

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento per la Pianificazione Strategica
Dipartimento Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Prot. n. 21105

Palermo, 05/06/2020

**Ai Direttori Generali
delle Aziende Sanitarie Provinciali del S.S.R.**

e, per conoscenza

**On. Presidente della Regione
All'Assessore Regionale per la Salute**

LORO SEDI

Oggetto: Esecuzione dell'Ordinanza del Presidente della Regione n. 22 del 2 giugno 2020, in materia di isolamento domiciliare obbligatorio.

1.- Come è noto, tramite l'ordinanza meglio specificata in epigrafe, entrata in vigore il 3 giugno u.s., sono venuti meno (anche alla luce della contestuale soppressione, da parte del Governo centrale, dei previgenti divieti di mobilità interregionale) gli obblighi di isolamento domiciliare posti - da ultimo, all'art. 18 dell'ordinanza n. 21 del 17 maggio 2020 - a carico di chiunque facesse ingresso nel territorio della Regione Siciliana.

All'esito delle suddette statuizioni, sono pervenute alcune richieste di chiarimenti in ordine al regime concretamente applicabile per quanti abbiano fatto ingresso in Sicilia nel periodo "transitorio" intercorrente tra il 18 maggio 2020 e il 2 giugno 2020 compreso.

Al predetto fine, in data 3 giugno 2020, è stato convocato in via di urgenza e in modalità telematica, sotto la presidenza dell'Assessore per la Salute, il Comitato Tecnico-Scientifico per l'emergenza coronavirus istituito con disposizione n. 2 del 13 marzo 2020, a firma del Presidente della Regione-Soggetto Attuatore ex O.C.D.P.C. n. 630/2020 per ricevere dallo stesso utili indicazioni in ordine alla valutazione dell'andamento epidemiologico nel periodo temporale preso in esame.

2.- Da quanto sopra é scaturito preliminarmente che la mediana del periodo di incubazione del Covid-19 è di 7-8 giorni. Per converso, la possibilità di identificare la presenza di RNA virale mediante tampone rinofaringeo in un paziente infetto precede di 1 o 2 giorni l'esordio dei sintomi, collocandosi quindi temporalmente a 6 o 7 giorni dopo "l'impianto" del virus nelle vie aeree. Ne deriva, pertanto, che un tampone rinofaringeo eseguito eccessivamente a ridosso del momento della infezione (tra il primo e il settimo giorno della avvenuta trasmissione) rischierebbe di risultare negativo per difetto di sensibilità della metodica.

A quanto sopra si aggiunga che l'assetto epidemiologico di Covid-19 in Italia e in Sicilia si è progressivamente modificato negli ultimi dieci giorni, rivelando un significativo declino del numero dei casi. Pertanto, chi è giunto in Sicilia dopo il 28 maggio, si inserisce all'interno di un contesto epidemiologico assai più favorevole rispetto a chi è giunto precedentemente.

3.- Premesso ciò, é possibile procedere a differenziare la popolazione proveniente da altre Regioni in tre "sottogruppi": il primo giunto in Sicilia prima del 28 maggio 2020; il secondo giunto in Sicilia nel periodo compreso tra il 29 maggio 2020 e il 2 giugno 2020; il terzo giunto in Sicilia dal 3 giugno 2020 in poi.

Dalla suesposta analisi scientifica ed epidemiologica, in relazione ai suddetti sottogruppi si é ritenuto di poter enucleare le seguenti modalità operative:

a) sottoposizione a tampone rinofaringeo del primo sottogruppo, con conseguente interruzione dell'isolamento domiciliare in caso di negatività al *test*;

b) affidamento del *follow up* clinico e della sorveglianza sanitaria all'USCA territorialmente competente, seguendo quanto previsto nel documento "*Indicazioni operative per MMG, PLS, Servizio di continuità assistenziale ed Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)*", esitato dal C.T.S. il 31 marzo 2020, anche attraverso l'elaborazione di una dettagliata scheda sanitaria ed il rilascio di una autocertificazione che dettagli l'eventuale rischio di pregressa esposizione a Sars-CoV-2, ai fini della valutazione clinica circa l'opportunità o meno dell'esecuzione di un tampone rinofaringeo.

I soggetti facenti parte di tale sottogruppo non dovranno permanere in isolamento obbligatorio presso la propria residenza o domicilio e potranno reinserirsi in comunità, rimanendo d'obbligo nei luoghi pubblici e aperti al pubblico l'utilizzo di mascherina o altro strumento di copertura di naso e bocca.

c) esonero dall'isolamento domiciliare e dal tampone rinofaringeo per il terzo sottogruppo.

4.- In definitiva, nel condividere l'indirizzo scientifico sopra espresso, si invitano i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Provinciali in indirizzo a volersi attenere, avuto riguardo alla platea dei soggetti rientrati in Sicilia nel periodo temporale preso in esame (18 maggio/2 giugno), alle seguenti modalità:

1) coloro che hanno fatto ingresso in Sicilia in epoca antecedente al 28 maggio 2020 possono essere immediatamente sottoposti a tampone rinofaringeo, con facoltà di interrompere l'isolamento domiciliare in caso di esito negativo;

2) coloro che hanno fatto ingresso in Sicilia tra la data del 29 maggio 2020 e quella del 2 giugno 2020 ed in atto sottoposti a quarantena, le USCA effettueranno un follow-up clinico, mediante triage telefonico, attraverso la compilazione della scheda sanitaria (Allegato 1) e l'acquisizione di una autocertificazione (Allegato 2) che dettagli l'eventuale rischio di pregressa esposizione a Sars-CoV-2; nel caso in cui dalla valutazione clinica non emergano elementi riconducibili al COVID-19, gli stessi possono interrompere il regime dell'isolamento domiciliare obbligatorio, fermo restando il rispetto degli obblighi di distanziamento interpersonale e l'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale;

3) coloro che hanno fatto ingresso in Sicilia a partire dal 3 giugno 2020 sono integralmente esonerati, in ottemperanza a quanto disposto a livello nazionale, dall'osservanza dell'isolamento domiciliare e/o del tampone rinofaringeo.

Si confida nel puntuale rispetto delle presenti disposizioni.

Il Dirigente Generale del D.P.S.

(Ing. Mario La Rocca)

Il Dirigente Generale D.A.S.O.E.

(Dott.ssa Maria Letizia Di Liberti)

STRUTTURA _____	
SCHEDA TRIAGE	
Sezione 1 – Dati dell'intervistatore	
Cognome	
Nome	
Data dell'intervista	
Tipo di intervista Telefonica <input type="checkbox"/> Presso il Centro <input type="checkbox"/>	
Sezione 2 - Dati dell'intervistato	
Cognome	
Nome	
Data di nascita	
Codice Fiscale	
Telefono fisso	
Telefono cellulare	
Indirizzo email	
Sezione 3 – Storia clinica	
NEI PRECEDENTI 14 GIORNI ha avuto qualcuno dei seguenti sintomi?	
Alterazioni dell'olfatto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Alterazioni del gusto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Febbre $\geq 37,5$ °C	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Stanchezza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori muscolari	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Mal di gola	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Tosse secca	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Congestione nasale	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Rinorrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dispnea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Diarrea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Cefalea	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Dolori addominali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Data (<i>approssimativa</i>) di comparsa dei sintomi	

Qualcuno di questi sintomi è presente oggi?	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>
---	-----------------------------	-----------------------------

Sezione 4 – Contatti	
NEI PRECEDENTI 14 GIORNI	
Ha avuto contatti con qualcuno che presentava uno o più sintomi tra quelli sopra elencati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È stato in zone considerate ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Lavora in una struttura sanitaria o sociosanitaria?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Ha avuto contatti con soggetti affetti da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
I suoi familiari sono mai stati affetti da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Qualcuno dei suoi familiari presenta uno o più sintomi tra quelli sopra elencati?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È mai stato affetto da COVID-19?	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Se è stato affetto da COVID-19 le è stato rilasciato un certificato di guarigione? <i>(solo se ha risposto sì alla domanda precedente)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
È affetto da malattie croniche? <i>es.: diabete, insufficienza renale, broncopneumopatie –</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
NOTE (eventuali)	
Data _____	Firma dell'intervistato _____

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R. 28 DICEMBRE 2000, n. 445

Il/la sottoscritto/a _____

nato/a il _____ a _____ (____)

residente a _____ (____)

in via _____

consapevole, in caso di dichiarazioni non veritiere e di falsità negli atti, delle sanzioni penali previste (art. 76 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445) e della decadenza dai benefici eventualmente conseguiti (art. 75 del D.P.R. 28 dicembre 2000, n. 445)

DICHIARA

- 1. di essere sottoposto all'obbligo di permanenza domiciliare con isolamento fiduciario o di quarantena;**
- 2. di non aver avuto, nei precedenti 14 giorni, nessuno dei seguenti sintomi:** Alterazioni dell'olfatto; Alterazioni del gusto; Febbre $\geq 37,5$ °C; Stanchezza; Dolori muscolari; Mal di gola; Tosse secca; Congestione nasale; Rinorrea (naso che cola); Dispnea (difficoltà a respirare); Diarrea; Cefalea; Dolori addominali;
- 3. di non avere, oggi, nessuno dei sintomi sopra elencati;**
- 4. di non aver avuto contatti, nei precedenti 14 giorni con nessuno che presentasse uno o più sintomi tra quelli elencati al punto 2;**
- 5. di non essersi recato, nei precedenti 14 giorni, in zone considerate ad alto rischio di infezione da SARS-CoV-2;**
- 6. di non aver avuto contatti con soggetti, ivi compresi i familiari, affetti da COVID-19;**
- 7. che i propri familiari non presentano nessuno dei sintomi sopra elencati;**
- 8. che non è mai stato affetto da COVID-19, ovvero di essere stato dichiarato guarito dall'infezione e di disporre di idonea certificazione che esibisce agli incaricati della verifica**

Data _____

Firma _____

