CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

21-23 OTTOBRE 2021

NAPOLI
Sede Congressuale
Complesso di Santa Maria la Nova
Via Santa Maria la Nova, 44

XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD

VI CONFERENZA NAZIONALE SULLE CURE DOMICILIARI NEI DISTRETTI

IL MODELLO DI MONITORAGGIO DEI PAZIENTI COVID-19 NEL CONTESTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE: L'ESPERIENZA DELL'UNITÀ SPECIALE COVID (USCO) DI POTENZA

Dott. Sergio Maria Molinari
Direttore Distretto della Salute di Potenza
USCO Potenza ASP Potenza

Lo scopo di questo lavoro è descrivere l'organizzazione e l'esperienza maturata dall'Unità Speciale COVID di Potenza nei mesi di attività nell'emergenza Covid-19.

Descrive inoltre come l'utilizzo degli strumenti informatici abbia notevolmente semplificato la gestione territoriale dei casi Covid19 sospetti ed accertati.

Il “ricovero domiciliare” è diventato il nuovo modello di assistenza per l'Unità di Potenza, con un significativo e moderno utilizzo della telemedicina e dell'assistenza medico-infermieristica domiciliare.

Creare nuove prospettive all'interno di una riforma del Sistema Sanitario Nazionale per la futura gestione territoriale dei pazienti Covid-19 non critici è, quindi, il messaggio chiave del nostro lavoro.

ISTITUZIONE SUL TERRITORIO ITALIANO DELLE USCA

Con il Decreto Legislativo 14/2020 del 9/03/2020, vengono istituite sul territorio le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) per rafforzare il sistema di welfare al fine di far fronte alle nuove esigenze pandemiche in Italia.

Un’equipe ogni 50.000 abitanti, composta da medici ed infermieri, garantisce così la continuità assistenziale diurna ai pazienti Covid positivi in isolamento domiciliare.

L'Unità Speciale è attiva 7 giorni su 7, dalle 8.00 alle 20.00 ed è attivata dal Medico di Medicina Generale (MG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) o dal Medico di Continuità (MCA).

SISTEMA DI ATTIVAZIONE DELLE USCO

April 30, 2021

PharmacologyOnLine

Archives • 2021 • vol.1 • 214-223

THE MONITORING MODEL FOR COVID-19 PATIENTS IN THE CONTEXT OF TERRITORIAL MEDICINE: THE EXPERIENCE OF THE COVID SPECIAL UNIT (USCO) OF POTENZA

Giuzio, F.[1,3*]; Bonomo, M.G.[2*]; Armenante, G.[1]; Barra, G.[1]; Casolaro, G.[1]; Di Ludovico, C.[1]; Galasso, L.[1]; Giacco, D.[1]; Grassi, F.[1]; Lardo, D.A.[1]; Monnè, M.L.[2]; Padula, L.M.[1], Paterna, A.[1]; Salzano, G.[2]; Sangregorio, M.[1]; Saponara, A.[1]; Saturnino, C.[2]; Vargas, M.S.[1]; Testa, Y.[1]; Tripodi, F.[1]; D'Angola, L.[1]; Molinari, S.M.[1]

[1] USCO (Unità Speciali Covid), Distretto della Salute di Potenza-ASP, Via del Gallitello 100, Potenza, Italy
[2] Dipartimento di Scienze, Università degli Studi della Basilicata, viale dell'ateneo Lucano, Potenza, Italy
[3] International PhD Programme 'Sciences', Dipartimento di Scienze, Università degli Studi della Basilicata, Potenza, Italy

LE USCA IN BASILICATA

La Regione Basilicata ha istituito 6 Nuclei Speciali COvid-19 (Usco) nella provincia di Potenza.

L'USCO di Potenza è articolato in tre postazioni per il monitoraggio di pazienti e rispettivi nuclei familiari ed un'altra postazione interamente finalizzata alla gestione dei pazienti positivi nelle case di cura per anziani ed RSA.

All'USCO è stata affidata anche la gestione dei tamponi diagnostico, su richiesta attraverso il portale regionale di un medico di famiglia o di un medico dell'ufficio igiene, insieme ad un team di infermieri ed autisti appositamente incaricati per la loro esecuzione.

IL MONITORAGGIO DELLE USCA

Il paziente segnalato viene contattato telefonicamente dal medico USCO che gli sottopone un questionario che documenta età, sesso, stato epidemiologico, anamnesi pregressa, terapia immunosoppressiva in corso, vaccinazione antinfluenzale effettuata, terapia in corso, SpO2 basale, SpO2 dopo test del cammino, frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, temperatura, altri sintomi clinici correlati all'infezione da SARS-Cov-2.

La frequenza del monitoraggio telefonico è decisa considerando la storia clinica del paziente, l'età, le comorbilità e la gravità della malattia.

La scala "Modified Early Warning Score" (MEWS) viene utilizzata nella valutazione del paziente al fine di decidere se avviare un monitoraggio domiciliare o un ricovero ospedaliero. I parametri presi in considerazione sono la temperatura corporea, la saturazione periferica di ossigeno, la pressione arteriosa sistolica e la frequenza respiratoria e cardiaca, nonché i sintomi caratteristici dell'infezione da Covid- 19 (tosse, dispnea, diarrea, espettorazione, astenia, cefalea, vomito, nausea e alterazioni di gusto ed olfatto)

SCALA MEWS (Modified Early Warning Score)

PHYSIOLOGICAL PARAMETERS	3	2	1	0	1	2	3
Respiration Rate	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Oxygen Saturations	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Any Supplemental Oxygen		Yes		No			
Temperature	≤35.0		35.1 - 36.0	36.1 - 38.0	38.1 - 39.0	≥39.1	
Systolic BP	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Heart Rate	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Level of Consciousness				A			V, P, or U

Punteggio NEWS	**Rischio clinico**
0-4 di somma	Basso
5-6 di somma	Medio
≥ 7	Alto

GESTIONE INFORMATICA DI PAZIENTI E TAMPONI: LA PIATTAFORMA SISIR E IL TRACING CENTER

La piattaforma SISIR, consultabile solo dai medici USCO, dal medico di base/pediatra di riferimento e dal medico di continuità assistenziale, è lo strumento utilizzato per la gestione del paziente Covid positivo o sospetto.

La piattaforma consente la programmazione del tampone molecolare per la ricerca di SARS-COV2 , definizione della durata della quarantena per il cittadino in attesa di tampone molecolare, apertura del fascicolo di monitoraggio territoriale, identificazione di eventuali conviventi/casi connessi da parte del centro di tracciamento, comunicazioni tra Task Force e paziente, acquisizione dell'esito del tampone molecolare trasmesso dal laboratorio di analisi.

PIATTAFORMA WEB E APP SOS COVID-19

il 7 aprile 2020 la Regione Basilicata ha messo a disposizione della popolazione l'App “SOS Covid-19”, sviluppata da Apperò s.r.l.

Grazie all'app il paziente può aggiornare più di una volta al giorno la sua SpO2% e la temperatura corporea, e contattare tramite chat video o telefonare al suo medico di famiglia o al medico USCO.

I medici USCO valutano gli aggiornamenti quotidiani dei pazienti sull'app e decidono chi ha bisogno di essere contattato ed eventualmente far parte del telemonitoraggio sulla piattaforma SISIR, o programmare una eventuale visita domiciliare.

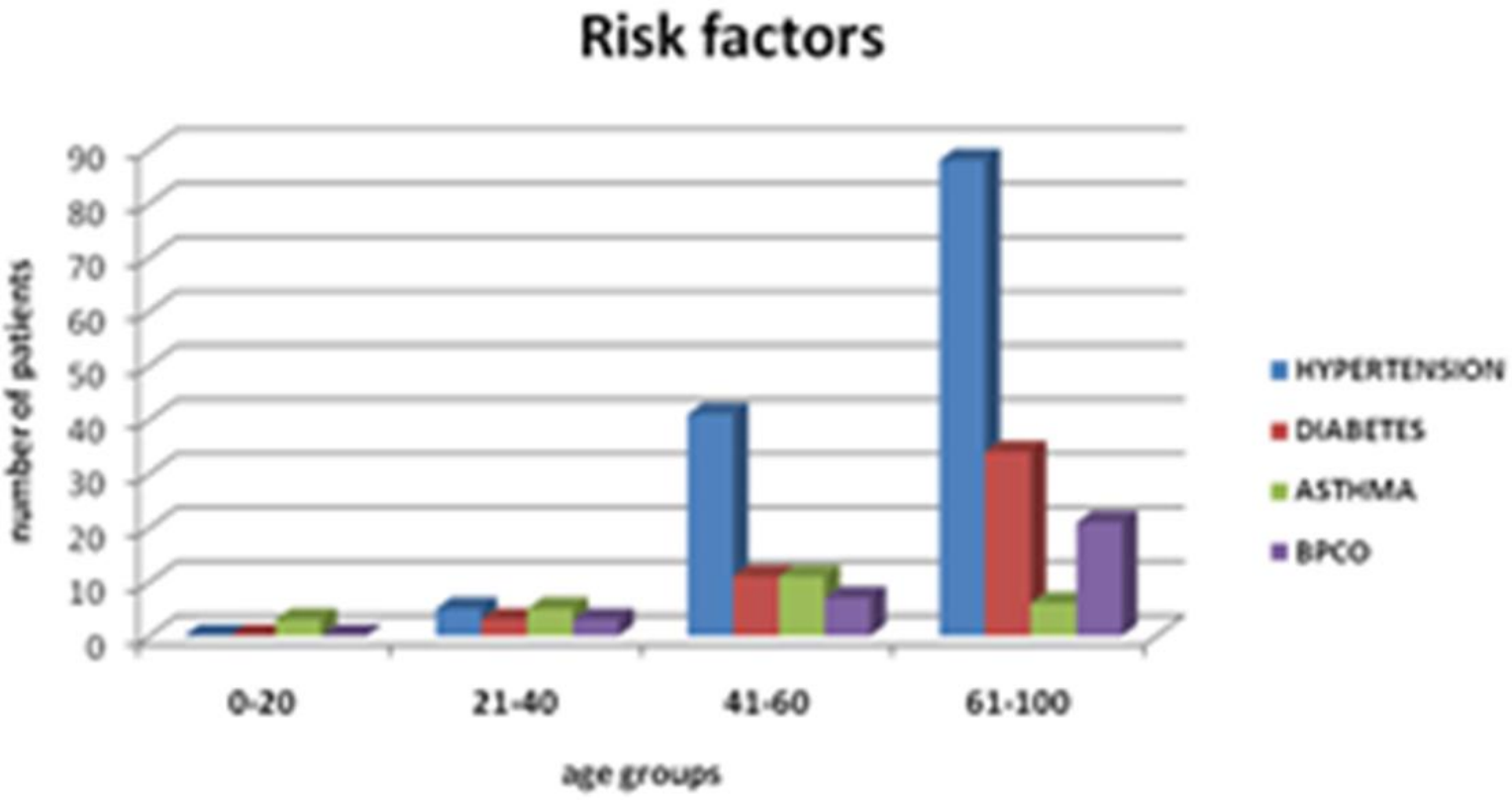
I RISULTATI DEL NOSTRO STUDIO IN 10 MESI DI MONITORAGGIO USCA POTENZA

Il totale dei pazienti positivi al covid-19 monitorati dall'inizio dell'attività dell'USCO nel distretto di Potenza, fino a gennaio 2021, è di 433 di cui 197 maschi e 229 donne.

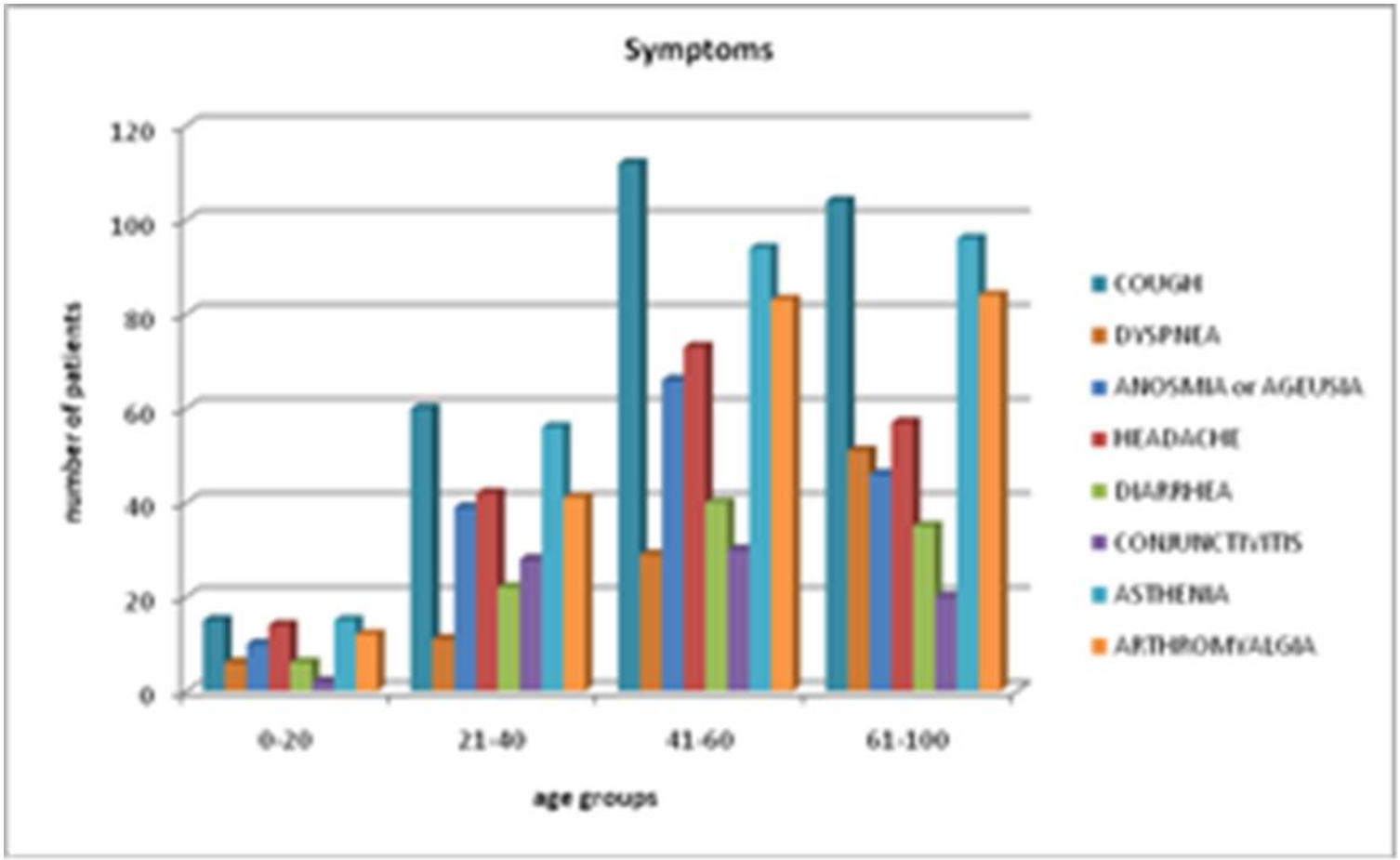
La Figura mostra la percentuale di pazienti monitorati di sesso maschile e femminile divisa per fasce di età.

Age groups	Patients	Female	Male
0-20	26	17	9
21-40	94	51	43
41-60	159	75	84
61-100	147	86	61
Total	426	229	197

NUMERO DI PAZIENTI MONITORATI CHE PRESENTANO FATTORI DI RISCHIO



NUMERO DI PAZIENTI MONITORATI CHE PRESENTANO SINTOMI

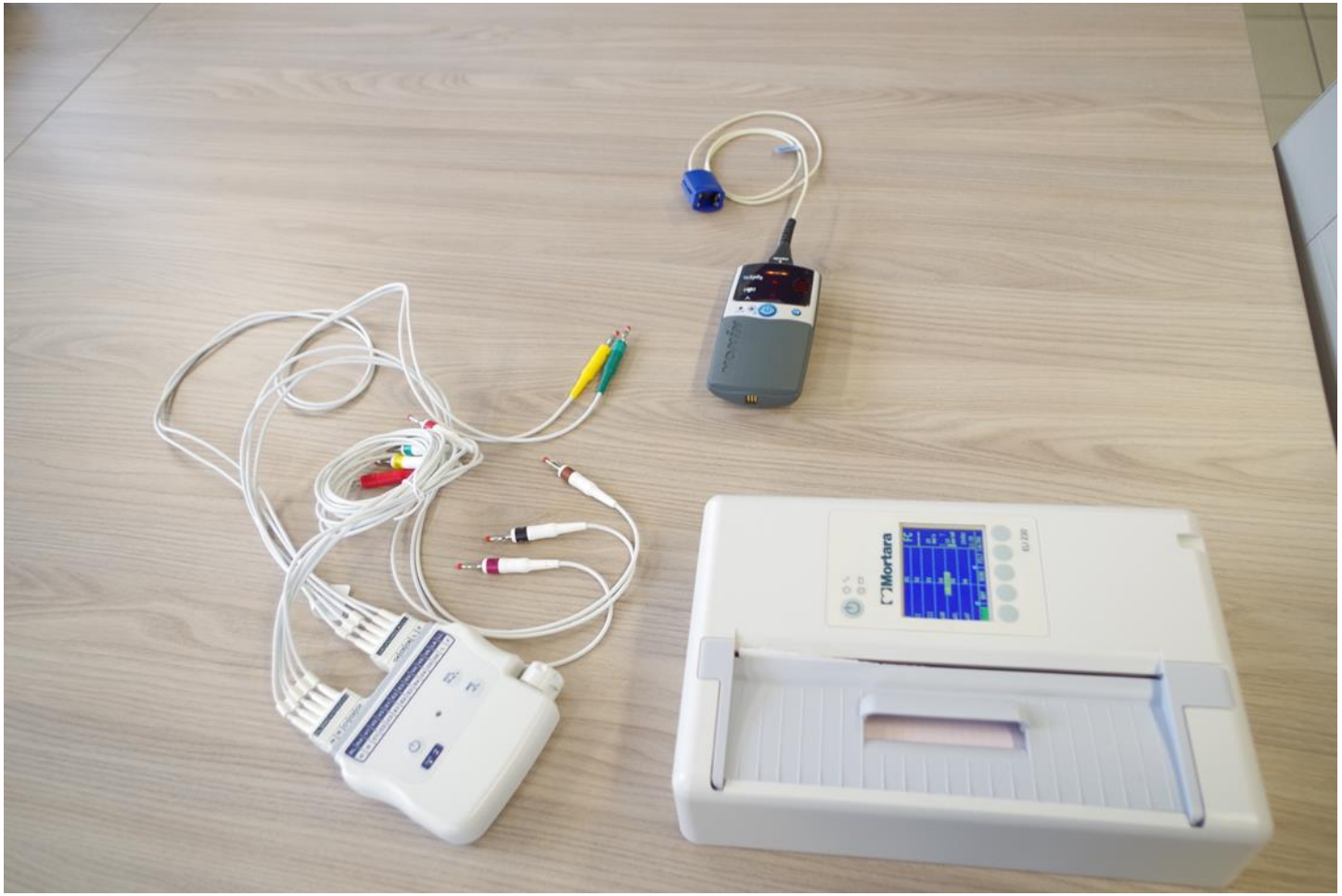


I nostri risultati dimostrano che il servizio USCO si è preso cura di una fascia eterogenea di persone per età (15-90 anni), condizioni cliniche (basso sintomatico e sintomatico), profili clinici (pazienti sani, pazienti con comorbidità e fragili), spesso gestendo intere famiglie.

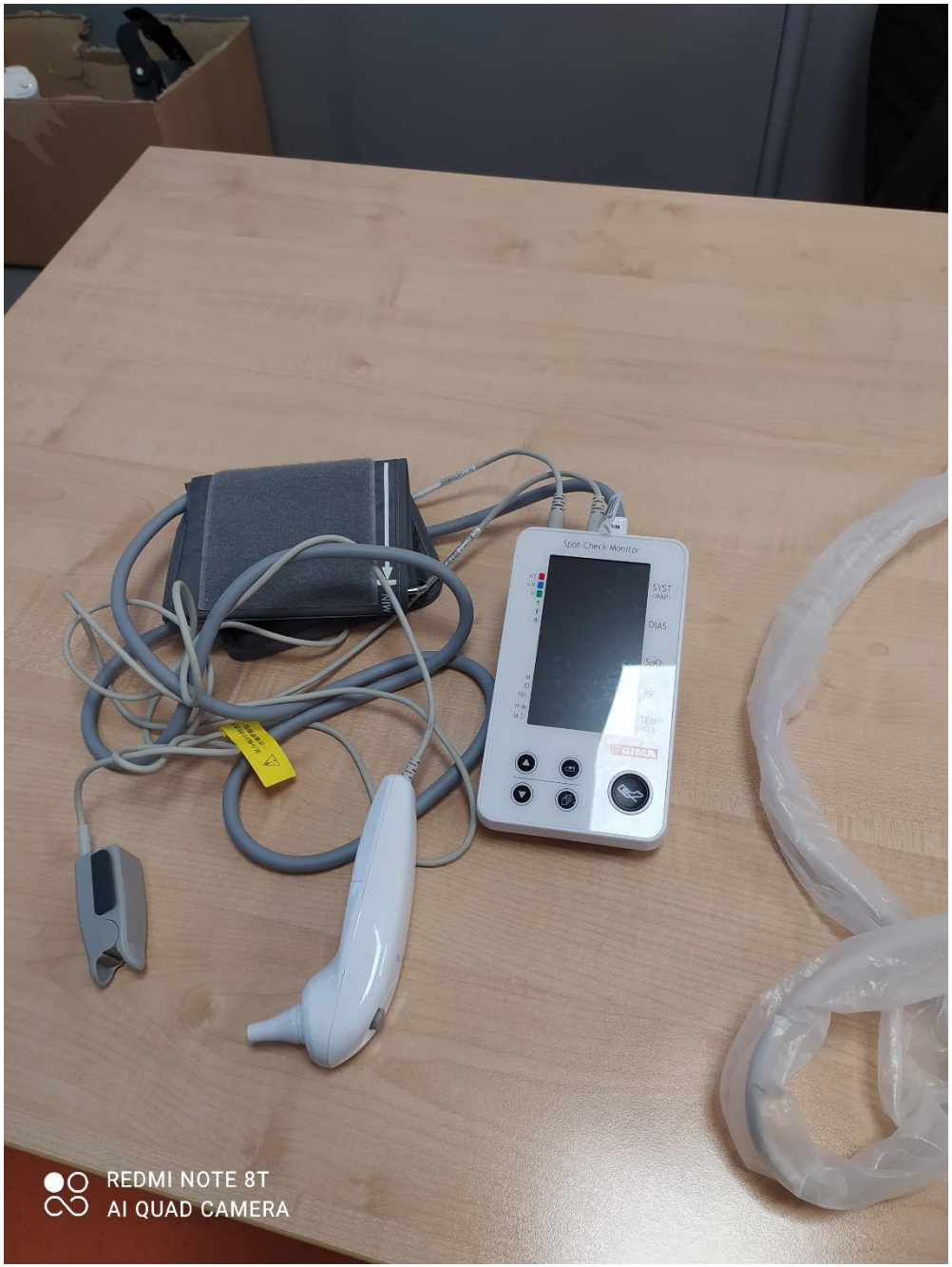
I dati mostrano che gli anziani, i pazienti fragili e quelli con morbilità necessitano di un monitoraggio più rigoroso e di un trattamento precoce e personalizzato a causa del loro maggior rischio di complicanze e ospedalizzazione di Sars-cov2.

La visita domiciliare si è rivelata per lo più uno strumento fondamentale per la gestione di pazienti fragili o instabili: l'esame obiettivo, il monitoraggio diretto dei parametri vitali, l'ecografia polmonare e la conoscenza del contesto sociale del paziente sono stati essenziali per prendere decisioni terapeutiche e gestionali.

MMG (medico di medicina generale)	ULTIMO AGG.	PA	T°	SPO2	FC	O2-TERAPIA	TERAPIA COVID	TERAPIA DI BASE	NOTE CLINICHE
			APIRETICA	94	73			OMEPRAZOLO 10MG SIRIO 25+100MG/MG 3 AL Dì CARDIOASPIRIN 100MG METFORMINA 500MG ALLOPURINOLO 100MG CLOZAPINA 25MG SAMYR 200 1FL E.V. 5Dì AL MESE	sarcopenica, crepitii bibasali
			35,8	85% in aa e 93 con 4 l/min	77	4 l/min	AZITROMICINA 500MG 1 AL Dì DELTACORTENE 5MG 2 AL Dì	PARIET 20 MG DAPAROX 20 MG (2SCATOLE) 1+1/2 AL DI ACEDIUR 50 MG + 25 MG CARDIOASPIRINA 100 MG OLANZAPINA 5 MG OLANZAPINA 2,5 MG SIVASTIN 20 MG TOMAINO 25000 U.I. 1FL OGNI 15 GG	
			APIRETICA	87	112	avevano appena messo O2	14/01 Soldesam 32 ggt 3/die	PANTOPRAZOLO 40 MG XARELTO 20 MG PROCAPTAN 5 MG QUETIAPINA 50 MG RP 4CP AL DÌ QUETIAPINA 150 MG RP FERROGRAD 105 MG LORAZEPAM GTT 15GTT 3 VOLTE AL Dì ALLOPURINOLO 100 MG	Visita 19/01. Visita 22/01: crepitii bibasali
		110/50	36,7	92	61	2 l/min	AZITROMICINA 500 MG SOLDESAM 32 GGT 3/DIE	PANTOPAN 20MG CARDICOR 2,5MG 2CP AL Dì LASIX 25 MG 2CP AL DI ELIQUIS 2,5MG 2 CP AL Dì AMIODAR 200MG LOSARTAN 100MG SEROQUEL 25MG ALLOPURINOLO 300MG URBOSIL HT 450MG TAVOR 1MG	Crepitii basali a dx (visita usco 16/01)-visita 22/01: chiari rumori umidi bibasali.
			APIRETICA	94	91		AZITROMICINA 500 mg 1cp die per 5 gg. Inizia la terapia il 16/01	APROVEL 75 MG LANOXIN 0.0625 MG ALDACTONE 25 MG SIMVASTATINA 20 MG COUMADIN 5 MG (CON TAO) MINIAS GTT 10GTT LA SERA	Crepitii basali a dx (visita usco 16/01)
			APIRETICA	92	114		aggiunge fisiol0ogica NaCl 2 da 250 in data 21/01 e 1 in data 22/01	DERMATRANS 10MG (CEROTTO) (nitrati)-	
			36,6	94	75		AZITROMICINA 500 mg 1cp/die per 5 gg. Inizia la terapia il 16/01. Tachipirina Soldesam 32 gcc 3 volte al gg aggiunge CEFIXOFARL 1cpr al di	LANSOPRAZOLO 15 MG (2) CREON 10000 3 VOLTE AL DI NORMIX 4CP AL Dì PER 5 GIORNI AL MESE CARDIOASPIRINA 100MG TERAZOSINA 2 MG	
		102/58	APIRETICA	88	74	4 l/min	AZITROMICINA 500MG 1 AL Dì sospesa fa rocefin 2mg 1/die	EUTIROX 125 McG LANSOPRAZOLO 15 MG (2 SCATOLE) PLAUNAZIDE 20/12,5 MG (ORIGINALE) ADIPRA 100 U/ML 20U.I.+25U.I.+16U.I. DIBASE 25000 1FL OGNI 15GG LASIX 25MG CARDIOASPIRINA 100 MG PALEXIA 50 MG 3CP AL DI LANTUS 20 U/M 20U.I. AGGIUNGE LIRYCA 75 1 CPR DIE, LA SERA	Visita 19/01: riferito dolore all'emitorace destro, diabetica, ipertesa-pregressa malattia oncologica (mammella sx), obesa e si rileva una depressione dell'umore Visita 22/01: chiari rumori secchi apicali bilaterali (forse legati a pregressa RT)
			APIRETICA	94	63			PANTORC 20 MG TAREG 80 MG LASIX 25 MG CARDIRENE 75 MG SIVASTIN 10 MG CALECALCIFEROLO 25000 1FL OGNI 15GG	
			APIRETICA	85% in aa e 90 con 2 l/min	73		AZITROMICINA 500 MG 1CP AL DI Durante la notte del 15/01 saturazione a 87 in AA, inizia deltacortene 25 mg 1 cpr al gg per 10 gg (18/01), chiesto diario glicemico	VIVIFAST LANSOPRAZOLO 30MG METFORMINA 500MG 5CP AL Dì DONEZEPIL 10MG CARDIOASPIRINA 100MG METFORMINA 1000MG TORVAST 20MG LARGACTYL 100MG	Crepitii basali a sx (visita usco 16/01)- VISITATA IN DATA 19/01
		90/40	35,3	92	75		AZITROMICINA 500MG 1 CP AL Dì, TACHIPIRINA 1000 mg Inserimento di accesso venoso per fisiologica 18/01- DELTACORTENE 25 MG 1 cpr	PANTORC 40MG 2CP AL DI SIDERAL FORTE CREON 10000 1CP AL Dì GAVISCON BUST	diarrea e febbre alta 18/01: inserito accesso venoso, imodium, tachipirina, cortisone. Visita usco 19/01: blumberg positivo (episodio febbrile il giorno precedente 40,1 T)


Mortara

XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD



XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD

XIX CONGRESSO NAZIONALE CARD

Progetto sperimentale

“Monitoraggio del paziente a rischio per Covid-19: analisi e gestione delle cronicità e delle criticità in previsione di un secondo picco epidemico”

Sin dalla istituzione delle unità speciali di continuità assistenziale (USCA), rese in Basilicata USCo (unità speciali Covid-19), è stata considerato il paziente fragile come il principale destinatario degli interessi dei colleghi chiamati a prestare servizio in questa nuova attività.

Il modello organizzativo si è principalmente basato su telemonitoraggio ed automonitoraggio dei soggetti in carico ed ha prodotto risultati incoraggianti.

Il follow-up di cardiopatie, diabete e delle patologie respiratorie a carattere ingravescente, quali esempi di cronicità può rappresentare la naturale evoluzione di questo servizio che oggi si trova in un momento di “stand-by” legato alla minore circolazione del virus in Basilicata.

Si predispone quindi un protocollo, su base volontaria e condivisa in modalità multidisciplinare, tra Medici di CA, Specialisti di branca, MMG, PLS ed Azienda ASP finalizzato alla gestione delle comorbidità dimostrate per Covid-19. L’attività sarebbe quindi facilitata dall’organizzazione già esistente e dall’esperienza positiva già maturata in questi primi mesi di attività e nasce da prima intuizione discussa in un progetto CARD delle regioni Campania, Basilicata e Puglia per il “buon controllo” e la governance delle patologie croniche che preveda un’ottica di processo (PDTA) piuttosto che i singoli episodi di cura.

I Medici delle unità speciali, già allenati e con ottima esperienza nella gestione delle cronicità dei pazienti covid o sospetti tali, che gestiscono la popolazione con un database e cartella clinica mirata, nonché equipaggiati di tutto il necessario (elettrocardiografi portatili, saturimetri, kit lettura veloce della glicemia, ecc. ecc.) in collaborazione con il MMG e gli specialisti dedicati, potrebbero seguire e monitorare, assistiti dal personale infermieristico dedicato, attraverso interventi a distanza e/o domiciliari, i pazienti che si converrà di arruolare nel programma di sorveglianza.

Fermo restando la centralità del MMG nella responsabilità di individuare ed indirizzare il paziente cronico al percorso integrato per la gestione dei bisogni il team costruisce l'iter diagnostico-terapeutico mirato alla sorveglianza ed al miglioramento della qualità di vita di queste persone.

L'obiettivo primario si configura nella ferma diminuzione degli accessi alle strutture ambulatoriali ed ospedaliere mentre, per il MMG, il raggiungimento dell'obiettivo KPI (key performance indicator) legato a premialità è compreso nell'arruolamento dell'80% della propria popolazione cronica.

Tale nuova prospettiva gestionale conferisce nuova linfa all'organizzazione oltre a rappresentare un'opportunità di sperimentazione di un nuovo modello di medicina territoriale, più moderno e rispondente alle nuove esigenze della popolazione, oltre che censire ed arruolare preventivamente i pazienti potenzialmente a rischio per un eventuale nuovo picco epidemico del covid-19.

Con le nuove misure protezionistiche gli *ambulatori di diabetologia si trovano a dover aumentare l'intervallo tra una visita e l'altra riducendo pertanto in maniera significativa il numero di prestazioni; in un contesto di elevata prevalenza della malattia diabetica e di mancata implementazione* dell'assistenza integrata questo comporta o la scelta di riservare (o privilegiare) l'accesso alle persone con maggiore necessità di valutazione specialistica (presenza di complicanze croniche, terapie impegnative o con farmaci innovativi, situazione di scarso compenso metabolico) riservando un teleconsulto a quelli con minore esigenze di assistenza specialistica (persona in terapia con sola dieta o con dosaggio minimale di farmaci non ipoglicemizzanti, come acarbosio o metformina) oppure richiamare comunque tutti i pazienti con il rischio di sovrassistere quelli a bassa intensità assistenziale e / o sottoassistere quelli ad elevata intensità assistenziale, esponendole al rischio di complicanze diabetologiche acute o croniche.

Le persone diabetiche con bassa necessità di assistenza specialistica potrebbero essere inserite in un protocollo di gestione in cui la prevalenza dell'assistenza verrebbe erogata dai medici USCO, che costituirebbero anche un raccordo tra paziente, specialista e MMG, riservando pertanto più spazio per l'accesso ambulatoriale alle persone che maggiormente necessitano di valutazione specialistica.

STEP 1

Formazione dei medici USCO da parte della UOSD diabetologia e endocrinologia ASP finalizzata all'applicazione degli standard assistenziale SID – AMD del diabete tipo 2; definizione dei soggetti diabetici con basse esigenze assistenziali specialistiche e applicazione di PDTA per la loro corretta gestione integrata.

STEP 2

Individuazione tra i pazienti in lista per visita diabetologica di quelli a bassa necessità di assistenza specialistica e contatto da parte dei medici USCO per valutazione dei parametri clinici e biochimici in base ai quali il paziente resta nella categoria di bassa intensità (laddove rientrasse in tutti i parametri clinici e biochimici di sicurezza) oppure viene temporaneamente o definitivamente trasferito alla competenza prevalente o esclusiva dello specialista (laddove ci fossero anomalie dei parametri clinico-biochimici ovvero sospetto di insorgenza di complicanza diabetologica); in questa fase può essere utile un monitoraggio glicemico più o meno intensivo per cui la persona diabetica viene anche istruita (o ne viene rinforzata la competenza) all'uso del glucometro e delle piattaforme che consentono la valutazione da remoto.

Dal punto di vista pratico il medico USCO valuta peso, pressione, frequenza cardiaca, circonferenza vita, esami ematici e urinari, effettua ECG valutazione dei polsi periferici e riflessi achillei inserendo il paziente nel programma di screening della retinopatia già in essere presso il Poliambulatorio.

COVID-19 e CARDIOPATIE CRONICHE

I dati epidemiologici e quelli emersi dalla letteratura scientifica disponibile hanno evidenziato la possibilità di manifestazioni cardiache in corso di malattia da SARS-CoV-2 (Covid 19) e un possibile incremento sia del rischio di sviluppo di forme gravi di malattia che di incremento del rischio di morte in soggetti con preesistente cardiopatia che sviluppano Covid-19

E'necessario monitorare strettamente questi pazienti che sono più anziani e più fragili anche in previsione di un secondo possibile picco epidemico autunnale

Inoltre, con le nuove normative che regolano le prestazioni ambulatoriali che aumentano l'intervallo tra una prestazione e l'altra (sanificazione degli ambienti), si riduce in modo significativo il numero delle visite cardiologiche eseguibili con ulteriore allungamento delle liste di attesa

L'impegno dei Medici USCO potrebbe essere molto utile nell'individuare, tra i pazienti in lista per visite cardiologiche, quelli a basso rischio che non necessitano di assistenza specialistica immediata e per i quali e sufficiente un controllo a distanza

Consulenze telefoniche, telemedicina, visite domiciliari se necessarie, potrebbero essere utili alla valutazione dello stato di salute dei pazienti, dei parametri emodinamici, alla verifica delle terapie in atto. Ulteriori approfondimenti, coinvolgendo i MMG o gli Specialisti Cardiologici, sarebbero richiesti solo in caso di instabilizzazione del quadro clinico e emodinamico.

MALATTIE RESPIRATORIE CRONICHE

Tra le patologie croniche l'OMS stima che nel 2030 la BPCO raggiungera' il IV° posto come causa di decesso.

Inoltre la BPCO e' gravata anche da un significativo impatto economico: in Europa i costi diretti complessivi delle malattie respiratorie ammontano a circa il 6% del budget sanitario globale su cui la BPCO grave per il 56%(38,6 miliardi di Euro, con le riacutizzazioni che rappresentano la maggior spesa).

Tali evidenze sottolineano come le malattie respiratorie croniche ostruttive (MRCO) non possono piu' essere gestite solo con modelli assistenziali ospedale-centrici fondati sull'acuzie; ne scaturisce l'importanza di strutturare e valorizzare i servizi territoriali ed il domicilio del pz integrandoli nel processo assistenziale per ampliarne gli effetti ed i benefici.

La gestione territoriale della BPCO grave e dell'insufficienza respiratoria cronica puo' concorrere a dare una risposta efficace ai bisogni del pz respiratorio con il trasferimento al suo domicilio della tecnologia e delle competenze acquisite per garantire un continuo monitoraggio della patologia, il miglioramento della qualita' di vita, la riduzione dell'ospedalizzazione, l'empowerment del paziente e del caregiver favorendo la compliance al protocollo terapeutico e riabilitativo.

Il nostro progetto con un modello assistenziale di cui fanno parte il paziente, il personale sanitario (medico, infermiere) ed il caregiver si sviluppa con il supporto delle USCO.

In conclusione, il nostro studio mostra che il Servizio USCO, per le finalità con cui è nato, non può essere un servizio "statico" e dovrà essere rimodellato fino a tutta l'emergenza sanitaria, legata alla pandemia di COVID-19

La pandemia ha infatti evidenziato il drammatico ritardo di un approccio aggiornato a una medicina della terza età che richiede una forte integrazione tra i servizi territoriali e un approccio multidimensionale al paziente anziano.

Per il prossimo futuro auspichiamo di consolidare l'integrazione tra i vari nodi di assistenza territoriale, attraverso protocolli operativi condivisi, una formazione professionalizzante, mirata e uniforme degli operatori sanitari coinvolti, un maggiore investimento in infrastrutture informatiche e sanità digitale e un sistema di valutazione del servizio.

GRAZIE PER L'ATTENZIONE

Dott. Sergio Maria Molinari

Direttore U. O. C. Distretto della Salute di Potenza-ASP,
Via del Gallitello 100, Potenza.