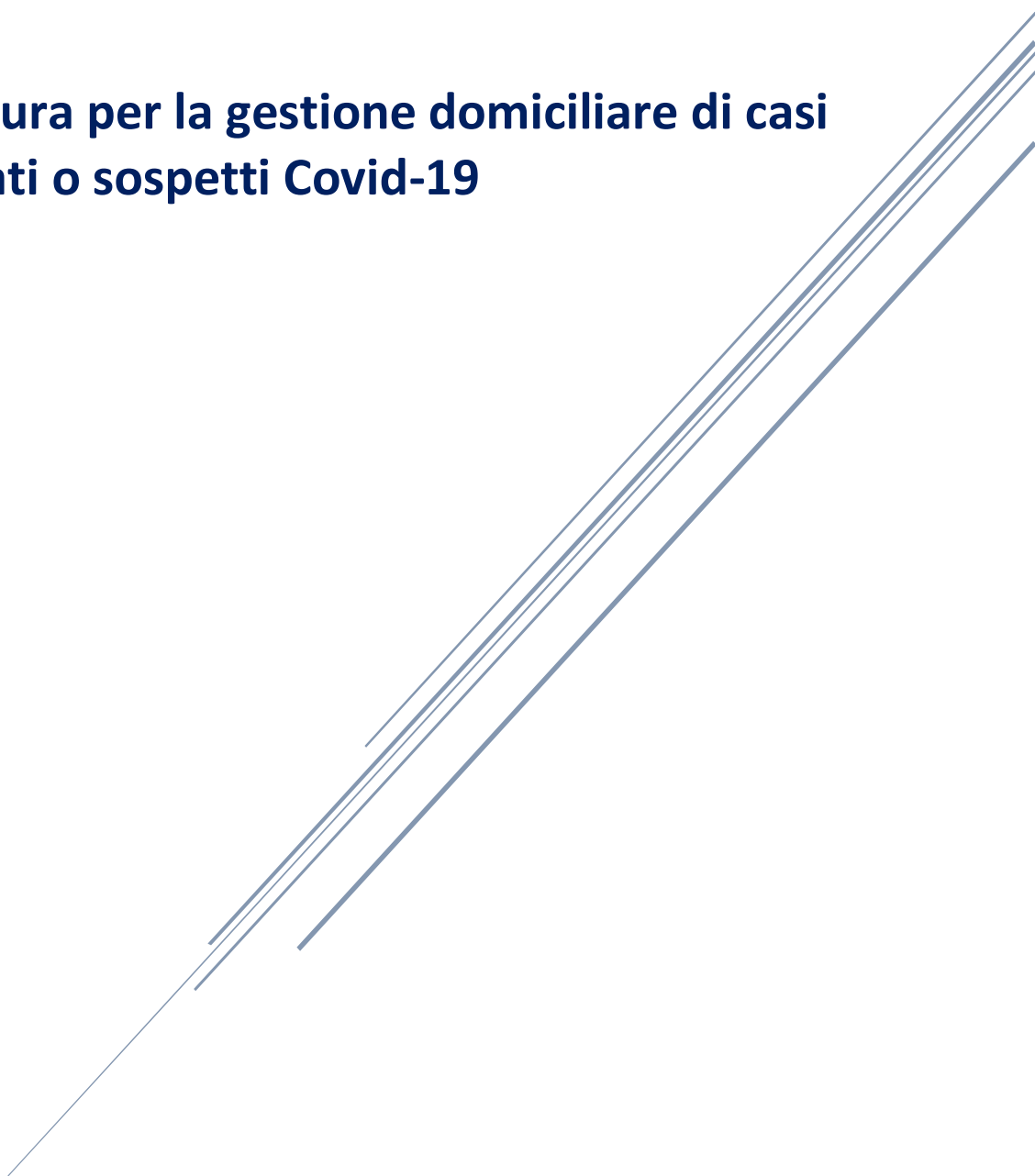


REGIONE
ABRUZZO



Procedura per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti Covid-19





Sommario

| | |
|---|----|
| PREMESSA | 2 |
| CAMPO DI APPLICAZIONE | 2 |
| CLASSIFICAZIONE DEI SOGGETTI DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ | 4 |
| UNITA' DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE | 4 |
| MEDICI DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRI DI LIBERA SCELTA | 6 |
| MEDICI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA | 8 |
| MEDICI UNITÀ SPECIALI di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (USCA) | 9 |
| VISITA MEDICA | 10 |
| TRATTAMENTO RIABILITATIVO | 10 |
| TEST MOLECOLARE | 11 |
| DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE | 12 |
| ATTIVITA' FORMATIVA | 13 |
| MEDICI SPECIALISTI CONVENZIONATI E OSPEDALIERI | 13 |
| Allegato 1 | 14 |
| Allegato 2 | 16 |
| Allegato 3 | 17 |



PREMESSA

L'evoluzione della diffusione della pandemia da Covid-19 impone, allo stato attuale, una maggiore e più approfondita riflessione sulle strategie da utilizzare.

È necessario modificare l'attuale paradigma assistenziale, centrato su una prospettiva specialistica e ospedale-centrica, su un "approccio territoriale" nella gestione della patologia da SARS-Cov-2, individuando i criteri di una presa in carico domiciliare/territoriale, ottimizzando gli elementi costitutivi dei Distretti della Cure Primarie e della Medicina Generale.

L'isolamento fiduciario di casi COVID-19 e dei contatti, è una misura di salute pubblica fondamentale che viene effettuata per evitare l'insorgenza di ulteriori casi dovuti a trasmissione del virus SARS-COV-2 e per evitare di sovraccaricare il sistema ospedaliero.

E' fondamentale, anche nell'approccio territoriale alla patologia da SARS-Cov-2, considerare sempre un approccio multidisciplinare, con il coinvolgimento di tutte le figure specialistiche che di volta in volta si rendano necessarie.

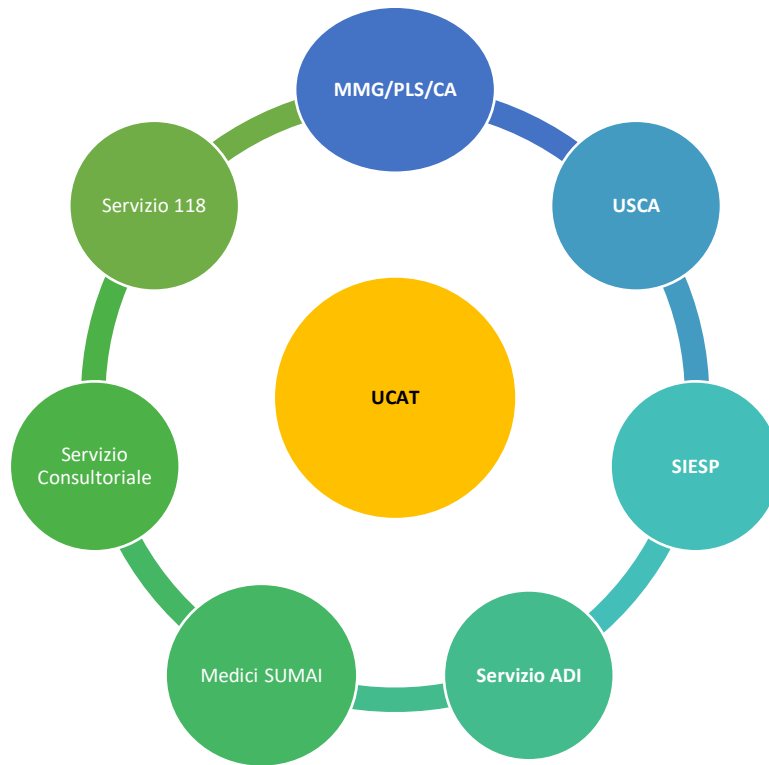
CAMPO DI APPLICAZIONE

Le procedure contenute nel presente documento si applicano a tutte le componenti della medicina territoriale, di base e specialistica, che devono interagire come un "corpo unico":

- MMG, PLS e CA
- USCA
- Medici SUMAI
- Servizio Aziendale ADI
- SIESP
- Servizio Consultoriale
- Servizio 118

In conformità con le linee di indirizzo dei servizi territoriali, definite dalla circolare del Ministero della Salute n.7865 del 25 marzo 2020, che pone in capo ai distretti l'opportunità di istituire un riferimento centrale che coadiuvi i MMG, PLS, CA, il modello organizzativo della Regione Abruzzo prevede, per il periodo di durata dell'emergenza nazionale, l'istituzione di una Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale, di seguito denominata UCAT, con lo scopo di:

1. individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio;
2. aggiornare tempestivamente sull'evoluzione del quadro clinico del paziente domiciliato;
3. interagire con gli ospedali COVID ed in particolare con i dipartimenti medici dei Presidi (Medicine, Malattie Infettive, Pneumologia ecc..).



L'UCAT si avvale di personale debitamente formato e opera sotto la responsabilità di un dirigente medico dell'azienda sanitaria, con attività nei servizi territoriali e una adeguata esperienza nella loro organizzazione, indicato dalla Direzione Generale.

La Asl, entro sette giorni dall'approvazione del presente provvedimento, deve comunicare il nominativo del Responsabile UCAT al Referente Sanitario per le Emergenze e al Dipartimento Sanità.



CLASSIFICAZIONE DEI SOGGETTI DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ

I soggetti posti in isolamento domiciliare che devono essere monitorati sul territorio sono:

Paziente asintomatico con contatto stretto di caso indice

Contatto paucisintomatico con tampone Positivo/Negativo

Paziente positivo asintomatico/paucisintomatico

Paziente positivo sintomatico

Paziente dimesso dall'ospedale clinicamente guarito, ancora SARS Cov2 positivo.

UNITA' DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

L'UCAT dovrà essere istituita in ciascuna Azienda, entro 7 giorni dall'approvazione del presente provvedimento.

Ad essa spetta, nel contrasto all'emergenza COVID-19, il coordinamento generale dell'assistenza territoriale assicurata dal SIESP, dai MMG, PLS, CA e dalle USCA e l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità d'accesso, di responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti i soggetti coinvolti.

In particolare l'UCAT svolge le seguenti funzioni:

1. Attività di collegamento con il SIESP e con gli operatori di sanità pubblica;
2. Supporto ai MMG, PLS e CA per la risoluzione di eventuali problematiche gestionali che coinvolgono le persone sottoposte a sorveglianza sanitaria o quarantena obbligatoria;
3. Interazione con il sistema territoriale del 118;
4. Monitoraggio delle attività delle USCA territorialmente competenti, finalizzato alla elaborazione di report settimanali;
5. Punto di raccolta delle informazioni da parte dei MMG, PLS, CA e USCA;
6. Monitoraggio dell'attività del numero unico aziendale o altro sistema di accesso informativo da parte dell'utenza ai servizi della Azienda Sanitaria;
7. Attività di facilitazione del rapporto tra MMG/PLS/CA e medici USCA con gli specialisti ambulatoriali convenzionati;
8. Consulenza e proposta in merito a protocolli operativi aziendali e eventuali soluzioni tecnologiche di teleassistenza;
9. Rapporto con l'Unità di Crisi Aziendale con compiti di monitoraggio e consulenza.



L'UCAT dovrà prevedere almeno le seguenti figure professionali, che ciascuna Azienda individuerà nell'ambito dei Dirigenti Medici/Responsabili del territorio con competenze/attitudini a svolgere i compiti e le funzioni sopraesposte:

1. Coordinatore dell'UCAT: Dirigente Medico
2. Referente delle relazioni con i MMG/PLS/CA e USCA: Dirigente Medico organizzazione servizi sanitari di base
3. Referente SIESP: Dirigente Medico Sanità pubblica
4. Referente servizio Attività Professioni Sanitarie

L'Azienda può avvalersi di Medici di Medicina Generale, in formazione, al fine di supportare l'attività del coordinatore dell'UCAT

Il Coordinatore dovrà:

1. assicurare i rapporti tra le componenti operative del sistema, come sopra indicato, e i Distretti Sanitari di base;
2. assicurare i rapporti con la Direzione Generale e l'Unità di Crisi Aziendale;
3. elaborare il report settimanale sull'attività svolta dalle componenti del sistema, da trasmettere alla Direzione Sanitaria Aziendale e al Dipartimento Sanità;
4. proporre aggiornamenti o correttivi delle procedure adottate alla Direzione Sanitaria e all'Unità di Crisi Aziendale.

Il Referente dei rapporti col SIESP dovrà:

1. trasmettere all'UCAT, con cadenza quotidiana, l'elenco aggiornato delle persone sottoposte a sorveglianza attiva o a isolamento domiciliare obbligatorio;
2. trasmettere all'UCAT, con cadenza quotidiana, l'elenco aggiornato dell'attività relative all'esecuzione dei tamponi;
3. monitorare i soggetti che devono essere sottoposti a tampone di controllo (primo e secondo);
4. verificare l'attività di comunicazione degli esiti dei tamponi diagnostici (positivi e negativi) Sars-Cov-2 ai diretti interessati e alle autorità competenti;
5. Trasmettere, all'UCAT, con cadenza settimanale, i report dei tempi di comunicazione.

Il Referente dei rapporti con i MMG/ PLS/CA e USCA dovrà:

1. fornire ai MMG/PLS/CA e USCA, l'aggiornamento dell'elenco relativo ai soggetti posti in sorveglianza attiva o a isolamento domiciliare obbligatorio;
2. svolgere una funzione di raccordo con i MMG/PLS/CA e USCA ai fini della risoluzione degli aspetti critici dell'attività assistenziale.



MEDICI DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

Nel rispetto della normativa nazionale e regionale in merito alle competenze del SIESP, i MMG/PLS collaborano con i medici CA e le USCA per la sorveglianza clinica dei pazienti in quarantena o isolamento o in fase di guarigione dimessi precocemente dagli ospedali.

La presa in carico e il monitoraggio del paziente Covid-19 potrà essere assicurata anche a distanza attraverso sistemi di telemedicina.

Il monitoraggio clinico dei soggetti in sorveglianza domiciliare e dei pazienti positivi al Covid-19 avviene quotidianamente attraverso triage telefonico ed è finalizzato a:

1. precoce individuazione dei casi sintomatici, inviando al Dipartimento di Sanità Pubblica le segnalazioni riguardanti l'insorgenza dei sintomi nei propri assistiti e la richiesta, d'intesa con il SIESP, dell'esecuzione del test diagnostico molecolare, utilizzando l'apposito modello (allegato 1);
2. attivazione della USCA competente per territorio, utilizzando il modello attivazione USCA (allegato 2);
3. Triage telefonico fino al termine della quarantena.

Escluso il sospetto di positività, il MMG o il PLS, alla luce dell'attuale contesto assistenziale, valuta la possibilità di gestire il paziente tramite telemonitoraggio.

La presa in carico del paziente avviene sulla base dei singoli bisogni, ed in particolare:

- a) telemonitoraggio anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata;
- b) assistenza programmata in ADI, qualora lo ritenga necessario;
- c) assistenza infermieristica domiciliare e attività di consulenze specialistiche domiciliari;
- d) esami di controllo ematici e/o strumentali;
- e) prestazioni infermieristiche nel setting domiciliare per i pazienti COVID negativi che seguono la prassi organizzativa ordinaria e sono affidate agli infermieri del team domiciliare, così come le prestazioni specialistiche, sempre per i pazienti COVID negativi, seguono la prassi organizzativa ordinaria, secondo quanto è previsto dalle singole ASL;
- g) attivazione dei servizi sociali, quando necessario.

In caso di soggetto dimesso dal Presidio Ospedaliero:

1. se clinicamente guarito il MMG/PLG prende in carico il paziente attivando il Triage telefonico quotidiano fino al termine della quarantena;
2. richiede al SIESP, a mezzo di posta elettronica, l'esecuzione dei tamponi di controllo;
3. in caso di ricomparsa dei sintomi segnala il caso all'USCA.

I certificati di malattia, ai fini INPS, devono prevedere una delle seguenti diciture:

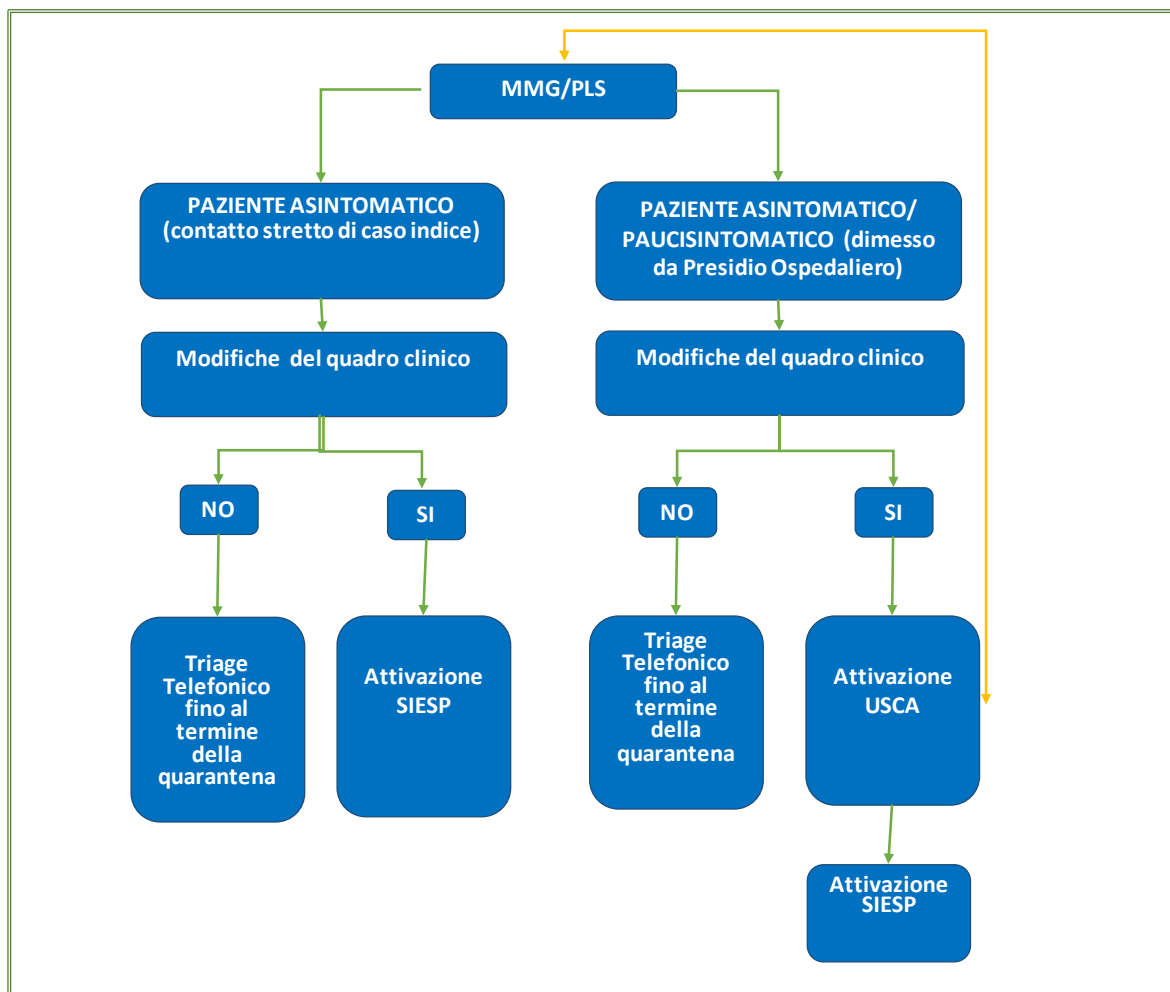


- quarantena obbligatoria;
- isolamento fiduciario;
- sorveglianza attiva;
- codice V29.0.

Il certificato può essere redatto solo quando l'assistito ha ricevuto specifico provvedimento di messa in isolamento da parte del Dipartimento di Prevenzione ASL (Circolare INPS n.716/2020), pertanto è lo stesso Dipartimento che procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al Medico di Medicina Generale per gli adempimenti di rispettiva competenza. Successivamente il certificato di rientro a lavoro sarà redatto dal MMG.

Per quanto concerne la certificazione di infezione da COVID-19, verificatasi a seguito di contagio in ambiente di lavoro o in itinere, la certificazione viene effettuata all'INAIL dal medico certificatore o dalla struttura sanitaria che presta la prima assistenza.

I MMG/PLS possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti. In considerazione dell'assenza di terapia di provata efficacia per il COVID-19, si ritiene indispensabile, per ciascun farmaco utilizzato, che la prescrizione tenga conto del rapporto tra i benefici e i rischi sul singolo paziente secondo le specifiche indicazioni dell'AIFA.





MEDICI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

Nel corso della attuale pandemia la regione Abruzzo intende mettere in capo misure che garantiscono ai cittadini, da un lato la prevenzione del rischio infettivo e dall'altro la garanzia di una continuità dell'assistenza ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali.

Le priorità dell'offerta delle cure domiciliari in emergenza COVID-19 devono:

- a) prevenire l'infezione da COVID-19 per pazienti fragili, anche attraverso attività informativa nei confronti del nucleo familiare, coinvolgendo familiari e i caregiver nei processi assistenziali e relazionali;
- b) gestire i pazienti nel setting domiciliare, al fine di garantire la stabilità clinica e assistenziale, controllare i sintomi e prevenire forme di aggravamento della condizione clinica;
- c) garantire la rapida presa in carico da parte della rete locale di Cure Domiciliari supportando la dimissione dalle strutture sanitarie o sociosanitarie verso il territorio;
- d) formare e informare il personale sanitario e socio-sanitario delle Cure Domiciliari, non specificamente operante nella rete assistenziale COVID;
- e) integrare le attività di Case Management già previste per la presa in carico del malato cronico.

Le procedure organizzative caratterizzanti le cure domiciliari in emergenza COVID-19 devono prevedere:

- 1) il colloquio di Presa In Carico (PIC) che può avvenire per via telefonica;
- 2) la eventuale sospensione temporanea, ove ritenuto necessario, dell'obbligo del PAI (comunque gli obiettivi vanno riportati nel diario);
- 3) un accesso medico minimo domiciliare ogni 10 giorni;
- 4) la estensione della pronta disponibilità medico-infermieristica;
- 5) monitoraggio telefonico quotidiano nei giorni in cui non avviene l'accesso domiciliare dell'equipe USCA - Cure Domiciliari. Tutti i colloqui telefonici devono essere tracciati nella documentazione clinica;
- 6) la garanzia per i pazienti della tipologia paziente COVID complesso, cronico e fragile, dell'accesso ai farmaci con obbligo di piano terapeutico (PT) a carico SSR, secondo la normativa vigente e la fornitura diretta di presidi e degli ausili necessari;
- 7) lo specialista di riferimento della Struttura dimettente che ha richiesto la PIC garantisce al medico dell'USCA l'attività consulenziale, anche telefonica, per la durata della presa in carico;
- 8) qualora emergano bisogni di Cure Palliative nei pazienti assistiti nella tipologia paziente COVID complesso cronico e fragile, l'eventuale passaggio alla modalità assistenziale avviene con valutazione congiunta da parte del medico delle Cure Palliative e dello specialista di riferimento per la patologia prevalente.



MEDICI UNITÀ SPECIALI di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (USCA)

Le ASL dovranno dotarsi per ogni sede USCA di un indirizzo e-mail dedicato.

Ogni sede USCA deve essere dotata di collegamento telefonico (cellulare aziendale) con numero noto ai MMG, PLS e CA del territorio di competenza, con possibilità di comunicare con il servizio di Pronto Soccorso, 118, servizio di Prevenzione e Igiene, Malattie Infettive e altri.

Ogni USCA è attiva dalle ore 8.00 alle ore 20.00, sette giorni su sette e, per ogni turno, saranno presenti un Medico, attinto dalle graduatorie della Continuità Assistenziale, secondo le modalità indicate dall'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n. 11/2020 e un Infermiere.

Ogni sede deve essere dotata di autovettura aziendale (sanificata da una ditta specializzata, giornalmente e comunque al termine di ogni turno), di un P.C., dispositivi di protezione individuale, saturimetro, sfigmomanometro, termometro frontale, fonendoscopio e di quanto altro previsto dalla normativa vigente

I medici USCA possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti.

I MMG/PLS e CA inviano alla casella di posta dedicata dell'USCA e dell'UCAT il modulo di attivazione (allegato 2) dell'USCA, competente per territorio, secondo quanto previsto al punto 3 dell'allegato A dell'ordinanza n. 11 del 20 Marzo 2020 del presidente della Giunta Regionale.

Le ASL devono prevedere, a cura dei responsabili della sicurezza:

- gli spazi e le modalità di vestizione e svestizione degli operatori al fine di evitare contaminazioni;
- le modalità e i tempi dei processi di sanificazione.

Il paziente rimane sempre in carico al MMG/PLS.

Alla USCA devono essere segnalati i seguenti pazienti:

| |
|---|
| Paziente positivo con sintomi respiratori lievi ma con età >70 anni e/o presenza di comorbilità o rischio di aumentata mortalità (febbre > 37,5 °C; tosse da lieve a moderata o incremento progressivo della tosse) |
| Pazienti affetti da COVID19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o dimessi con patologia COVID19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto 3 |
| Paziente con Sintomi respiratori anche modesti ma febbre che perdura oltre 4° gg o presenza di dispnea con positività COVID 19 |



VISITA MEDICA

Il medico USCA, una volta ricevuta la richiesta da parte del MMG/PLS, dovrà prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Il Medico USCA, dopo ogni visita, deve inviare al MMG/PLS e all'UCAT il modulo (allegato 3), debitamente compilato.

I parametri da rilevare in corso della visita sono:

- temperatura corporea;
- FR e SATO2 al saturimetro, in aria ambiente a riposo e, se possibile, walking test;
- FC e PA;
- Informazioni sulla diuresi.

Il medico USCA, in base ai parametri e al quadro clinico evidenziato, alla presenza di segnali di allarme (RED FLAGS) e al punteggio del NEWS2 score dispone, previa consultazione con il MMG/PLS, il monitoraggio clinico e la permanenza al domicilio con supporto terapeutico o il ricovero ospedaliero.

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

La riabilitazione respiratoria nella fase post-acuta, promuove la ripresa delle abilità funzionali presenti, riattiva le potenzialità residue e favorisce l'autonomia nella vita quotidiana; il protrarsi dell'allettamento determina quadri di deficit muscolari e diventa quindi cruciale il ruolo della riabilitazione con percorsi differenziati multidisciplinari e interprofessionali, incentrati sulle caratteristiche individuali di ogni singolo utente.

Il MMG/PLS invia richiesta di presa in carico riabilitativa, al SIESP e all'UCAT, per tutti quei soggetti che possono beneficiare dell'auto-trattamento tramite contatti telefonici volti al controllo delle attività, anche attraverso video-tutorial, per addestramento alla corretta riabilitazione respiratoria e motoria.

Per i soggetti con maggiore complessità riabilitativa, che dovessero avere necessità di trattamento specifico individuale e non possono beneficiare di teleassistenza, il MMG/PLS invia richiesta, al SIESP e all'UCAT, di intervento da parte del medico specialista Fisiatra che redige il PRI e lo trasmette, per via telematica all' UVM per l'autorizzazione e la successiva presa in carico domiciliare (ADI o strutture accreditate).



TEST MOLECOLARE

La Circolare n. 11715 del 03/04/2020, Ministero della Salute, fornisce indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità per la loro esecuzione per SARS CoV 2.

La diagnosi molecolare, per casi di infezione da SARS-CoV-2, deve essere eseguita presso il laboratorio di riferimento regionale e i laboratori aggiuntivi individuati dalla regione.

I criteri di priorità raccomandati dall'OMS e dalla EUCOMM sono di seguito riportati:

- pazienti ospedalizzati con infezione acuta respiratoria grave (SARI);
- tutti i casi di infezione respiratoria acuta ospedalizzati o ricoverati nelle residenze sanitarie assistenziali e nelle altre strutture di lunga degenza;
- operatori sanitari esposti a maggior rischio (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori);
- operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia;
- operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani;
- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, ivi incluse le persone vulnerabili che risiedono in residenze per anziani;
- primi individui sintomatici all'interno di comunità chiuse;

L'esecuzione del test diagnostico va riservata, prioritariamente, ai casi clinici sintomatici/paucisintomatici e ai contatti a rischio familiari e/o residenziali sintomatici, focalizzando l'identificazione dei contatti a rischio nelle 48 ore precedenti all'inizio della sintomatologia del caso positivo o clinicamente sospetto così come indicato nella circolare n. 9774 del 20/03/2020.

Il Gruppo Tecnico di lavoro specificamente istituito, ha definito i criteri da adottare nella determinazione delle priorità, in particolare sono stati attribuiti i codici di priorità di seguito riportati:

- **Codice nero:** Soggetti deceduti per sospetto Covid 19;
- **Codice blu:** Soggetti che stazionano in pronto soccorso con sintomatologia sospetta per Covid 19, ovvero soggetti che necessitano di ricovero ospedaliero per altre patologie: il tampone deve essere effettuato con metodica molecolare rapida;
- **Codice rosso:** Pazienti Covid 19 ricoverati dimissibili, soggetti che devono sottoporsi a interventi chirurgici urgenti, soggetti ospiti in strutture residenziali e semiresidenziali e case di riposo in arrivo o trasferimento, soggetti ospiti in Case di Cura Circondariali in arrivo o in



trasferimento dalle stesse, residenti nelle zone rosse secondo specifici protocolli, personale sanitario sintomatico;

- **Codice Giallo:** soggetti da sottoporre a tampone di controllo, soggetti appartenenti a gruppi professionalmente esposti (operatori sanitari, forze dell'ordine, ecc) o pazienti ricoverati in strutture (pubbliche e private) di lungodegenza, case di riposo, case di accoglienza, detenuti, soggetti che devono sottoporsi a interventi chirurgici programmati, IVG, consulenza mediche o specialistiche, soggetti da sottoporre a indagine endoscopia;
- **Codice Verde:** Soggetti senza sintomatologia sospetta per Covid 19, soggetti in isolamento domiciliare.

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

Si evidenzia che i DPI devono essere considerati come una misura efficace per la protezione dell'operatore sanitario solo se inseriti all'interno di un più ampio insieme di interventi che comprenda controlli amministrativi e procedurali, ambientali, organizzativi e tecnici nel contesto assistenziale sanitario come descritto più avanti. Il Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020, definisce i criteri di utilizzo dei DPI in base al rischio di esposizione:

- **tipo di trasmissione** (da droplets e da contatto);
- **tipo di paziente:** i pazienti più contagiosi sono quelli che presentano tosse e/o starnuti; se tali pazienti indossano una mascherina chirurgica o si coprono naso e bocca con un fazzoletto la diffusione del virus si riduce notevolmente;
- **tipo di contatto assistenziale** - Il rischio aumenta quando:
 - il contatto è ravvicinato (< 1 metro) e prolungato (> 15 minuti);
 - il contatto è di tipo ripetuto o continuativo, tale da aumentare il tempo complessivo di esposizione sia in ospedale sia in altri ambiti assistenziali territoriali (come ad esempio operatori del territorio coinvolti nella assistenza medica ripetuta e/o continuata di casi sospetti e confermati di COVID-19);
 - si eseguono manovre e procedure a rischio di produrre aerosol delle secrezioni del paziente (esempi: rianimazione cardiopolmonare, intubazione, estubazione, broncoscopia, induzione di espettorato, terapie in grado di generare nebulizzazione, NIV, BiPAP, CPAP, tampone nasofaringeo),

L'Istituto Superiore di Sanità, nel rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020, individua i DPI e i dispositivi raccomandati per la prevenzione del contagio da SARS-CoV-2, con una declinazione puntuale dei medesimi, in relazione al contesto di lavoro, alla mansione e al tipo di attività lavorativa in concreto svolta. In considerazione della rapida mutazione dei dati epidemiologici, si raccomanda la consultazione dei siti OMS, ECDC, ISS e US Center for Disease Control and Prevention.



ATTIVITA' FORMATIVA

La Asl assicura il coinvolgimento, attraverso corsi specifici, degli operatori sanitari impegnati nei diversi setting assistenziali, nei processi decisionali e formativi affinché siano opportunamente aggiornati e formati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19.

In particolare l'Azienda dovrà garantire al personale:

1. l'acquisizione delle competenze professionali e comportamentali relativamente alle procedure di vestizione e svestizione;
2. smaltimento dei rifiuti come materiale infetto categoria B (UN3291);
3. disinfezione delle superfici con ipoclorito di sodio 0.1% dopo pulizia con detergente neutro;
4. adozione sistematica e rigorosa delle precauzioni standard per Droplets;
5. il potenziamento delle abilità professionali nell'effettuazione dei Tamponi Oro/NasoFaringeo per la diagnosi di COVID 19, in conformità con le raccomandazioni del Rapporto ISS Covid-19, n. 11/2020.

MEDICI SPECIALISTI CONVENZIONATI E OSPEDALIERI

Nel corso dell'attività assistenziale sia i MMG/PLS/CA, sia i Medici USCA potranno avvalersi della consulenza telefonica di medici specialisti, sia ospedalieri sia convenzionati.

Presso l'UCAT è depositato un elenco degli specialisti resisi disponibili con numeri di telefono e orari di ricezione.

Sarà cura dell'operatore dell'UCAT mettere in contatto il MMG/PLS/CA o Medico USCA col Medico Specialista della branca richiesta.

I medici specialisti convenzionati possono prescrivere i farmaci necessari secondo le disposizioni Nazionali e Regionali vigenti.



MODULO RICHIESTA SARS-COV-2 TEST

DATI DEL MEDICO RICHIEDENTE

Cognome Nome
 Ruolo (MMG, PLS, MCA, SIESP, etc.) Indirizzo
 Telefono email

la compilazione incompleta e/o inesatta preclude l'avvio della procedura

MOTIVAZIONE RICHIESTA SARS-COV-2 TEST

ACCERTAMENTO E DIAGNOSI

1° CONTROLLO (post-quarantena) Data test "Accertamento e Diagnosi"

2° CONTROLLO (post-quarantena) Data test "1° Controllo (post-quarantena)"

la compilazione incompleta e/o inesatta preclude l'avvio della procedura

DATI DELLA PERSONA DA SOTTOPORRE A SARS-COV-2 TEST

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale Residenza/Domicilio

Comune Pr. (.....)

Numero di cellulare per comunicazione referto SARS-CoV-2 test

Nominativo eventuali conviventi

la compilazione incompleta e/o inesatta preclude l'avvio della procedura

VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DELLA PERSONA DA SOTTOPORRE A SARS-COV-2 TEST

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (viventi o deceduti) SI No

Nominativo caso accertato.....

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) SI No

Nominativo caso sospetto o probabile

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESI O LOCALITÀ A RISCHIO: SI No

CONTATTI CON CONVIVENTI DI CASI SOSPETTI SI No

PERSONA A RICHIO DI SVILUPPARE FORMA SEVERA
 DELLA MALATTIA E FRAGILI SI No



| | | |
|--|---|---|
| INDIVIDUO SINTOMATICO ALL'INTERNO DI COMUNITÀ | <input type="checkbox"/> SI | <input type="checkbox"/> No |
| Denominazione della Comunità | | |
| VALUTAZIONE CLINICA DELLA PERSONA DA SOTTOPORRE A SARS-COV-2 TEST | | |
| <input type="checkbox"/> SINTOMATICO | Data comparsa sintomi: __/__/__ | |
| Temperatura Corporea: °C | | |
| <input type="checkbox"/> malessere generale | <input type="checkbox"/> dolori muscolari | <input type="checkbox"/> anoressia |
| <input type="checkbox"/> rinorrea | <input type="checkbox"/> dis/anosmia | <input type="checkbox"/> dis/ageusia |
| <input type="checkbox"/> dispnea | <input type="checkbox"/> vomito | <input type="checkbox"/> diarrea |
| <input type="checkbox"/> ASINTOMATICO | <input type="checkbox"/> DECEDUTO | <input type="checkbox"/> OPERATORE SANITARIO presso _____ |
| <input type="checkbox"/> CLINICAMENTE GUARITO | Data risoluzione quadro clinico __/__/__ | |

LUOGO E DATA

FIRMA

.....



Allegato 2

MODULO PER ATTIVAZIONE USCA

UNITÀ SPECIALE di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DI _____

Medico: (nome e cognome) _____
Ruolo: (MMG, PLS) _____
Luogo: (città, indirizzo) _____
Telefono: _____
Indirizzo e mail: _____
Data di compilazione: ___/___/___

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome: _____
Luogo di nascita _____ **data di nascita:** ___/___/___
Residenza: (via, n. civico, comune, CAP) _____
Telefono: (fisso e/o mobile) _____
Classificazione: 3 4 5 (v. tabella 1)
Numero conviventi: _____
Tampone Positivo eseguito il: ___/___/___
Patologie concomitanti: _____
Terapia in atto: _____

MMG/PLS
(Dott. Nome e cognome)



USCA – SCHEDA DI VALUTAZIONE DOMICILIARE – PAZIENTE COVID 19

Data di compilazione: ____/____/____ Dr. _____ Sede _____

Ora della visita domiciliare: _____ luogo della visita _____

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome: _____

Luogo di nascita _____ data di nascita: ____/____/____

Residenza: (via, n. civico, comune, CAP) _____

TEL _____

MMG _____ DS _____

Contatto stretto positivo SI No

Numero Conviventi _____

Sintomi compatibili ____ dal _____ Classificazione 3 4 5 (vedi tabella 1)

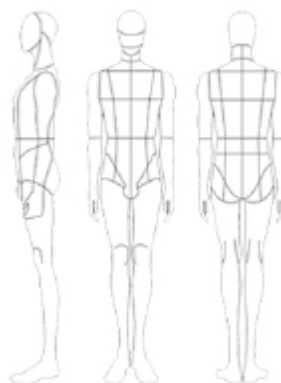
Tampone positivo ____ eseguito in data ____/____/____ conferma Il tampone in data ____/____/____

Patologie concomitanti _____

MANIFESTAZIONI CUTANEE CONCOMITANTI

| SINTOMI LAMENTATI | |
|---------------------------|--|
| Tosse | |
| Anoressia | |
| Astenia | |
| Espettorazione produttiva | |
| Faringodinia | |
| Dispnea | |
| Mialgie-artralgia | |
| Cefalea | |
| Brivido | |
| Rinorrea | |
| Nausea e Vomito | |
| Diarrea | |
| Emottisi | |
| Congiuntivite | |
| Anosmia/Ageusia | |

Localizzazione



- Capillizio
- Volto/collo
- Arti superiori
- Palmo/piante
- Unghie
- Tronco/glutei
- Pieghe
- Genitali
- Arti inferiori



PARAMETRI RILEVATI

Temperatura corporea _____ Frequenza cardiaca _____ P.A. _____

Frequenza respiratoria _____ SpO2 a riposo _____ SpO2 dopo movimento _____

ESAME OBIETTIVO

Obiettività toracica _____

Obiettività cardiologica _____

Obiettività addominale _____

Stato di coscienza (AVPU) _____ (v. tabella 2)

PUNTEGGIO NEWS2 SCORE _____ (v. tabella 3)

Attivare servizio di emergenza se NEWS2 score \geq 6

RED FLAGS → ATTIVARE IL SERVIZIO DI EMERGENZA/URGENZA SE:

- Dispnea
- Alterazione dello stato di coscienza
- Sincope o PAS <100mmHg non altrimenti spiegabile
- Test del cammino (6 min) positivo = SpO2 \leq 94% in aa o \leq 90% in aria in pz con BPCO
- Dolore toracico correlato agli atti respiratori
- Compromissione della capacità di idratarsi e alimentarsi
- Tachipnea
- Ortopnea
- Cardiopalmo persistente
- Cianosi
- Emottisi

**Medico U.S.C.A.
(Dott. Nome e cognome)**



Tabella 1 - Stratificazione dei pazienti.

| | | |
|---|--|---------|
| 1 | Paziente positivo asintomatico | MMG/PLS |
| 2 | Paziente positivo con sintomi respiratori lievi (febbre > 37,5 °C; tosse e sintomi da raffreddamento, senza dispnea) | MMG/PLS |
| 3 | Paziente positivo con sintomi respiratori lievi ma con età > 70 anni e/o presenza di comorbidità o rischio di aumentata mortalità (febbre > 37,5 °C; tosse da lieve a moderata o incremento progressivo della tosse) | USCA |
| 4 | Pazienti affetti da COVID19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o dimessi con patologia COVID19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto 3 | USCA |
| 5 | Paziente con Sintomi respiratori anche modesti ma febbre che perdura oltre 4° gg o presenza di dispnea con positività COVID 19 | USCA |
| 6 | Pazienti con sintomatologia <u>similinfluenzale</u> riconducibile a COVID19 ma non ancora sottoposti a tampone | USCA |
| 7 | Pazienti cronici e fragili con rischio di vita se contagiati | ADI |

Tabella 2 – AVPS

| | |
|------------------------|------------------------|
| A.V.P.U. scale | |
| A: Alert | – sveglio |
| V: Verbal | – risponde se chiamato |
| P: Pain | – risponde al dolore |
| U: Unresponsive | – non risponde |

Tabella 3 – NEW2 score

| PARAMETRI FISIOLGICI | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|------------------------|-------|----------|-------------|-------------|-------------|-----------|--|
| Frequenza del respiro | ≤8 | | 9 - 11 | 12 - 20 | | 21 - 24 | ≥25 |
| Saturazione d'ossigeno | ≤91 | 92 - 93 | 94 - 95 | ≥96 | | | |
| Ossigeno supplementare | | Sì | | No | | | |
| Temperatura corporea | ≤35,0 | | 35,1 - 36,0 | 36,1 - 38,0 | 38,1 - 39,0 | ≥39,1 | |
| Pressione sistolica | ≤90 | 91 - 100 | 101 - 110 | 111 - 219 | | | ≥220 |
| Frequenza cardiaca | ≤40 | | 41 - 50 | 51 - 90 | 91 - 110 | 111 - 130 | ≥131 |
| Stato di coscienza | | | | Vigile | | | Richiamo verbale, dolore provocato, coma |