



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## LIVELLO

- Sardegna
- ATS Azienda Tutela della Salute
  - Ospedale
  - Struttura socio-sanitaria
- Reparto/Area specialistica: SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical Governance e Risk Management
- Società scientifica

## MACROTEMA

- Gestione DPI
- Formazione, informazione e gestione degli operatori sanitari
- Comunicazione ai cittadini
- Riorganizzazione percorsi clinici assistenziali
- Soluzioni organizzative emergenziali per la gestione dei pazienti COVID (esperienze di COVID hospital, isolamento di coorte, gestione domiciliare, telemedicina, altro)
- Soluzioni organizzative per la gestione di pazienti non COVID dettate dall'emergenza COVID
- Altro ()

### **Linee di indirizzo per la gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2 e per l'attività delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale)**

#### **1. Premessa**

La Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n° 257 del 17/04/2020 ha disposto l'attivazione delle "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 n. 14 "*Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza CoViD-19*", della DGR 17/10 del 01.04.2020 "*Emergenza CoViD-19. Riorganizzazione delle attività assistenziali ospedaliere e territoriali*", ed in linea con la Circolare del Ministero della Salute n. 7865 del 25.3.2020 "*Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza CoViD-19*".



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

La DGR n. 24/18 del 08.05.2020 “*Emergenza CoViD-19. Protocollo operativo per l’istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale per il contenimento dell’infezione*”, definisce alcuni aspetti in ordine alle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e dà mandato all’Azienda per la Tutela della Salute (ATS) di procedere all’attuazione del protocollo operativo.

La Deliberazione del Commissario Straordinario n. 509 del 10.08.2020 ha istituito 2 Centrali Operative Territoriali 116117 (COT), afferenti alla Direzione Sanitaria Aziendale ATS Sardegna con sede a Cagliari e Sassari che, tramite una piattaforma informatica di condivisione di piani di sorveglianza attiva per la gestione coordinata e condivisa delle attività territoriali delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), consentono l’integrazione tra tutte le figure sanitarie coinvolte nella gestione dell’epidemia CoViD-19.

Le USCA sono state costituite con Determina dei Direttori ASSL e operano secondo quanto disposto nella su citata Deliberazione n° 257/2020 del Commissario Straordinario ATS.

Il ruolo essenziale delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), coordinate da un Coordinatore nominato con Determina Direttore ASSL, consiste nella gestione domiciliare di soggetti positivi al Sars-Cov-2 :

- pazienti affetti da CoViD-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero (DGR 24/18 del 08.05.2020)
- pazienti CoVID positivi, dimessi dalle strutture ospedaliere
- pazienti CoVID positivi, fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione

*Le USCA potranno, per la gestione clinica e terapeutica di questa ultima tipologia di pazienti, coordinarsi con gli specialisti del territorio, con le équipes di Cure Domiciliari Integrate di III livello, ove presenti (in particolare pneumologi, geriatri, anestesisti-rianimatori) (Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n° 257 del 17/04/2020)*

- pazienti con sintomatologia simil influenzale di cui non è nota l'eventuale positività e che devono essere considerati come sospetti casi CoVID (DGR N. 17/10 del 1.04.2020)

attraverso una rete che vede coinvolti Medico di Medicina Generale (MMG), Pediatra di Libera Scelta (PLS), Medico di Continuità assistenziale (MCA), Punto Unico di Accesso-Unità di Valutazione Territoriale (PUA-UVT), Unità di Crisi Locale (UCL), Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Unità Regionali di Dimissione post Ospedaliera (UDO), Centrale operativa Territoriale (COT) 116117, Servizi Sociali dei Comuni.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## 2. Isolamento e quarantena

In data 12.10. 2020 è stata emanata dal Ministero della Salute la Circolare n. 32850 **COVID-19: Indicazioni per la durata ed il termine dell'isolamento e della quarantena**, la quale **precisa che:**

l'**isolamento** dei casi di documentata infezione da SARS-CoV-2 si riferisce alla **separazione delle persone infette dal resto della comunità per la durata del periodo di contagiosità**, in ambiente e condizioni tali da prevenire la trasmissione dell'infezione.

La **quarantena**, invece, si riferisce alla **restrizione dei movimenti di persone sane**, ma che potrebbero essere state esposte **al virus SARS-CoV-2, per la durata del periodo di incubazione** con l'obiettivo di monitorare l'eventuale comparsa di sintomi e identificare tempestivamente nuovi casi.

La su citata Circolare, in considerazione dell'evoluzione della situazione epidemiologica, delle nuove evidenze scientifiche, delle indicazioni provenienti da alcuni organismi internazionali (OMS ed ECDC) e del parere formulato dal Comitato Tecnico Scientifico in data 11 ottobre 2020, definisce inoltre la durata dell'isolamento:

### **CASI POSITIVI ASINTOMATICI**

Le **persone asintomatiche risultate positive** alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno **10** giorni dalla comparsa della positività, al termine del quale risulti eseguito **un test molecolare con risultato negativo** (10 giorni + test).

### **CASI POSITIVI SINTOMATICI**

Le **persone sintomatiche risultate positive** alla ricerca di SARS-CoV-2 possono rientrare in comunità dopo un periodo di isolamento di almeno **10** giorni dalla comparsa dei sintomi (non considerando anosmia e ageusia/disgeusia che possono avere prolungata persistenza nel tempo) accompagnato da **un test molecolare con riscontro negativo eseguito dopo almeno 3 giorni senza sintomi (10 giorni, di cui almeno 3 giorni senza sintomi + test)**.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## **CASI POSITIVI A LUNGO TERMINE**

Le persone che, pur non presentando più sintomi, **continuano a risultare positive al test molecolare per SARS-CoV-2, in caso di assenza di sintomatologia** (fatta eccezione per ageusia/disgeusia e anosmia che possono perdurare per diverso tempo dopo la guarigione) **da almeno una settimana**, potranno **interrompere l'isolamento dopo 21 giorni dalla comparsa dei sintomi**. Questo criterio potrà essere modulato dalle autorità sanitarie d'intesa con esperti clinici e microbiologi/virologi, tenendo conto dello stato immunitario delle persone interessate (nei pazienti immunodepressi il periodo di contagiosità può essere prolungato).

## **CONTATTI STRETTI ASINTOMATICI**

I contatti stretti di casi con infezione da SARS-CoV-2 confermati e identificati dalle autorità sanitarie, devono osservare:

- un periodo di quarantena di **14** giorni dall'ultima esposizione al caso oppure
- un periodo di quarantena di **10** giorni dall'ultima esposizione con un test antigenico o molecolare negativo effettuato il decimo giorno.

La Circolare Ministeriale inoltre raccomanda di:

- **eseguire il test molecolare a fine quarantena a tutte le persone che vivono o entrano in contatto regolarmente con soggetti fragili e/o a rischio di complicanze;**
- **non prevedere quarantena né l'esecuzione di test diagnostici nei contatti stretti di contatti stretti di caso** (ovvero non vi sia stato nessun contatto diretto con il caso confermato), a meno che il contatto stretto del caso non risulti successivamente positivo ad eventuali test diagnostici o nel caso in cui, in base al giudizio delle autorità sanitarie, si renda opportuno uno screening di comunità.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## CHE COS'È UN CONTATTO STRETTO

Secondo il Ministero della Salute,<sup>1</sup> il “**contatto stretto**” (esposizione ad alto rischio) di un caso probabile o confermato è definito come:

- una persona che **vive nella stessa casa** di un caso CoViD-19;
- una persona che ha avuto un **contatto fisico diretto** con un caso CoViD-19 (come, ad esempio, una stretta di mano);
- una persona che ha avuto un **contatto diretto non protetto** con le secrezioni di un caso CoViD-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati);
- una persona che ha avuto un **contatto diretto** (faccia a faccia) con un caso CoViD-19, a distanza **minore di 2 metri e per almeno 15 minuti**;
- una persona che si è trovata in un **ambiente chiuso** (ad esempio un’aula, una sala riunioni o la sala d’attesa di un ospedale) con un caso CoViD-19 **in assenza di Dispositivi di protezione individuali** idonei;
- un **operatore sanitario** o altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso CoViD-19 oppure **personale di laboratorio** addetto alla manipolazione di campioni di un caso CoViD-19 senza l’impiego dei DPI raccomandati o mediante l’utilizzo di DPI non idonei;
- una persona che ha viaggiato seduta in treno, aereo o qualsiasi altro mezzo di trasporto entro due posti in qualsiasi direzione rispetto a un caso CoViD-19; sono contatti stretti anche i compagni di viaggio e il personale addetto alla sezione dell’aereo/treno dove il caso indice era seduto.

Il Ministero spiega inoltre che gli operatori sanitari, sulla base di valutazioni individuali del rischio, possono ritenere che alcune persone, a prescindere dalla durata e dal setting in cui è avvenuto il contatto, abbiano avuto un’esposizione ad alto rischio.

---

<sup>1</sup> Sito tematico Ministero della salute. Pagina informativa dedicata al COVID - Ultimo aggiornamento 19.10.2020

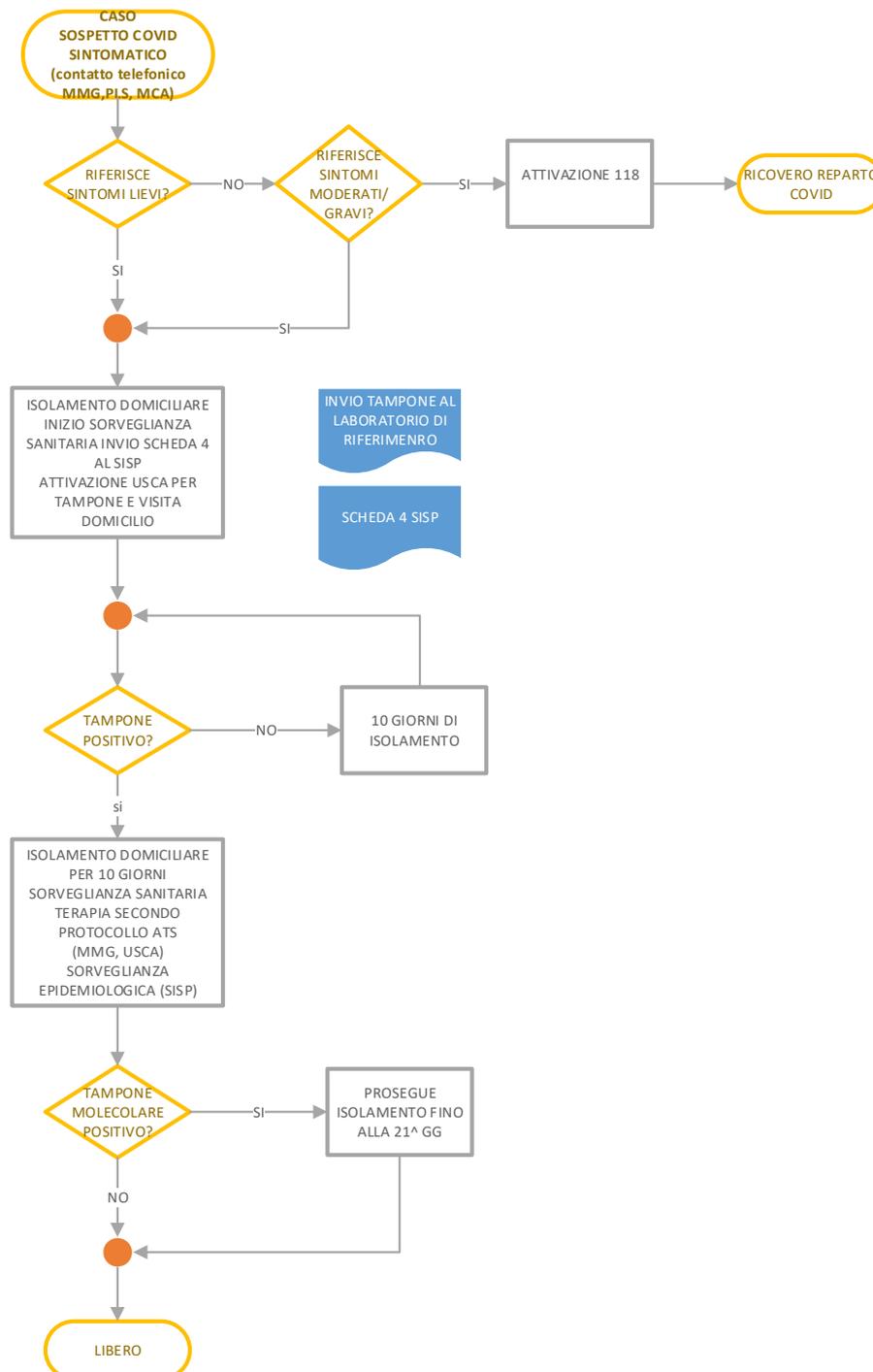




# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## FLOW CHART CASO SINTOMATICO SOSPETTO COVID-19





# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

### 3. Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2

In data 30.11.2020 il Ministero della Salute ha emanato la Circolare n. 24970 “*Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2*” al fine di fornire indicazioni operative e principi di gestione della terapia farmacologica, tenuto conto dell’attuale evoluzione della situazione epidemiologica sul territorio nazionale.

La classificazione elaborata dai *National Institutes of Health* (NIH) statunitensi ha individuato 5 stadi clinici della malattia COVID-19:

**Infezione asintomatica o pre sintomatica:** diagnosi di SARS-CoV-2 in completa assenza di sintomi;

**Malattia lieve:** presenza di sintomatologia lieve (es. febbre, tosse, alterazione di gusto e olfatto, mialgie, malessere, cefalea) ma in assenza di dispnea e alterazioni radiologiche;

**Malattia moderata:**  $SpO_2 \geq 94\%$  e evidenza clinica o radiologica di polmonite;

**Malattia severa:**  $SpO_2 < 94\%$ ,  $PaO_2/FiO_2 < 300$ , frequenza respiratoria  $> 30$  atti/min (nell’adulto), o infiltrati polmonari  $> 50\%$ ;

**Malattia critica:** insufficienza respiratoria, shock settico, e/o insufficienza multi organo.

I dati di letteratura attualmente disponibili<sup>2</sup> hanno evidenziato un’associazione significativa tra l’incidenza di forme clinicamente severe d’infezione da SARS-Cov-2 e l’età avanzata (**soprattutto oltre i 70 anni**), il numero e la tipologia di patologie associate, il sesso maschile e la latenza tra l’inizio dei sintomi e la prima valutazione medica.

I pazienti affetti da patologie quali ipertensione arteriosa, fibrillazione atriale, insufficienza cardiaca, diabete mellito, insufficienza renale e malattia coronarica sono più a rischio di sviluppare manifestazioni severe dell’infezione da SARS-CoV-2. Questi pazienti, così come quelli affetti da patologie respiratorie croniche e da insufficienza renale cronica preesistente, hanno, inoltre, una prognosi più sfavorevole.

---

<sup>2</sup> Ministero della Salute Circolare n. 24970 del 30.11.2020 “Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2”.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## Scenari di gestione domiciliare

Una corretta gestione del caso fin dalla diagnosi consente di attuare un flusso che abbia il duplice scopo di mettere in sicurezza il paziente e di non affollare in maniera non giustificata gli ospedali e soprattutto le strutture di pronto soccorso. I Medici di Medicina Generale (MMG) e i Pediatri di Libera Scelta (PLS), grazie alla presenza capillare nel territorio e alla conoscenza diretta della propria popolazione di assistiti, sia in termini sanitari che in termini sociali, devono giocare, in stretta collaborazione con il personale delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale) e *con eventuali unità di assistenza presenti sul territorio*, un ruolo cruciale nell'ambito della gestione assistenziale dei malati COVID-19 rispetto ai seguenti aspetti:

- identificazione dei soggetti a rischio di contagio da SARS-CoV-2;
- segnalazione al SISP competente per territorio dei casi sospetti nei quali è richiesta l'esecuzione di test diagnostico. La circolare del 3 novembre 2020 "Indirizzi operativi per l'effettuazione dei test antigenici rapidi da parte dei medici di medicina generale (MMG) e i pediatri di libera scelta (PLS)" dispone l'esecuzione di test diagnostici da parte del MMG o PLS per i propri assistiti.

I MMG, ove possibile (come indicato dalla Circolare Ministeriale del 30.11.2020) utilizzando le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria, anche attraverso sistemi di interoperabilità, predispongono il referto elettronico relativo al tampone eseguito per ciascun assistito, con l'indicazione dei relativi esiti nonché, nel caso di esito positivo e in via opzionale, dei dati di contatto dell'assistito;

- identificazione delle condizioni abitative e familiari che possono rendere non applicabile l'isolamento domiciliare;
- monitoraggio e gestione domiciliare dei pazienti che non richiedono ospedalizzazione;
- istruzione dei pazienti sull'utilizzo di presidi di monitoraggio a domicilio;
- prescrizione di norme di comportamento e terapie di supporto;
- istituzione di un'alleanza terapeutica con il paziente e con il *caregiver*;
- identificazione precoce di parametri e/o condizioni cliniche a rischio di evoluzione della malattia con conseguente necessità di ospedalizzazione;
- realizzazione di test diagnostici rapidi per screening di contatto stretto di caso o per riammissione in comunità di contatto stretto di caso e asintomatico secondo le indicazioni della circolare n. 35324 del 30 ottobre 2020 "Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica";
- identificazione degli assistiti > 70 anni e portatori di 3 o più patologie a rischio;



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- identificazione degli assistiti portatori di patologia a rischio (ad esempio neoplasia, obesità morbigena, condizioni psichiatriche gravi).

Attraverso la scala MEWS, che tiene conto di diversi parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione di ossigeno) i pazienti possono essere stratificati nei seguenti gruppi di rischio sulla base dell'alterazione dei parametri fisiologici:

- rischio basso / stabile (score 0-2);
- rischio medio / instabile (score 3-4);
- rischio alto / critico (score 5).

La valutazione dei parametri al momento della diagnosi di infezione e il monitoraggio quotidiano, anche attraverso approccio telefonico, soprattutto nei pazienti sintomatici lievi è fondamentale poiché circa il 10-15% dei casi lievi progredisce verso forme severe.

SCALA MEWS (Modified Early Warning Score)								
	3	2	1	0	1	2	3	VALORE
Frequenza		< 9		9 -14	15 - 20	21 - 29	> 30	
Frequenza cardiaca		< 40	41 - 50	51 - 100	101-110	111-129	> 130	
Press. Arteriosa	< 70	71-80	81-100	101-199		> 200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura		< 35		35 -38,4			> 38,5	
Comorbidità	Basso/Stabile: score 0-2 Medio/Instabile: score 3-4 Alto rischio/Critico: score 5							<b>TOTALE</b>

## Monitoraggio della saturazione dell'ossigeno a domicilio attraverso il pulsossimetro

In pazienti sani adulti, non fumatori, è considerata normale una saturazione superiore a 95%. Con l'aumentare dell'età, in particolare dopo i 70 anni, la capacità di saturazione ossiemoglobinica si può ridurre e presentare valori al di sotto di 94%, in particolare in presenza di patologie polmonari e/o cardiovascolari.



# Osservatorio Nazionale

## delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

I pazienti affetti da COVID-19 a maggior rischio di mortalità sono quelli che si presentano con livelli più bassi di ossigenazione ematica. La pulsossimetria domiciliare fornisce un'informazione medica di cruciale importanza per identificare la cosiddetta "ipossiemia silente", cioè la condizione clinica caratterizzata da bassi livelli ematici di ossigeno in assenza di significativa sensazione soggettiva di dispnea e di rilevazione di segni di iniziale impegno respiratorio (tachipnea, alitamento delle pinne nasali, utilizzo di muscoli accessori per la respirazione, rientramenti al giugolo, rientramenti intercostali e sottocostali) tipica di COVID-19 e il conseguente rapido peggioramento clinico del paziente. Per converso, valori normali della pulsossimetria forniscono un'informazione affidabile e quantitativa in grado di rendere più sicura la gestione domiciliare. L'utilizzo diffuso del pulsossimetro potrebbe ridurre gli accessi potenzialmente inappropriati ai servizi di pronto soccorso degli ospedali, identificando nel contempo prontamente i pazienti che necessitano di una rapida presa in carico da parte dei servizi sanitari. La pulsossimetria domiciliare viene eventualmente completata in casi selezionati da una valutazione sotto sforzo ("test del cammino", che si effettua facendo camminare l'assistito per un massimo di 6 minuti lungo un percorso senza interruzione di continuità di 30 metri monitorando la saturazione dell'ossigeno o "test della sedia", che consiste nell'utilizzo di una sedia senza braccioli, alta circa 45 cm, appoggiata alla parete: il paziente, senza l'aiuto delle mani e delle braccia, con le gambe aperte all'altezza dei fianchi, deve eseguire in un minuto il maggior numero di ripetizioni alzandosi e sedendosi con gambe piegate a 90 gradi, monitorando la saturazione dell'ossigeno e la frequenza cardiaca mediante un pulsossimetro. Sulla base dell'analisi della letteratura scientifica disponibile ad oggi e sulla base delle caratteristiche tecniche dei saturimetri disponibili in commercio per uso extra-ospedaliero, si ritiene di considerare come valore soglia di sicurezza per un paziente COVID-19 domiciliato **il 92%** di saturazione dell'ossigeno ( $SpO_2$ ) in aria ambiente.

Infatti, valori di saturazione superiori a questo limite hanno una assai bassa probabilità di associarsi a un quadro di polmonite interstiziale grave. Inoltre, il margine medio di accuratezza dei saturimetri commerciali è stimabile nell'ordine di  $\pm 4\%$ .

L'insieme di queste considerazioni giustifica la raccomandazione dell'adozione della soglia del 92%, invece del valore del 94% riportato nella classificazione NIH. Nel contesto di valutazione del paziente, si valorizzeranno anche i parametri relativi ad alterazioni marcate della frequenza respiratoria e cardiaca (vedi MEWS riportato sopra).



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Le caratteristiche minime richieste per un pulsossimetro da utilizzare in modo affidabile in ambiente extra-ospedaliero sono riportate nella Circolare del Ministero della Salute n. 24970 del 30.11.2020 "Gestione domiciliare dei pazienti con infezione da SARS-CoV-2".

Il monitoraggio delle condizioni cliniche e della saturazione dell'ossigeno andrà proseguito nel soggetto infettato da SARS-CoV-2 per tutta la durata dell'isolamento domiciliare, in rapporto alle condizioni cliniche e all'organizzazione territoriale. Il paziente dovrà essere istruito sulla necessità di comunicare una variazione dei parametri rispetto al baseline e, in particolare, dovrà comunicare valori di saturazione di ossigeno inferiori al 92%.

Qualora venga esclusa la necessità di ospedalizzazione, potrà essere attivata, con tutte le valutazioni prudenziali di fattibilità del caso, la fornitura di ossigenoterapia domiciliare. Nel caso di aggravamento delle condizioni cliniche, durante la fase di monitoraggio domiciliare, andrà eseguita una rapida e puntuale rivalutazione generale per verificare la necessità di una ospedalizzazione o valutazione specialistica, onde evitare il rischio di ospedalizzazioni tardive. La Circolare Ministeriale su citata raccomanda che, con adeguata dotazione di dispositivi di protezione individuale (mascherine, tute con cappuccio, guanti, calzari, visiera), i MMG e i PLS, in stretto raccordo con le USCA (anche integrati nelle USCA), possano garantire una diretta valutazione dell'assistito attraverso l'esecuzione di visite domiciliari.

## 4. Target assistenziale

La Tabella 1 rappresenta schematicamente lo scenario assistenziale con le relative competenze

**Tabella 1**

Paziente con febbre $\geq 37,5^\circ$ da tre giorni, senza sintomi respiratori	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza clinica telefonica da parte del MMG o del PLS</li></ul>
Paziente con febbre $\geq 37,5^\circ$ con lievi sintomi respiratori (es. tosse, congestione nasale), non dispnoico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza clinica telefonica da parte del MMG o del PLS</li></ul>
Soggetti in isolamento fiduciario per contatti di caso asintomatici e/o con sintomi respiratori lievi	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza clinica telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza epidemiologica SIS (Servizio Igiene Pubblica)</li></ul>
<b>Paziente con febbre <math>\geq 37,5^\circ</math> oltre il 3° giorno, con sintomi respiratori e dispnea lieve da non più di un giorno (Paziente sospetto caso COVID con sintomi)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza clinica telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza epidemiologica SIS (Servizio Igiene Pubblica)</li><li>• Attivazione USCA</li></ul>



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

<b>Paziente con febbre <math>\geq 37,5^\circ</math> oltre il 3° giorno</b> , con sintomi respiratori e dispnea lieve-moderata da più di 24 ore	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza clinica telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza epidemiologica SISP (Servizio Igiene Pubblica)</li><li>• Attivazione USCA</li></ul>
<b>Pazienti Positivi</b> asintomatici in isolamento fiduciario	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza clinica telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza epidemiologica SISP (Servizio Igiene Pubblica)</li></ul>
<b>Pazienti Positivi</b> con febbre $\geq 37,5^\circ$ , sintomi respiratori (es. tosse e sintomi da raffreddamento) senza dispnea	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza SISP (Servizio Igiene Pubblica)</li><li>• Attivazione USCA</li><li>• Sorveglianza COT (se paziente ospitato in struttura socio assistenziale/sociosanitaria)</li></ul>
<b>Pazienti Positivi</b> con febbre $\geq 37,5^\circ$ , sintomi respiratori, età > a 65 anni, dispnea anche lieve, comorbidità	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza telefonica <b>quotidiana</b> da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza SISP (Servizio Igiene Pubblica)</li><li>• Attivazione USCA</li><li>• Sorveglianza COT (se paziente ospitato in struttura socio assistenziale/sociosanitaria)</li></ul>
<b>Pazienti Positivi</b> dimessi con patologia COVID 19 diagnosticata clinicamente guariti (senza sintomi o con sintomi lievi)	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Sorveglianza SISP (Servizio Igiene Pubblica)</li><li>• Attivazione USCA</li><li>• Sorveglianza COT (se paziente ospitato in struttura socio assistenziale/sociosanitaria)</li></ul>
Pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sorveglianza telefonica da parte del MMG o del PLS</li><li>• Attivazione USCA</li><li>• Sorveglianza COT (se paziente ospitato in struttura socio assistenziale/sociosanitaria)</li></ul>
<b>Pazienti con sintomi severi</b> , insufficienza respiratoria acuta con grave dispnea, scompenso emodinamico	<ul style="list-style-type: none"><li>• Attivazione 118 (a cura del familiare / caregiver con informazione al MMG)</li></ul>

## 5. Attività assistenziale

Le USCA sono attive sette giorni su sette dalle ore 08:00 alle ore 20:00. Il Direttore della ASL deve individuare con propria Determina un Coordinatore delle USCA, di concerto con il Direttore del Distretto prevalente. I turni di lavoro saranno predisposti dal Coordinatore Medico e da un Coordinatore Infermieristico.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

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, oncologici e pazienti fragili.

Qualora il contesto familiare/sociale/abitativo del paziente presi in carico, a giudizio del MMG e/o dell'USCA non risulti idoneo per la gestione domiciliare, viene segnalato, attraverso la figura dell'assistente sociale (dell'USCA o del PUA) ai Servizi Sociali del comune di residenza.

La DGR n. 47/77 del 24.9.2020 ha provveduto all'individuazione nel territorio regionale di strutture da dedicare alla gestione in isolamento dei pazienti positivi asintomatici, paucisintomatici, negativizzati e dei "contatti stretti" laddove tale misura non possa essere attuata presso il domicilio della persona interessata.

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, definiscono e diffondono, secondo le indicazioni dell'ISS, del Ministero della Salute e dell'Assessorato Regionale competente, adeguati protocolli igienico-sanitari per le necessità della vita quotidiana dei pazienti in isolamento domiciliare.

**Per ogni area dovrà essere reso noto il numero di telefono del supporto psicologico.**



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## **Sostegno sociale dei soggetti in isolamento al domicilio (quarantena e assistenza sanitaria domiciliare)<sup>3</sup>**

*L'isolamento al domicilio necessita di misure di sostegno sociale per il corretto svolgimento della quarantena. Essa deve essere realizzata attraverso la collaborazione dei servizi di sanità pubblica territorialmente competenti, i servizi sociali delle amministrazioni comunali, le associazioni di volontariato del territorio*

*Di seguito le funzioni che devono essere garantite:*

- 1. Verifica delle condizioni abitative e consegna dei DPI a cura dei SISP (o in alternativa l'Ente Locale/ protezione civile)*
- 2. Verifica che il paziente rispetti le disposizioni di isolamento*
- 3. Numero dedicato del servizio di sanità pubblica territorialmente competente*
- 4. Collegamento con il MMG*
- 5. Supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver (sostegno della rete familiare e di vicinato)*
- 6. Punto di riferimento chiaro per il bisogno sociale in grado di attivare le risposte incluso il supporto psicologico alla popolazione*

### **Sede Operativa Distrettuale USCA**

La Sede Operativa USCA, organizzata nelle rispettive sedi Distrettuali, è dotata, a seconda delle necessità, di Medici, Infermieri, Assistente Sociale e Operatore Amministrativo del Distretto. La Centrale riveste il ruolo di punto di riferimento delle chiamate dei MMG, PLS, Medici di CA e di raccordo con l'Unità di Crisi Locale, il 118, la COT 116117, con le Unità Regionali di dimissione post-ospedaliera (Del. ATS N° 256 del 10/04/2020) e con i medici specialisti.

Il Direttore d'Area istituisce a tal fine un'équipe di medici specialisti ospedalieri o distrettuali (medici ambulatoriali dipendenti e/o convenzionati) che supportano i medici delle USCA nel monitoraggio/gestione dei pazienti tramite consulenze telefoniche o eventuali visite domiciliari, se necessario, per prevenire un eventuale aggravamento degli stessi ed il conseguente ricovero ospedaliero.

---

<sup>3</sup>Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19*. Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n.1/ 2020)



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Tutte le informazioni utili alla gestione del processo devono essere condivise dagli attori coinvolti possibilmente **tramite piattaforma aziendale dedicata**.

I compiti specifici della Sede Operativa USCA sono:

- recepire le richieste di attivazione delle USCA da parte dei MMG/PLS/MCA/ COT 116117 e comunicare direttamente al medico richiedente il numero di cellulare dell'Unità disponibile; successivamente il rapporto tra medico (responsabile clinico del caso) ed USCA sarà diretto;
- archiviare la documentazione e le schede di visita;
- provvedere a tutte le necessità organizzative (richiesta e fornitura DPI, sanificazioni, approvvigionamento presidi e farmaci, etc.);
- fornire supporto organizzativo e sostegno alle USCA nella soluzione di problematiche tecniche-gestionali che dovessero presentarsi;
- trasmettere tempestivamente alle USCA e ai medici responsabili clinici del caso procedure e circolari inerenti la gestione dei pazienti CoViD-19 o sospetti CoViD-19;
- autorizzare la prestazione domiciliare o telefonica e attivare gli specialisti territoriali per il supporto clinico - terapeutico.

## Modalità operative rete territoriale

Il **MMG** e **PLS**, responsabili clinici dei propri assistiti, mediante sorveglianza sanitaria attiva effettuata con triage telefonico e/o piattaforma digitale dedicata, comunicano tramite e mail all'USCA situazione clinica, dati anagrafici e contatti dei pazienti considerati "sospetti" casi CoViD-19, dei casi CoViD + confermati sintomatici, dei dimessi, ecc. così come descritto nella Tabella 1.

I **MMG/PLS** aggiornano la scheda clinica del proprio paziente anche attraverso la rilevazione dei parametri con strumenti di telemedicina al fine di effettuare una stratificazione sulla base della condizione clinica dei pazienti, che consenta di condividere una strategia diagnostico terapeutica comune, secondo le linee guida del Comitato di Esperti Multidisciplinare (Deliberazione n. 280 del 29.04.2020, Deliberazione n. 543 del 31.08.2020 con allegato il documento tecnico e Deliberazione n. 16 del 13.11.2020) aggiornate sulla base della **Circolare Ministeriale n. 24970 del 30.11.2020** e di eventuali nuove evidenze scientifiche.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Tali strategie diagnostiche e terapeutiche dovranno essere ampiamente diffuse a tutte le possibili platee di prescrittori (MMG/PLS e medici delle USCA) delle ASL.

È opportuno che le **prescrizioni di altri farmaci e presidi ai propri assistiti** (con riguardo a condizioni di comorbilità) siano effettuate dai MMG/PLS (con ricetta dematerializzata) anche a seguito di accesso domiciliare dell'USCA, dopo aver ricevuto feed-back circa l'esito dell'accesso stesso. In difetto il medico dell'**USCA**, provvede alla prescrizione di quanto necessario (prescrizioni urgenti).

Il **MMG, PLS e MCA** invia al **SISP** (Servizio Igiene e Sanità Pubblica) telematicamente (piattaforma dedicata ove disponibile oppure con e mail) le segnalazioni riguardanti l'insorgenza di sintomi nei propri assistiti per l'effettuazione dei tamponi. In questo caso durante l'accesso per la visita il personale USCA, adeguatamente formato, potrà eseguire i tamponi nasofaringei.

L'indagine epidemiologica sui contatti di caso rimarrà in capo al SISP che informerà il MMG/PLS via e mail.

## L'équipe dell'USCA dovrà:

- Visionare la scheda di triage telefonico (adottabile scheda utilizzata dal Distretto di Sassari Allegato 1) e dati riguardanti la storia clinica del paziente, inviati tramite mail e/o software aziendale ove disponibile, dal MMG/PLS/MCA/COT 116117;
- Decidere, in base alle richieste ricevute e a quelle eventualmente rimaste inevase nei giorni precedenti quali priorità assegnare all'attività;
- Contattare telefonicamente il paziente da visitare per:
  - 1) Verificare le condizioni di salute e programmare l'intervento;
  - 2) Valutare la necessità e opportunità di sottoporre l'assistito / nucleo familiare a TNF;
  - 3) Acquisire notizie sulle condizioni logistiche e del nucleo familiare per valutare se queste consentono un eventuale accesso in loco in sicurezza;
- Effettuare le visite a domicilio e consegnare al paziente la Scheda di autovalutazione dei sintomi (allegata alla Deliberazione n. 257 del 17/04/2020) e gli eventuali presidi (es. pulsossimetro);
- Effettuare la sorveglianza telefonica dei pazienti presi in carico di concerto con il MMG e la COT 116117;
- Richiedere consulenze telefoniche o domiciliari da parte degli specialisti aziendali dipendenti o convenzionati, sentito il MMG;



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

- Comunicare al Coordinatore delle USCA e al MMG/PLS, tramite posta elettronica aziendale e/o piattaforma digitale ove disponibile, l'esito della visita effettuata al paziente;
- Disporre, sentito il MMG, in base al quadro clinico evidenziato, la permanenza al domicilio con supporto terapeutico: *il paziente deve essere valutato secondo i criteri di stratificazione del rischio su descritti (Scala MEWS) e le indicazioni terapeutiche definite dal Comitato di Esperti Multidisciplinare;*
- Disporre, sentito il MMG, il ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche con attivazione del 118 con comunicazione al Dipartimento della Prevenzione;
- Interfacciarsi con l'équipe di cure domiciliari integrate nel caso di pazienti inseriti in CDI;
- Eseguire a domicilio del paziente eventuali test diagnostici, compreso il tampone nasofaringeo (TNF). I componenti dell'USCA dovranno essere adeguatamente formati all'esecuzione del TNF;
- Operare in stretto raccordo, per il tramite del Coordinatore USCA dell'ASSL di riferimento, con i servizi aziendali coinvolti tra cui in particolare: Servizio Igiene e Sanità Pubblica, COT 116117, Unità di Crisi locale, Unità regionale di dimissione post ospedaliera, Servizi Sociali del Comune tramite PUA, Farmacia Territoriale, Servizio Rifiuti Speciali, Servizio Prevenzione e Protezione;
- Coordinarsi con gli specialisti del territorio, con le équipe di Cure Domiciliari Integrate di III livello;
- Registrare l'attività svolta su supporto informatico;
- Provvedere alla compilazione del certificato di constatazione di decesso in pazienti CoVID +. La compilazione della scheda ISTAT resta a carico dei MMG.

Se il medico USCA durante la visita domiciliare ritiene necessario il ricovero ospedaliero, fatta salva ogni inderogabile emergenza, cercherà il coordinamento e si interfaccerà col MMG, MCA, PLS di riferimento del paziente.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## 3.1 Criteri generali

### Sedi operative

Le sedi operative delle USCA, non accessibili al pubblico in quanto non è prevista alcuna attività clinica, devono essere dotate dei seguenti requisiti: servizi igienici possibilmente con doccia, armadi spogliatoio, armadio per farmaci, armadio per detenere i DPI (dispositivi di protezione individuale), linea telefonica fissa e mobile, PC fisso e portatile e stampanti, con connessione internet e mail dedicata.

I numeri telefonici saranno noti solo ai MMG, ai PLS, ai MCA, al team di Distretto, al COT 116117, all'Unità regionale di dimissione post ospedaliera, organismi che garantiscono la comunicazione con l'UCL, il Pronto Soccorso, il Dipartimento di Prevenzione e il SISP. Nello stabile sono individuati percorsi differenziati sporco-pulito e i locali sono sottoposti a pulizia e disinfezione a fine turno di lavoro. Presso le sedi USCA è attivo il ritiro dei rifiuti speciali con frequenza quotidiana.

### Mezzi di servizio

Ogni USCA dovrebbe essere dotata di mezzi di servizio in numero sufficiente a garantire le visite domiciliari, da sottoporre a pulizia e disinfezione a ogni fine turno (Vedi istruzioni operative per la sanificazione degli automezzi aziendali del RSPP di ASSL).

### Dotazione DPI operatori

Per l'utilizzo appropriato dei DPI da parte degli operatori sanitari si consulti la Circolare Ministeriale n. 5443 del 22 febbraio 2020, il documento allegato alla Deliberazione del Commissario Straordinario ATS n. 216 del 02.04.2020 e la documentazione generale e specifica sulle diverse attività sanitarie prodotta dal Servizio Prevenzione e Protezione ATS reperibile nell'apposita sezione dell'Intranet ATS.

*La tipologia dei DPI necessari dovrà tener conto della tipologia di prestazioni erogate e della logistica e dovrà essere concordata dall'RSPP e dal Medico Competente per ASSL.*

Sul sito intranet aziendale è disponibile, all'interno della sezione CoViD-19, una pagina dedicata alle istruzioni operative, informative e aggiornamenti emessi dal SPP per comunicare ai dipendenti le corrette procedure da porre in essere per la riduzione del rischio di contagio da CoViD-19.



# Osservatorio Nazionale

## delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

Anche per quanto riguarda la rimozione e lo smaltimento dei DPI si dovrà fare riferimento alle indicazioni fornite dal Servizio Prevenzione e Protezione dell'ATS. Per la gestione dei rifiuti speciali si dovrà riferire alle procedure operative del rapporto ISS CoViD-19 N° 3/2020.

È fatto divieto di procedere in attività diagnostica e di cura se non dotati di DPI adeguati.

Per ogni intervento domiciliare dovrà essere garantita la disponibilità di mascherine chirurgiche da distribuire alle persone che assistono e convivono con i malati nelle proprie abitazioni anche se asintomatici.

### **Dotazione di presidi medici e farmaci**

Ogni USCA sarà dotata in quantità sufficiente di idonei presidi medici ed in particolare di:

- Fonendoscopio
- Sfigmomanometro
- Pulsossimetro
- Termoscanner

Per i farmaci e presidi terapeutici necessari per lo svolgimento dell'attività vedasi dotazione minima della continuità assistenziale prevista dall'Accordo Integrativo Regionale.

### **Dotazione informatica e telefonica**

I componenti dell'USCA saranno dotati di un cellulare aziendale dedicato; nella sede è disponibile un PC, una stampante standard ed una per etichette.

### **Formazione**

La formazione dovrà essere effettuata tassativamente prima dell'entrata in servizio del medico e dell'infermiere.

Tutti gli operatori delle USCA devono essere formati sulle procedure relative alla vestizione, svestizione dei DPI e sulla gestione delle visite in sicurezza. La formazione sarà in capo al Servizio Prevenzione e Protezione per gli aspetti inerenti la sicurezza dei lavoratori e per il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuale.



# Osservatorio Nazionale

delle Buone Pratiche sulla sicurezza nella Sanità

## Sorveglianza Sanitaria

Gli operatori (Medici e Infermieri) incaricati USCA, prima dell'inizio dell'attività, saranno sottoposti a tampone per la diagnosi di infezione CoViD-19 non più di 48 ore prima dalla presa di servizio; il tampone deve essere ripetuto con cadenza regolare e secondo necessità.

Entro 30 giorni dal conferimento dell'incarico, dovranno essere sottoposti a visita di sorveglianza sanitaria al fine della tutela della salute e dell'integrità fisica.

Riferimento e-mail e telefonico di contatto

SC Qualità, Appropriatelyzza, Clinical Governance e Risk Management  
Direttore Dr.ssa Antonella Anna Viridis  
e-mail [sc.qualitaeriskmanagement@atssardegna.it](mailto:sc.qualitaeriskmanagement@atssardegna.it)

079 208 4491

Dr.ssa Caterina Brundu [caterina.brundu@atssardegna.it](mailto:caterina.brundu@atssardegna.it)

079 208 4456

Dr.ssa Maria Raimonda Cossu [mariaraimonda.cossu@atssardegna.it](mailto:mariaraimonda.cossu@atssardegna.it)

079 208 4409