

Riorganizzazione Cure Primarie ed integrazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale

Premessa

L'attuale situazione di diffusa emergenza e l'evolversi della situazione epidemiologica, cui si associano le disposizioni di separazione sociale e di isolamento domiciliare, impongono l'assunzione di iniziative di carattere straordinario, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, monitoraggio e presa in carico, a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso negli ospedali.

Appare necessario implementare sistemi di sorveglianza sanitaria con l'obiettivo di offrire una adeguata assistenza sanitaria a domicilio del paziente e nelle altre tipologie alloggiative di isolamento così favorire il contenimento della diffusione del contagio.

L'isolamento fiduciario di casi di COVID-19 e dei contatti è una fondamentale misura di sanità pubblica che va effettuata per evitare l'insorgenza di ulteriori casi secondari dovuti a trasmissione del virus SARS-CoV-2 e che, in ogni caso, rivestirà grande importanza anche nell'auspicata fase di *'uscita'* dall'emergenza.

1. Riorganizzazione delle Cure Primarie in funzione dell'emergenza COVID-19

Il potenziamento delle cure primarie nel contesto dell'emergenza COVID-19 deve essere indirizzato ai seguenti obiettivi assistenziali:

1. fornire assistenza ai casi confermati COVID-19 in isolamento domiciliare, alberghiero o altro, attivando modalità di sorveglianza sanitaria, ivi incluso (in prospettiva) il telemonitoraggio e la telesorveglianza ovvero prevenire l'insorgenza di situazioni critiche e consentire una adeguata programmazione degli interventi.
2. monitorare le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, ivi comprese gli eventuali residenze temporanee protette (qualora le autorità competenti dovessero attivare questa forma di residenzialità protetta temporanea), sia per soggetti COVID e NO COVID garantendo, laddove necessario, le specifiche azioni di sorveglianza sanitaria, nonché gli opportuni interventi sanitari.
3. garantire canali di ascolto attivo del bisogno dei cittadini, sia per quanto riguarda le problematiche legate all'emergenza COVID-19;

2. Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale

I Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS), i Medici di Continuità Assistenziale (MCA) e le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), istituite ai sensi dell'articolo 8 del DL n. 14 del 09.03.2020, devono operare la sorveglianza territoriale attiva e il monitoraggio a domicilio

- dei pazienti CoVID-19 dimessi o paucisintomatici non ricoverati,
- dei pazienti in isolamento fiduciario,
- dei contatti di caso sospetto,
- dei pazienti sintomatici senza evidenza di contatto,

I MMG, PLS e MCA, mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico, comunicano (anche tramite piattaforma comune qualora disponibile) all'USCA i nominativi e gli indirizzi dei pazienti considerati precauzionalmente come "sospetti" casi COVID-19. Gli stessi inviano contestualmente al SISP le segnalazioni riguardanti l'insorgenza di sintomi nei propri assistiti

I pazienti saranno forniti degli ausili e presidi necessari e della Scheda di Autovalutazione dei sintomi (Allegato 2) sulla quale verranno riportati quotidianamente la comparsa di nuovi sintomi e /o le loro variazioni.

Il paziente deve annotare la temperatura corporea due volte al giorno e deve segnalare quotidianamente all'Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA) o al medico di riferimento, in base alle istruzioni ricevute, il monitoraggio dei sintomi e l'insorgenza di nuovi sintomi o eventuali cambiamenti di sintomi preesistenti; in caso di insorgenza di difficoltà respiratorie deve chiamare il 118 informando, se possibile, il proprio medico curante.

Soggetti da sottoporre a sorveglianza e monitoraggio:

1. Contatti stretti di paziente Covid + secondo la definizione della Circolare del Ministero della Salute 6360 del 27/2/2020:
 - a. Contatti asintomatici in isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto (quarantena)
 - b. Contatti paucisintomatici a cui va eseguito il test:
 - se positivo**, devono rimanere in isolamento fino a negativizzazione ripetuta del test e scomparsa dei sintomi;

-**se negativo**, devono rimanere in isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto.

2. Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale in condizioni di stabilità Covid-19 positivi.

Le condizioni fondamentali per attivare la sorveglianza ed il monitoraggio domiciliare sono le seguenti:

- Idoneità del contesto familiare e di vita all'applicazione delle misure necessarie alla gestione in sicurezza dell'assistenza;
- Presenza di una camera da letto separata dotata di buona ventilazione, possibilmente con bagno dedicato ad uso esclusivo del paziente (se è presente un solo bagno occorre, dopo ogni utilizzo, sanificare con prodotti a base di cloro allo 0,5% (candeggina) o alcol al 70%);
- Assenza di conviventi a rischio di complicanze da infezione da SARS-CoV-2 come anziani, bambini piccoli, gestanti o immuno-compromessi.

3. Organizzazione delle unità speciali di continuità assistenziale

Allo scopo di contenere la diffusione del contagio e di esercitare una funzione di filtro nel territorio, necessaria a frenare il numero degli accessi negli ospedali, si attivano le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** presso i 24 Distretti Socio Sanitari dell'ATS Sardegna, ai sensi dell'art. 8 del DL 9 marzo 2020 e in linea con l' "Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19" (Circolare del Ministero della Salute Prot. N 7865-DGPROGS-MDS-P - 25/03/2020).

Coerentemente con le disposizioni di carattere nazionale e regionale, i componenti delle Unità Speciali dovranno essere reperiti tra i Medici di continuità assistenziale e medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale ed i laureati abilitati e iscritti all'ordine di competenza nonché i Medici Specialisti ambulatoriali interni (in particolare specialisti in pneumologia e geriatria), secondo gli accordi che saranno sottoscritti con le rispettive organizzazioni sindacali.

Per i componenti dell'USCA è necessario un adeguato addestramento alle modalità relative all'uso dei DPI, alla vestizione, svestizione e smaltimento, tenendo presente che alla luce delle attuali conoscenze, le principali modalità di trasmissione del SARS-CoV-2 sono attraverso *droplets* e per contatto.

Le USCA saranno attive sette giorni su sette dalle ore 08:00 alle ore 20:00.

In questa fase di emergenza il ruolo essenziale delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), coordinate dal Distretto Socio Sanitario, consiste nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, attraverso una rete che vede coinvolti i MMG, PLS, MCA, PUA-UVT, Servizi di Sanità Pubblica, Servizi Sociali dei Comuni, in particolare:

1. Presa in cura e sorveglianza sanitaria territoriale attiva di:

- pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da COVID-19, dimessi o paucisintomatici non ricoverati;
- pazienti sintomatici o con sintomatologia sospetta, che il MMG non riesce a gestire telefonicamente o sul territorio (febbre persistente non responsiva a terapia antibiotica, tosse persistente, lieve dispnea);
- pazienti in isolamento fiduciario per contatti di caso;
- pazienti sintomatici senza evidenza di contatto;
- pazienti fragili, cronici o affetti da patologie invalidanti più vulnerabili.

Le USCA potranno, per la gestione clinica e terapeutica di questa ultima tipologia di pazienti coordinarsi con gli specialisti del territorio, con le equipe di Cure Domiciliari Integrate di III livello, ove presenti (in particolare pneumologi, geriatri, anestesisti-rianimatori) o con gli specialisti eventualmente reclutati dalla Protezione Civile.

2. Monitoraggio, mediante contatto telefonico giornaliero, nel caso di pazienti a sintomatologia più lieve dotati di sistemi di automonitoraggio; nel caso di pazienti particolari verrà effettuata la visita a domicilio, ricorrendo all'utilizzo dei dispositivi di protezione necessari.
3. Valutazione delle singole condizioni relazionali, abitative e sociali; qualora le medesime non risultassero idonee a garantire in sicurezza l'isolamento, i Servizi di Sanità Pubblica territorialmente competenti, in raccordo con i MMG, PUA-UVT e l'USCA e i Servizi Sociali del Comune di residenza del paziente, adottano i protocolli elaborati che definiscono le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di *caregiver*.

I medici dell'USCA devono essere dotati nella loro funzione di:

- ✓ Ricettario del SSN;
- ✓ Idonei dispositivi di protezione individuale (mascherine FFP2/FFP3; occhiali a mascherina/visiera, camice impermeabile a maniche lunghe/tuta, soprascarpe, cappuccio, doppi guanti).

Nell'ATS Sardegna i 24 Distretti Socio Sanitari sono notevolmente disomogenei dal punto di vista demografico ed orografico e per garantire la presenza dell'USCA in ciascuno di essi, si è ipotizzato di stabilire un criterio per la sua composizione che tenga conto dei seguenti parametri:

- Costituzione di almeno una USCA per ogni distretto;
- Operatori sanitari della USCA: medici e infermieri;
- Numero di operatori di ciascuna USCA determinato dividendo la popolazione in tre fasce:
 - Numero di abitanti superiore a 115.000: 5 medici e 4 infermieri;

- Numero di abitanti compreso tra 115.000 e 50.000: 4 medici e 3 infermieri;
- Numero di abitanti inferiore a 50.000: 3 medici e 2 infermieri.

Sulla base di questi parametri è stata elaborata la Tabella n. 1

In considerazione della evoluzione epidemiologica della diffusione della positività al virus SARS-CoV-2 il territorio regionale si caratterizza per una notevole disomogeneità riguardo al numero di casi di Covid-19 e quindi conseguentemente dei contatti.

La maggior parte dei contagiati attualmente si concentrano nell'area del Sassarese, pertanto la composizione delle USCA potrebbe essere suscettibile di rimodulazione con variazioni di composizione e di numero nell'area del Sassarese.

TABELLA N. 1 - COMPOSIZIONE USCA ATS SARDEGNA

ASSL	DESCRIZIONE ASSL	DISTRETTO	POPOLAZIONE	MEDICI USCA	INFERMIERI USCA
101	SASSARI	ALGHERO	80.120	4	3
101	SASSARI	OZIERI	30.799	3	2
101	SASSARI	SASSARI	223.184	5	4
102	OLBIA	OLBIA	118.571	5	4
102	OLBIA	TEMPIO	30.465	3	2
102	OLBIA	LA MADDALENA	11.332	3	2
103	NUORO	MACOMER	22.282	3	2
103	NUORO	NUORO	86.014	4	3
103	NUORO	SINISCOLA	32.150	3	2
103	NUORO	SORGONO	16.632	3	2
104	LANUSEI	TORTOLÌ	57.318	4	3
105	ORISTANO	ALES TERRALBA	43.317	3	2
105	ORISTANO	GHILARZA BOSA	41.710	3	2
105	ORISTANO	ORISTANO	75.739	4	3
106	SANLURI	GUSPINI	54.726	4	3
106	SANLURI	SANLURI	44.594	3	2
107	CARBONIA	CARBONIA	59.010	4	3
107	CARBONIA	IGLESIAS	47.619	3	2
107	CARBONIA	ISOLE S. PIETRO E S. ANTIOCO	20.425	3	2
108	CAGLIARI	CA OVEST	124.544	5	4
108	CAGLIARI	CA QUARTU	115.422	5	4
108	CAGLIARI	CA SAGE	23.440	3	2
108	CAGLIARI	CA TSBS	41.307	3	2
108	CAGLIARI	CA VASTA	257.410	5	4
TOTALE			1.658.130	88	64

4. Coordinamento Distrettuale

Si individua nei Direttori di Distretto il ruolo del coordinamento delle figure coinvolte nella gestione delle cure territoriali per l'emergenza COVID-19.

Tale funzione si esplica nel coordinamento complessivo delle cure primarie, integrato dalle figure professionali e dai nuovi organismi coinvolti nella gestione della emergenza Covid-19; in particolare attraverso il raccordo operativo dell'attività dei SISP, MMG e PLS ed Continuità Assistenziale con le "Unità Speciali di Continuità Assistenziale" (USCA) di cui al art. 8 D.L. 9 marzo 2020 e della delibera di Giunta Regionale 17/10 del 01.04.2020, con le "Unità Regionali di dimissione post ospedaliera" di cui alla DGR 17/10 e delibera del Commissario Straordinario di ATS Sardegna n°256 del 10.04.2020 e con i servizi delle Cure Domiciliari Integrate di I, II, III livello e palliative. (a gestione diretta o tramite acquisto da soggetti privati, anche tramite specifiche integrazioni degli accordi contrattuali, CDI Covid)

Il coordinamento riguarda sia le fasi sopra elencate di assistenza ai casi confermati COVID-19 in isolamento domiciliare che il monitoraggio e gestione dei pazienti dimessi dalle strutture ospedaliere.

I Distretti per il tramite dei PUA-UVT e delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale garantiranno l'assistenza sanitaria anche mediante co-progettazioni con i servizi sociali delle amministrazioni comunali e con le associazioni di volontariato, e a tal fine adottano specifici protocolli che definiscano tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di *caregiver* (vedi Aggiornamento 25.03.2020 Linee guida Organizzazione Territoriale Ministero della Salute).

Si rimanda a specifiche direttive di dettaglio operativo l'attuazione delle funzioni ed delle attività sopra enunciate.

5. Raccomandazioni e misure di prevenzione che devono adottare i pazienti in isolamento domiciliare e i conviventi

Di seguito si evidenziano le raccomandazioni e le misure di prevenzione che devono adottare i pazienti in isolamento domiciliare e i loro conviventi:

- in presenza di altre persone deve essere mantenuta la distanza di almeno 1 metro evitando il contatto diretto anche con altre persone sottoposte a isolamento; una eccezione può essere fatta dalla madre che allatta la quale indosserà la mascherina chirurgica ed eseguirà l'accurata igiene delle mani prima del contatto con il neonato;
- evitare l'uso comune di asciugamani, lenzuola, bicchieri, posate e altri oggetti personali;
- se il soggetto (eccezionalmente) si allontana dalla propria stanza deve indossare la mascherina chirurgica e sostituirla se umida e/o danneggiata;

- chi assiste il malato deve indossare, guanti ed adeguata mascherina (FFP2 se la distanza è inferiore ad un metro);
- evitare il contatto diretto con i fluidi corporei del paziente utilizzando guanti monouso;
- per lo smaltimento di guanti, mascherine, fazzoletti e altri rifiuti utilizzare contenitore a pedale con doppio sacchetto all'interno della stanza del paziente;
- mettere la biancheria contaminata in sacchetto dedicato indossando i guanti evitando di agitarla e di entrare in contatto diretto e lavarla in lavatrice a 60-90°C;
- pulire e disinfettare quotidianamente le superfici all'interno della camera da letto del paziente con prodotti a base di candeggina o con alcol al 70%;
- se un membro della famiglia mostra sintomi di un'infezione respiratoria acuta (febbre, tosse, mal di gola e difficoltà respiratorie) contattare il MMG o il MCA.

Per quanto non esplicitamente esposto si faccia riferimento ai Rapporto ISS:

n. 3 "Indicazioni *ad interim* per la gestione dei rifiuti urbani in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2" rev. del 31.03.2020

n. 5 "Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e gestione degli ambienti *indoor* in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2 del 23.03.20

Definizione di dimessi guariti e di dimessi guariti clinicamente

In relazione a quanto disposto dalle direttive Nazionali si definiscono:

- **clinicamente guarito da Covid-19**, un paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.
- **Il paziente guarito** è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

