



Al Presidente della Regione

ORDINANZA DEL PRESIDENTE DELLA GIUNTA REGIONALE

n. 53 del 03 maggio 2020

DIPARTIMENTO SANITA' (DPF)

Oggetto: "Procedure per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19". Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica

Servizio Contratti erogatori privati – DPF06

L'Estensore
Dr.ssa Rosaria Di Giuseppe
Firmato elettronicamente

Il Dirigente del Servizio
Vacante

Al Direttore REGIONALE

data:

Prot. n. **/20/DPF**

Il Direttore del Dipartimento Sanità

Dr. Claudio D'Amario

(firmato digitalmente)

Al Componente la Giunta preposto la Sanità data: **2020**

Prot.n RA/ 129459 /20

Il Componente la Giunta

Dott.ssa Nicoletta Verì
(firmato digitalmente)

Al Presidente della Giunta Regionale data: **2020**

Prot.n RA/ 129459 /20



Al Presidente della Regione

IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO

VISTO l'art. 32 della Costituzione;

VISTO lo Statuto della Regione Abruzzo;

VISTO la legge 23 dicembre 1978, n. 833, recante *“Istituzione del servizio sanitario nazionale”* e, in particolare, l'art. 32 che dispone *“il Ministro della sanità può emettere ordinanze di carattere contingibile e urgente, in materia di igiene e sanità pubblica e di polizia veterinaria, con efficacia estesa all'intero territorio nazionale o a parte di esso comprendente più regioni”, nonché “nelle medesime materie sono emesse dal presidente della giunta regionale e dal sindaco ordinanze di carattere contingibile e urgente, con efficacia estesa rispettivamente alla regione o a parte del suo territorio comprendente più comuni e al territorio comunale”;*

VISTO il D. Lgs. 502/1992 e s.m.i.;

VISTO il DPCM 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo in Gazzetta Ufficiale – Supplemento n.15;

VISTA l'Ordinanza del Ministro della Salute del 25 gennaio 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie generale, n. 21 del 27 gennaio 2020;

VISTA l'Ordinanza del Ministro della Salute del 30 gennaio 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana - Serie Generale, n. 26 del 1° febbraio 2020;

VISTA la Delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020 con la quale è stato dichiarato, per sei mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale relativo al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili;

VISTA l'Ordinanza del Ministro della Salute del 21 febbraio 2020, pubblicata nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana - Serie Generale, n. 44 del 22 febbraio 2020;

VISTO il Decreto-Legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante *“Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019”* convertito con modificazioni in Legge n. 13/20 del 5 marzo 2020, GU n. 61 del 9 marzo 2020;

RICHIAMATE l'Ordinanza del Capo del Dipartimento di Protezione Civile del 3 febbraio 2020 *“Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”* e l'Ordinanza del Capo Dipartimento della Protezione Civile n.639 del 25 febbraio 2020 che definisce le procedure di acquisizione dei Dispositivi di Protezione Individuale;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23 febbraio 2020 *“Disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020 n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”* pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 23 febbraio 2020, n. 45;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25 febbraio 2020 *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020 n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”*, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana del 25 febbraio 2020, n. 47;



Al Presidente della Regione

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 1° marzo 2020: *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 4 marzo 2020: *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020 *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 8 marzo 2020 che prevede ulteriori disposizioni attuative del Decreto Legge 23 febbraio 2020, n. 6 in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 revocando, contestualmente i Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01 marzo 2020 e del 4 marzo 2020;

VISTA l'Ordinanza del Presidente del Consiglio dei Ministri n.646 dell' 8 marzo 2020 *“Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”* mediante la quale, al fine di garantire uniformità applicativa del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2020, sono adottate disposizioni tese a fornire maggiore chiarezza interpretativa ai contenuti del suddetto decreto;

VISTI il DPCM dell'11 marzo 2020 *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”* col quale è stata decisa l'estensione all'intero territorio nazionale dell'area a contenimento rafforzato;

VISTA la legge 24 aprile 2020, n. 27 che ha convertito con modifiche il Decreto Legge n.18 del 17 marzo 2020, *“Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”*;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 22 marzo 2020 *“Ulteriori disposizioni attuative del Decreto Legge 23 febbraio 2020 n.6, recante-Misure urgenti in materia di contenimento e gestione della emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”*;

VISTO il D.L. n.19 del 25 marzo 2020 *“Misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”* che ha impartito nuove disposizioni per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, abrogando contestualmente il Decreto Legge 23 febbraio 2020, n. 6, convertito, con modificazioni, dalla Legge 5 marzo 2020, n. 13, ad eccezione degli articoli 3, comma 6-bis, e 4 e l'articolo 35 del Decreto-Legge 2 marzo 2020, n. 9;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 26 aprile 2020 *“Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”*

VISTE le Circolari del Ministero della Salute in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19;

RICHIAMATE, nello specifico,



Al Presidente della Regione

- la Circolare del Ministero della salute 0009774 – 20/03/2020 – DGPRE –P “Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 “COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito i sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS – CoV-2”;
- la Circolare del Ministero della Salute 0007865-25/0372020 - DGPROGS – MDS – P “ *Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID – 19* “ che nel prevedere, tra l’altro, la necessità di aggiornare e uniformare il percorso organizzativo dei servizi territoriali anche con iniziative di carattere straordinario ed urgente, riconosce ai Distretti “*l’opportunità di istituire un riferimento/ centrale che coadiuvi i MMG, PLS, MCA per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio*”;
- la Circolare del Ministero della Salute 0011715 – 03/04/2020 DGPRE “*Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio*” che, seguendo le raccomandazioni pubblicate a livello internazionale dalla Commissione Europea (EUCOMM) e dall’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), ha individuato le priorità per l’esecuzione dei test diagnostici per SARS – CoV – 2 per assicurare un uso ottimale delle risorse ed alleviare il più possibile la pressione sui Laboratori designati dalle Regioni/Province Autonome;

VISTA le seguenti Ordinanze del Presidente della Regione Abruzzo emanate ai sensi dell’art. 32, comma 3, della Legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica:

- n.1 del 26 febbraio 2020;
- n. 2 dell’8 marzo 2020;
- n. 3 del 9 marzo 2020;
- n. 4 dell’11 marzo 2020;
- n. 7 del 13 marzo 2020;
- n. 11 del 20.03.2020;
- n. 12 del 22.03.2020;
- n. 16 del 26.03.2020;
- n. 23 del 03.04.2020;
- n. 24 del 03.04.2020;
- n. 25 del 07.04.2020;
- n. 28 del 08.04.2020;
- n. 29 del 08.04.2020;
- n. 30 del 08.04.2020;
- n. 32 del 10.04.2020;
- n. 39 del 18.04.2020;
- n. 43 del 20.04.2020
- n. 44 del 20.04.2020
- n. 45 del 22.04.2020



Al Presidente della Regione

RICHIAMATA, nello specifico, l'OPGR n. 11 del 20 marzo 2020, che, dando attuazione al richiamato art 8 del DL n. 14/2020, ha istituito le USCA definendone, nel quadro della vigente normativa nazionale, le competenze, le sedi, il funzionamento, le modalità di conferimento degli incarichi, le dotazioni oltre che la formazione, l'impegno orario, il trattamento economico e la copertura assicurativa dei medici incaricati USCA;

RITNUTO necessario, in relazione allo scenario assistenziale venutosi a delineare a seguito dell'evoluzione della pandemia da COVID – 19, ricondurre a sistema l'attuale offerta di assistenza territoriale per la gestione della patologia da SARS – COV – 2 secondo una logica di superamento della prospettiva tipicamente specialistica e ospedale-centrica,

PRESO ATTO, in questo senso, del documento tecnico "*Procedure per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19*", allegato alla presente Ordinanza quale parte costitutiva ed integrante (All. n. 1) con il quale il Referente Sanitario per le Emergenze, avvalendosi del supporto tecnico del Dipartimento Sanità, ha delineato un modello organizzativo sinergico e combinato ottimizzando gli elementi costitutivi dei Distretti, delle Cure Primarie e della Medicina Generale;

RILEVATO, più specificatamente, che le "*Procedure per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19*", vincolanti tutte le componenti della medicina territoriale, di base e specialistica.:

- prevedono l'istituzione, in ciascuna Azienda Sanitaria Locale regionale, di una Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale, di seguito UCAT, per lo svolgimento delle attività ivi analiticamente descritte ed inerenti il coordinamento generale dell'assistenza territoriale assicurata dal SIEPS, dai MMG, PLS, CA e dalle USCA oltre che l'implementazione dei sistemi di sorveglianza sanitaria in termini di uniformità, di equità di accesso, di responsabilizzazione e di definizione dei ruoli di tutti i soggetti coinvolti;
- definiscono le misure per la presa in carico e per il monitoraggio dei paziente COVID – 19 da parte dei MMG/PLS;
- delineano le priorità dell'offerta delle cure domiciliari in emergenza COVID- 19 - garantendo la continuità assistenziale ai pazienti cronici, fragili o dimessi dagli ospedali - e le procedure organizzative per la relativa erogazione;
- implementano e puntualizzano la disciplina di cui all'Ordinanza n. 11/2020;
- definiscono i percorsi riabilitativi necessari nella fase post acuta dell'infezione COVID – 19;
- stabiliscono i criteri di priorità nell'esecuzione dei test diagnostici molecolari in aderenza alle raccomandazioni dall'OMS e dalla EUCOMM oltre che nel rispetto delle richiamate circolari ministeriali n. 11715 e 9774 del 2020;
- delineano i criteri di utilizzo dei DPI in linea con le indicazioni recate dal rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020;
- definiscono l'attività formativa che ogni ASL dovrà assicurare agli operatori sanitari impegnati nei diversi setting assistenziali anche in conformità alle raccomandazioni del rapporto ISS Covid – 19 n. 11/2020;
- prevedono e disciplinano le modalità per il ricorso alla consulenza medico-specialistica da parte dei MMG/PLS/CA e da parte dei Medici USCA;
- riportano, negli allegati 1,2,3, i seguenti moduli: *Richiesta SARS – CoV – 2 test* (allegato 1), *Modulo per attivazione USCA* (Allegato 2), *USCA – Scheda di valutazione domiciliare – paziente Covid 19* (Allegato 3);



Il Presidente della Regione

RIBADITA la centralità, nell'attuale sistema socio-sanitario, del ruolo dei MMG, dei PLS e dei MCA prioritari e fondamentali punti di riferimento per i cittadini anche nell'emergenza Covid;

CONSIDERATO che l'art. 38 del DL 8 aprile 2020, n. 23, nel prevedere disposizioni urgenti in materia contrattuale per la medicina convenzionata, al comma 5, riconosce alle Regioni la possibilità di " *impegnare il 20 per cento dei fondi ripartiti di cui all'articolo 1, comma 449, della legge 27 dicembre 2019, n. 160, per l'acquisto e la fornitura ai medici di pulsiossimetri che permettano, previa consegna al paziente se necessario, la valutazione a distanza della saturazione di ossigeno e della frequenza cardiaca durante il videoconsulto;*

DEMANDATO a successivo provvedimento la definizione della programmazione da produrre a seguito della suddetta assegnazione ministeriale;

PRECISATO che ai sensi di legge le disposizioni recate dalla presente Ordinanza sono limitate alla durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID – 19 come stabilito dalla delibera del Consiglio dei Ministri del 31 gennaio 2020;

ORDINA

-ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica-

1. di prendere atto e di approvare il Documento tecnico "*Procedure per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19*", (All. n. 1)
2. di assicurare, fino a nuovo e diverso provvedimento, il rigoroso rispetto di tutte disposizioni e le misure previste nelle "*Procedure per la gestione domiciliare di casi accertati o sospetti COVID-19*", (All. n. 1) attenendosi strettamente ai Codici prioritari ivi identificati;
3. di procedere, in questo senso, entro e non oltre 7 giorni dalla pubblicazione del presente provvedimento, all'istituzione, in ciascuna ASL della Regione Abruzzo, dell'Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale (UCAT) comunicandone, nello stesso termine, le generalità del Responsabile al Referente Sanitario per le Emergenze ed al Dipartimento Sanità;
4. di demandare a successivo provvedimento la definizione della programmazione da produrre a seguito dell'assegnazione ministeriale di cui all'art. 38 comma 5 del DL n. 23/2020.

La presente ordinanza, per gli adempimenti di legge, viene trasmessa al Presidente del Consiglio dei Ministri, al Ministro della Salute, ai Prefetti e ai Sindaci.

Avverso la presente ordinanza è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale nel termine di sessanta giorni dalla comunicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento, immediatamente esecutivo, sarà pubblicato sul Bollettino Ufficiale BURAT e sul sito istituzionale della Regione Abruzzo.

Il Presidente della Giunta

Dott. Marco Marsilio

Firmato digitalmente

REGIONE
ABRUZZO

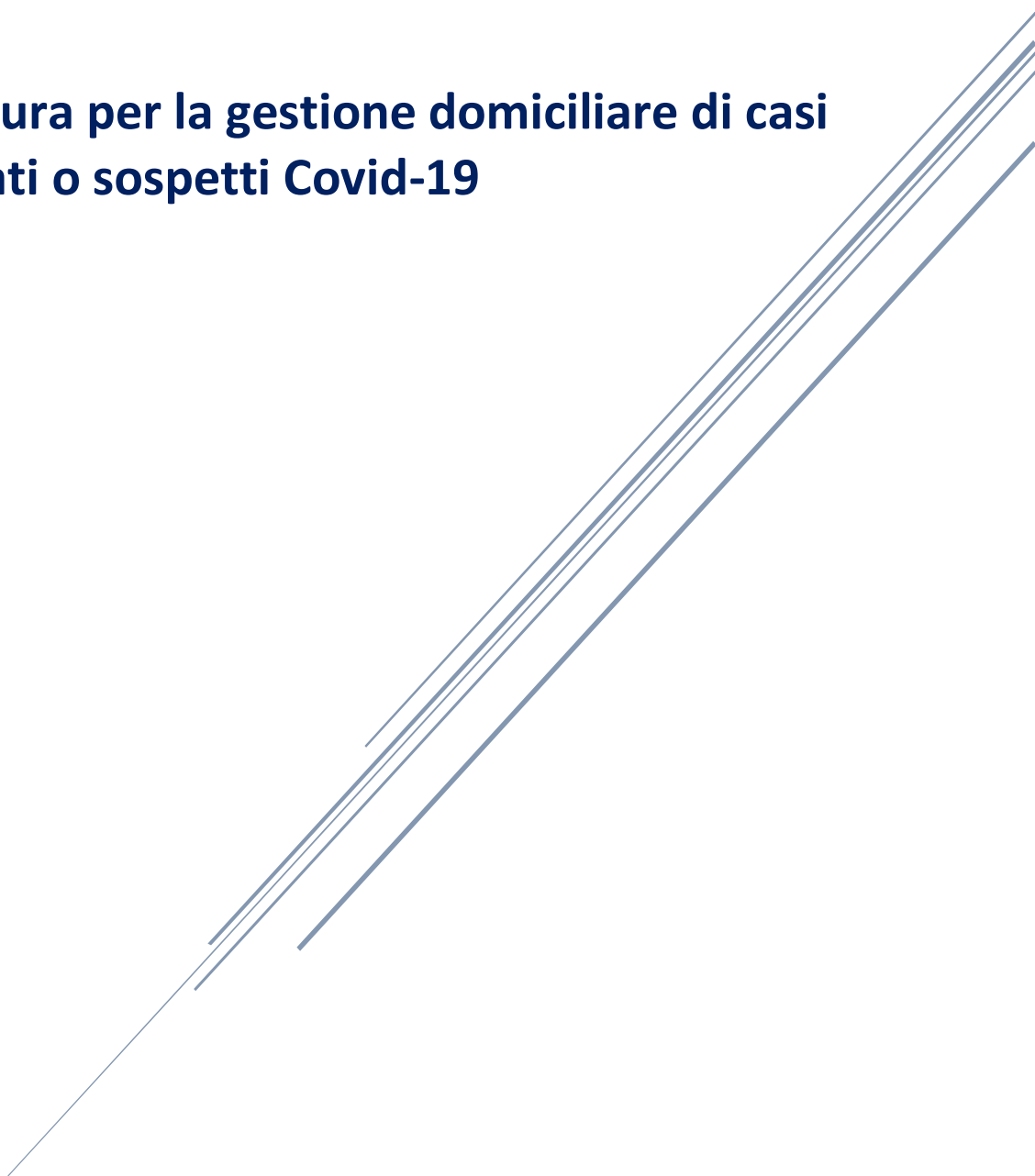


Al Presidente della Regione

REGIONE
ABRUZZO



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





Sommario

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



PREMESSA

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

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

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

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

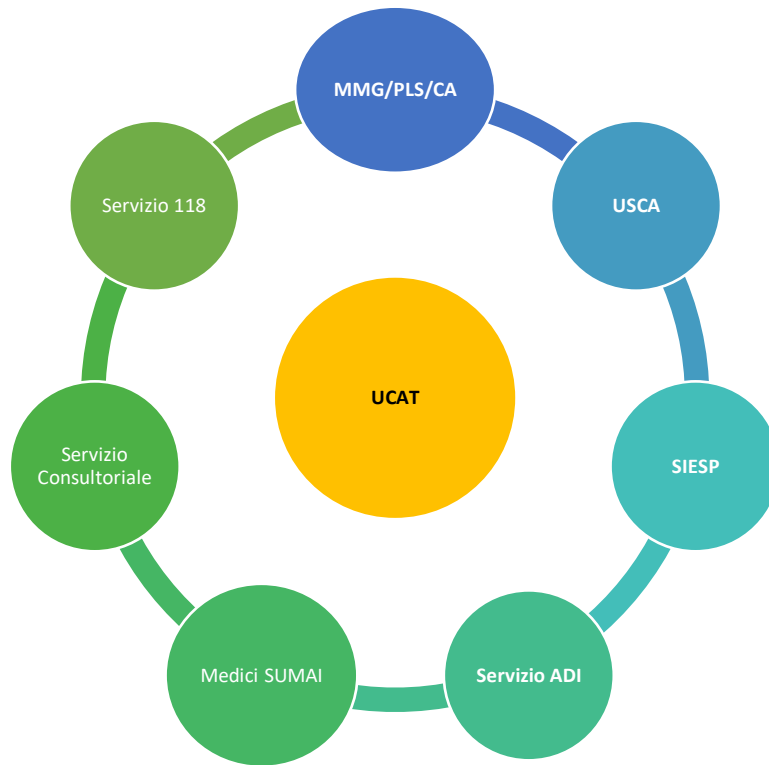
CAMPO DI APPLICAZIONE

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

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

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

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



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

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



CLASSIFICAZIONE DEI SOGGETTI DESTINATARI DELLE ATTIVITÀ

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

Paziente asintomatico con contatto stretto di caso indice

Contatto paucisintomatico con tampone Positivo/Negativo

Paziente positivo asintomatico/paucisintomatico

Paziente positivo sintomatico

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

UNITA' DI COORDINAMENTO DI ASSISTENZA TERRITORIALE

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

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

In particolare l'UCAT svolge le seguenti funzioni:

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



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

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

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

Il Coordinatore dovrà:

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

Il Referente dei rapporti col SIESP dovrà:

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

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

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



MEDICI DI MEDICINA GENERALE / PEDIATRI DI LIBERA SCELTA

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

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

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

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

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

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

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

In caso di soggetto dimesso dal Presidio Ospedaliero:

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

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

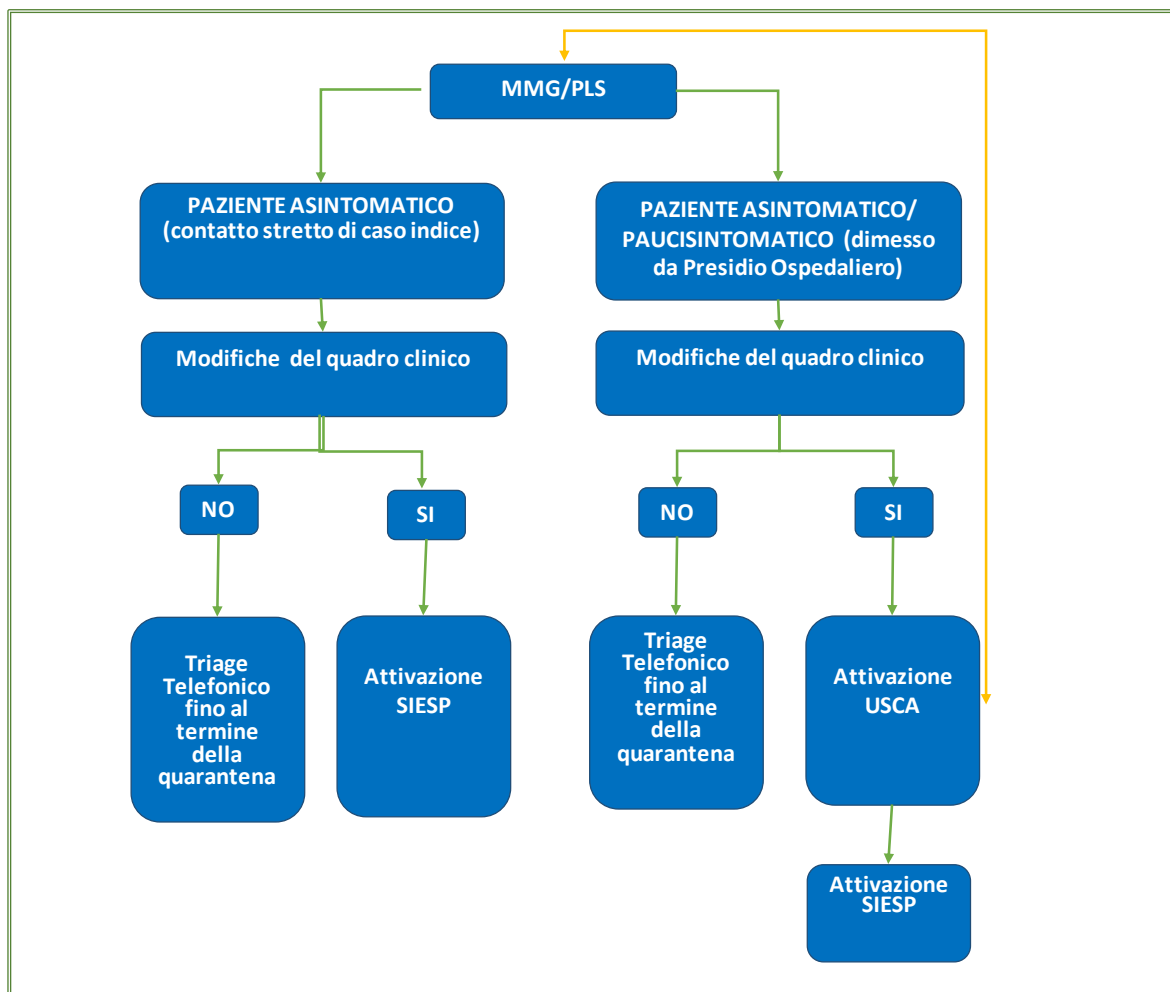


- quarantena obbligatoria;
- isolamento fiduciario;
- sorveglianza attiva;
- codice V29.0.

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

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

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





MEDICI DI ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA

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

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

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

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

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



MEDICI UNITÀ SPECIALI di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE (USCA)

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

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

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

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

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

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

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

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

Il paziente rimane sempre in carico al MMG/PLS.

Alla USCA devono essere segnalati i seguenti pazienti:

Paziente positivo con sintomi respiratori lievi ma con età >70 anni e/o presenza di comorbilità o rischio di aumentata mortalità (febbre > 37,5 °C; tosse da lieve a moderata o incremento progressivo della tosse)

Pazienti affetti da COVID19 che non necessitano di ricovero ospedaliero o dimessi con patologia COVID19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto 3
--

Paziente con Sintomi respiratori anche modesti ma febbre che perdura oltre 4° gg o presenza di dispnea con positività COVID 19
--



VISITA MEDICA

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

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

I parametri da rilevare in corso della visita sono:

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

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

TRATTAMENTO RIABILITATIVO

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

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

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



TEST MOLECOLARE

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

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

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

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

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

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

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



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

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

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE

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

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

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



ATTIVITA' FORMATIVA

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

In particolare l'Azienda dovrà garantire al personale:

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

MEDICI SPECIALISTI CONVENZIONATI E OSPEDALIERI

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

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

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

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



MODULO RICHIESTA SARS-COV-2 TEST

DATI DEL MEDICO RICHIEDENTE

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

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

MOTIVAZIONE RICHIESTA SARS-COV-2 TEST

ACCERTAMENTO E DIAGNOSI

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

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

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

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

Cognome Nome

Luogo e data di nascita

Codice fiscale Residenza/Domicilio

Comune Pr. (.....)

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

Nominativo eventuali conviventi

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

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

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (viventi o deceduti) SI No

Nominativo caso accertato.....

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

Nominativo caso sospetto o probabile

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

CONTATTI CON CONVIVENTI DI CASI SOSPETTI SI No

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



INDIVIDUO SINTOMATICO ALL'INTERNO DI COMUNITÀ

SI

No

Denominazione della Comunità

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

SINTOMATICO Data comparsa sintomi: __/__/__

Temperatura Corporea: °C

malessere generale dolori muscolari anoressia cefalea congiuntivite

rinorrea dis/anosmia dis/ageusia faringodinia tosse

dispnea vomito diarrea altro

ASINTOMATICO **DECEDUTO** **OPERATORE SANITARIO** presso _____

CLINICAMENTE GUARITO Data risoluzione quadro clinico __/__/__

LUOGO E DATA

FIRMA

.....



Allegato 2

MODULO PER ATTIVAZIONE USCA

UNITÀ SPECIALE di CONTINUITÀ ASSISTENZIALE DI _____

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

DATI PAZIENTE

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

MMG/PLS
(Dott. Nome e cognome)



USCA – SCHEDA DI VALUTAZIONE DOMICILIARE – PAZIENTE COVID 19

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

Ora della visita domiciliare: _____ luogo della visita _____

DATI PAZIENTE

Nome e Cognome: _____

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

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

TEL _____

MMG _____ DS _____

Contatto stretto positivo SI No

Numero Conviventi _____

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

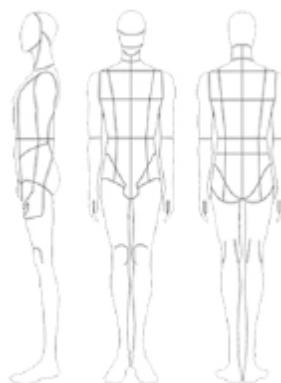
Tampone positivo ____ eseguito in data ____/____/____ conferma Il tampone in data ____/____/____

Patologie concomitanti _____

MANIFESTAZIONI CUTANEE CONCOMITANTI

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

Localizzazione



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



PARAMETRI RILEVATI

Temperatura corporea _____ Frequenza cardiaca _____ P.A. _____

Frequenza respiratoria _____ SpO2 a riposo _____ SpO2 dopo movimento _____

ESAME OBIETTIVO

Obiettività toracica _____

Obiettività cardiologica _____

Obiettività addominale _____

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

PUNTEGGIO NEWS2 SCORE _____ (v. tabella 3)

Attivare servizio di emergenza se NEWS2 score \geq 6

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

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

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



Tabella 1 - Stratificazione dei pazienti.

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

Tabella 2 – AVPS

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

Tabella 3 – NEW2 score

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