RegioneLombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 3876 Seduta del 19/11/2020

Presidente **ATTILIO FONTANA**

Assessori regionali FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILO RIZZOLI
PIETRO FORONI
GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Fabrizio De Vecchi

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

DETERMINAZIONI PER LA GESTIONE INTEGRATA OSPEDALE – TERRITORIO PER L'ASSISTENZA AI PAZIENTI AFFETTI DA COVID 19 O SOSPETTI

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Marco Trivelli

Il Dirigente Marco Trivelli

L'atto si compone di 17 pagine

di cui 13 pagine di allegati

parte integrante

VISTA la legge regionale 30 dicembre 2009 n. 33 "Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità";

RICHIAMATA la normativa in materia di emergenza epidemiologica da Covid-19 e le Ordinanze del Presidente della Giunta regionale con cui sono state stabilite misure per il contenimento ed il contrasto del contagio da COVID-19;

RICHIAMATE, altresì:
le deliberazioni adottate dalla Giunta Regionale in ordine all'emergenza sanitaria da Covid -19 con particolare riferimento alle:

- D.G.R 2986/20 avente per oggetto "*Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID - 19 – Area territoriale*";
- D.G.R 3114/20 avente per oggetto "*Determinazioni in merito alle attività di sorveglianza in funzione dell'epidemia COVID-19*";
- D.G.R 3020/20 avente per oggetto "Ulteriori disposizioni per la gestione dell'emergenza sanitaria da COVID-19. Istituzione servizi di degenza per sorveglianza pazienti COVID-19 paucisintomatici (Centro di costo COV 20);
- D.G.R 3528/20 avente per oggetto "*Indicazioni per l'attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza (Televisita)*";
- D.G.R 3681/20 avente per oggetto "*Ulteriori determinazioni per la gestione di pazienti covid-19*";
- D.G.R 3777 /20 avente per oggetto "*Disposizioni relative all'utilizzo di test antigenici (rapid diagnostics test ag-rdts – tamponenasofaringeo) per la sorveglianza COVID-19*";
- D.G.R 3784/20 avente per oggetto Servizio di telemonitoraggio domiciliare pazienti COVID-19 – *ulteriori indicazioni*";
- D.G.R 3525/20 avente per oggetto "*Adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza, in attuazione dell'art. 1 dl 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 77*";

PRESO ATTO delle numerose sperimentazioni dei Centri territoriali Covid avviate nelle ultime settimane da parte di molte ASST;

RAVVISATA la necessità di adottare un documento quale base di riferimento per un approccio integrato ospedale-territorio del paziente affetto da COVID–19;

VISTO il documento "*Atti di indirizzo per la gestione integrata ospedale – territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da Covid 19 o sospetti*", allegato 1 parte integrante del presente provvedimento, elaborato dalla Direzione Generale

Welfare che fornisce ai professionisti un percorso guidato di presa in carico dei pazienti affetti da CoviD-19 o sospetti in relazione alla necessità di garantire in modo tempestivo:

- l'effettuazione delle procedure di diagnosi;
- la valutazione del profilo di rischio per la definizione del flusso assistenziale;
- l'adeguata gestione del percorso di sorveglianza e cura;

CONSIDERATO che il percorso delineato nel documento allegato, condiviso con la Federazione dell'Ordine dei Medici della Lombardia, risponde alla necessità ridurre al minimo gli spostamenti dei pazienti a tutela della salute pubblica; garantire una sorveglianza attiva dei casi accertati o sospetti, favorendo il più possibile l'applicazione delle misure di cura al domicilio, o comunque in ambito extra ospedaliero, al fine di limitare gli accessi ospedalieri inappropriati, prevenendo infine nei soggetti più a rischio, le complicanze che comportano ospedalizzazione;

CONSIDERATO altresì:

- il vademecum sulla terapia domiciliare proposta dalla FROMCeO;
- che i "*Suggerimenti di terapia medica per COVID-19 nei pazienti a domicilio*" di cui all'allegato 3 del documento approvato con il presente provvedimento sono stati valutati e validati del Comitato Tecnico Scientifico nella seduta del 16.11.2020;
- che gli indirizzi di cui all'allegato documento saranno modificati sulla base di nuove evidenze e previa valutazione del Comitato Tecnico Scientifico in ordine ai contenuti tecnici;

RITENUTO pertanto di approvare il documento soprarichiamato;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette motivazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di approvare il documento "*Atti di indirizzo per la gestione integrata ospedale – territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da Covid 19 o sospetti*" allegato parte integrante del presente provvedimento elaborato dalla Direzione Generale Welfare che fornisce ai professionisti un percorso guidato di presa in carico dei pazienti affetti da CoviD-19 o sospetti;

2. di attestare che il presente atto non è soggetto agli obblighi di pubblicazione di cui agli artt. 26 e 27 del D.Lgs 33/2013.

IL SEGRETARIO

FABRIZIO DE VECCHI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

Documento firmato digitalmente da FABRIZIO DE VECCHI in sostituzione di ENRICO GASPARINI

Atti di indirizzo per la gestione integrata ospedale-territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 o sospetti.

I presenti atti di indirizzo propongono un percorso guidato di presa in carico dei pazienti affetti da CoviD-19 o sospetti in relazione alla necessità di garantire in modo tempestivo:

- ✓ l'effettuazione delle procedure di diagnosi;
- ✓ la valutazione del profilo di rischio per la definizione del flusso assistenziale;
- ✓ l'adeguata gestione del percorso di sorveglianza e cura.

Il percorso di presa in carico di questa tipologia di pazienti si caratterizza in modo peculiare in considerazione della necessità di ridurne al minimo gli spostamenti a tutela della salute pubblica; garantire sempre una sorveglianza attiva dei casi accertati o sospetti, favorendo il più possibile l'applicazione delle misure di cura al domicilio, o comunque in ambito extra ospedaliero, al fine di limitare gli accessi ospedalieri inappropriati; prevenire, in particolare nei soggetti più a rischio, le complicanze che comportano ospedalizzazione.

In questa prospettiva, nel caso di rinvio da pronto soccorso al domicilio di un paziente a rischio basso o medio, autopresentato o inviato da medico curante, è necessario che la struttura dimettente provveda a trasferire tale informazione al Medico Curante per l'attivazione del percorso di sorveglianza e cura.

I contenuti di questo documento si propongono come riferimenti di base per un approccio integrato ospedale-territorio al paziente affetto da COVID–19, sui quali costruire percorsi, sotto il coordinamento di ATS, in relazione alle specificità territoriali e ai modelli di integrazione esistenti o attivabili anche in considerazione della naturale evoluzione dei contesti di diagnosi e cura nel tempo.

Le attività di diagnosi o di sorveglianza beneficiano ad esempio di un'aumentata capacità di raccolta e processazione dei campioni per ricerca di RNA virale rispetto alla prima fase, nonché dell'introduzione su tutto il territorio regionale di test rapidi di diagnosi (tamponi rapid diagnostic test Ag-RDTs - tampone nasofaringeo) – DGR 3777/2020.

1. <u>Primo contatto e triage del paziente sospetto</u>

Il MMG/PLS è il principale professionista a cui il soggetto sintomatico non ospedalizzato oppure contatto stretto di caso con manifestazione sintomi deve rivolgersi per l'accertamento diagnostico. Il contatto del paziente può avvenire anche attraverso MCA/116117.

Il medico effettua il triage al fine di:

a) **Inquadrare la gravità dei sintomi**
b) **Effettuare ricognizione dei fattori di fragilità**. La fragilità è uno stato di vulnerabilità a genesi multifattoriale, caratterizzata da un'aumentata suscettibilità ad eventi "stressanti" endogeni ed esogeni per un esaurimento delle riserve omeostatiche dell'organismo. Gli studi più recenti su pazienti affetti da COVID-19 hanno dimostrato che essa è un predittore di mortalità molto più accurato ed affidabile delle sue singole componenti (come età e comorbidità). Un dato particolarmente degno di nota è che nei soggetti fragili la sintomatologia di presentazione del COVID-19 è spesso differente rispetto a quella delle persone non fragili. Mentre infatti, febbre, dispnea, tosse, ageusia e anosmia sono più comuni nelle classi di età più giovani, sintomi atipici quali lo stato confusionale acuto (delirium), il sopore, la facile faticabilità e l'astenia lo sono nelle classi di età più anziane e nei soggetti fragili.

Triage paziente adulto

MMG/MCA

Raccolta dei seguenti sintomi

Si propone quale strumento di orientamento per la raccolta anamnestica e il rilievo di fragilità la check list in **Allegato 1**.

A seconda delle singole realtà viene prescelta la raccolta telefonica/video chiamata o via web attraverso piattaforme dedicate dei seguenti sintomi:

- ✓ Età, sesso, peso corporeo, altezza (stima BMI)
- ✓ Temperatura
- ✓ Frequenza respiratoria
- ✓ dolore toracico
- ✓ tosse
- ✓ dispnea a riposo o da sforzo
- ✓ anosmia/disosmia
- ✓ ageusia/disgeusia
- ✓ cefalea/vertigine
- ✓ mialgie
- ✓ artralgie
- ✓ astenia
- ✓ vomito
- ✓ diarrea
- ✓ inappetenza
- ✓ congiuntivite
- ✓ astenia importante

Anamnesi: ipertensione arteriosa; storia di fumo (precedente, attuale, assente); diabete mellito; malattia cardiovascolare nota; malattia polmonare cronica; insufficienza renale cronica; coagulopatie; infezione attuale o pregressa da HIV; storia oncologica; trapianto pregresso/immunodepressione; anemia falciforme; contatto con paziente COVID-19 accertato.

2 Stratificazione del rischio

La stratificazione della condizione di rischio del paziente COVID-19 o del paziente sospetto si effettua sia al primo contatto per l'identificazione del percorso diagnostico adeguato (al domicilio, presso Centro Territoriale COVID, presso Pronto Soccorso) sia in fase di sorveglianza e cura al domicilio, anche per il tramite delle USCA che relazionano al MMG.

Nei casi per i quali permanga un dubbio di inquadramento diagnostico, il processo di valutazione dei sintomi può richiedere da parte del MMG la consultazione di altri specialisti ospedalieri di riferimento (ad esempio infettivologo, pneumologo, pediatra ospedaliero) la cui reperibilità deve essere garantita in relazione anche alla distribuzione geografica di MMG – ASST, secondo accordi elaborati a livello di ogni singola ATS.

La positività accertata a tampone molecolare e comunque la positività a tampone antigenico in soggetto sintomatico consente al MMG di arruolare il proprio assistito tra i pazienti affetti da COVID-19 per il monitoraggio clinico e la cura.

Per i soggetti in età adulta, sospetti o accertati COVID-19, il MMG può procedere alla stratificazione del rischio secondo l'impostazione che segue. Si propone lo strumento in allegato 2.

1.Rischio basso

A. Definizione

Vengono definiti come espressione clinica lieve della malattia i pazienti che presentino uno qualunque tra i seguenti sintomi o una loro associazione:

1. sindrome influenzale (rinite, tosse senza difficoltà respiratoria, mialgie, cefalea) con SaO2 ≥ 95%
2. febbre ≤38 °C o >38°C ma da meno di 72 ore
3. sintomi gastro-enterici (in assenza di disidratazione/plurime scariche diarroiche)
4. non presentino caratteristiche di alto rischio
5. astenia, ageusia/disgeusia/anosmia.

E che non abbiano uno di questi elementi di "fragilità": età ≥65 anni, malattia neoplastica attuale o in trattamento nel precedente anno, patologia respiratoria nota, obesità (BMI>30), cardiopatia ischemica o eventi ischemici cerebrali pregressi, diabete mellito, insufficienza renale cronica, infezione attuale o pregressa da HIV, coagulopatie, storia di immunodepressione/trapianto d'organo.

B. Indicazioni per accertamento diagnostico

In caso di sospetta infezione da Sars-CoV-2 il MMG è tenuto ad effettuare segnalazione di sospetta malattia infettiva alla ATS di competenza mediante il sistema informativo sMAINF (o gli analoghi strumenti in uso presso ATS Milano interfacciato con MAINF). Contestualmente alla segnalazione il MMG effettua la prenotazione del test mediante apposita funzionalità telematica. Il test può essere eseguito in un centro tamponi oppure al domicilio da USCA o altro operatore (Infermiere di famiglia, ADI, ecc.)

Attualmente, il MMG può procedere alla somministrazione del test diagnostico rapido, in coerenza con il percorso tracciato dalla DGR 3777/2020 a garanzia di *una valutazione di appropriatezza del ricorso a tale indagine, in relazione al quadro sintomatologico ed alla esposizione al contagio* della persona assistita.

Per i soggetti sospetti COVID-19, sempre:

Isolamento domiciliare fiduciario

In attesa di esito tampone molecolare il soggetto interessato è posto in isolamento domiciliare fiduciario dallo stesso MMG che ha richiesto il test.

Il MMG visualizza, non appena disponibile dal Flusso Laboratori di Regione Lombardia (di norma 24-48 ore dopo il momento dell'effettuazione del test), l'esito del tampone molecolare sul Cruscotto di Sorveglianza di tutti i propri assistiti.

C. Interventi terapeutici

Si rinvia a quanto contenuto in allegato 3 *Terapia Medica per COVID-19 nei pazienti a Domicilio*

D. Sorveglianza e monitoraggio domiciliare

La sorveglianza del caso può essere effettuata anche, su invio da parte del MMG, dalla Centrale di Coordinamento di Presa in Carico per il Paziente (prevista da DGR 2986/2020), oppure da altri Soggetti di cui all'elenco della DGR 784/2020.

2.Rischio Intermedio

A. Definizione

Espressione clinica lieve della malattia come precedentemente descritta, **MA**

- SaO2 93-94% e/o
- **caratteristiche di alto rischio definite come in precedenza (l'età ≥65 anni deve essere associata a una altra caratteristica di alto rischio)**

B. Indicazioni per accertamento diagnostico

In questi pazienti è necessaria una valutazione clinica presso:

- Centri Territoriali COVID, dove siano eseguiti almeno tampone antigenico/molecolare, ECO-FAST, EGA oppure
- Al domicilio mediante USCA in modo da eseguire diagnostica, ECO-TORACICO, Saturimetria, Test del cammino

Il paziente a medio rischio non deve essere indirizzato al PS, se non in assenza delle due opzioni (possibilità di follow-up al domicilio o presso Centro Territoriale COVID) (vedi news più avanti)

In caso di sospetta infezione da Sars-CoV-2 il MMG è tenuto ad effettuare segnalazione di sospetta malattia infettiva alla ATS di competenza mediante il sistema informativo sMAINF (o gli analoghi strumenti in uso presso ATS Milano interfacciato con MAINF).

Per i soggetti sospetti COVID-19, sempre:

Isolamento domiciliare fiduciario

In attesa di esito tampone molecolare il soggetto interessato è posto in isolamento domiciliare fiduciario dallo stesso MMG che ha richiesto il test.

Il MMG/PLS visualizza, non appena disponibile dal Flusso Laboratori di Regione Lombardia (di norma 24-48 ore dopo il momento dell'effettuazione del test), l'esito del tampone molecolare sul Cruscotto di Sorveglianza di tutti i propri assistiti.

C. Interventi terapeutici

Si rinvia a quanto contenuto in allegato 3 *Terapia Medica per COVID-19 nei pazienti a Domicilio*

D. Sorveglianza e monitoraggio domiciliare

La sorveglianza del caso può essere effettuata anche, su invio da parte del MMG, dalla Centrale di Coordinamento di Presa in Carico per il Paziente, realizzata in modo funzionale per la telesorveglianza, secondo quanto previsto dalle indicazioni regionali in materia

3.Rischio alto

A. Definizione

Vengono definiti **come espressione clinica severa della malattia** i pazienti che presentino **esordio acuto e grave (**pazienti che presentino dispnea isolata o associata a altri sintomi) o febbre >38°C da più di 72 ore, *SatO2<93%*).

B. Indicazioni per accertamento diagnostico

Invio in Pronto Soccorso

Nel caso in cui il paziente venga considerato dimissibile, verrà dotato di saturimetro, istruito in merito alle modalità di esecuzione autosorveglianza con rilevazione parametri almeno tre volte al giorno e affidato alla centrale di telesorveglianza.

3 La gestione del percorso di sorveglianza e cura a livello territoriale (Rischio basso e Rischio intermedio)

Per i soggetti accertati COVID-19, è sempre previsto:

Isolamento domiciliare obbligatorio del caso accertato **(*)**

Il paziente verrà contattato da ATS per l'inchiesta epidemiologica e per la ricerca dei contatti stretti; il contatto stretto di caso può riferire al MMG, il quale darà indicazione ad esecuzione tampone per ricerca antigene virale (test rapido) in caso di insorgenza sintomi (se esito positivo non prevedere test molecolare di conferma, in quanto esito collegato a nesso epidemiologico; se esito negativo prevedere conferma con test molecolare).

La sorveglianza e la cura dei pazienti affetti da COVID-19 o sospetti può avvenire solo mediante la costituzione sul territorio di una vera e propria rete di professionisti ed Enti/Strutture con specifiche competenze e funzioni, la cui armonizzazione può configurarsi variamente nei diversi ambiti territoriali sotto il coordinamento delle ATS.

(*) Il MMG, se del caso di intesa con il Medico USCA e/o l'assistente sociale USCA, si raccorda con ATS per i casi bisognosi di isolamento presso i COVID-Hotel, quando non possibile l'isolamento al domicilio.

3.1 Figure professionali di riferimento

a) Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS)

Ha ruolo centrale nella gestione e nel follow-up del paziente che rimane al domicilio: effettua l'iniziale triage telefonico, tenendo conto dei dati già in suo possesso. Il ruolo di queste figure professionali sarà vicariato nei periodi di assenza dal Medico di Continuità Assistenziale (MCA). Per il tramite di Società di Servizio possono essere garantite agli assistiti anche prestazioni in telemedicina.
L'Infermiere che opera nel team delle Cure Primarie può assicurare l'attività di sorveglianza domiciliare**.**

Il Medico di continuità assistenziale assicura, quando necessario e secondo le indicazioni del MMG/PLS, il proseguimento degli interventi nelle fasce orarie non coperte dall'attività del MMG/PLS.

Laddove più MMG si siano coordinati avendo individuato siti di offerta diagnostica (tamponi antigenici) "altri" rispetto agli ordinari ambulatori visite, è consentito l'allestimento di spazi anche per una valutazione clinica.

b) Specialista Ospedaliero (Internista, Infettivologo, Pneumologo o Geriatra, e professionisti con specializzazioni internistiche che abbiano operato in Unità COVID)

Le ASST identificano al proprio interno degli specialisti referenti COVID per il territorio con garanzia di contattabilità h 24 (anche per il medico di continuità assistenziale, quando necessario) per consulenze e supporto nella scelta dei diversi percorsi previsti dal modello per i pazienti COVID o sospetti tali.

c) Infermiere di Famiglia e di Comunità (IDC) e altre figure infermieristiche afferenti alle equipe territoriali

Queste figure, in carico alle ASST, in relazione a modelli definiti a livello delle singole ATS, sono a supporto della gestione del percorso di presa in carico del paziente COVID sia operando nei Centri territoriali COVID della ASST, che partecipando, essendone integrate stabilmente, nell'equipe delle USCA recandosi a domicilio del paziente su casi selezionati con difficoltà di spostamento. Le attività di case manager potranno essere assolte anche per i pazienti cronici aderenti alla Presa In Carico dall'Infermiere delle Società di Servizio. L'Infermiere che opera nel team delle Cure Primarie può anche garantire all'interno dei programmi rivolti ai cronici non deambulabili la sorveglianza domiciliare del paziente.

d) Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)

Le équipe, composte da Medici, Infermieri di famiglia e Assistente sociale, coordinate dalle ATS, svolgono, su attivazione del MMG/PLS, le attività al domicilio dei pazienti COVID che non possono lasciare il domicilio. Le equipe possono garantire le prestazioni di telemedicina ovvero prestazioni strumentali a domicilio e devono essere dotate di strumentazione diagnostica avanzata come ECO-FAST.

Si prevede un coordinamento diretto tra MMG/PLS e USCA per la gestione dei casi assisiti sul territorio.

e) Assistente Sociale (AS)

L'AS parte integrante delle USCA assicura il rilievo delle problematiche di natura sociale, legate anche a difficoltà nella gestione del caso in ambito familiare. L'AS consente l'integrazione del sistema sanitario con quello sociale tracciando il raccordo con i Comuni.

f) Psicologo

In attesa di indicazioni specifiche in materia, gli interventi territoriali, in relazione ad accordi a livello di ATS, possono essere integrati da quelli svolti dalla figura professionale dello psicologo.

3.2 Enti/Strutture con specifiche competenze e funzioni

Si sottolinea che il coordinamento di tali Enti/Strutture è in capo alle ATS, mentre il loro sviluppo operativo è funzione delle ASST e risente positivamente della vivacità professionale che deriva dal confronto permanente tra le differenti figure professionali coinvolte, in particolare MMG/PLS e specialisti ospedalieri. Le prime esperienze in atto mostrano risultati incoraggianti quando l'avvio dei percorsi di integrazione ospedale-territorio è preceduto da momenti di formazione adeguatamente curati.

a) Servizio di Telemonitoraggio e Telemedicina

E' una struttura, di cui alla DGR 2986/2020, dotata di centrale medica che consente il monitoraggio dei pazienti COVID-19 (con le specifiche di cui alla citata DGR) indicati dal MMG a seguito di prima valutazione e in assenza di indicazione al ricovero. Il servizio garantisce il telemonitoraggio e comunica con il MMG in caso di superamento di soglia di allerta definite. Si avvale della collaborazione delle equipe delle USCA. Le comunicazioni tra i vari soggetti sono assicurate da una piattaforma condivisa integrata con i vari soggetti professionali.
A seguito dell'eventuale evoluzione delle indicazioni normative, per evitare il sovraffollamento di ambulatori e strutture sanitarie, potranno essere attivati altri servizi territoriali (ad esempio le farmacie di servizi) di supporto con **servizi di telemedicina** in attuazione di quanto previsto dal D. Lgs. n. 153/2009, e dal D.M. 16 dicembre 2010 e con quanto disposto dalla DGR 3528/2020, in materia di attivazione di servizi sanitari erogabili a distanza, per il raggiungimento degli obiettivi previsti dal provvedimento.

b) Centri Territoriali COVID

Sono strutture ambulatoriali **territoriali**, all'interno delle quali è possibile eseguire la diagnostica per CoviD-19, ad accesso esclusivo su appuntamento, previa richiesta da parte del MMG/PLS mediante impegnativa anche dematerializzata per 89.7 prima visita e 90.55.7/8 test antigenici, riportante il quesito diagnostico di "sospetto covid 19 paucisintomatico" e con esenzione P01.L'accesso alla prima visita deve essere garantito dagli erogatori in 48 ore.
Hanno accesso ai Centri Territoriali COVID i soggetti sospetti COVID che siano riconducibili alla categoria di *rischio intermedio*, di cui sopra.
Presso il Centro Territoriale COVID il paziente viene sottoposto a visita medica, accompagnata da approfondimenti diagnostici, in particolare: effettuazione tampone per ricerca di antigene virale, eventuale prelievo per test molecolare di conferma, rilevazione dei parametri vitali con saturimetria, diagnostica strumentale (possibilità di eseguire ECO-FAST del torace, EGA e, dove possibile, EE) considerando che eventuali approfondimenti possono essere richiesti dal medico specialista in sede di visita e prescritti su ricettario NRE, limitatamente a:

- RX Torace 87.44.1
- Ecografia polmonare 88.73.3
- Test molecolare per la ricerca di SARS-CoV-2 (mediante PCR) 91.12.1
- Test del cammino 89.44.2
- Emogasanalisi 89.65.1
- Esami ematochimici, dove possibile (Emocromo, creatinina, ALT, PCR, D-dimero e LDH) *

*

90.62.2	EMOCROMO: Hb, GR, GB, HCT, PLT, IND. DERIV., F. L.
90.16.3	CREATININA [S/U/dU/La]
90.04.5	ALANINA AMINOTRANSFERASI (ALT) (GPT) [S/U]
90.72.3	PROTEINA C REATTIVA (Quantitativa)
90.61.4	D-DIMERO (EIA)
90.29.2	LATTATO DEIDROGENASI (LDH) [S/F]

In base all'esito della visita, il paziente potrà quindi:

- ✓ essere inviato a casa, con eventuale terapia e attivazione del telemonitoraggio (con l'impiego della piattaforma di telemonitoraggio utilizzata dal MMG dell'assisitito, previo accordo con lo stesso)
- ✓ essere ricoverato in reparto, attraverso passaggio in PS o mediante accettazione diretta (previa condivisione, in quest'ultimo caso, con i medici di riferimento del pronto soccorso dell'ospedale accettante).

I requisiti strutturali, impiantistici e organizzativi dei Centri Territoriali COVID fanno riferimento a quelli previsti per l'erogazione di prestazioni ambulatoriali, anche mobili, e nel rispetto delle misure di contenimento del contagio da SARS-CoV-2.

I Centri Territoriali COVID possono essere attivati da ASST o da erogatori privati accreditati e a contratto. L'ATS territorialmente competente ha la regia complessiva, per attivare un numero di Centri COVID coerente con i bisogni del territorio. Le attività dei Centri Territoriali COVID sono rendicontate nel flusso 28-SAN secondo le modalità già previste per l'attività ambulatoriale e vanno ad incidere sul budget già riconosciuto alle strutture pubbliche e alle strutture private e a contratto.

c) Pronto Soccorso

Si fa carico dei pazienti inviati dal MMG/PLS, previo raccordo con il/i referente/i COVID-19 ASST, per la diagnosi e il ricovero dei pazienti COVID più gravi.

d) Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) di ATS

E' depositario di tutti i dati provenienti dal Flusso Tamponi dei Laboratori nonché delle segnalazioni di sospetto COVID-19 effettuate sul sistema sMAINF. Ai DIPS compete l'individuazione delle strategie di contact tracing sul territorio e la loro attuazione.

e) **Farmacie**

All'interno di un più ampio ambito della farmacia dei servizi, costituiscono parte dell'equipe territoriale assicurando (anche su delega del paziente) i farmaci ad uso domiciliare e raccordandosi con il sistema socio-assistenziale per la consegna dei farmaci, laddove presente.
Nello specifico, può essere di fondamentale importanza il ruolo delle farmacie nella gestione dell'***Ossigenoterapia domiciliare***. Regione Lombardia ha dato la possibilità alle ATS di assegnare alle farmacie un ruolo riconosciuto per la gestione della distribuzione dell'ossigeno liquido a questi pazienti.

Comunicazione: in farmacia non si dispensano solo farmaci e prodotti di benessere, ma si offrono servizi e si veicolano informazioni di educazione sanitaria, campagne informative, avvisi istituzionali e, in situazioni di emergenza, viene svolta anche un'attività di rassicurazione e di chiarimenti per la popolazione.

f) Rete dei servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni

La permanenza al domicilio del paziente COVID-19 o sospetto può richiedere anche l'attivazione della rete dei servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni, al fine di mantenere la massima coesione ed integrazione sociale.

Attraverso l'assistente sociale USCA si verificherà la presenza e la possibile attivazione di servizi che potranno mantenere la persona al domicilio, quali, a titolo di esempio non esaustivo:

- ✓ Servizio di Assistenza Domiciliare
- ✓ Servizio Pasto al domicilio
- ✓ Trasporto sociale
- ✓ Spesa a domicilio
- ✓ Ritiro rifiuti con percorsi dedicati

Allegato 1

INFEZIONE DA SARS-COV-2: PRIMO CONTATTO TELEFONICO CON IL MMG/MCA

(Da somministrare a Caregiver se paziente impossibilitato a rispondere)

Cognome Nome Sesso M F

Data nascita

Data inizio sintomi Data tampone nasofaringeo (antigenico/molecolare) già effettuato

- Che sintomi ha avuto a inizio malattia:
  - Febbre (segnalare il valore massimo raggiunto) ……
  - Dispnea da sforzo
  - **Dispnea a riposo (almeno una delle tre seguenti)**
    - Ha difficoltà a respirare quando parla, si sposta da una stanza all'altra oppure quando mangi SI NO
    - Ha difficoltà a respirare quando è sdraiato o seduto? SI NO
    - Non riesce più a svolgere le comuni attività domestiche a causa della mancanza di respiro? SI NO
    - È peggiorato negli ultimi uno, due o tre giorni? SI NO
  - Tosse
  - Malessere
  - **Confusione mentale (di nuova insorgenza)**
  - Diarrea
  - Nausea e/o vomito
  - Dolori muscolari
  - Dolore toracico
  - Cefalea (in paziente che non ne soffre abitualmente)
  - Dolore addominale
  - Respiro sibilante
  - Faringodinia
  - Mialgie o artromialgie (in pazienti che non ne soffrono abitualmente)
  - Disgeusia
  - Anosmia
  - Rinite
  - Emoftoe

- Sta assumendo farmaci? SI NO

Se Si quali……..

Allegato 2

STRUMENTI PER LA STRATIFICAZIONE DEL PROFILO DI RISCHIO

A. Valutazione dei sintomi

Sintomi Gravi

Sintomi per i quali il paziente deve essere inviato in PS, previo consulto telefonico, con il referente COVID della ASST:

Dispnea a riposo

- Comparsa improvvisa di confusione mentale o sopore

Sintomi lievi

Tutti gli altri sintomi che dovranno essere valutati tenendo conto della frequenza di comparsa nei pazienti affetti da COVID (Tabella 1). In assenza di fattori di rischio non inviare in PS ma presso Hot Spot COVID

B. Valutazione della fragilità (Fattori di rischio)

Tabella 2: Questionario - PRISMA-7

1. Il paziente ha più di 80 anni	Si □	No □
2. È di sesso maschile	Si □	No □
3. Ha problemi di salute di qualsiasi tipo che limitano l'autonomia nella sua quotidianità	Si □	No □
4. Ha bisogno di aiuto da parte di altri in modo non sporadico (cioè frequentemente)	Si □	No □
5. Ha problemi di salute che richiedono che stia sovente a casa	Si □	No □
6. Se ha bisogno di aiuto non sporadico ha un caregiver (fornitore di assistenza) cui appoggiarsi	Si □	No □
7. Usa un bastone, un deambulatore o una carrozzina per gli spostamenti	Si □	No □

Istruzioni:

- per le domande da 3 a 7, non interpretare la domanda; semplicemente annota la risposta senza considerare se possa essere più si o più no
- se l'intervistato esita nella risposta tra si e no, chiedi di scegliere una delle due opzioni
- se, nonostante vari richiami, l'intervistato esita ancora nella risposta (o risponde talvolta, un poco), la risposta è si

N.B I pazienti con 3 risposte positive, anche in presenza di sintomi solo lievi, devono essere inviati in PS, previo consulto telefonico con il referente COVID della ASST.

C. Valutazione della gravità del paziente presso gli Centri Territoriali COVID o da parte delle Unità USCA/IDC

- **Malattia di grado severo:** SpO2 < 93% o uno dei seguenti FR ≥ 25, FC ≥ 110, confusione mentale, NEWS2 ≥ 5.
  Azione: inviare in PS previo consulto specialistico telefonico con il "referente COVID" della ASST.

- **Malattia di grado moderato:** SpO2 93-94% o uno dei seguenti FR 21-24, FC 90-110, NEWS2 =3-4
  - ✓ Azione: Eseguire Eco-fast. Se positiva inviare in PS previo consulto specialistico telefonico con il "referente COVID" della ASST. Se negativa attivare telemonitoraggio domiciliare (Telemedicina o sorveglianza MMG - (con l'impiego della piattaforma di telemonitoraggio utilizzata dal Mmg dell'assistito, previo accordo con lo stesso)
- **Malattia di grado lieve:** SpO2 ≥ 95% o uno dei seguenti FR ≤, FC ≤90, NEWS2 = 0 – 2
  Azione: attivare telemonitoraggio domiciliare (Telemedicina o sorveglianza MMG). Se tampone negativo non necessità di telemonitoraggio domiciliare.

Tabella 3: Score NEWS2

PARAMETRI FISIOLOGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤ 8		9-11	12-20		20-24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		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

Allegato 3

Suggerimenti di terapia medica per COVID-19 nei pazienti a domicilio

	Quando	Tipo di farmaco	Posologia giornaliera	Durata del trattamento
Terapia steroidea*	**Solo se polmonite con necessità di ossigenoterapia**	Desametasone*	6 mg/die ev o per os	10 giorni
Terapia antipiretica	secondo necessità	Paracetamolo Celecoxib (se non controindicazioni)	max 1 gr per 3 die 200 mg	quanto necessario
Ossigenoterapia**	Se SpO_2 periferica <94% (<90% se BPCO)			sino a risoluzione della insufficienza respiratoria
Terapia antimicrobica	a giudizio del clinico***	amoxicillina/clavulanato ± azitromicina o Levofloxacina oppure Cefriaxone ± azitromicina o Levofloxacina	1 gr x 3/die + 500 mg/die 1-2g + 500 mg/die	5-7giorni
Profilassi anticoagulante****	in assenza di controindicazioni, e se non già scoagulato	enoxaparina sottocute	4.000 UI/die (se peso >90 Kg: 4.000 Ux2/die)	sino a ripresa dell'attività fisica

*** Cortisonici (da evitare nei pazienti diabetici)**

Da impiegare solo se necessita di ossigenoterapia. L'impiego in fase iniziale senza ipossia è pericoloso per la progressione della malattia

Alternative al desametasone, altri cortisonici a dose equivalente a quella del desametasone, come da nota AIFA (metilprednisolone 32 mg, prednisone: 40 mg, idrocortisone: 160 mg)

****Ossigeno (anche liquido e concentratori)**

Si sottolinea che l'ossigenoterapia è più indicata in ambiente ospedaliero o in degenze di sorveglianza

Obiettivo è di mantenere in ossigenoterapia una SaO2 94% adeguando i flussi di O2 a questo target (Fino ad un massimodi 6 litri/min, poi consigliata ospedalizzazione. Va sottolineato che i pazienti con BPCO possono sviluppare ipercapnia.

*** Terapia antimicrobica

La scelta di iniziare una terapia antibatterica (empirica o mirata) deve essere effettuata **solo** in presenza di un ragionevole sospetto di infezione batterica**, non** usare antibiotici in via profilattica.

Relativamente all'uso dell'**azitromicina** o **levofloxacina** si specifica che il suo utilizzo va limitato ai casi di possibile sovrapposizioni batteriche, sostenute da atipici, **non avendo azitromicina dimostrato alcuna azione sul processo infettivo da SARS CoV 2.**

**** Profilassi anticoagulante

se fattori di rischio per TEV (allettamento/obesità, pregresso TEV (Padua score) e a giudizio del medico in considrerazione per es dell' età e dell' evoluzione clinica

alternative a enoxaparina

Nadroparina	3800 UI/die sc
Parnaparina	4.250 UI/ die sc

Diarrea da Covid-19

- Idratazione e supplementazione magnesio e potassio
- Diarrea da COVID: Diosmectal 3 g x 3 o se incoercibile Loperamide

Idrossiclorochina

Secondo le indicazioni di Aifa l'utilizzo routinario di clorochina o idrossiclorochina **non è raccomandato** né allo scopo di prevenire né allo scopo di curare l'infezione.