



**Regione Toscana**

**Linee di indirizzo per la gestione del  
percorso COVID-19 in ambito  
territoriale**

# Indice

.....	2
.....	3
.....	4
.....	4
.....	5
.....	5
.....	7
.....	7
.....	8
.....	10
.....	13
.....	13
.....	15
.....	15
.....	16
.....	17
.....	18
.....	19

## **Gruppo di lavoro**

### **Comitato di esperti**

Elisabetta Alti, Roberto Andreini, Massimo Alessandri, Lorenzo Baggiani, Lorenzo Baragatti, Andrea Belardinelli, Francesco Bellomo, Renzo Berti, Alessio Bertini, Alessandro Bonci, Moira Borgioli, Vittorio Boscherini, Mauro Breggia, Alessandro Bussotti, Anna Canaccini, Emanuele Croppi, Simona Dei, Valdo Flori, Costanza Galli, Dario Grisillo, Giancarlo Landini, Antonella Lisi, Simone Magazzini, Daniele Mannelli, Claudio Marinai, Guglielmo Menchetti, Piero Morino, Alessio Nastruzzi, Carlo Nozzoli, Alessandro Pescitelli, Filippo Pieralli, Luca Puccetti, Mauro Ruggeri, Danilo Tacconi, Antonella Tomei, Paolo Zoppi, Alfredo Zuppiroli

### **Team di sviluppo e redazione**

Mauro Maccari, Sandra Gostinicchi, Antonio Panti, Lorenzo Righi, Maria Teresa Mechi, Andrea Belardinelli

### **Coordinatore**

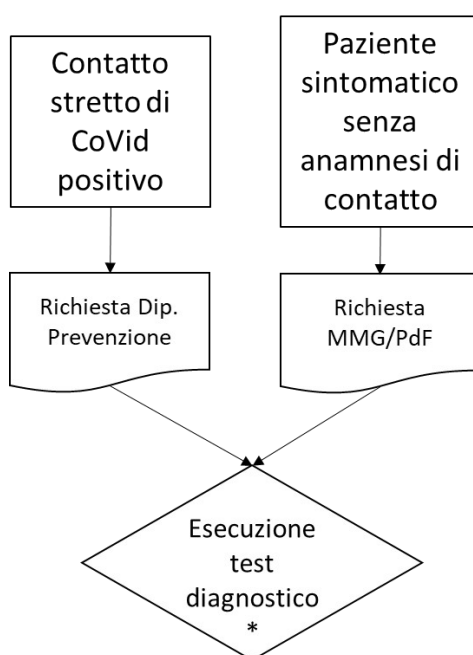
Carlo Tomassini

## Introduzione

In base a quanto disposto al punto 7 dell'Ordinanza PGR n. 20 del 29 marzo 2020, la Regione ha istituito con proprio provvedimento una specifica commissione, composta da esperti in materia, con il compito di definire le linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale, anche in riferimento all'assistenza dei pazienti in fase terminale e alle cure palliative.

## Inquadramento dei pazienti COVID positivi o negativi

E' necessario individuare precocemente i pazienti COVID positivi.



\* il test è eseguito secondo le indicazioni ministeriali e le linee guida della commissione regionale di riferimento

I pazienti sintomatici senza anamnesi di contatto sono classificabili in due tipologie:

- Paucisintomatici, che presentano sintomatologia simil-influenzale con febbre e/o paucisintomaticità respiratoria ed eventuali disturbi extra-respiratori associati (nausea e vomito, diarrea, faringodinia, congiuntivite, cefalea, rinite, emottisi, anosmia/ageusia)
- con sintomatologia respiratoria accentuata e un quadro clinico di sospetto impegno polmonare fin dall'esordio o come evoluzione di paucisintomatico.

Al momento della richiesta del test è consigliabile indicare eventuali situazioni utili a definire una priorità/tempistica di esecuzione, tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente e del contesto lavorativo/ambientale che condiziona la necessità di una più o meno tempestiva esecuzione.

Viene demandata alle singole AUSL la definizione delle modalità organizzativa del test riguardo al setting di esecuzione (a domicilio o altre modalità organizzative quali la modalità “Drive Through” per tutti i soggetti facilmente trasportabili).

L’esito del test è reso visibile al medico richiedente, anche attraverso la consultazione di SISPC, con opportuna profilazione.

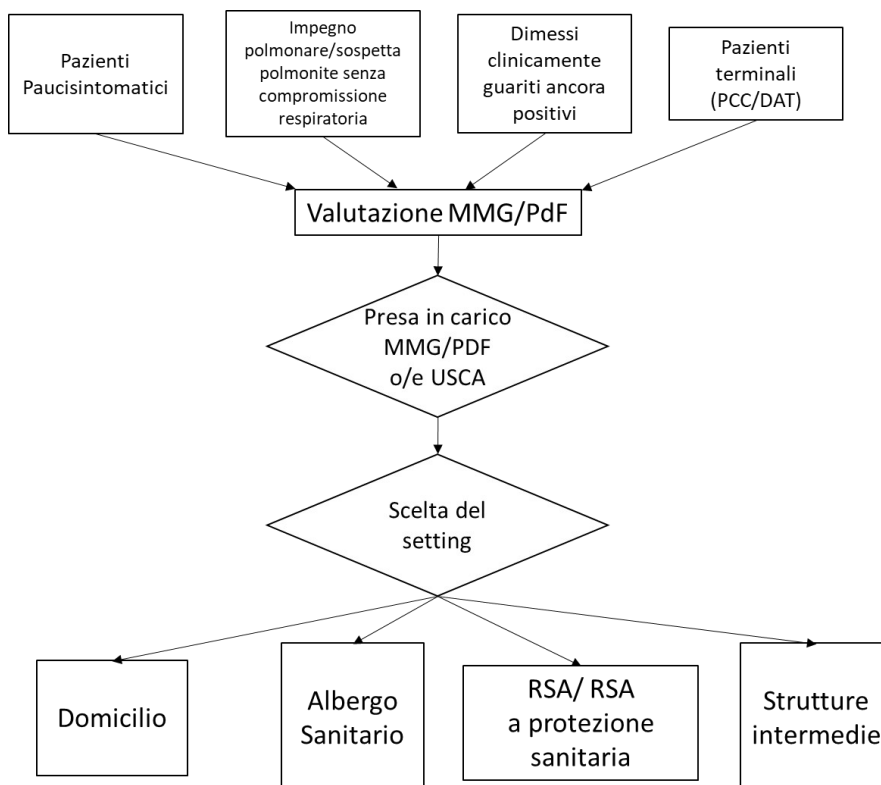
### Gestione dei pazienti paucisintomatici COVID negativi

Tali pazienti, qualora non affetti da ulteriori patologie per cui non rientranti nel percorso per i cronici trattato più avanti, vengono seguiti a domicilio dal curante secondo le modalità ordinarie. In particolare, il curante si attiva per istruire il paziente sulle corrette misure terapeutiche e comportamentali da seguire, utilizzando gli strumenti di gestione “smart” indicati nel percorso del paziente cronico. In caso di ulteriore peggioramento clinico, suggestivo di un sospetto COVID, il curante attiva l’USCA.

### Gestione dei pazienti COVID positivi

Il processo di cura è affidato al Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Famiglia (PdF) che può decidere, ai sensi dell’OPGR 20 del 29.03.2020, se:

- gestire direttamente la cura del paziente
- attivare per la gestione la Unità Speciale di Continuità Assistenziale - USCA (DGR 393 del 23.03.2020).



I pazienti COVID positivi sul territorio possono essere distinti in:

- pazienti paucisintomatici

- pazienti con impegno polmonare/sospetta polmonite, ma senza segni di compromissione della funzione respiratoria
- pazienti dimessi dall'ospedale "clinicamente guariti" (definizione ministeriale), ma ancora positivi al tampone, per il necessario periodo di convalescenza/clearance del virus e negativizzazione del tampone
- pazienti in fase terminale che rifiutano il ricovero (Pianificazione Condivisa delle Cure) o che hanno a suo tempo espresso le Disposizioni Anticipate di Trattamento (DAT) e/o che in funzione della Pianificazione Condivisa delle Cure non sono sottoposti a ventilazione invasiva e quindi tornano sul territorio per cure palliative (OPGR 20 del 29.03.2020).

I setting di presa in carico, meglio dettagliati nei paragrafi che seguono, sono:

- 1.domicilio del paziente: qualora le condizioni ambientali consentano un isolamento e/o protezione efficace degli eventuali conviventi
- 2.albergo sanitario
- 3.RSA/RSA a protezione sanitaria
- 4.strutture intermedie.

Tutte le prestazioni domiciliari incluso, ove possibile, la rilevazione dei parametri vitali, vengono registrate sulla piattaforma regionale di gestione territoriale (vedi allegato).

Le prestazioni infermieristiche nel setting domiciliare per i pazienti COVID positivi vengono prioritariamente gestite dall'infermiere dell'USCA; sarà sua facoltà avvalersi, qualora ritenuto necessario, della consulenza e/o collaborazione dei colleghi del team domiciliare.

Le prestazioni specialistiche sono garantite dagli specialisti che supportano l'USCA, come per esempio: pneumologo, infettivologo, palliativista. In particolare, per quanto riguarda le cure palliative, l'organizzazione è dettagliata nel paragrafo "Cure palliative". Riguardo alle indicazioni terapeutiche, il medico (MMG/PdF/USCA) che ha in cura il paziente prescrive la terapia farmacologica in conformità alla OPGR 20 del 29.03.2020 e dalla OPGR 27 del 07.04.2020 e successive modifiche e integrazioni, acquisendo dal paziente il consenso informato relativo al loro uso "off label". I farmaci prescritti sono garantiti al paziente:

- mediante il canale della farmaceutica convenzionata e DPC a fronte di prescrizioni utilizzando le funzioni relative alla dematerializzazione delle ricette (NRE via SMS) o allegato a mail;
- come dotazione alle USCA ed in questo caso vengono consegnate al paziente le unità posologiche previste dall'Allegato 1 della OPGR 20 del 29.03.2020 e della OPGR 27 del 07.04.2020.

Il follow-up clinico viene assicurato dal medico che ha in carico il paziente (MMG o PdF o USCA) attraverso:

- controllo telefonico se il paziente è asintomatico o paucisintomatico;
- accessi a domicilio per i casi di maggior impegno polmonare, con frequenza definita dal medico che ha in carico il paziente in base alla valutazione dei parametri generali, di funzionalità respiratoria e delle comorbidità.

Nel corso del follow-up, il medico valuta i parametri consigliati dalle evidenze di letteratura ai fini del mantenimento sul territorio, in particolare la temperatura corporea, saturazione, pressione arteriosa e le opportune scale di deterioramento clinico.

Quando tecnicamente possibile, attua il monitoraggio dei parametri del paziente (tramite APP) ed all'occorrenza stabilisce un collegamento audio/video col singolo paziente secondo le modalità indicate in allegato.

In caso di compromissione della funzione respiratoria si provvede a contattare il 118, che opererà in conformità con le "Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito ospedaliero e peri-ospedaliero" (Allegato A della Ordinanza 14 del 17.03.2020) e le indicazioni ministeriali. Per quanto attiene all'attivazione del 118, sarà avviato un apposito gruppo tecnico.

La guarigione viene definita attraverso l'esecuzione di due tamponi che devono risultare entrambi negativi, non prima di dieci giorni dalla scomparsa dei sintomi (guarigione clinica) perché è comunque necessario un ulteriore tempo -convalescenza- prima della negativizzazione del test e questo tempo va considerato comunque prosecuzione di malattia, da trascorrere in ambiente idoneo a continuare a garantire l'isolamento sociale. Qualora il primo tampone di controllo risulti positivo, va ripetuto non prima di altri sette giorni.

Qualora il primo tampone risulti negativo ne deve seguire un secondo a distanza di un giorno, che, se risulta anch'esso negativo permette di dichiarare la guarigione.

### **Dotazioni tecnologiche a domicilio**

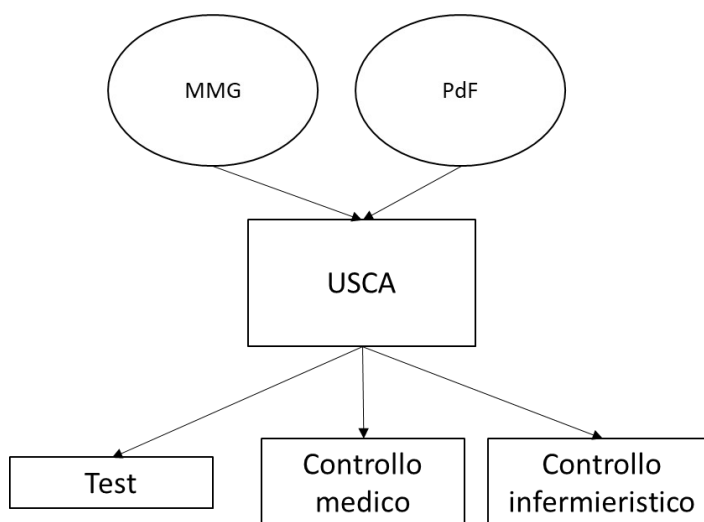
Le Aziende USL possono prevedere l'acquisto, raccordandosi con ESTAR, della strumentazione necessaria al monitoraggio, in particolare i pulsossimetri, da lasciare al domicilio dei pazienti, in RSA o presso gli alberghi sanitari per la durata della malattia.

### **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)**

A supporto dell'attività fornita dai MMG e PdF sono state istituite con DGRT 393 del 23.03.2020, in ottemperanza all'articolo 8 del Decreto-legge 9 Marzo 2020 n.14, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da CoViD-19.

Le USCA effettuano l'assistenza per la gestione domiciliare a favore di pazienti:

- Affetti da CoViD-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.
- Sospetti di infezione da CoViD-19



L'USCA è attivata dal MMG, dal PdF, dalla Continuità Assistenziale nei giorni festivi e prefestivi.

Ogni USCA, arruolata su base volontaria sull'intero territorio della Regione Toscana, con un numero di medici proporzionale al bisogno, opera con turni attivi diurni nelle fasce orarie 8-20. L'organizzazione è a livello della Zona-distretto, dalla cui articolazione del Dipartimento del Territorio la struttura dipende dal punto di vista organizzativo e funzionale. Il MMG e PdF possono quindi decidere, relativamente alla gestione di pazienti COVID positivi presenti sul territorio, o rispetto al primo inquadramento di pazienti con sintomatologia sospetta per Coronavirus, di affidare il paziente alla Unità Speciale di Continuità Assistenziale, che è la struttura che a livello territoriale garantisce l'assistenza domiciliare ai pazienti COVID-19, compresa l'esecuzione dei tamponi faringei.

L'USCA ed il medico curante mantengono un contatto, con modalità previste dall'organizzazione aziendale.

L'USCA sarà attivata in base alla residenza del paziente e comunque non opererà al di fuori dell'ambito zonale di riferimento.

### **Albergo sanitario**

Considerata l'emergenza rappresentata dalla diffusione pandemica di COVID-19 si rende necessario individuare strutture ricettivo-alberghiere per ospitare le persone asintomatiche o paucisintomatiche risultate positive per COVID-19 e che per condizioni socio-abitative non hanno la possibilità di permanere a domicilio in sicurezza.

L'obiettivo di questo setting è quindi garantire il doppio standard di:

- a) isolamento delle persone che per condizioni socio-abitative non possono permanere presso il loro domicilio;
- b) monitoraggio medico e infermieristico continuo di persone positive per COVID-19, al fine di individuare tempestivamente possibili segni premonitori di peggioramento clinico, nonostante la asintomaticità/paucisintomaticità al momento dell'ingresso nell'albergo sanitario.

L'albergo sanitario è una struttura ricettivo-alberghiera a norma in materia di prevenzione incendi, con certificato di agibilità e collaudo statico e con tutti i requisiti previsti per l'esercizio di tale attività. Integra le proprie funzioni implementando una rete di collegamenti ai servizi sanitari di riferimento per eventuali consulenze e/o supporto.

Per avere accesso all'ospitalità e ai servizi della struttura occorre:

- positività accertata per COVID-19;
- asintomaticità o paucisintomaticità: condizione clinica compatibile con la permanenza a domicilio;
- requisiti socio abitativi non idonei al mantenimento in sicurezza del necessario isolamento.

**Ad ogni paziente COVID + asintomatico o paucisintomatico che non necessita di ricovero, al momento della notifica della positività, viene offerta la possibilità di alloggiare presso un albergo sanitario, spiegando i motivi di questa opzione e le caratteristiche di sorveglianza sanitaria garantita, per tutta la durata della infettività.**



**In caso di rifiuto questo deve essere registrato dagli operatori sanitari con apposita dichiarazione firmata dal soggetto, utilizzando il modulo di cui all'Allegato A dell'OPGR 29/20 e successive integrazioni e modifiche.**

Alla struttura si accede:

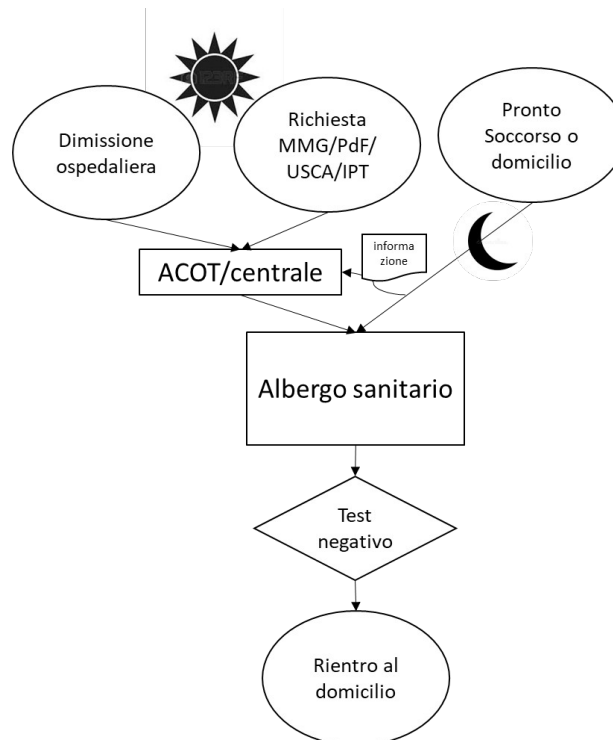
1. In orario diurno con accesso programmato per:

- Dimissione ospedaliera e relativa attivazione ACOT o di altra centrale di coordinamento individuata a livello aziendale;
- Segnalazione ad ACOT/centrale di coordinamento individuata a livello territoriale, da parte di MMG/PdF/USCA/servizio di Igiene Pubblica

1. In orario notturno per:

- Invio dal Pronto Soccorso o da domicilio in situazioni selezionate, che saranno poi notificate all'ACOT.

La tipologia di attività sanitaria è riconducibile all'assistenza domiciliare nelle sue diverse modalità ed espressioni. A tal fine i soggetti ospiti individuano la struttura come propria reperibilità sanitaria.



L'attivazione di ACOT avviene attraverso segnalazione alla mail dedicata.

L'albergo sanitario è dotato di camere individuali con accesso a bagno personale. Prima del primo ingresso, la struttura effettuerà operazioni di manutenzione dei condotti e pulizia dei filtri del sistema di aereazione meccanica a servizio dei locali. La struttura deve inoltre garantire il comfort microclimatico secondo normativa vigente.

Gli spazi dovranno avere la possibilità di creare una o più separazioni, con percorsi appositi per le persone e per il personale di servizio.

La struttura dovrà prevedere un ingresso unico per tutte le persone, con passaggio obbligato attraverso una postazione di accettazione alberghiera (in collegamento diurno con ACOT, la quale comunica con i servizi territoriali) opportunamente fornito di DPI

(secondo normativa vigente) che verifica i dati anagrafici precedentemente inviati e ne predispone l'accompagnamento in stanza.

Il supporto-accompagnamento è curato da personale alberghiero opportunamente fornito di DPI (secondo normativa vigente), che accompagna le persone alla stanza dedicata.

La presa in carico e la valutazione degli esiti del monitoraggio diurno delle condizioni cliniche della persona sono affidate al MMG/PdF, con possibilità di attivazione USCA, quando la struttura è inserita nell'ambito territoriale di competenza. Negli altri casi (struttura non inserita nell'ambito territoriale di competenza o persona senza MMG/PdF) la persona sarà in carico all'USCA di riferimento.

È garantito il monitoraggio infermieristico (condizioni generali, temperatura, saturazione, sintomatologia) diurno e almeno giornaliero dei casi.

È garantito il monitoraggio medico telefonico giornaliero, che è affidato al MMG/PdF, che può avvalersi dell'attivazione dell'USCA di riferimento per proiezioni all'interno della struttura.

Eventuale necessità di raccordo sanitario notturno sarà garantita tramite i consueti contatti con la Continuità Assistenziale, dotata appositamente di saturimetri. In caso di urgenza i percorsi sono quelli garantiti dalla struttura del 118.

La gestione logistica della struttura, in caso di necessità, può prevedere il supporto del dipartimento della protezione civile.

I percorsi interni sono separati e distinti fra "sporco" e "pulito".

E' previsto un servizio di sanificazione, con personale appositamente dedicato in gestione diretta e/o esternalizzata, che attui procedure di igiene ambientale idonee.

Visto il contesto di isolamento a cui sono sottoposte le persone ospitate in albergo, occorre prevedere una modalità di supporto per consentire alla persona l'acquisizione di farmaci, previsti da relativa prescrizione medica. Qualora necessario, con il supporto del dipartimento della protezione civile, eventuale presidi/farmaci vengono consegnati attraverso gli stessi sistemi della normale quarantena domiciliare.

Non sono permesse visite esterne. Il personale alberghiero di supporto dovrà provvedere ad individuare modalità di consegna, di effetti personali da parte dei familiari della persona.

L'occupazione degli spazi comuni da parte delle persone ospitate non è permessa.

Devono essere garantiti i servizi:

- Alberghiero. Nel momento della pulizia della stanza il paziente potrà uscire dal locale mantenendo le precauzioni previste nei confronti del personale e di eventuali altri ospiti.
- Lavanderia. Il servizio di lavanderia dovrà essere atto a garantire adeguate norme igieniche previste per il contesto pandemico.
- Ristorazione. Il servizio dovrà prevedere la consegna del pasto in camera con materiale monouso.
- Sorveglianza ambientale.
- Monitoraggio sanitario (vedi in seguito).
- Supporto Tecnologico specifico.
- Defibrillatore BLSD.
- DPI secondo normativa vigente per le persone ed il personale di servizio e personale sanitario.

- Comfort per le persone (es. connessione wifi, televisione).
- Saturimetri e termometri a disposizione del personale sanitario.
- Kit di dotazione individuale (termometri).
- Se disponibili, dispositivi indossabili (wearable) di supporto al monitoraggio sanitario.
- Se disponibile, dispositivi videoterminale che permettano televalutazioni.

Potrà inoltre essere attivato, previa indicazione del MMG/PdF/USCA:

- supporto telefonico per educazione sanitaria
- supporto telefonico per automonitoraggio dei sintomi
- televalutazione della persona per monitoraggio dei sintomi
- verifica attivazione percorso per accertamento dello stato di positività per COVID-19 /tamponi al fine di individuare tempestivamente la possibilità rientro a domicilio.

Il requisito per il rientro a domicilio è l'accertata negatività a COVID-19, come già descritto nel paragrafo "Gestione dei pazienti COVID positivi".

Deve essere prevista una gestione complessiva della dotazione di posti a livello aziendale per garantire l'attivazione dei servizi previsti da contratti.

La gestione operativa dei posti letto sarà a carico delle articolazioni zonali, che si organizzeranno per la parte di monitoraggio sanitario con MMG/PdF/CA, ACOT, USCA di riferimento e i servizi infermieristici territoriali.

### **Percorso COVID-19 Low care-cure intermedie**

In base a quanto disposto al punto 6 dell'Ordinanza PGR n. 18 del 25 marzo 2020, a fronte della necessità di liberare rapidamente posti letto degli ospedali per acuti, occorre mettere a disposizione del sistema sanitario regionale un numero adeguato di posti letto per la post-acuzie da utilizzare per la dimissione di pazienti COVID dagli ospedali per acuti.

Può essere previsto inoltre un percorso rivolto a pazienti COVID provenienti dal territorio con le caratteristiche del setting 3 "Residenzialità assistenziale intermedia" come definite dalla DGRT 909/2017.

Il percorso assistenziale dei pazienti affetti da coronavirus può essere modulato con il ricorso a setting diversificati per intensità di cure all'interno dell'ospedale e in continuità ospedale territorio.

I pazienti in degenza nelle aree COVID, superata la fase acuta e comunque qualora evidenzino un chiaro trend di miglioramento, possono avere necessità di ulteriore assistenza 'low care' se il quadro clinico e le difficoltà assistenziali non consentono il rientro a domicilio.

Una modalità organizzativa per questa fase di assistenza, laddove possibile, è quella erogata da moduli Low-Care, realizzati in aree dedicate all'interno di ospedali o in strutture extraospedaliere.

Il trasferimento presso aree/strutture COVID di cure intermedie o riabilitazione in nuclei dedicati, assicura la massima fruibilità dei posti letto degli ospedali per acuti per i pazienti COVID livello 2 e 3 come individuati nel documento tecnico Allegato A dell'Ordinanza PGRT n.14/2020.

Possono essere individuati anche percorsi clinici specifici per la gestione di pazienti presso le strutture di cui ai punti A e B direttamente dal Pronto Soccorso.

La dimissione dalla Low Care COVID avviene quando il paziente è ulteriormente stabilizzato, afebrile e con walking test normale (nei casi in cui può essere effettuato).

Il criterio è esclusivamente di valutazione clinica senza considerare la guarigione virologica previo tampone, che sarà eseguito nei tempi e nei modi opportuni.

Dalle Aree Low Care COVID i pazienti possono essere allocati tramite le ACOT:

- a domicilio, se vi sono le condizioni ambientali e socio-sanitarie per poterlo inviare
- alberghi appositamente dedicati per pazienti stabili ma con problemi abitativi
- strutture socio-sanitarie con percorso C RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA per pazienti COVID+.

Di seguito vengono riportati criteri guida per l'individuazione del setting appropriato.

A. Criteri di elegibilità di pazienti in dimissione per strutture con requisiti corrispondenti alla tipologia D6 del Regolamento n.79R/2017

PARAMETRI CLINICI

Saturazione	>94% da almeno 48h con FIO2 <32% >90% da almeno 48h con FIO2 <32% per i pazienti con patologia respiratoria cronica
e/o	
P/ F	in aria ambiente >250 o P/F in ossigenoterapia >300
FR	<22 a riposo
Dispnea	assenza dispnea a riposo
Assenza di NIV e/o HFNC Svezziati da	da oltre 72 h
Stabilità emodinamica	In assenza di supporti farmacologici

MODELLO ORGANIZZATIVO

assistenza medica (internista, geriatra o equipollente)	sulle 24 H
assistenza infermieristica e OSS	continuativa sulle 24h
personale di riabilitazione	modulato in base alle esigenze

B. Criteri di elegibilità di pazienti in dimissione per strutture con requisiti corrispondenti alla tipologia D7 del Regolamento n.79R/2017

PARAMETRI CLINICI

Saturazione	>94% da almeno 48h con FIO2 <=28% >90% da almeno 48h con FIO2 <=28% per i pazienti con patologia respiratoria cronica
e/o	
P/ F	in aria ambiente >250 o P/F in

	ossigenoterapia >300
FR	<20 a riposo
Dispnea	assenza dispnea a riposo
Paziente che non ha effettuato CPAP e/o NIV e/o HFNC durante il ricovero	
Stabilità emodinamica	In assenza di supporti farmacologici

#### MODELLO ORGANIZZATIVO

assistenza medica (internista, geriatra o equipollente)	30 h settimanali
assistenza infermieristica e OSS	continuativa sulle 24h
personale di riabilitazione	modulato in base alle esigenze

Per i pazienti provenienti dal territorio vengono dedicate le strutture corrispondenti al setting 3 della DGR 909/17.

C. Criteri di eligibilità di pazienti provenienti dal territorio per strutture con requisiti corrispondenti al setting 3 "RESIDENZIALITA' ASSISTENZIALE INTERMEDIA" della DGRT 909/2017

- Pazienti COVID positivi paucisintomatici che richiedono un livello di assistenza non erogabile a domicilio né in albergo sanitario
- Pazienti COVID positivi o sospetti positivi, asintomatici per la malattia da COVID, ma con condizioni cliniche per altra patologia che richiedono un'assistenza non erogabile a domicilio o in albergo sanitario, ma che non rendono necessario il ricovero in ospedale per acuti

Questo percorso può essere attivato da parte del MMG, in collaborazione con il team USCA, o in dimissione dalle strutture di cui ai punti A e B.

#### MODELLO ORGANIZZATIVO

assistenza medica	MMG che si avvale della consulenza specialistica programmata e della collaborazione con medico di continuità assistenziale/USCA
assistenza infermieristica e OSS	continuativa sulle 24h
personale di riabilitazione	modulato in base alle esigenze

#### **Il paziente COVID in RSA e in RSA con protezione sanitaria**

Il paziente COVID in RSA deve essere assistito secondo quanto indicato dalla OPGR 21 del 29.3.20 e dalla OPGR 28 del 06.04.20. Può essere attivato, a richiesta dei curanti degli ospiti COVID positivi il supporto dell'USCA di riferimento territoriale.

Gli ospiti di RSA positivi al COVID 19, dovranno essere presi in carico dal Servizio sanitario regionale utilizzando il percorso assistenziale più appropriato. Per il paziente asintomatico o paucisintomatico saranno attivati i livelli di cura e assistenza previsti per le cure intermedie.

L'Azienda sanitaria può decidere, d'intesa col gestore privato, di gestire l'intera RSA trasformata in una struttura completamente dedicata all'accoglienza e cura di ospiti positivi al COVID.

In ogni caso le RSA dovranno:

- agli ospiti di nuovo ingresso, oltre alla normale verifica da effettuarsi a cura degli operatori della struttura, per rilevare lo stato di salute e l'eventuale sussistenza di un rischio espositivo, effettuare il tampone;
- formare il personale addetto all'assistenza sulle misure di prevenzione e prima gestione dei pazienti COVID

I MMG afferenti ad ogni singola struttura residenziale si potranno organizzare in turni di visita che riguardino tutti gli ospiti, in modo che ci sia l'accesso limitato ad un'unica figura di MMG all'interno della struttura, di riferimento per tutte le necessità clinico assistenziali. Tale presenza coinvolge tutti i MMG afferenti ad ogni singola RSA e sarà a rotazione settimanale.

## **Cure palliative**

Le complicanze della malattia da COVID-19 provocano un'insufficienza respiratoria progressivamente ingravescente e potenzialmente letale, che produce gravi o gravissime sofferenze psico-fisiche legate a sintomi quali: dispnea grave fino all'asfissia, ingombro secretorio, ansia, angoscia, confusione mentale, agitazione psicomotoria e senso di morte imminente. Un attento monitoraggio di questi sintomi, anche nei pazienti non ancora in ventilazione meccanica, può aiutare il paziente a tollerare manovre cliniche e assistenziali (ventilazione non invasiva, posizionamento laterale o prono) con miglioramento anche prognostico.

Soprattutto nei malati, per i quali comunque non è indicata la ventilazione meccanica, è una buona pratica clinica, oltre che un dovere etico, deontologico e giuridico, un'attenta valutazione ed un rigoroso trattamento di tali sintomi, al fine di ridurre al massimo le sofferenze, soprattutto nella fase finale della vita. Pur tenendo conto della grave situazione di emergenza clinico-organizzativa prodotta dalla pandemia in atto, in tutti i setting di cura intra- ed extra-ospedalieri devono essere attuati i trattamenti farmacologici ed assistenziali possibili, mirati al controllo della sofferenza secondo i dettami della Medicina Palliativa, compresa, in caso di sintomi refrattari, la sedazione palliativa profonda.

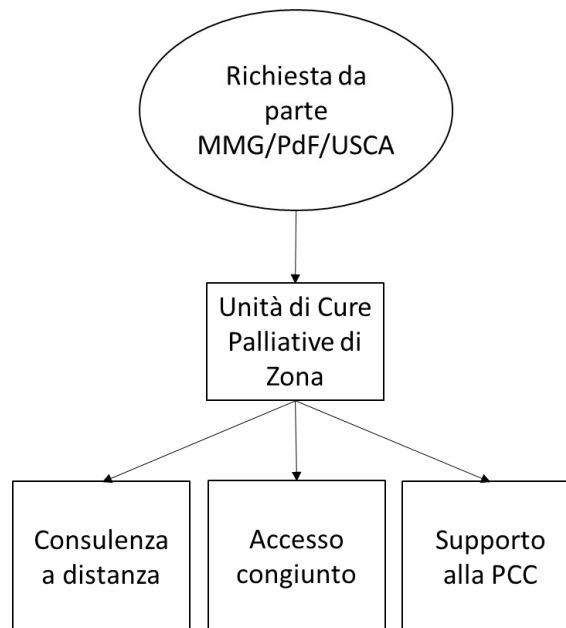
Laddove l'équipe curante non disponga delle competenze necessarie al controllo delle sofferenze, è possibile ed opportuno richiedere una consulenza o un supporto, anche a distanza, alle strutture afferenti alla Rete Locale di Cure Palliative.

Tenendo conto della progressione drammaticamente rapida ed ingravescente della sintomatologia, in particolare di quella respiratoria, è indispensabile prevedere percorsi rapidi e semplificati per favorire l'attivazione dell'approccio palliativo. In questo senso è raccomandato la disponibilità e l'accessibilità per l'équipe curante dei farmaci raccomandati per la gestione dei sintomi.

In ogni Zona-distretto viene individuata l'Unità di Cure Palliative di riferimento per gli operatori dedicati all'assistenza dei pazienti COVID-19, che mette a loro disposizione un numero di telefono cellulare attivo dalle 8 alle 20.

Tramite questo contatto vengono fornite le seguenti prestazioni:

- Consulenze a distanza su problematiche cliniche e assistenziali
- Programmazione, in caso di situazioni complesse, di eventuali accessi congiunti, con il medico richiedente, con DPI previsti dalla normativa in atto, per valutazione e gestione clinica/assistenziale dei sintomi, compreso, in presenza di sintomi refrattari, supporto tecnico e farmacologico per la sedazione palliativa profonda.
- Supporto clinico relazionale per la Pianificazione Condivisa delle Cure (PCC), eventualmente con la possibilità di attivazione di un percorso di supporto psicologico per il malato e i suoi familiari, da concordare secondo i modelli organizzativi locali, anche sfruttando tecnologie di comunicazione telematica.



L'Unità di Cure Palliative registrerà queste attività nel sistema di monitoraggio (ASTER) come prestazioni occasionali nel caso di consulenza a distanza, come presa in carico ed apertura di cartella clinica in caso di prestazione a letto del paziente.

Queste prestazioni sono attivabili in tutti i setting assistenziali, territoriali (domiciliari e residenziali) e di degenza secondo dettagli operativi definiti in ogni singola Zona.

Per quanto riguarda la normale assistenza domiciliare ed in hospice, garantita dalla Rete di Cure Palliative regionale, i percorsi di attivazione e presa in carico a livello base e specialistico non sono modificati, fatte salve le norme di sicurezza delle procedure, l'uso dei DPI secondo quanto previsto dalle attuali specifiche normative nazionali e regionali e l'esecuzione di un tampone all'accesso in hospice.

### **Attività dei medici di Assistenza Primaria e dei Pediatri di Famiglia**

L'attività dei medici di Assistenza Primaria e PdF viene svolta seguendo la consueta disponibilità nei propri studi.

L'attività ambulatoriale viene svolta con modalità di accesso programmata e regolata, ai sensi delle OPGR vigenti. In particolare, per poter accedere alle visite ambulatoriali dovrà essere stabilito un contatto telefonico con il medico o personale di segreteria opportunamente istruito.

Il medico potrà adottare sistemi di contatto con i pazienti anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata ricorrendo alla piattaforma regionale e utilizzerà sistemi di invio della ricetta elettronica in modo telematico utilizzando il sistema regionale di trasmissione attraverso SMS, oppure tramite invio a mezzo email compatibili con l'articolo 1 dell'ordinanza OCDPC 651 del 19.3.20.

Le visite dovranno essere programmate con un intervallo di tempo fra l'una e l'altra e, laddove possibile, anche con spazi dedicati, al fine di garantire una adeguata distanza di sicurezza (DGR 394/20). Il paziente deve in tal caso indossare una mascherina chirurgica e, nel caso ne fosse sprovvisto, deve venirne dotato per l'accesso alla visita. Il medico deve indossare idonei DPI.

All'attività ordinaria si aggiunge anche, per il periodo pandemico, la contattabilità telefonica. Il medico sarà infatti contattabile dalle ore 8 alle ore 20 di ogni giorno, quindi anche nei giorni di sabato e festivi, per consultazioni in merito alle problematiche legate alla pandemia (DGR 394/20).

Deve essere prevista la tutela del personale di segreteria dello studio medico tramite l'utilizzo di DPI e di schermi protettivi nello spazio della ricezione.

Si deve provvedere a una sanificazione dell'ambiente e alla pulizia giornaliera dei locali

### **Attività della Continuità Assistenziale**

Il primo contatto con il cittadino è il consulto telefonico. Se dopo contatto telefonico il medico ritiene sia opportuno far accedere il cittadino per una visita, al paziente viene fornita una idonea mascherina e il medico indossa i DPI previsti dall'OPGR 20 del 29.03.20.

La ricettazione avviene attraverso l'invio di un NRE sul cellulare del paziente che ne faccia richiesta. La continuità assistenziale è, come anche al di fuori del periodo pandemico, abilitata solo alla prescrizione di farmaci il cui utilizzo sia di comprovata necessità e/o urgenza e non differibile di 24/48 ore, tempo in cui il paziente potrà rivolgersi al proprio medico di famiglia.

Le visite domiciliari, se motivate e pertanto sottoposte al giudizio medico, sono effettuate con l'utilizzo dei DPI previsti dall'OPGR 20 del 29.03.20.

Per i pazienti già seguiti dal proprio medico di famiglia per patologie tipo ILI, in caso di peggioramento viene attivata l'USCA competente per territorio nei giorni prefestivi e festivi oppure, nel caso sia ritenuto necessario per l'aggravarsi del quadro clinico, l'attivazione diretta del 118.

### **Percorso per i pazienti non COVID ultra 75 o cronici o dimessi dall'ospedale che necessitano di continuità assistenziale sul territorio**

Nel corso di una pandemia si devono mettere in campo meccanismi che garantiscano ai cittadini da un lato la prevenzione del rischio infettivo e dall'altro la garanzia di una continuità dell'assistenza ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali.

Tali pazienti sono prevalentemente anziani e pluripatologici e in parte già in carico all'assistenza domiciliare.

L'obiettivo è quello di garantire un'assistenza sociosanitaria di pari livello facendoli muovere il meno possibile dal proprio domicilio anche attraverso l'implementazione e l'utilizzo di sistemi «smart».



Qualora il paziente sia un sospetto COVID-19, il MMG o il PdF decide, se adeguatamente fornito di DPI, se prendere direttamente in carico il paziente o se contattare il medico USCA di riferimento, al fine di avviare il paziente al percorso assistenziale più adeguato alle sue condizioni cliniche e assistenziali.

Qualora sia escluso il sospetto di positività, il MMG o il PdF valuta la possibilità di gestire il paziente tramite telemonitoraggio.

Nel caso in cui questo sia possibile, il medico attiva un piano assistenziale personalizzato che potrà prevedere sulla base dei singoli bisogni:

- telemonitoraggio anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata ricorrendo alla piattaforma regionale
- assistenza programmata o ADI qualora sia necessario l'intervento di più operatori, con attivazione del piano direttamente attraverso l'applicativo Aster o via mail in attesa della messa a regime
- assistenza infermieristica domiciliare con richiesta di attivazione attraverso direttamente attraverso l'applicativo Aster o via mail in attesa della messa a regime
- consulenze specialistiche domiciliari, che possono essere richieste attraverso contatto telefonico diretto con lo specialista o tramite un canale privilegiato di prenotazione sul modello della sanità di iniziativa (teleconsulto)
- sarà inoltre possibile utilizzare il sistema di televisita con il proprio specialista di riferimento in sostituzione della visita di controllo prevista nella fase di recall dei pazienti prenotati nelle agende di follow up nei casi previsti nell'allegato A della DGR 464/20
- esami di controllo, ematici e/o strumentali, effettuabili attraverso una richiesta dematerializzata per gli esami più comuni inviata per mezzo di SMS, in modo da registrare NRE erogato
- evitare l'accesso all'ambulatorio per la ripetizione delle terapie croniche attraverso la prescrizione farmaci dematerializzata, anche attraverso AppSmartSST
- consultazione dei dati di diagnostica attraverso FSE direttamente ed in autonomia da parte del medico curante con la propria tessera sanitaria, al fine di evitare l'accesso del paziente per il ritiro del referto
- rinforzo educativo sanitario, sugli stili di vita e assistenziale per empowerment e prevenzione dell'infezione per via telefonica ad ogni accesso/contatto del curante e dei servizi infermieristici per qualsiasi motivo, oltre all'indagine sulla presenza di un'eventuale sintomatologia sospetta e, nel caso, segnalazione
- attivazione, quando necessario, dei servizi sociali

Al fine di migliorare l'integrazione tra i vari setting assistenziali sarà necessario implementare la telemedicina.

Inoltre, per i pazienti dimessi, il curante può consultare direttamente la lettera di dimissione su FSE.

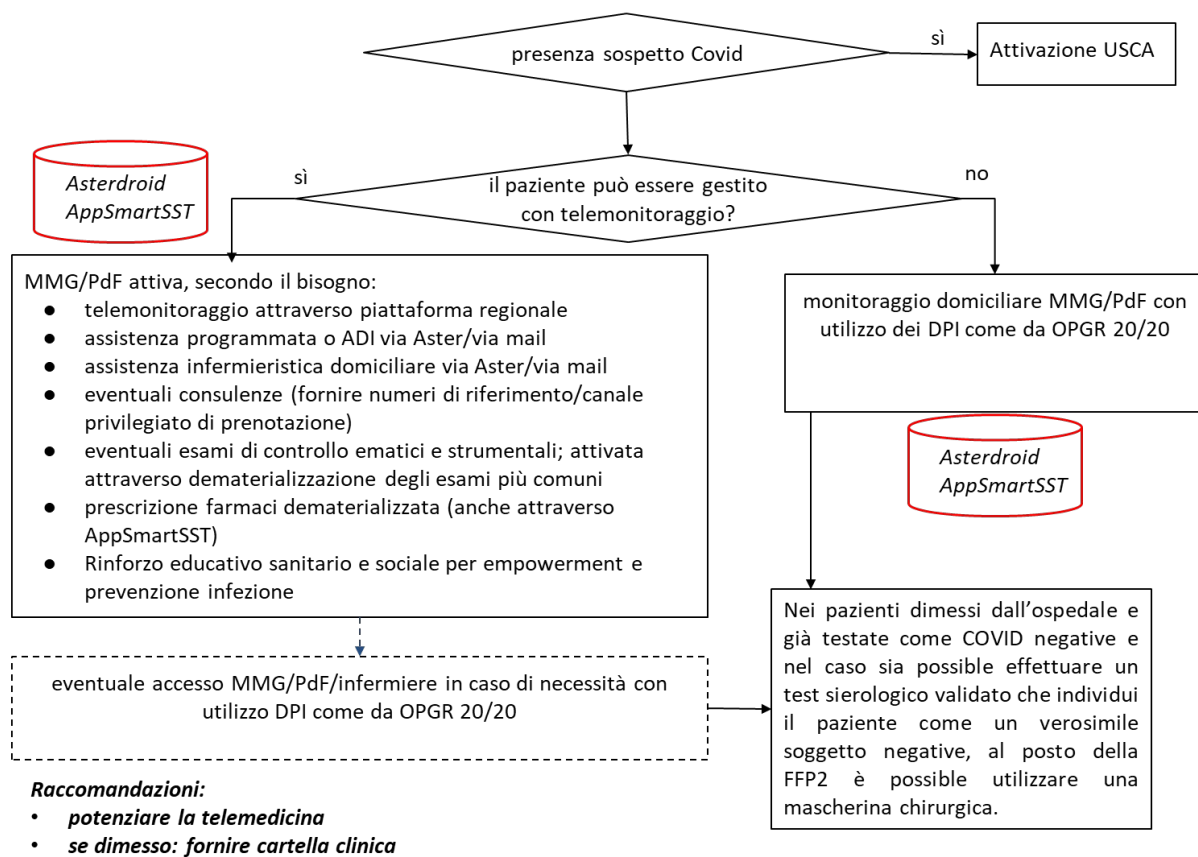
Nel caso non sia possibile, sia per motivazioni tecniche che cliniche, gestire il paziente tramite telemonitoraggio, il MMG/PdF attiva un'assistenza domiciliare. In tal caso le visite dovranno essere effettuate seguendo la doppia tutela dell'operatore sanitario, dotandolo di FFP2, guanti, visiera, camice monouso e del paziente, dotandolo di mascherina chirurgica.

Qualora il paziente non possa essere gestito proficuamente a domicilio per motivi clinici o assistenziali, il MMG/PdF può indirizzare il paziente verso setting più adeguati al bisogno, quali le cure intermedie, o l'attivazione delle cure palliative.

Nei soggetti dimessi dall'ospedale e già testati come COVID-19 negativi e, nel caso sia possibile, sugli altri pazienti di questo gruppo, potrà essere effettuato un test sierologico validato che individui il paziente come un verosimile soggetto negativo. In tal caso al posto della FFP2 è possibile utilizzare la mascherina chirurgica.

Le prestazioni infermieristiche nel setting domiciliari per i pazienti COVID negativi seguono la prassi organizzativa ordinaria e sono affidate agli infermieri del team domiciliare.

Le prestazioni specialistiche nel setting domiciliare per pazienti COVID negativi, seguono la prassi organizzativa ordinaria, quando previste dalle singole AUSL.



## Strumenti informatici

Gli strumenti informatici utilizzati per la gestione territoriale ed esplicitati nei singoli paragrafi sono descritti in allegato .

## **Considerazioni etiche**

Nell'Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale della Toscana n° 20 del 29 marzo si legge che "... il compito della medicina generale è anche la gestione dei pazienti affetti da SARS-CoV2, in fase terminale, per i quali è opportuno proporre, ove possibile, la gestione nel proprio domicilio, nel rispetto della dignità e dell'autodeterminazione della persona, supportando le cure disponibili nel territorio con l'attivazione delle cure palliative domiciliari". Si tratta dunque di rimettere davvero la persona al centro della cura, coinvolgendola nelle scelte che la riguardano, e non demandando la decisione se ricoverare o meno un paziente con sospetta COVID-19 soltanto ai parametri biomedici.

I riferimenti normativi sono non solo alla legge 38 del 2010 sulle cure palliative ma anche alla legge 219 del 2017, della quale giova ricordare in questo documento almeno due aspetti. L'articolo 1, comma 8, recita infatti che "Il tempo della comunicazione tra medico e paziente costituisce tempo di cura". Si tratta di un tema che proprio in un frangente di emergenza è a rischio: bisogna invece favorire al massimo la possibilità che i pazienti sul territorio, soprattutto i non COVID, possano avere di discutere anticipatamente con il loro medico di medicina generale o comunque con il loro medico di fiducia le scelte in caso di aggravamento delle condizioni cliniche. E qui entra il secondo aspetto della Legge 219 da tener presente: l'articolo 5 sulla pianificazione condivisa delle cure, dove il diritto all'autodeterminazione del paziente affetto da gravi patologie in stadio clinico molto avanzato è pienamente soddisfatto.

Questa epidemia è l'occasione per aprire ad una visione delle cure palliative come risorsa integrativa e non alternativa per i pazienti affetti da gravi patologie croniche, oncologiche e non, COVID positivi o meno e per non restringere il campo delle cure palliative alla sola terminalità. Tutto ciò è tanto più importante in questa fase di emergenza COVID-19, dove il rischio di un'interruzione delle relazioni affettive con i propri cari e, in alcuni casi, di morire in solitudine non può non essere considerato.