

## NORMA FINALE 2

In caso di mancanza di disponibilità dei medici di cui all'Art. ...., ai fini di garantire le attività delle U.S.C.A., l'Azienda potrà conferire le ore in modalità differente rispetto a quanto previsto dal bando pubblicato ..... potendo coinvolgere tutti i medici che si rendano disponibili e prevedendo, inoltre, meccanismi di recupero rispetto a coloro che in prima istanza abbiano precedentemente rinunciato.

## COMPITI DELLE AZIENDE

Le Aziende individuano **i locali dedicati esclusivamente ad accogliere l'U.S.C.A.** con le seguenti caratteristiche:

- spogliatoio dedicato per indossare la divisa da lavoro, munito di armadietti
- ambiente dedicato alla vestizione dei DPI e bagno con doccia dedicata;
- ambienti da utilizzare come uffici per attività di documentazione-postazione per comunicazione informatica e per lo stazionamento.

La ALS deve garantire dalle 8,00 alle 20,00 attraverso personale dedicato i processi di sanificazione ai sensi di legge ed igiene ordinari e straordinari che dovessero essere necessari sia delle sedi, dell'attrezzatura che degli automezzi durante le ore di attività.

Gli ambienti devono essere dotati di collegamento telefonico (cellulare aziendale) con numero conosciuto solo dai MMG, PLS e MCA del territorio di copertura e possibilità di comunicare con i Servizi di Pronto Soccorso, 118, Servizi Prevenzione e Igiene, Infettivologia, ecc.).

Le ASL devono prevedere a cura dei Responsabili della Sicurezza oltre ai percorsi di sicurezza di tutta l'attività e catena di ciascun intervento, luoghi, tempi e modalità di svestizione, dopo ogni intervento al fine di evitare contaminazioni e inutili tempi di inattività per i processi di sanificazione.

Le U.S.C.A. non svolgono attività ambulatoriale

Le Aziende dovranno garantire con una logistica dedicata, con il coordinamento del distretto di competenza e la supervisione del responsabile della sicurezza aziendale la regolare fornitura dei **dispositivi di protezione individuale (DPI)** come da Circolare Ministeriale n° 5443 del 22/02/2020 e successive modifiche o integrazioni al fine di garantire la continuità operativa delle U.S.C.A.;

1. **Mascherine di tipo FFP2 o FFP3** (munite di valvola di espirazione; classificate di categoria III° dpi, conformi ai requisiti delle norme tecniche en 149)
2. **Tuta integrale monouso con cappuccio** (Classificati di categoria III° dpi, e I° classe dm e conformi ai requisiti delle norme tecniche en 14126 e iso 16604 dpi e en 24920 dm). Qualora la tuta non sia integrale (cioè senza scarpe incluse) dovrà essere previsto Copricalze monouso in accoppiato tessuto non tessuto TNT "medical grade" in polipropilene munito di elastico per il fissaggio cucito su tutta la circonferenza che arrivi a coprire completamente la calzatura e l'arto inferiore fino al ginocchio (MATERIALE PP 20 g/m<sup>2</sup> + PE 10 µm).
3. **Occhiali a protezione laterale o a maschera** (classificati di categoria II° dpi conformi ai requisiti delle norme tecniche en 166 en 167, en 168)
4. **Guanti monouso** (classificati di categoria III° dpi e I° classe dm devono essere conformi ai requisiti delle norme tecniche en 374 dpi e uni en 455 dm)

5. **Divisa Soccorso - Rosso alta visibilita'** (Rip Stop 92 Poly/8 Spandex 200 Gr M2., Certificato UNI EN471 Indumenti di segnalazione ad alta visibilita' per uso professionale) con le seguenti caratteristiche:
- A. Maniche staccabili - zip spalmate - 2 tasche - taschino anteriore.
  - B. Pantalone sempre confort - toppe in cordura - zip spalmate.
  - C. Doppia tasca anteriore e tasca posteriore - fondo gamba dritto.
  - D. Divisa realizzata con bande certificate - tessuto idrorepellente - vestibilita' standard.

In assenza di adeguati kit DPI il medico dell'U.S.C.A. non potrà svolgere la sua attività clinica che preveda contatto con casi sospetti.

Le Aziende forniscono a ciascun medico in turno un'auto dedicata e attrezzatura diagnostica posizionata in zaino di emergenza (saturimetro, termometro a distanza, misuratore di P.A., farmaci di urgenza, ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi) in quantità sufficiente a garantire la continuità assistenziale.

Ciascuna unità in turno è affiancata da un infermiere per la gestione delle attività specifiche.

La ASL deve garantire, anche attraverso accordi con i comuni e/o la protezione civile, un servizio di consegna a domicilio di farmaci o eventuali presidi necessari al monitoraggio del caso.

Le Aziende, dopo aver ratificato le piante organiche delle U.S.C.A., organizzano una formazione intensiva sui seguenti argomenti (10 ore):

1. Modalità di infezione da COVID-19;
2. Mezzi di prevenzione;
3. Mezzi di protezione;
4. Uso dei dispositivi di protezione individuale da utilizzarsi nei contatti con i soggetti malati e loro successiva gestione fino allo smaltimento.
5. corretta sanificazione delle attrezzature mediche (saturimetro, termometro a distanza, misuratore di P.A., farmaci di urgenza, ed ogni altro presidio medico necessario per gli interventi).

I corsi sono organizzati in ogni singola Azienda con docenti esperti appartenenti al Servizio di Prevenzione e di Infettivologia e in streaming.

Le ore di formazione saranno remunerate ai medici coinvolti come attività di servizio.

In successivo atto saranno definite le regole di ingaggio tra i diversi operatori.

## COMPITI DEL MEDICO U.S.C.A.

IL MMG, PLS, CA valuterà il paziente in quarantena, e/o COVID positivo sintomatico e/o asintomatico, e/o con sintomatologia riferibile a COVID 19 utilizzando le schede di cui all'allegato 1 e 2 e attiverà le U.S.C.A. e/o il 118 in base alla scala MEWS (allegato 3).

Il MMG attiverà l'USCA telefonando al numero dedicato e inviando alla mail dedicata scheda (allegato 2)

1	Paziente positivo asintomatico (Scala MEWS 0-1)	<b>Nessun intervento.</b>  <b>Sorveglianza sanitaria e contatto telefonico con il MMG secondo le indicazioni degli allegati 1 e 2</b>
2	Paziente positivo con forma clinica di gravità lieve, assenza di segni di instabilità, assenza di patologie croniche non compensate, età < 70 anni (Scala MEWS 0-1)	<b>Contatto telefonico quotidiano del MMG secondo le indicazioni degli allegati 1 e 2 e Attivazione USCA solo se modifica delle condizioni di base</b>
3	Paziente positivo con scala MEWS 2	<b>Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale.</b> <b>A seguito della visita il medico dell'USCA valuterà se necessaria sorveglianza telefonica da parte del MMG o nuova visita da programmare</b>
4	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) (Scala MEWS 1-2)	<b>Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale.</b> <b>A seguito della visita il medico dell'USCA valuterà se necessaria sorveglianza telefonica da parte del MMG o nuova visita da programmare</b>
5	Paziente dimessi con patologia COVID-19 diagnosticata e con sintomatologia come da punto 3 (Scala MEWS 0-2)	<b>Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale</b> <b>A seguito della visita il medico dell'USCA valuterà se necessaria sorveglianza telefonica da parte del MMG o nuova visita da programmare</b>
6	Paziente con Sintomi respiratori anche modesti ma febbre che perdura oltre 4° gg o presenza di dispnea anche senza una positività COVID 19 (Scala MEWS 0-2)	<b>Attivazione Unità Speciali di Continuità Assistenziale. A seguito della visita il medico dell'USCA valuterà se necessaria sorveglianza telefonica da parte del MMG o nuova visita da programmare</b>
7	Paziente con segni di instabilità (dispnea o insufficienza respiratoria, espettorazione abbondante, emottisi, stato confusionale o letargia, ipotensione arteriosa, sintomi gastro-intestinali importanti). (Scala MEWS superiore a 3)	<b>118</b>

\* Forma clinica di gravità lieve: (Fonte SIMG)

- febbre non elevata (<37,5), tosse lieve, malessere generale, rinorrea, mal di gola;
- assenza di segni di instabilità (dispnea o insufficienza respiratoria, espettorazione abbondante, emottisi, stato confusionale o letargia, ipotensione arteriosa, sintomi gastro-intestinali importanti).
- Assenza di patologie croniche sottostanti non sufficientemente compensate (MCV, BPCO, IRC, Diabete, Neoplasie in trattamento, terapie immunomodulanti/soppressive).
- Vaccinazioni anti-influenzale/antipneumococcica possibilmente eseguite.
- Età del paziente 80 anni

Il medico dell'U.S.C.A. potrà, prima di effettuare l'intervento, contattare telefonicamente il paziente da visitare per verificarne le condizioni di salute e programmare l'intervento.

Il medico in turno è tenuto a garantire ed ultimare l'attività richiesta entro la fine di ciascun turno di lavoro. Al medico che è costretto a restare oltre la fine del proprio turno per esigenze di servizio spettano i normali compensi rapportati alla durata del prolungamento del servizio.

Spetterà al medico dell'U.S.C.A. decidere, in base alle richieste ricevute e al quadro clinico prospettato la priorità degli interventi.

Il medico dell'U.S.C.A. potrà visionare la scheda di triage e la storia clinica del paziente. Al termine di ogni visita, il medico dell'U.S.C.A. dovrà compilare apposita modulistica che consenta la comunicazione diretta con il MMG (CA e AP) e PLS rispetto agli esiti delle visite effettuate.

Per le prestazioni effettuate, il medico U.S.C.A., al fine di assicurare la continuità assistenziale in capo al medico di libera scelta, è tenuto a compilare, in triplice copia, il modulario informativo (Allegato U.S.C.A.), di cui una copia è destinata al medico di fiducia (o alla struttura sanitaria, in caso di ricovero), da consegnare all'assistito, un'altra viene acquisita agli atti del servizio e l'ultima viene conservata a cura del medico.

Tutti gli atti certificativi ai fini INPS, e di notifica al dipartimento sono in carico al medico di famiglia e pediatra di libera scelta.

Il medico dell'U.S.C.A., in base al quadro clinico evidenziato, potrà disporre permanenza al domicilio con supporto terapeutico o ricovero in caso di necessità di ulteriore approfondimento diagnostico o di condizioni cliniche critiche con attivazione del 118 e comunicazione al Dipartimento di Sanità Pubblica e MMG/PLS.

ALLEGATI:

- Gestione del paziente sintomatico (Allegato 1)
- Scheda monitoraggio (Allegato 2)
- MEWS Scala (Allegato 3)

Allegato 1

<b>GESTIONE DEL PAZIENTE SINTOMATICO (videoconsulto/contatto telefonico)</b>
<p>È fondamentale che il paziente abbia un <b>kit di supporto</b> al domicilio con termometro, saturimetro e sfigmomanometro. È quindi essenziale che i pz vengano monitorati tramite contatto telefonico e, se possibile, attraverso visite in “videoconsulto”. In questo contesto l’auscultazione del torace risulta secondaria</p>
<b>COSA VALUTARE DURANTE CONTATTO TELEFONICO O VIDEOCONSULTO?</b>
<p><b>1) parametri come saturazione, pressione arteriosa, temperatura corporea e frequenza respiratoria</b> (valutati dal pz o dal caregiver).  <b>Attenzione:</b> Il <b>sospetto di polmonite severa</b> è alto se presente febbre o sospetta infezione respiratoria + almeno 1 dei seguenti:            frequenza respiratoria &gt; 30 atti/minuto            affaticamento respiratorio severo            SpO<sub>2</sub> &lt; 93% in aria ambiente.</p> <p><b>2) “test del cammino”:</b> utile specialmente in soggetti con SpO<sub>2</sub> di norma a riposo. Si effettua con saturimetro applicato al dito del pz, suggerendo una deambulazione di circa 5-6 minuti e chiedendo al pz ad intervalli di circa 1 min il valore di saturazione. Il medico deve indagare con domande mirate anche eventuali sintomi.</p> <p><b>3) sensorio e stato di coscienza</b> tramite verifiche da parte del medico</p> <p><b>4) insorgenza o evoluzione di sintomi.</b> A tal proposito si segnala che:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sintomi precoci potrebbero essere rappresentati da disgeusia e anosmia secondo quanto riportato dall’esperienza di colleghi che hanno lavorato nelle zone rosse, pertanto questi sintomi risultano meritevoli di indagine da parte del medico stesso</li> </ul> <p>l’esordio con dissenteria è percentualmente minoritario, ma descritto in letteratura quindi andrebbe comunque valutato e tenuto in considerazione</p>
<b>QUALI ACCORGIMENTI TERAPEUTICI PER QUESTI PAZIENTI?</b>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1) CDC e WHO non raccomandano l’uso di glucocorticoidi in soggetti con polmonite o sospetto di polmonite da COVID19. In caso di utilizzo di glucocorticoidi è stato riscontrato infatti un aumento di mortalità e un ritardo della clearance del virus</li> <li>2) Evitare uso di terapie che prevedano la nebulizzazione di farmaci (aerosol) poiché di efficacia non comprovata e potrebbero aumentare il rischio di infezione per familiari</li> <li>3) È possibile suggerire l’uso di antipiretici come paracetamolo a dosi non superiori a 3g/die. L’ ibuprofene attualmente non ha dimostrato un vantaggio in letteratura vs paracetamolo.</li> <li>4) In caso di dissenteria utile l’utilizzo di probiotici.</li> <li>5) La tosse può essere gestita tramite l’utilizzo di sedativi periferici (levodropropizina) e/o centrali (cloperastina, diidrocodeina ecc) generalmente considerati più efficaci (non presenti evidenze in letteratura specifiche per pz con COVID19)</li> <li>6) Esistono scarse evidenze in merito alle donne in gravidanza anche se attualmente non è stata identificata una trasmissione intrauterina o perinatale. La terapia della donna in gravidanza sintomatica deve seguire le normali raccomandazioni per l’utilizzo di farmaci in gravidanza. In particolare si raccomanda l’uso di Paracetamolo fino a 3 gr/die (NON FANS) e se necessario antibiotici come Amoxicillina (1gr x 3/die ogni 8 h). Per ulteriori informazioni verificare sul sito <a href="http://www.farmaciegravidanza.gov.it">www.farmaciegravidanza.gov.it</a>.</li> </ol>



### Allegato 3

L'Instabilità clinica è correlata all'alterazione dei parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea, livello di coscienza, saturazione dell'Ossigeno) e permette di identificare il rischio di un rapido peggioramento clinico o di morte.

Viene in genere valutata con gli Early warning scores.

scala MEWS (MODIFIED EARLY WARNING SCORE) in cui i pazienti vengono stratificati in:

- BASSO/STABILE (score 0-2)
- MEDIO/INSTABILE (score 3-4)

ALTO RISCHIO/CRITICO (score 5).

#### MODIFIED EARLY WARNING SCORE

Cognome	Nome		Data di nascita	Luogo di nascita		Età		
	<b>3</b>	<b>2</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>Valore</b>
Frequenza respiratoria		< 9		9- 14	15 -20	21 – 29	> 30	
Frequenza cardiaca		< 40	41 – 50	51 – 100	101 – 110	111 – 129	> 130	
Pressione Arteriosa Sistolica	< 70	71 - 100	81 - 100	101 – 199		> 200		
Livello di Coscienza				Vigile	Risponde alla voce	Risponde al dolore	Non risponde	
Temperatura corporea		< 35		35 – 38,4		> 38,5		
Comorbilità								Totale

**ALLEGATO U.S.C.A.**

Regione _____	Provincia _____	Azienda _____	Sede _____
Medico _____	Data _____	Ora d'intervento _____	
LOCALITA': _____			

**RELAZIONE MEDICA**

**MOTIVI E CIRCOSTANZE**

---



---



---

**CONDIZIONI CLINICHE ALL'ARRIVO DEL MEDICO**

P.A. _____	F.C. _____	F.R. _____	T.C. _____
SpO2 base _____	SpO2 dopo test cammino _____		
CUTE: Normale <input type="checkbox"/>	Pallida <input type="checkbox"/>	Cianotica <input type="checkbox"/>	Altro _____
Stato nutrizione e idratazione _____		Diuresi _____	Alvo _____

<b>SISTEMA NERVOSO</b>	<b>PUPILLE</b>	<b>DX.</b>	<b>SX</b>	<b>APP. CARDIOCIRCOLATORIO</b>		
Indenne <input type="checkbox"/>	Normali <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Normale	<input type="checkbox"/>	
Coscienza obnubilata <input type="checkbox"/>	Miosi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aritmia	<input type="checkbox"/>	
Perdita di coscienza <input type="checkbox"/>	Midriasi <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Cianosi	<input type="checkbox"/>	
Stato di agitazione <input type="checkbox"/>	R. fotomotori <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Edemi	<input type="checkbox"/>	
Convulsioni. <input type="checkbox"/>				<b>Altro.</b>	<b>Si</b>	<b>no</b>
Romberg <input type="checkbox"/>	Nistagmo <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	Faringodinia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rigor nuchalis <input type="checkbox"/>	<b>APP. RESPIRATORIO</b>			Ageusia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit motorio <input type="checkbox"/>	Indenne		<input type="checkbox"/>	Anosmia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Deficit sensitivo <input type="checkbox"/>	Tosse secca		<input type="checkbox"/>	Congestione		
Deviazione dello sguardo <input type="checkbox"/>	Tosse con espettorato.		<input type="checkbox"/>	Congiuntivale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rumori		<input type="checkbox"/>	Congestione nasale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rumori secchi		<input type="checkbox"/>	Cefalea	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enfisema sottocutaneo		<input type="checkbox"/>	Dolori muscolari	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
				Nausea/vomito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ALTRO \_\_\_\_\_

---



---

TERAPIA \_\_\_\_\_

---



---

**ESITO INTERVENTO**

Paziente: Rinviato/Mantenuto al domicilio	Disposto ricovero	Trasporto:	118
Programmato nuovo intervento	SI. (In data _____)	NO	

**GENERALITÀ ASSISTITO**

SESSO M F ETÀ _____	CODICE FISCALE _____
COGNOME E NOME _____	
RESIDENZA: Via _____	Città _____ Provincia _____
GENERALITÀ MEDICO CURANTE: Nome _____ Cognome _____ Tel. _____	

**FIRMA DELL'UTENTE**

**FIRMA DEL MEDICO**