro)  oppure <b>convivente ma in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Familiare)	10 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso + Test molecolare o antigenico NEGATIVO  oppure  14 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso anche in assenza di test diagnostico	Non necessaria quarantena. Mantenere le comuni precauzioni igienico-sanitarie (indossare la mascherina, distanziamento fisico, igienizzazione frequente delle mani, seguire buone pratiche di igiene respiratoria, ecc.)	7/39  Allegato 5
	ASINTOMATICO <b>convivente che non è in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Convivente)	10 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) o dalla data in cui il caso ha ricevuto l'attestazione di fine isolamento per i positivi a lungo termine + Test molecolare o antigenico NEGATIVO  oppure  14 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) o dalla data in cui il caso ha ricevuto l'attestazione di fine isolamento per i positivi a lungo termine		Allegato 4
	SINTOMATICO <b>non convivente</b> (classificato in SISPC come Altro)  oppure <b>convivente ma in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Familiare)	Esecuzione di un test molecolare all'esordio dei sintomi o nel tempo più breve possibile dall'esordio dei sintomi, per verificare la presenza di infezione al virus SARS-CoV-2,  10 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso + Test molecolare o antigenico NEGATIVO (salvo che il test molecolare eseguito all'esordio dei sintomi sia stato effettuato entro le 48 ore precedenti il termine della quarantena)		Allegato 5
	SINTOMATICO <b>convivente che non è in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Convivente)	Esecuzione di un test molecolare all'esordio dei sintomi o nel tempo più breve possibile dall'esordio dei sintomi, per verificare la presenza di infezione al virus SARS-CoV-2,  10 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) o dalla data in cui il caso ha ricevuto l'attestazione di fine isolamento per i positivi a lungo termine + Test molecolare o antigenico NEGATIVO (salvo che il test molecolare eseguito all'esordio dei sintomi sia stato effettuato entro le 48 ore precedenti il		Allegato 4



TIPOLOGIA CONTATTI		ALTO RISCHIO (contatti stretti)	BASSO RISCHIO	MODELLO QUARANTENA
		termine della quarantena		
	Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio			-
<b>SOGGETTI NON VACCINATI O CHE NON HANNO COMPLETATO IL CICLO VACCINALE DA ALMENO 14 GIORNI</b>				<b>8/39</b>
Contatti di casi COVID-19 da variante <b>VOC Beta</b> sospetta o confermata	ASINTOMATICO <b>non convivente</b> (classificato in SISPC come Altro) oppure <b>convivente ma in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Familiare)	10 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso + Test molecolare o antigenico NEGATIVO	Stesse misure per i contatti ad alto rischio	Allegato 7
	ASINTOMATICO <b>convivente che non è in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Convivente)	10 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) + Test molecolare o antigenico NEGATIVO	Stesse misure per i contatti ad alto rischio	Allegato 6
	SINTOMATICO <b>non convivente</b> (classificato in SISPC come Altro) oppure <b>convivente ma in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Familiare)	Esecuzione di un test molecolare all'esordio dei sintomi o nel tempo più breve possibile dall'esordio dei sintomi, per verificare la presenza di infezione al virus SARS-CoV-2,  10 giorni di quarantena a partire dalla data di ultimo contatto con il caso + Test molecolare o antigenico NEGATIVO (salvo che il test molecolare eseguito all'esordio dei sintomi sia stato effettuato entro le 48 ore precedenti il termine della quarantena)	Stesse misure per i contatti ad alto rischio	Allegato 7
	SINTOMATICO <b>convivente che non è in grado di restare isolato</b> (classificato in SISPC come Convivente)	Esecuzione di un test molecolare all'esordio dei sintomi o nel tempo più breve possibile dall'esordio dei sintomi, per verificare la presenza di infezione al virus SARS-CoV-2,  10 giorni di quarantena a partire dalla data in cui il caso convivente si è negativizzato (data del prelievo che ha dato esito negativo) + Test molecolare o antigenico NEGATIVO (salvo che il test molecolare eseguito all'esordio dei sintomi sia stato effettuato entro le 48 ore precedenti il termine della quarantena)	Stesse misure per i contatti ad alto rischio	Allegato 6
	Sorveglianza attiva se operatori sanitari/personale di laboratorio			Sorveglianza passiva se



TIPOLOGIA CONTATTI	ALTO RISCHIO (contatti stretti)	BASSO RISCHIO	MODELLO QUARANTENA
		operatori sanitari/personale di laboratorio	



Si raccomanda in ogni caso di prevedere l'esecuzione di un test diagnostico a fine quarantena per tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con **soggetti fragili e/o a rischio di complicanze**.

Il tampone molecolare o il test antigenico può essere effettuato presso i drive through, compatibilmente con le condizioni cliniche del soggetto e valutando eventuali condizioni di fragilità/disabilità. Nel caso in cui il tampone molecolare o il test antigenico possa essere effettuato presso i drive through il soggetto è autorizzato a recarsi in deroga alla prescrizione di quarantena fermo restando che non deve avere contatti con altre persone, salvo un eventuale accompagnatore che utilizza adeguata mascherina, e che deve usare mezzi propri e non pubblici.

Si evidenzia che quando un soggetto risulta contatto di più casi contemporaneamente (come ad esempio nei focolai familiari), tale contatto deve essere registrato nella pratica di tutti i casi in cui è coinvolto. Di conseguenza il soggetto contatto contemporaneo di più casi riceverà più provvedimenti di quarantena.

Inoltre, in ottemperanza alla Circolare del Ministero prot. N. 26254 dell'11/08/2021, si evidenzia quanto segue: le persone risultate positive che abbiano terminato il proprio isolamento e che presentino allo stesso tempo nel proprio nucleo abitativo uno o più persone positive ancora in isolamento (ovvero casi COVID-19 riconducibili allo stesso cluster familiare), possono essere riammessi in comunità senza necessità di sottoporsi ad un ulteriore periodo di quarantena, a condizione che sia possibile assicurare un adeguato e costante isolamento dei conviventi positivi (come da indicazioni fornite nel Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2020 Rev. "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19", versione del 24 luglio 2020). In caso contrario, qualora non fosse possibile assicurare un'adeguata e costante separazione dai conviventi ancora positivi, le persone che abbiano già terminato il proprio isolamento, dovranno essere sottoposte a quarantena fino al termine dell'isolamento di tutti i conviventi. Pertanto, qualora non fosse possibile assicurare un'adeguata e costante separazione dai conviventi ancora positivi, le persone che abbiano già terminato il proprio isolamento riceveranno contestualmente ed all'interno del provvedimento di guarigione anche un provvedimento di quarantena di durata dipendente dal periodo necessario alla guarigione di tutti i conviventi positivi.

#### 2.4 Azioni conseguenti all'esito di Rilevato a bassa carica (Positivo a bassa carica)

Nel caso in cui l'esito delle analisi per la diagnosi di infezione al SARS-CoV-2 sia "Rilevato a bassa carica (Positivo a bassa carica)", il servizio di Igiene Pubblica e Nutrizione dispone l'isolamento del soggetto, utilizzando il modello di cui all'Allegato 9, e provvede alla prescrizione e prenotazione di un tampone molecolare di conferma entro 24 ore dalla notifica del tampone "Positivo a bassa carica" sulla piattaforma SISPC. Il servizio di Igiene Pubblica e Nutrizione prende in carico con le stesse modalità anche soggetti che hanno eseguito il test diagnostico presso laboratori privati, il cui esito è risultato "Rilevato (Positivo) a bassa carica".

L'esito di tampone molecolare positivo a bassa carica è comunicato al MMG/PDF attraverso le funzionalità di SISPC.

In attesa del risultato del tampone di conferma il soggetto rimane a casa. Se il soggetto è asintomatico nessuna restrizione è prevista per i familiari di qualsiasi età, mentre se il soggetto è



sintomatico eventuali fratelli/sorelle o figli del soggetto positivo a bassa carica che frequentano il nido o la scuola materna, non possono frequentare fino al risultato negativo del tampone.

Sulla base dell'esito del tampone di conferma si identificano i seguenti scenari:

Esito tampone di conferma	Azione conseguente
Negativo	Si ritiene caso "non confermato" ed è disposta la fine dell'isolamento del soggetto
Positivo/Rilevato	Si attivano le procedure previste per le positività
Positivo/Rilevato a bassa carica	Si ritiene caso positivo e si attivano le procedure previste per le positività

Il percorso è riassunto nel diagramma di flusso indicato nell'Allegato 10.

### 3- Gestione dei casi sospetti e confermati di COVID-19 e dei contatti stretti nella popolazione turistica

#### 3.1- Procedura operativa

##### 3.1.1 Aspetti generali

Nel caso in cui un ospite all'interno di una struttura ricettiva della Toscana, come definita nel precedente paragrafo 1, manifesti una sintomatologia suggestiva di COVID-19 (febbre, tosse secca, mal di gola, difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi e alterazione del gusto e dell'olfatto) deve comunicarlo tempestivamente alla direzione della struttura ricettiva alberghiera o al gestore della struttura ricettiva extra-alberghiera.

La direzione della struttura ricettiva alberghiera o il gestore della struttura ricettiva extra-alberghiera, ricevuta la segnalazione, in caso di emergenza-urgenza attiva direttamente il servizio 118. In tutti gli altri casi possono essere attivati:

- nei giorni feriali, dalle ore 08.00 alle ore 20.00 i Servizi di Guardia Medica Turistica, laddove attivati dalle Aziende USL, oppure Medici di medicina generale, attraverso l'istituto delle visite occasionali, così come previsto dall'A.C.N.;
- tutti i giorni, nelle ore notturne, dalle ore 20.00 alle ore 08.00 e nei giorni festivi e prefestivi la Continuità Assistenziale (Guardia Medica) operante su tutto il territorio regionale.

Il personale medico sopra indicato, in caso di necessità, attiva le Unità Speciale di Continuità Assistenziale - USCA (DGRT n. 393 del 23.03.2020). In coerenza con le indicazioni tecniche contenute nell'Allegato A dell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 34 del 14/04/2020 e nell'Allegato A della deliberazione della Giunta Regionale n. 61 del 01/02/2021 e s.m.i., il medico dell'USCA valuta telefonicamente la situazione mettendosi in contatto direttamente con il soggetto segnalato, avvalendosi, se del caso, di idoneo mediatore culturale,



per eseguire un'accurata anamnesi. Sulla base dei dati raccolti il medico USCA può adottare 3 interventi:

1. In caso di urgenza attiva il 118;
2. Se le condizioni cliniche richiedono un controllo medico in tempi rapidi, invia immediatamente il personale USCA, che esegue la visita medica ed il prelievo del campione per la diagnosi virologica (tampone). Se la telefonata arriva dopo le ore 20.00 il medico USCA eseguirà l'intervento la mattina successiva. Se durante la notte si presentassero modifiche o aggravamenti delle condizioni cliniche, è sempre possibile l'attivazione del 118;
3. Se le condizioni cliniche consentono di procrastinare l'intervento medico a un momento successivo alla diagnosi virologica, il medico USCA organizza l'esecuzione del tampone naso-oro-faringeo entro 24 ore dal contatto telefonico con il caso sospetto. Il tampone è effettuato presso la struttura ricettiva. La visita del medico sarà effettuata sulla base dell'esito del tampone.

### 3.1.2 Azioni conseguenti all'esito Non Rilevato (Negativo) al tampone

Nel caso in cui l'esito delle analisi per la diagnosi di infezione al SARS-CoV-2 sia "Non Rilevato (Negativo)", è proposto, se del caso, l'intervento della guardia medica ove non sia possibile per l'ospite avvalersi di un servizio medico di carattere libero-professionale o disponibile sulla base di polizze assicurative private.

### 3.1.3 Azioni conseguenti all'esito Rilevato (Positivo) al tampone

Nel caso in cui l'esito delle analisi per la diagnosi di infezione al SARS-CoV-2 sia "Rilevato (Positivo)" sono attivate le seguenti procedure previste dal paragrafo 1.2.

Le attività di contact tracing son effettuate sulla base delle indicazioni contenute nelle Circolari del Ministero della Salute prot. N. 32476 del 19/07/2021 (Contact tracing dei soggetti positivi al SARS-CoV-2 diagnosticati a seguito di ingresso in territorio nazionale dall'estero attraverso qualsiasi mezzo di trasporto) e prot. N. 32567 del 20/07/2021 (Aggiornamento delle modalità di condivisione delle informazioni tra gli Uffici Ministeriali (DGP/USMAF/SASN) e le Regioni riguardanti le attività di contact tracing dei casi di Covid 19).

Se dalle attività di contact tracing risulta una storia di viaggio nel periodo di osservazione del tracciamento, e sia necessario trasferire alla Regione Toscana informazioni riguardanti viaggiatori positivi, o contatti di casi, è possibile utilizzare anche il client ZIMBRA avendo cura di indicare almeno le informazioni riportate nella seguente tabella:

Per casi COVID-19

CASO COVID 19	
DATA INCHIESTA	Esempio: 22/07/2021
ID CASO	Esempio: 12345678
CODICE FISCALE	Esempio: RSSMRA66H21D458Y
COGNOME	Esempio: ROSSI
NOME	Esempio: MARIO



DATA NASCITA		Esempio: 21/06/1966
COMUNE RESIDENZA		Esempio: MILANO
INDIRIZZO RESIDENZA		Esempio: PIAZZA GARIBALDI, 5
COMUNE DOMICILIO		Esempio: FOLLONICA (GR) 12/39
INDIRIZZO DOMICILIO		Esempio: VIA TOSCANA, 12 casa privata
RECAPITO TELEFONICO		Esempio: 3331234567
E-MAIL		Esempio: mario.rossi@gmail.com
DATA INIZIO SINTOMI		Esempio: 19/07/2021
DATA TAMPONE POSITIVO		Esempio: 21/07/2021
TIPOLOGIA TEST		Esempio: MOLECOLARE
EVENTUALE VARIANTE IDENTIFICATA		Esempio: DELTA (B.1.617.2)
Date e luoghi di soggiorno (compresi luoghi visitati come mostre, musei, ospedali etc)		
Informazioni sul mezzo di trasporto (data di partenza e arrivo, luogo di partenza e arrivo, compagnia aerea/ferroviaria/navale, numero volo, numero di treno e carrozza, specifiche della nave/traghetto, numero di posto occupato)		
Eventuali contatti identificati residenti in altra regione		
NOTE		Esempio: 11/06/2021 Prima dose vaccino COMIRNATY PFIZER - BIONTECH VIVE SOLO NON RISULTANO CONTATTI STRETTI NELLE 48 ORE PRECEDENTI LA DATA INIZIO SINTOMI

Per contatti di casi:

DATI CASO INDICE COVID 19	
CODICE FISCALE	Esempio: RSSMRA66H21D458Y
COGNOME	Esempio: ROSSI
NOME	Esempio: MARIO
DATA NASCITA	Esempio: 21/06/1966
COMUNE RESIDENZA	Esempio: MILANO
INDIRIZZO RESIDENZA	Esempio: PIAZZA GARIBALDI, 5
DATA INIZIO SINTOMI	Esempio: 19/07/2021
DATA TAMPONE POSITIVO	Esempio: 21/07/2021
TIPOLOGIA TEST	Esempio: MOLECOLARE
EVENTUALE VARIANTE IDENTIFICATA	Esempio: DELTA (B.1.617.2)

DATI CONTATTO CASO INDICE COVID 19	
CODICE FISCALE	Esempio: BNCFR90H24D612Z
COGNOME	Esempio: BIANCHI
NOME	Esempio: FRANCESCO



DATA NASCITA	Esempio: 24/06/1990
COMUNE RESIDENZA	Esempio: BOLOGNA
INDIRIZZO RESIDENZA	Esempio: VIALE MAZZINI, 12
COMUNE DOMICILIO	Esempio: FOLLONICA (GR)
INDIRIZZO DOMICILIO	Esempio: VIA TOSCANA, 12 casa privata
RECAPITO TELEFONICO	Esempio: 3337654321
E-MAIL	Esempio: francesco.bianchi@gmail.com
DATA ULTIMO CONTATTO CON CASO INDICE	Esempio: 20/07/2021
ESITI TAMPONI EFFETTUATI DOPO CONTATTO CON CASO INDICE (se effettuati)	Esempio: 23/07/2021 - NEGATIVO

La email di segnalazione deve essere sempre inviata agli indirizzi mail di Regione Toscana come indicato al paragrafo "PROCEDURE PER LA TRASMISSIONE DI COMUNICAZIONI TRA CENTRALI E REGIONE TOSCANA" delle indicazioni operative per le CCT.

Nel caso in cui sia necessario trasferire alla Regione Toscana informazioni riguardanti contatti stretti fuori Regione, è necessario inviare una email agli indirizzi regionali sopra indicati, contenente le informazioni riguardanti il caso e le generalità del contatto ivi comprese le relative informazioni necessarie al tracciamento incluse indirizzo di residenza, comune e telefono:

#### 3.1.4 Gestione casi positivi

Per la gestione dei casi positivi si prevedono le seguenti possibilità:

- il trasferimento presso il domicilio/residenza del caso con mezzi propri del caso se le condizioni di salute lo consentono (soggetto asintomatico) e se il luogo di domicilio/residenza ha una distanza indicativamente non superiore ai 400 Km;
- il trasferimento protetto del caso presso il suo domicilio/residenza da parte di mezzo sanitario a cura della compagnia del vettore o dell'operatore turistico o di eventuale compagnia assicurativa, ove disponibili;
- il trasferimento protetto presso albergo sanitario o ospedale con mezzo sanitario dell'Az. USL competente per territorio, nel caso in cui le condizioni cliniche lo richiedano.

Il trasferimento di un caso positivo presso il proprio domicilio all'interno del territorio nazionale, è gestito dall'azienda USL territorialmente competente previa valutazione della fattibilità con la Regione/ASL di residenza.

A tal fine l'Az. USL territorialmente competente che ha in carico il caso positivo prende contatto con l'Az. USL di destinazione per informarla della richiesta di trasferimento.

L'Az. USL di destinazione valuta la richiesta di trasferimento e, se del caso, rilascia il parere positivo al trasferimento, che il caso positivo porterà con sé durante il viaggio in modo da poterlo esibire su richiesta dalle forze di pubblica sicurezza.



Contestualmente, l'Az. USL che ha in carico la persona si accerta che lo stato di salute del caso permetta di affrontare il viaggio e, se il trasferimento avviene con mezzi personali del caso, raccoglie una autodichiarazione mediante la quale il caso:

- fornisce l'indirizzo di destinazione dove proseguirà l'isolamento;
- fornisce numero di cellulare ed indirizzo e-mail; 14/39
- dichiara di essere in buone condizioni di salute per poter affrontare il viaggio;
- dichiara il tragitto che intende seguire per il ritorno a casa;
- dichiara di osservare tutte le misure di prevenzione e protezione necessarie al fine di evitare possibili esposizioni (utilizzo della mascherina, igienizzazione delle mani, nessuna sosta durante il tragitto);
- dichiara di informare le Az. USL di partenza e di destinazione nel caso in cui si rendano assolutamente necessari eventuali cambi di itinerario o accidentali contatti con altre persone);
- dichiara di non effettuare soste durante il tragitto;
- di informare l'Ufficio Igiene Pubblica dell'Az. USL territorialmente competente ed il medico di medicina generale successivamente al rientro nel proprio domicilio.

Tutte le informazioni/documentazione vengono condivise con la ASL/Regione di provenienza e di destinazione e con il Ministero della Salute.

### 3.1.5 Gestione dei contatti

Per la gestione dei contatti si prevedono le seguenti possibilità:

- il trasferimento presso il domicilio/residenza del contatto con mezzi propri del contatto se il luogo di domicilio/residenza ha una distanza indicativamente non superiore ai 400 Km;
- il trasferimento del contatto presso il suo domicilio/residenza da parte di mezzo sanitario a cura della compagnia del vettore o dell'operatore turistico o di eventuale compagnia assicurativa, ove disponibili;
- il trasferimento presso hotel Covid con mezzo sanitario dell'Az. USL competente per territorio.

Il trasferimento di un contatto presso il proprio domicilio all'interno del territorio nazionale, è gestito dall'azienda USL territorialmente competente previa valutazione della fattibilità con la Regione/ASL di residenza.

A tal fine l'Az. USL territorialmente competente che ha in carico il contatto prende contatto con l'Az. USL di destinazione per informarla della richiesta di trasferimento.

L'Az. USL di destinazione valuta la richiesta di trasferimento e, se del caso, rilascia il parere positivo al trasferimento, che il contatto porterà con sé durante il viaggio in modo da poterlo esibire su richiesta dalle forze di pubblica sicurezza.



Contestualmente, l'Az. USL che ha in carico la persona si accerta se il trasferimento avviene con mezzi personali del contatto, raccoglie una autodichiarazione mediante la quale il contatto:

- fornisce l'indirizzo di destinazione dove proseguirà la quarantena;
- fornisce numero di cellulare ed indirizzo e-mail;
- dichiara di essere in buone condizioni di salute per poter affrontare il viaggio;
- dichiara il tragitto che intende seguire per il ritorno a casa; 15/39
- dichiara di osservare tutte le misure di prevenzione e protezione necessarie al fine di evitare possibili esposizioni (utilizzo della mascherina, igienizzazione delle mani, nessuna sosta durante il tragitto);
- dichiara di informare le Az. USL di partenza e di destinazione nel caso in cui si rendano assolutamente necessari eventuali cambi di itinerario o accidentali contatti con altre persone);
- dichiara di non effettuare soste durante il tragitto;
- di informare l'Ufficio Igiene Pubblica dell'Az. USL territorialmente competente ed il medico di medicina generale successivamente al rientro nel proprio domicilio.

Tutte le informazioni/documentazione vengono condivise con la ASL/Regione di provenienza e di destinazione e con il Ministero della Salute.

### *3.1.6 Gestione soggetti con esito tempore Rilevato a bassa carica (Positivo a bassa carica)*

Nel caso in cui l'esito delle analisi per la diagnosi di infezione al SARS-CoV-2 sia "Rilevato a bassa carica (Positivo a bassa carica)", sono seguite le indicazioni riportate nel paragrafo 2.4.

## 3.2- Misure per le strutture ricettive

Le strutture ricettive della Toscana, fermo restando l'applicazione delle indicazioni contenute nelle schede tecniche delle Linee guida per la ripresa delle attività economiche, produttive e ricreative, di cui all'Ordinanza del Ministro della Salute del 29 maggio 2021, ed eventuali successive modifiche ed integrazioni, forniscono agli ospiti un'adeguata informazione in merito alle procedure contenute nel presente documento.

### *3.2.1 Misure da adottare dalla struttura ricettiva alberghiera quando presente un caso sospetto COVID*

Nell'attesa dell'intervento sanitario la direzione della struttura ricettiva alberghiera deve adottare le seguenti misure, al fine di ridurre al minimo il rischio di contagio:

- far indossare all'ospite ed agli eventuali ospiti accompagnatori una mascherina chirurgica;
- ridurre al minimo i contatti con altre persone e indirizzare l'ospite ed eventuali altri ospiti accompagnatori alla propria stanza o a un ambiente isolato con la porta chiusa, garantendo una adeguata ventilazione naturale;



- escludere l'impianto di ricircolo dell'aria, se possibile;
- effettuare il servizio di consegna pasti o bevande in camera lasciando il vassoio fuori dalla porta;
- eventuali necessità improrogabili che comportino l'ingresso di personale nella stanza dovranno essere svolte da personale che utilizza gli opportuni dispositivi di protezione individuale e che devono lavarsi accuratamente le mani dopo le attività svolte nella stanza dell'ospite;
- fornire sacchetti impermeabili all'ospite, per conferire eventuali fazzoletti di carta ed altro materiale. I rifiuti sono smaltiti come rifiuti non differenziati.

Nel caso in cui fosse confermato il caso di Covid-19, la direzione della struttura ricettiva alberghiera dopo il trasferimento del caso e degli eventuali contatti stretti nell'albergo sanitario, effettua un'accurata pulizia e disinfezione delle stanze e dei locali frequentati da tali ospiti secondo le procedure indicate nel Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 Versione del 20 maggio 2021 – "Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: ambienti/superfici".

### *3.2.2 Misure da adottare dalla struttura ricettiva extra-alberghiera quando presente un caso sospetto COVID*

Nell'attesa dell'intervento sanitario il gestore della struttura ricettiva extra-alberghiera deve chiedere agli ospiti di adottare le seguenti misure, al fine di ridurre al minimo il rischio di contagio:

- far indossare all'ospite ed agli eventuali ospiti accompagnatori una mascherina chirurgica;
- ridurre al minimo i contatti con altre persone e indirizzare l'ospite ed eventuali altri ospiti accompagnatori alla propria stanza o a un ambiente isolato con la porta chiusa, garantendo una adeguata ventilazione naturale;
- escludere l'impianto di ricircolo dell'aria, se possibile;
- eventuali necessità improrogabili che comportino l'ingresso di personale nella stanza dovranno essere svolte da personale che utilizza gli opportuni dispositivi di protezione individuale e che devono lavarsi accuratamente le mani dopo le attività svolte nella stanza dell'ospite;
- fornire sacchetti impermeabili all'ospite, per conferire eventuali fazzoletti di carta ed altro materiale. I rifiuti sono smaltiti come rifiuti non differenziati.

Nel caso in cui fosse confermato il caso di Covid-19, il gestore della struttura ricettiva extra-alberghiera dopo il trasferimento del caso e degli eventuali contatti stretti nell'albergo sanitario, effettua un'accurata pulizia e disinfezione delle stanze e dei locali frequentati da tali ospiti secondo le procedure indicate nel Rapporto ISS COVID-19 n. 25/2020 Versione del 20 maggio 2021 – "Raccomandazioni ad interim sulla sanificazione di strutture non sanitarie nell'attuale emergenza COVID-19: ambienti/superfici".



### 3.3- Indicazioni per soggetti in transito su navi da crociera o altri natanti provenienti dall'estero

Nel caso in cui si registrino casi su navi da crociera o altri natanti provenienti dall'estero il tracciamento dei contatti a bordo è effettuato da USMAF.

#### *3.3.1 Soggetti positivi che restano in Toscana*

USMAF dispone lo sbarco per i soggetti positivi che restano in Toscana. I soggetti positivi sono presi in carico dal Dipartimento di Prevenzione dell'Az. USL competente per territorio rispetto al luogo di sbarco, che, sulla base delle loro condizioni cliniche e della distanza tra punto di sbarco e luogo di domicilio/residenza, valuta:

- il trasferimento presso il domicilio/residenza del soggetto positivo con veicolo di proprietà o di familiari del medesimo soggetto (non è consentito l'uso di alcun mezzo pubblico per il rientro al domicilio);
- il trasferimento protetto del soggetto positivo presso il suo domicilio/residenza da parte di mezzo sanitario a cura della compagnia del vettore o dell'operatore turistico o di eventuale compagnia assicurativa, ove disponibili;
- il trasferimento protetto presso albergo sanitario o ospedale con mezzo sanitario dell'Az. USL competente per territorio, nel caso in cui le condizioni cliniche lo richiedano.

Una volta a destinazione è effettuato un test molecolare al soggetto positivo a cura dell'Az. USL competente per territorio rispetto al luogo di permanenza.

La Centrale di Contact Tracing competente per territorio rispetto al luogo di permanenza provvede all'emissione del provvedimento di isolamento.

#### *3.3.2 Soggetti positivi che non restano in Toscana*

USMAF sulla base delle condizioni cliniche dei soggetti e della distanza tra punto di sbarco e luogo di domicilio/residenza dei medesimi soggetti valuta la possibilità del trasferimento del soggetto positivo. Nel caso in cui il trasferimento sia possibile, USMAF comunica al Ministero della Salute i dati dei soggetti che sono trasferiti in località diverse dalla Toscana e la modalità di trasferimento. Il Ministero della Salute comunica i dati sopraindicati alle Regioni/Province autonome competenti per territorio per i provvedimenti di competenza.

L'Az. USL competente per il luogo di sbarco non emette provvedimenti di isolamento dei casi e di quarantena dei contatti.

#### *3.3.3 Contatti stretti dei casi*

Per i contatti stretti dei soggetti positivi. USMAF valuta l'eventuale permanenza a bordo, se trattasi di nave da crociera o mezzo di trasporto simile, in adeguate condizioni di isolamento per il periodo della quarantena, oppure lo sbarco (ad esempio se familiari o appartenenti allo stesso



gruppo del soggetto positivo) per il rientro al proprio domicilio, ove possibile, o la permanenza presso hotel Covid a spese della compagnia del vettore o dell'operatore turistico.

### 3.4 Indicazioni per soggetti in transito su aereo proveniente dall'estero

Si prevedono le seguenti procedure

- a. passaggero che allo sbarco manifesta sintomatologia sospetta di COVID ma in possesso di esito negativo del tampone eseguito entro 48h precedenti al volo: USMAF chiede l'attivazione del 118 se le condizioni cliniche del soggetto richiedono il ricovero presso struttura ospedaliera. Il Presidio Ospedaliero provvede ad effettuare il test per la diagnosi di infezione a SARS-CoV-2. Se il test risulta positivo, USMAF chiede al vettore la lista dei passeggeri comprensiva dell'informazione dei posti occupati nell'aeromobile. La lista dei passeggeri è trasmessa all'Ufficio V del Ministero della Salute che comunica le informazioni alle Regioni/Province autonome competenti per territorio per i provvedimenti di competenza;
- b. passaggero che risulta positivo al tampone eseguito allo sbarco: il soggetto positivo è preso in carico dal Dipartimento di Prevenzione dell'Az. USL competente per territorio rispetto al luogo di sbarco, che, in accordo con USMAF e sulla base delle loro condizioni cliniche e della distanza tra punto di sbarco e luogo di domicilio/residenza, valuta se attivare il trasferimento del soggetto con le modalità di cui al punto 3.3.1 o 3.3.2. USMAF chiede al vettore la lista dei passeggeri comprensiva dell'informazione dei posti occupati nell'aeromobile. La lista dei passeggeri è trasmessa all'Ufficio V del Ministero della Salute che comunica le informazioni alle Regioni/Province autonome competenti per territorio per i provvedimenti di competenza.

### 3.5- Adempimenti riguardanti la registrazione dei casi

Per la registrazione in SISPC di soggetti positivi con residenza e domicilio al di fuori della Regione Toscana, si evidenzia che la compilazione dei seguenti campi risulta obbligatoria con i seguenti valori:

	Soggetti positivi a test all'arrivo o comunque entro le 48 ore dall'arrivo	Soggetti positivi non residenti con esposizione extraregione [1]	Soggetti positivi non residenti con esposizione intraregionale [2]
<b>Campo tracciato ISS</b> (vedi voci nella scheda caso in SISPC)	Importato: SI Luogo Esposizione: Nazione estera o Comune fuori Regione	Importato: SI Luogo Esposizione: Nazione estera o Comune fuori Regione	Importato: NO Luogo Esposizione: Regione Toscana

[1]: ad esempio con sintomi COVID riferiti prima dell'ingresso nel territorio regionale

[2] ad esempio con test positivo e/o manifestazione di sintomatologia dopo le 48 ore dall'arrivo



3.6- Costi

I costi riguardanti l'intervento del personale USCA, dell'effettuazione del tampone e della sua analisi e della permanenza presso l'albergo sanitario presente in Toscana di soggetti positivi trasferiti dal proprio alloggio, sono a carico dell'Az. USL competente per territorio.

19/39

19/38



## Allegato 1 – Modello prescrizione isolamento domiciliare per caso positivo

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]

[Indirizzo luogo della pratica] - [Comune luogo della pratica]  
[email del soggetto da scheda persona fisica]

p.c. MMG/PLS Dr. [Medico scheda PF]  
[email Medico]

p.c. al Sig. Sindaco del Comune di [Comune Residenza Assistito]  
[PEC Comune]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento domiciliare fino a certa guarigione.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], **C.F.** [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] **e domiciliato a** [Indirizzo luogo della pratica] - [Comune luogo della pratica] Tel. [Telefono anagrafe PF] risulta **CASO CONFIRMATO** di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19, si rende necessario disporre nei suoi confronti la misura

### **dell'ISOLAMENTO domiciliare**

Il destinatario di questo atto prescrittivo, dovrà rimanere al proprio domicilio, rispettando le prescrizioni allegare, fino a successiva comunicazione da parte del [UO della pratica]

Gli eventuali conviventi del Sig. [Cognome] [Nome] sono destinatari di provvedimento analogo di quarantena, in quanto contatti stretti, con il contestuale obbligo di rispondere alle telefonate del personale addetto alla sorveglianza, cesseranno il periodo di isolamento così come disposto dallo specifico provvedimento di quarantena comunicato dal [UO della pratica].

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\* Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale

<http://fascicolosanitario.regione.toscana.it/https://referticovid.sanita.toscana.it/>.



### ISOLAMENTO DOMICILIARE

Le raccomandazioni da osservare sulla base delle vigenti disposizioni, sono:

Per il caso ed i contatti stretti:

- mantenimento dello stato di isolamento fino a successiva comunicazione per il caso e mantenimento dello stato di quarantena così come disposto dallo specifico provvedimento per i contatti;
- divieto di contatti sociali
- divieto di spostamenti o viaggi
- obbligo di rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza
- evitare contatti stretti con i conviventi, anche se si indossa la mascherina chirurgica.

#### Osservare, inoltre, scrupolosamente le seguenti misure igieniche:

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.
- controllare 2 volte al giorno, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse**, mal di gola, **disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE**.

Nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.



**Allegato 2 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto vaccinato contatto stretto (convivente)**

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], **C.F.** [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] e **domiciliato a** [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel. [Telefono] risulta **ESSERE CONVIVENTE e quindi contatto STRETTO con un CASO di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19;**

**Preso atto che lo stesso ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni;**

**SI PRESCRIVE**

**nei suoi confronti IL MANTENIMENTO DELLO STATO DI ISOLAMENTO PER 7 GIORNI DALL'AVVENUTA GUARIGIONE DEL CASO più esito negativo di test antigenico o molecolare eseguito al termine della quarantena, oppure, in assenza di test diagnostico, il mantenimento dello stato di isolamento per 14 GIORNI dalla data di avvenuta guarigione del caso, rispettando le prescrizioni allegate, con il contestuale obbligo di rispondere alle EVENTUALI telefonate del personale addetto, e di comunicare tempestivamente ogni mutamento delle condizioni cliniche AL PROPRIO MEDICO CURANTE.**

**NEL CASO I SINTOMI SIANO ASCRIVIBILI A COVID-19 VERRANNO IMPARTITE ALTRE PRESCRIZIONI NECESSARIE.**

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\* Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



## ISOLAMENTO DOMICILIARE PER CONVIVENTI CON CASO DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA DA COVID-19

In relazione alla possibile esposizione a contagio da Coronavirus dei conviventi, si comunicano le seguenti informazioni e disposizioni:

I sintomi più comuni dell'infezione da Coronavirus sono febbre, tosse secca, mal di gola, iperemia congiuntivale. L'infezione può trasmettersi da uomo ad uomo attraverso le goccioline emesse con i colpi di tosse o gli starnuti.

Le raccomandazioni da osservare (Ordinanza Regione Toscana n.6/2020, lett. e), sono:

- mantenimento dello stato di isolamento per **7 giorni** dall'avvenuta guarigione del caso con esito negativo di test antigenico o molecolare effettuato alla fine del periodo o, in assenza del test diagnostico, per 14 giorni
- divieto di contatti sociali
- divieto di spostamenti o viaggi
- obbligo di rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza
- evitare contatti stretti con i conviventi, anche se si indossa la mascherina chirurgica.

### Osservare, inoltre, scrupolosamente le seguenti misure igieniche:

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.
- **controllare 2 volte al giorno**, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE** e nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.

In assenza di sintomi, trascorso il periodo di quarantena impartito, di 7 giorni con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena o, in assenza di test diagnostico, di 14 giorni, si potrà riprendere la frequenza delle collettività senza alcuna comunicazione da parte del [UO della pratica].



**Allegato 3 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto vaccinato contatto stretto (familiare o altro)**

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], **C.F.** [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] **e domiciliato a** [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel. [Telefono] risulta avere avuto un **contatto** con un CASO PROBABILE/CONFERMATO di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19;

**Preso atto che lo stesso ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni;**

**SI PRESCRIVE**

**nei suoi confronti la misura dell'isolamento:**

- fino al giorno **[Data Fine Sorveglianza]** (*decimo giorno a partire dall'ultimo contatto a rischio avuto con il caso il [Data Inizio Sorveglianza]*) e con esito negativo di test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena;
- oppure, in assenza di test diagnostico, fino al giorno **[Data Fine Sorveglianza]** (*quattordicesimo giorno a partire dall'ultimo contatto a rischio avuto con il caso il [Data Inizio Sorveglianza]*).

rispettando le prescrizioni allegate, con il contestuale obbligo di rispondere alle **EVENTUALI** telefonate del personale addetto e di comunicare tempestivamente ogni mutamento delle condizioni cliniche **AL PROPRIO MEDICO CURANTE.**

**NEL CASO I SINTOMI SIANO ASCRIVIBILI A COVID-19 VERRANNO IMPARTITE ALTRE PRESCRIZIONI NECESSARIE.**

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\*Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



## ISOLAMENTO DOMICILIARE

In relazione alla possibile esposizione a contagio da Coronavirus, si comunicano le seguenti informazioni e disposizioni.

Le raccomandazioni da osservare (Ordinanza Regione Toscana n.6/2020, lett. e), sono:

### Osservare scrupolosamente le seguenti misure igieniche:

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.
- **controllare 2 volte al giorno**, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse**, mal di gola, **disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE** e nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.

In Assenza di sintomi, trascorso il periodo di quarantena impartito, di 10 giorni con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena, o in assenza di test diagnostico, di 14 giorni, si potrà riprendere la frequenza delle collettività senza alcuna comunicazione da parte del [UO della pratica].



**Allegato 4 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato contatto stretto (convivente) di caso con voc non Beta**

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], **C.F.** [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] e **domiciliato a** [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel. [Telefono] risulta **ESSERE CONVIVENTE e quindi contatto STRETTO con un CASO di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19;**

**Preso atto che lo stesso NON è vaccinato/NON ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni;**

**SI PRESCRIVE**

nei suoi confronti **IL MANTENIMENTO DELLO STATO DI ISOLAMENTO PER 10 GIORNI DALL'AVVENUTA GUARIGIONE DEL CASO** più esito negativo di test antigenico o molecolare eseguito al termine della quarantena, oppure, in assenza di test diagnostico, **il mantenimento dello stato di isolamento per 14 GIORNI dalla data di avvenuta guarigione del caso**, rispettando le prescrizioni allegate, con il contestuale obbligo di rispondere alle **EVENTUALI** telefonate del personale addetto, e di comunicare tempestivamente ogni mutamento delle condizioni cliniche **AL PROPRIO MEDICO CURANTE.**

**NEL CASO I SINTOMI SIANO ASCRIVIBILI A COVID-19 VERRANNO IMPARTITE ALTRE PRESCRIZIONI NECESSARIE.**

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\* Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



## ISOLAMENTO DOMICILIARE PER CONVIVENTI CON CASO DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA DA COVID-19

26/39

In relazione alla possibile esposizione a contagio da Coronavirus dei conviventi, si comunicano le seguenti informazioni e disposizioni:

I sintomi più comuni dell'infezione da Coronavirus sono febbre, tosse secca, mal di gola, iperemia congiuntivale. L'infezione può trasmettersi da uomo ad uomo attraverso le goccioline emesse con i colpi di tosse o gli starnuti.

Le raccomandazioni da osservare (Ordinanza Regione Toscana n.6/2020, lett. e), sono:

- mantenimento dello stato di isolamento per **10 giorni** dall'avvenuta guarigione del caso con esito negativo di test antigenico o molecolare effettuato alla fine del periodo o, in assenza del test diagnostico, per 14 giorni
- divieto di contatti sociali
- divieto di spostamenti o viaggi
- obbligo di rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza
- evitare contatti stretti con i conviventi, anche se si indossa la mascherina chirurgica.

**Osservare, inoltre, scrupolosamente le seguenti misure igieniche:**

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.
- **controllare 2 volte al giorno**, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse, mal di gola, disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE** e nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.

In assenza di sintomi, trascorso il periodo di quarantena impartito, di 10 giorni con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena o, in assenza di test diagnostico, di 14 giorni, si potrà riprendere la frequenza delle collettività senza alcuna comunicazione da parte del [UO della pratica].



**Allegato 5 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato contatto stretto (familiare o altro) di caso con VOC non Beta**

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], **C.F.** [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] **e domiciliato a** [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel [Telefono] risulta avere avuto un **contatto** con un CASO **PROBABILE/CONFERMATO** di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19;

**Preso atto che lo stesso NON ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni;**

**SI PRESCRIVE**

**nei suoi confronti la misura dell'isolamento:**

- fino al giorno **[Data Fine Sorveglianza]** (*decimo giorno a partire dall'ultimo contatto a rischio avuto con il caso il [Data Inizio Sorveglianza]*) e con esito negativo di test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena;
- oppure, in assenza di test diagnostico, fino al giorno **[Data Fine Sorveglianza]** (*quattordicesimo giorno a partire dall'ultimo contatto a rischio avuto con il caso il [Data Inizio Sorveglianza]*).

rispettando le prescrizioni allegate, con il contestuale obbligo di rispondere alle **EVENTUALI** telefonate del personale addetto e di comunicare tempestivamente ogni mutamento delle condizioni cliniche **AL PROPRIO MEDICO CURANTE**.

**NEL CASO I SINTOMI SIANO ASCRIVIBILI A COVID-19 VERRANNO IMPARTITE ALTRE PRESCRIZIONI NECESSARIE.**

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]  
\*Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



## ISOLAMENTO DOMICILIARE

In relazione alla possibile esposizione a contagio da Coronavirus, si comunicano le seguenti informazioni e disposizioni.

Le raccomandazioni da osservare (Ordinanza Regione Toscana n.6/2020, lett. e), sono:

### Osservare scrupolosamente le seguenti misure igieniche:

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.
- **controllare 2 volte al giorno**, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse**, mal di gola, **disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE** e nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.

In assenza di sintomi, trascorso il periodo di quarantena impartito di 10 giorni con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena o, in assenza di test diagnostico, di 14 giorni, si potrà riprendere la frequenza delle collettività senza alcuna comunicazione da parte del [UO della pratica].



**Allegato 6 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato  
contatto stretto di caso variante BETA (convivente)**

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE  
PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], C.F. [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] e **domiciliato a** [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel. [Telefono] risulta **ESSERE CONVIVENTE e quindi contatto STRETTO con un CASO di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19;**

**Preso atto che lo stesso NON è vaccinato/NON ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni e che risulta contatto di caso COVID-19 da variante VOC Beta sospetta o confermata o focolai connessi.**

**SI PRESCRIVE**

**nei suoi confronti IL MANTENIMENTO DELLO STATO DI ISOLAMENTO PER 10 GIORNI DALL'AVVENUTA  
GUARIGIONE DEL CASO STESSO e con esito negativo di test antigenico o molecolare eseguito al termine  
della quarantena, rispettando le prescrizioni allegate, con il contestuale obbligo di rispondere alle  
EVENTUALI telefonate del personale addetto, e di comunicare tempestivamente ogni mutamento delle  
condizioni cliniche AL PROPRIO MEDICO CURANTE.**

**NEL CASO I SINTOMI SIANO ASCRIVIBILI A COVID-19 VERRANNO IMPARTITE ALTRE PRESCRIZIONI  
NECESSARIE.**

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\* Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



## ISOLAMENTO DOMICILIARE PER CONVIVENTI CON CASO DI MALATTIA INFETTIVA E DIFFUSIVA DA COVID-19

In relazione alla possibile esposizione a contagio da Coronavirus dei conviventi, si comunicano le seguenti informazioni e disposizioni.

I sintomi più comuni dell'infezione da Coronavirus sono febbre, tosse secca, mal di gola, iperemia congiuntivale. L'infezione può trasmettersi da uomo ad uomo attraverso le goccioline emesse con i colpi di tosse o gli starnuti.

Le raccomandazioni da osservare (Ordinanza Regione Toscana n.6/2020, lett. e), sono:

- mantenimento dello stato di isolamento per **10 giorni** dall'avvenuta guarigione del caso con esito negativo di test antigenico o molecolare effettuato al termine del periodo
- divieto di contatti sociali
- divieto di spostamenti o viaggi
- obbligo di rimanere raggiungibile per le attività di sorveglianza
- evitare contatti stretti con i conviventi, anche se si indossa la mascherina chirurgica.

### Osservare, inoltre, scrupolosamente le seguenti misure igieniche:

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici;
- **controllare 2 volte al giorno**, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse**, mal di gola, **disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare immediatamente **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE** e nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.

In assenza di sintomi, trascorso il periodo di quarantena impartito di 10 giorni e con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena, potrà riprendere la frequenza delle collettività senza alcuna comunicazione da parte del [UO della pratica].



**Allegato 7 - Prescrizione di misure di profilassi per i CONTATTI - Soggetto NON vaccinato  
contatto stretto di caso variante BETA (familiare o altro)**

**Tipo Pratica: "COVID-19 - Coronavirus"**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE  
PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento.**

**Viste** le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus COVID-19 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

**Preso atto che il Sig.** [Cognome] [Nome], **C.F.** [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] **e domiciliato a** [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel [Telefono] risulta avere avuto un **contatto** con un **CASO** **PROBABILE/CONFERMATO** di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19;

**Preso atto che lo stesso NON è vaccinato/ NON ha completato il ciclo vaccinale da almeno 14 giorni e che risulta contatto di casi COVID-19 da variante VOC Beta sospetta o confermata o focolai connessi.**

**SI PRESCRIVE**

**nei suoi confronti la misura dell'isolamento** fino al giorno [Data Fine Sorveglianza] (*decimo giorno a partire dall'ultimo contatto a rischio avuto con il caso il [Data Inizio Sorveglianza]*) e con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena, rispettando le prescrizioni allegate, con il contestuale obbligo di rispondere alle **EVENTUALI** telefonate del personale addetto e di comunicare tempestivamente ogni mutamento delle condizioni cliniche **AL PROPRIO MEDICO CURANTE**.

**NEL CASO I SINTOMI SIANO ASCRIVIBILI A COVID-19 VERRANNO IMPARTITE ALTRE PRESCRIZIONI NECESSARIE.**

Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\*Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



## ISOLAMENTO DOMICILIARE

In relazione alla possibile esposizione a contagio da Coronavirus, si comunicano le seguenti informazioni e disposizioni.

Le raccomandazioni da osservare (Ordinanza Regione Toscana n.6/2020, lett. e), sono:

### Osservare scrupolosamente le seguenti misure igieniche:

- mantenimento dell'igiene delle mani (lavare spesso le mani con acqua e sapone o con soluzioni alcoliche);
- igiene delle vie respiratorie (starnutire o tossire in un fazzoletto monouso o con il gomito flesso, gettare i fazzoletti utilizzati in un cestino, che va chiuso immediatamente dopo l'uso, e lavare le mani);
- areare spesso gli ambienti per favorire il ricambio d'aria;
- indossare una mascherina chirurgica;
- pulire le superficie e le suppellettili venute a contatto con il paziente con alcol etilico 70% (suppellettili), acqua, detergente comune e sodio ipoclorito o altro disinfettante, per la pulizia degli ambienti e delle superfici.
- **controllare 2 volte al giorno**, mattina e sera, la propria temperatura corporea ed osservare l'eventuale comparsa di sintomi quali **febbre, tosse**, mal di gola, **disturbi respiratori**, iperemia congiuntivale.

Qualora si manifestassero i sintomi suddetti si deve chiamare **IMMEDIATAMENTE IL PROPRIO MEDICO CURANTE** e nell'eventualità di un aggravamento delle condizioni cliniche, in particolare dell'attività respiratoria, si raccomanda di:

- Evitare di spostarsi dal proprio domicilio per recarsi presso ambulatori ed ospedali con mezzi propri;
- Contattare il proprio medico curante oppure chiamare il 118.

In assenza di sintomi, trascorso il periodo di quarantena impartito di 10 giorni e con esito negativo del test antigenico o molecolare effettuato al termine della quarantena, si potrà riprendere la frequenza delle collettività senza alcuna comunicazione da parte del [UO della pratica].



## Allegato 8 - Attestato Guarigione

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

### Oggetto: Attestazione termine isolamento sanitario da Covid-19

Vista la notifica di caso positivo a COVID 19 del Sig. [Cognome] [Nome], C.F. [Codice Fiscale], nato il [Data Nascita] e domiciliato a [Indirizzo luogo della pratica] - [Comune luogo della pratica] Tel. [Telefono anagrafe PF]

#### **1) caso positivo sintomatico/paucisintomatico**

Considerata l'avvenuta guarigione clinica per risoluzione della sintomatologia clinica presentata da 3 giorni, visto l'esito negativo di 1 tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-CoV2 effettuato in data [data ultimo TAMPONE NEGATIVO]

ai sensi della normativa e delle Circolari Ministeriali della Salute vigenti in materia, se ne attesta il termine dell'isolamento sanitario in data **[odierna]**.

#### **2) caso positivo asintomatico**

visto l'esito negativo di 1 tampone nasofaringeo per la ricerca di SARS-CoV2 effettuato in data [data ultimo TAMPONE NEGATIVO]

ai sensi della normativa e delle Circolari Ministeriali della Salute vigenti in materia, se ne attesta il termine dell'isolamento sanitario in data **[odierna]**.

#### **3) caso positivo a lungo termine (non a rischio variante o con variante sospetta/confermata non Beta)**

considerata la risoluzione della sintomatologia clinica da almeno 7 giorni, essendo trascorsi 21 giorni dalla comparsa dei sintomi o dalla rilevazione della positività.

Si evidenzia che per la riammissione in servizio del lavoratore (circolare Ministero della Salute prot. N. 15127 del 12/04/2021) e per la riammissione a scuola degli studenti (Ministero dell'Istruzione - Protocollo d'intesa per garantire l'avvio dell'anno scolastico nel rispetto delle regole di sicurezza per il contenimento della diffusione di COVID 19 - anno scolastico 2021/2022 – AOOGABMI R.0000021 del 14/08/2021) è necessario presentare il referto che attesta l'esito negativo di un test antigenico o molecolare.

#### **4) caso positivo a lungo termine (variante sospetta/confermata Beta)**

considerata la risoluzione della sintomatologia clinica da almeno 7 giorni, essendo trascorsi 21 giorni dalla comparsa dei sintomi o dalla rilevazione della positività e visto l'esito negativo del test molecolare effettuato in data **[Data ultimo tampone negativo]**

ai sensi della normativa e delle Circolari Ministeriali della Salute vigenti in materia, se ne attesta il termine dell'isolamento sanitario in data **[odierna]**.

Considerato che il Sig. [Cognome] [Nome], risulta essere anche convivente non in grado di restare isolato da altri casi positivi appartenenti allo stesso nucleo familiare, contestualmente alla guarigione si prescrive una quarantena che si concluderà senza ulteriori provvedimenti da parte della scrivente UO, alla data in cui tutti gli appartenenti al nucleo familiare risulteranno guariti.



**Regione Toscana**

**Direzione Sanità, Welfare e  
Coesione Sociale**

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\*Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale

GRIC83200R - REGISTRO PROTOCOLLO - 0020061 - 27/09/2021 - A35/C - E



**Allegato 9 - Prescrizioni Bassa Carica**

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica - ID contatto]

AL Sig. [Cognome] [Nome]  
C.F. [Codice Fiscale]  
[Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
[email]

**Oggetto: Misure profilattiche contro la diffusione della malattia infettiva COVID-19 – COMUNICAZIONE PRESCRIZIONE per rispetto misure di isolamento domiciliare fino al completamento dei test di ripetizione previsti dalla DGRT n..... del ..../...../.....**

Viste le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per contrastare l'emergenza epidemiologica da virus SARS-CoV-2 mediante l'adozione di misure di contrasto e contenimento alla diffusione di tale virus;

Preso atto che il Sig. [Cognome] [Nome] CF [Codice Fiscale] nato a [Luogo Nascita] il [Data Nascita] e domiciliato a [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza] Tel. [Telefono riferimenti e note] risulta CASO PROBABILE di malattia infettiva e diffusiva da COVID-19 in base alla Circolare del Ministero della Salute n. 7922 del 09/03/2020 (esito delle analisi per la diagnosi di infezione al virus SARS-CoV-2: Rilevato a bassa carica),

la S.V. rimarrà in isolamento fiduciario fino all'esito dei successivi accertamenti. Il mancato rispetto delle prescrizioni impartite verrà sanzionato a termine di Legge. I suoi dati verranno trattati sulla base delle disposizioni vigenti in materia.

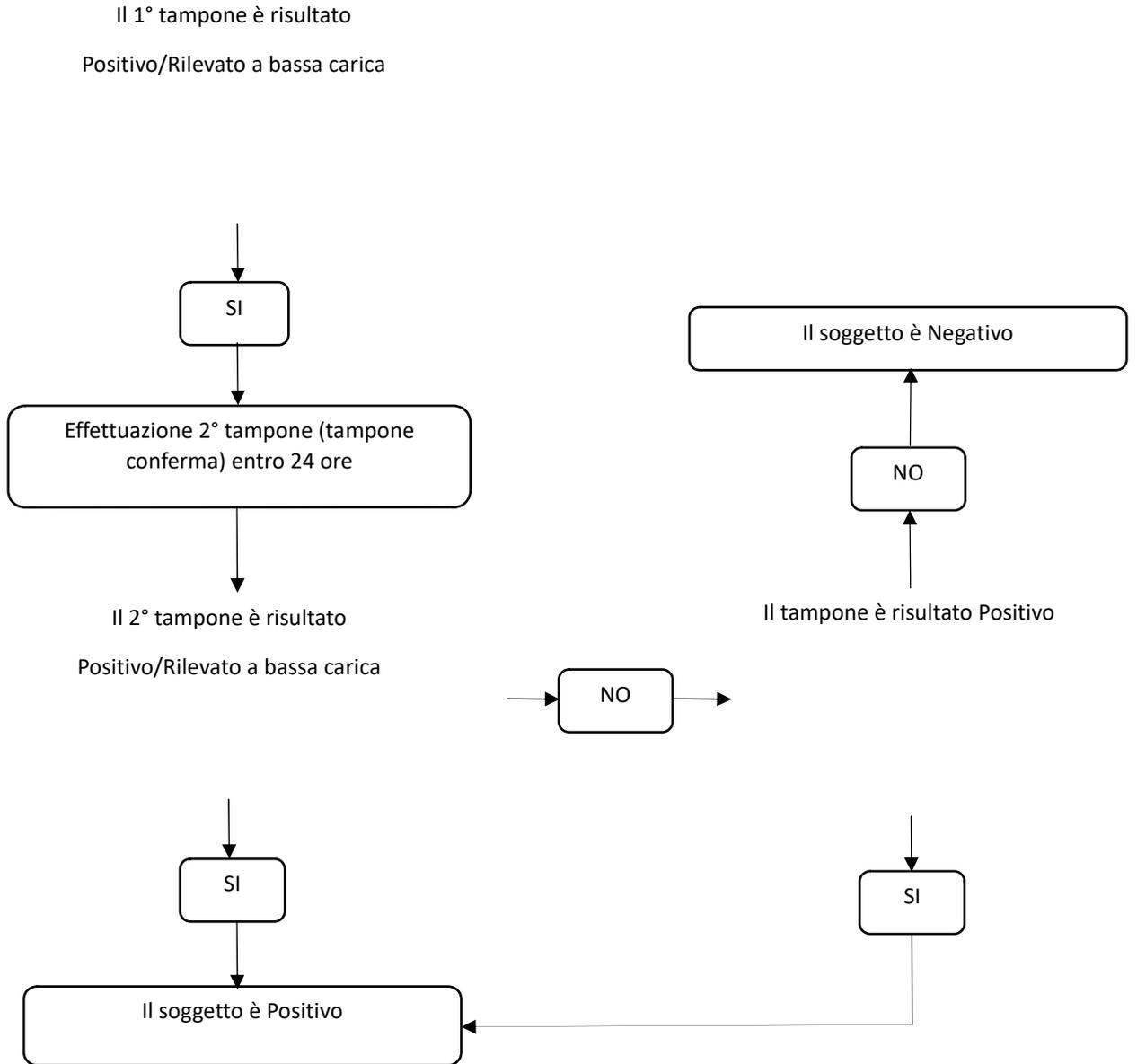
Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]  
\*Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale



**Allegato 10 – Diagramma di flusso valutazione positivi a bassa carica**



GRIC83200R - REGISTRO PROTOCOLLO - 0020061 - 27/09/2021 - A35/C - E



## Allegato 11 – Sorveglianza diffusione varianti – Modello PEC per trasmissione campione del caso all'AOU di riferimento per il sequenziamento

Data [Data doc] Pratica N. [ID\_Pratica]

Al Laboratorio di Analisi  
[Denominazione]  
PEC [PEC]

### Oggetto: Richiesta trasmissione campione di test molecolare per sequenziamento RNA virale

Viste le disposizioni normative nazionali e regionali emanate per sorvegliare la diffusione di varianti del virus SARS-CoV-2;

Preso atto che il/la Sig./Sig.ra [Cognome] [Nome] Sesso:  M  F  
CF [Codice Fiscale] Identificativo paziente (piattaforma ISS): \_\_\_\_\_  
nato a [Luogo Nascita] il [Data Nascita] Soggetto deceduto :  Sì  No  
domiciliato a [Indirizzo sorveglianza] - [Comune Sorveglianza]  
Tel. [Telefono riferimenti e note]

risultato positivo al virus SARS-CoV-2 ed appartenente ad una delle categorie di rischio per la diffusione delle nuove varianti del virus SARS-CoV-2;

Visto l'esito [Risultato analisi] emesso in data [data validazione] per la Richiesta N. [Richiesta] per analisi [Analisi];

Codice campione: \_\_\_\_\_ Data del prelievo: \_\_\_\_\_

TIPOLOGIA DI CAMPIONE (barrare):

- tampone nasofaringeo o orofaringeo
- lavaggio orofaringeo
- espettorato
- bronco aspirato
- lavaggio bronco alveolare

Richiesta inviata per casistica Circolare Ministero Salute prot. 644/2021:

- caso COVID con storia di viaggio in aree in cui è nota la presenza di nuove varianti virali o che presentano un link epidemiologico a casi COVID-19 riconducibili a nuove varianti (contatto di persona proveniente da aree investigate per varianti);
- caso COVID che alla diagnosi di laboratorio sia risultato negativo al target genico S;
- caso COVID con sospetta reinfezione SARS-CoV-2;
- caso COVID da aree con un aumento significativo dell'incidenza o in caso di focolai;
- caso COVID già sottoposto a vaccinazione anti-COVID-19, per identificare possibili mancate coperture vaccinali e breakthrough infections (infezioni resistenti alla profilassi).



altre informazioni anamnestiche (specificare): \_\_\_\_\_

Considerato che la positività presenta un ciclo soglia  $\leq 25$ ,

38/39

**SI CHIEDE**

di recuperare il campione del soggetto sopra citato e di inviarlo al laboratorio regionale di riferimento per territorio per il sequenziamento dell'RNA virale al fine di individuare eventuali nuove varianti del virus SARS-CoV-2.

Il trasporto deve avvenire con le modalità previste dalle disposizioni nazionali e regionali in materia.

L'esito del sequenziamento dovrà essere trasmesso al seguente indirizzo di posta elettronica certificata [PEC UO Pratica]

Distinti saluti.

Il Responsabile  
[UO della pratica]

\*Dott. [Cognome Nome Responsabile UO della Pratica]

\*firma a mezzo stampa predisposta secondo l'articolo 3 del D.lgs 39/1993 e l'articolo 3bis, comma 4 bis del Codice dell'amministrazione digitale