



Direzione Sanitaria

Prot. n. 28962
del 20/08/2020

- Ai Direttori DAI
 Ai Direttori/Responsabili delle UU.OO.
 Ai Direttore DAPS e per il suo tramite
 Ai Coordinatori Infermieristici
 Alle Organizzazioni Sindacali
 e.p.c. Ai Direttore Generale
 Ai Direttore Amministrativo
 Ai RSPP
 Ai Medico Competente
 Ai Dirigenti Medici di Direzione Sanitaria

Oggetto: Individuazione precoce ed attiva di infezioni da SARS-CoV2 – Autodichiarazione e tamponi agli operatori al rientro da assenze prolungate

Considerata l'attuale situazione epidemiologica, in accordo con il Direttore Generale, si dispone con **decorrenza immediata** quanto segue:

Assenza dal lavoro pari o maggiore a 3 giorni

In caso di assenza continuativa dal lavoro superiore o uguale a 3 giorni, a qualsiasi titolo, ogni operatore, al rientro in servizio, **effettua una autodichiarazione compilando il modulo allegato.**

- La consegna dell'autodichiarazione è obbligatoria.
- Il modulo, debitamente sottoscritto, viene consegnato al diretto responsabile gerarchico (Direttore UOC, Responsabile UOD, Coordinatore delle professioni sanitarie, etc.).
- Ciascun Responsabile verifica la compilazione dell'autodichiarazione e, qualora siano riportati fattori di rischio, attiva immediatamente il Medico Competente per la gestione del caso (esecuzione di tampone nasofaringeo etc.).
- I moduli di autodichiarazione devono essere conservati presso le segreterie amministrative dei DAI per un periodo di 3 mesi ed essere disponibili in caso di richiesta della Direzione Aziendale.

Assenza dal lavoro pari o maggiore a 7 giorni

In caso di assenza continuativa dal lavoro superiore o uguale a 7 giorni, a qualsiasi titolo, ogni operatore, al rientro in servizio, effettua nelle 24 ore precedenti o entro le 24 ore dal rientro in servizio, oltre all'autodichiarazione di cui sopra, un tampone nasofaringeo per la ricerca molecolare di SARS-CoV2 (metodo standard) e prosegue il turno di servizio con i dispositivi di protezione abitualmente utilizzati in rapporto al tipo di attività svolta fino alla risposta del tampone.



- L'esecuzione del tampone, in caso di assenza di fattori di rischio al questionario di autodichiarazione, non è obbligatoria. In caso di rifiuto all'esecuzione del tampone ciascun diretto responsabile gerarchico lo acquisisce formalmente dall'operatore.
- Il tampone viene eseguito, previo appuntamento, presso l'ambulatorio dedicato situato a malattie tropicali.
- Il risultato del tampone deve essere trasmesso al Medico Competente per le eventuali indicazioni del caso.
- Il diretto responsabile gerarchico deve segnalare al Medico Competente gli eventuali casi di rifiuto all'esecuzione del tampone ed i casi in cui l'operatore a distanza di oltre 24 ore dal rientro non abbia ancora effettuato il tampone stesso.

Tale disposizione si applica a tutti gli operatori del Policlinico, anche afferenti alle ditte esternalizzate **se operanti presso servizi assistenziali** (degenze ordinarie e day hospital, blocchi operatori, ambulatori, sale interventistiche, laboratori, farmacia, etc.) e agli specializzandi.

Si chiede di dare massima diffusione della presente a tutti gli interessati.

Con la presente si dà informazione delle misure adottate anche alle OO.SS.

Distinti saluti.

Il Medico di Direzione Sanitaria
Dott.ssa Paola Cacciatore

Il Direttore Sanitario

Dott. Alberto Deales

COVID-19 – MISURE E STRUMENTI PER LA PREVENZIONE DELL'INFEZIONE DA CORONAVIRUS
"POLICLINICO #RESTIAMOSICURI"

AUTODICHIARAZIONE PER OPERATORI SANITARI

ai sensi degli artt. 46 e 47 D.P.R. n. 445/2000

Io sottoscritto/a, in qualità di
OPERATORE SANITARIO (profilo), presso la struttura
..... (codice), rientrato/a in
servizio in data odierna dopo un periodo di assenza di giorni n., per la seguente motivazione:

MALATTIA CONGEDO ORDINARIO ALTRO

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di false dichiarazioni,

DICHIARO SOTTO LA MIA RESPONSABILITÀ CHE NEGLI ULTIMI 14 GIORNI

- a) sono stato sottoposto alla misura della quarantena o dell'isolamento fiduciario SI NO
- b) ho avuto un contatto stretto con persone con diagnosi sospetta o confermata di infezione da Covid-19, o con persone sottoposte alla quarantena preventiva SI NO
- c) ho avuto un contatto stretto con una o più persone con febbre o sintomi compatibili con l'infezione da Covid-19 (in casa, ufficio, lavoro, ferie, etc...) SI NO
- d) ho presentato uno dei seguenti sintomi: tosse secca, febbre, respiro affannoso, difficoltà respiratorie, dolori muscolari diffusi, mal di testa, raffreddore, perdita del senso del gusto, perdita del senso dell'olfatto, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito, etc. SI NO
- e) sono rientrato da Paesi per i quali è previsto l'isolamento fiduciario di 14 giorni dopo l'arrivo in Italia (l'elenco è disponibile al sito www.salute.gov.it/viaggiatori) o l'esecuzione del tampone, quali Romania, Bulgaria, Malta, Croazia, Spagna, Grecia, etc. SI NO

Dichiaro inoltre che in data odierna la mia temperatura corporea risulta $\geq 37,5$ °C SI NO

Data,

Firma per esteso e leggibile

.....

ATTENZIONE: la presente autodichiarazione deve essere consegnata al proprio diretto Responsabile e successivamente sarà custodita, per un periodo di almeno 3 mesi, presso la segreteria amministrativa del DAI di afferenza