

Emergenza COVID – 19
Sorveglianza presa in cura
territoriale

Che cosa serve oggi

- Aspetto centrale: aggiungere alla strategia di contenimento dell'infezione anche la protezione e la presa in cura dei soggetti a rischio o ammalati
1. Occorre estendere le categorie di soggetti coinvolti
 - Pazienti COVID positivi e loro familiari
 - Pazienti sintomatici non confermati COVID positivi (sintomi influenzali e respiratori)
 - Pazienti NON sintomatici anziani, fragili e/o che soffrono di patologie croniche e che presentano un elevato rischio di mortalità o ricorso a terapia intensiva se contagiati
 2. Occorre estendere le modalità di sorveglianza considerando
 - La possibilità per i soggetti seguiti di avere indicazioni e counseling per la loro vita quotidiana
 - La possibilità di effettuare un monitoraggio clinico (SORVEGLIANZA CLINICA)
 - La possibilità di fornire un supporto sociale (SORVEGLIANZA SOCIALE)

Possibili strategie evolutive di sorveglianza sociale da parte dei Comuni

- Oggi i Comuni, attraverso le prefetture, ricevono dalle ATS le informazioni sui CASI e, sia pure in forma molto ridotta in funzione delle indagini svolte, di alcuni contatti stretti del CASO.
- L'obiettivo prioritario del Comune deve essere l'erogazione di servizi di supporto ai pazienti in isolamento (consegna dei DPI se disponibili, consegna spesa e farmaci, consegna pasti e per pazienti anziani e fragili assistenza domiciliare)
- La platea dei soggetti cui riferire questi servizi può essere estesa ai soggetti più fragili (comunicati da ATS come per emergenza caldo)
- E' prioritario che questi servizi possano essere estesi a soggetti che lo richiedono attivamente, essendosi autoisolati (perché contatti o perché sintomatici)
- Le attività di verifica dell'effettiva rispetto dell'isolamento sono un obiettivo secondario e dovrebbero comunque essere rivolte prioritariamente ai Casi

Evoluzione delle strategie di sorveglianza clinica dei pazienti in isolamento e dei soggetti a rischio/1

- Si basano sull'assegnazione di un ruolo fondamentale alle cure primarie e al medico di famiglia
- E' opportuno che venga ridotta ai casi indifferibili (evitando i casi di ILI e di Covid -19) l'attività di visita in studio, per privilegiare la funzione attiva di riferimento telefonico (durante il periodo di attività) del medico per il counseling e la sorveglianza clinica:
 - di PAZIENTI COVID positivi e contatti stretti noti
 - di PAZIENTI Con sintomi influenzali (ILI) che potrebbero essere riferibili a COVID
 - di Pazienti con fattori di rischio
 - Di Pazienti COVID e non COVID rientrati a domicilio post ricovero
- La restante attività del medico (pareri, prescrizioni, certificati) dovrebbe essere svolta di base senza il contatto diretto con i pazienti

Evoluzione delle attività domiciliari per pazienti COVID e pazienti fragili non COVID

- Le attività domiciliari sono determinanti sia per ridurre il ricorso inappropriato al 112 e ai pronti soccorsi in questa fase. Lo saranno ancora nella fase di discesa della curva epidemica, per poter mantenere protetti i pazienti più esposti
- Rispetto all'offerta di prestazioni domiciliari attuale (visite del MMG, del medico di CA, ADI, UCP-DOM) possono essere previste per i pazienti COVID
 - L'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)
 - L'attivazione di un profilo specifico ADI COVID
 - La possibilità di utilizzare, all'interno di tali attività, anche strumenti di telemedicina e telemonitoraggio
- Il medico di medicina generale resta il riferimento per l'attività domiciliare NON Covid e per la corretta attivazione della nuova offerta per pazienti COVID, anche per il tramite delle ATS

Le unità speciali di continuità assistenziale (USCA)

- Vengono attivate dal MMG, prevalentemente per pazienti sintomatici o COVID
- Sono dotate di DPI adeguati e fornite di norma di strumenti di misura della saturimetria
- Effettuano una valutazione clinica delle condizioni generali del paziente e dell'opportunità di attivare il profilo ADI COVID, i sistemi (ove presenti) di telemedicina, il tutto atto a mantenere la sorveglianza telefonica da parte del MMG
- Nei casi più gravi valutano se coinvolgere il sistema di emergenza (112) o la rete UCP-DOM

Il profilo ADI COVID

- Viene attivato dal MMG, anche per il tramite di ATS
- Prevede il primo accesso dell'infermiere entro 24 ore dalla segnalazione; informazione sulle modalità di esecuzione delle misure di isolamento; scheda di monitoraggio (ove possibile anche con strumenti di telemedicina); sorveglianza attiva; eventuali consulenze mediche, eventuali prelievi e tamponi; mantenimento raccordo con MMG
- Attiva 112 o UCP-Dom nei casi di peggioramento del quadro clinico sentito il curante
- Sono previste risorse aggiuntive per integrare i contratti dei pattanti già a contratto che danno disponibilità per attivare questo profilo
- L'attivazione è condizionata dalla disponibilità di DPI