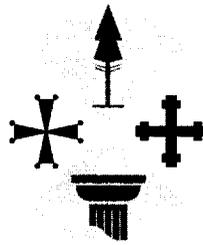


**Allegato "A"**

**REGIONE CALABRIA**



**PIANO DI POTENZIAMENTO E RIORGANIZZAZIONE DELLA  
RETE DI ASSISTENZA TERRITORIALE**

Sommario	
1. Premessa .....	3
2. Risorse organizzative e Catena di Comando.....	4
2.A. Struttura e funzioni della catena di comando.....	4
2.A.1. Comportamento delle malattie infettive nella collettività – Definizioni generali .....	4
2.A.2. Livelli di gestione dell'emergenza da COVID.....	5
2.A.3. Procedure per la dichiarazione dei livelli di allerta .....	5
2.B. Livello Regionale .....	8
2.B.1. Gruppo Tecnico Regionale Emergenza COVID-19.....	8
2.B.2. Centrale Operativa Regionale .....	9
2.C. Livello locale (Provinciale) .....	11
2.C.1 Gruppo Locale Emergenza COVID-19 .....	11
2.C.2. Centrale Operativa Territoriale .....	11
2.C.3. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) .....	13
2.C.4. Struttura turistico-ricettiva sanitaria.....	16
3. Interventi di implementazione dell'attività territoriale .....	20
3.A. Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 ( <i>Contact tracing</i> ) ed App Immuni .....	20
3.A.1. Applicazione IMMUNI .....	24
3.B. Gestione dei casi COVID positivi – la rete territoriale di assistenza COVID.....	25
3.C. Percorso COVID-19 Low care-cure intermedie .....	27
3.D. Il paziente COVID in RSA .....	28
3.E. Cure palliative .....	30
3.F. Attività dei medici di Assistenza Primaria.....	31
3.G. Attività della Continuità Assistenziale.....	32
3.H. Percorso per i pazienti non COVID ultra 75 o cronici o dimessi dall'ospedale che necessitano di continuità assistenziale sul territorio.....	32
4. Telemedicina COVID.....	35
5. Figure professionali.....	40
5.1. Infermiere di famiglia o di comunità e assistenti sociali.....	40
5.2. Il percorso assistenziale ADI COVID.....	41
6. Terzo Settore .....	44
7. Aree disagiate.....	45
8. Impatto economico.....	46



## 1. Premessa

L'obiettivo del presente Piano è quello di creare, attraverso la rete di assistenza territoriale, un sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza dei casi confermati e dei loro contatti di SARS-CoV-2, al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus, oltre ad assicurare una presa in carico precoce dei pazienti contagiati, di quelli in isolamento domiciliare obbligatorio, dimessi o paucisintomatici non ricoverati e dei pazienti in isolamento fiduciario, riducendo l'ospedalizzazione solo ai casi di elevata complessità assistenziale.

La strategia da adottare deve prevedere:

- L'adozione di specifiche misure di identificazione e gestione dei contatti;
- L'organizzazione dell'attività di sorveglianza attiva a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale, nonché le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, indirizzata al monitoraggio e tracciamento precoce dei casi e dei contatti, al fine della relativa identificazione, dell'isolamento e del trattamento;
- La sorveglianza attiva e monitoraggio presso le RSA e le altre Strutture Residenziali, garantendo anche la consulenza dei Medici Specialisti con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente;
- Di stipulare, eventualmente, contratti di locazione con strutture alberghiere ovvero altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità.

In tale quadro è stato elaborato il presente Piano che si articola su 2 distinti livelli di intervento che prevedono:

1. Da un lato la costituzione di un'organizzazione stabile e definita a livello regionale e provinciale, con chiari compiti e ruoli;
2. Dall'altro, l'adattamento e l'aggiornamento costante della pianificazione in base all'andamento dell'epidemia e alle varie fasi dell'emergenza.

## 2. Risorse organizzative e Catena di Comando

### 2.A. Struttura e funzioni della catena di comando

Il presente Piano si sviluppa secondo il comportamento della diffusione del SARS-CoV-2 nella collettività, prevedendo una struttura della catena di comando che, per ogni fase, identifichi obiettivi, azioni ed attori.

#### 2.A.1. Comportamento delle malattie infettive nella collettività – Definizioni generali

L'andamento in una collettività di una malattia infettiva dipende sostanzialmente dalla diffusione degli agenti infettivi e dalla distribuzione dei fattori che ne influenzano la trasmissione. In termini generali, si parla di *assenza*, *sporadicità*, *endemia*, *epidemia* e *pandemia*.

Per *assenza* si intende quella condizione nella quale una malattia non è mai stata presente in una popolazione oppure non vi compare per un periodo di tempo molto lungo.

Per *sporadicità* si intende una condizione nella quale una malattia compare occasionalmente in una popolazione con pochi casi, fra di loro separati in senso spaziale e temporale. Tipiche condizioni di sporadicità sono quelle che si manifestano nel caso di malattie infettive importate in un territorio da viaggiatori.

Per *endemia* si intende la condizione nella quale una malattia è stabilmente presente in una popolazione, con un tasso di incidenza sostanzialmente costante nel tempo.

Si parla di *focolaio* o *cluster epidemico* quando una malattia infettiva provoca un aumento nel numero di casi rispetto a quanto atteso all'interno di una comunità o di una regione ben circoscritta.

Per *epidemia* si intende la condizione nella quale l'incidenza della malattia aumenta bruscamente, ossia in un breve periodo di tempo, misurabile nell'ordine di giornate o settimane. L'epidemia può insorgere in una popolazione nella quale la malattia è assente, sporadica e endemica. Tipico esempio è quello della comparsa di un nuovo ceppo del virus dell'influenza.

Per *pandemia* si intende la diffusione di una malattia in più continenti o comunque in vaste aree del mondo.



## 2.A.2. Livelli di gestione dell'emergenza da COVID

Alla luce delle definizioni generali relative al comportamento del virus nella collettività, relativamente alla dimensione geografica del territorio regionale, è possibile individuare i seguenti livelli di allerta:

1. **Livello 0:** la malattia è assente o comunque non vengono rilevati nuovi casi dal sistema di sorveglianza per un periodo di tempo sufficientemente lungo;
2. **Livello 1:** si registrano sporadici casi di diffusione del virus;
3. **Livello 2:** la malattia presenta caratteri di incidenza costante nella popolazione;
4. **Livello 3:** presenza di focolaio epidemico in una zona ben circoscritta con rischio molto basso di diffusione alle restanti aree del territorio regionale;
5. **Livello 4:** stato di epidemia a livello regionale ovvero la rilevazione di uno o più cluster epidemici in presenza di un reale rischio di diffusione alle restanti aree del territorio regionale.

Appare rilevante, nonché opportuno, ricordare che fino a quando non verrà decretata la fine dell'attuale pandemia da parte dell'OMS, rimangono in vigore tutte le precauzioni finalizzate alla riduzione e mitigazione del rischio di trasmissione del virus, anche in documentate situazioni di assenza della sua trasmissione, da attuarsi nei luoghi di vita e di lavoro, quali il distanziamento sociale, la corretta igiene delle mani e respiratoria, il corretto uso delle mascherine e, in generale, tutte quelle misure di prevenzione del contagio previste nei luoghi e locali pubblici e di lavoro.

Nel pieno rispetto delle precauzioni standard ai fini della prevenzione del contagio da SARS-CoV-2, vengono di seguito riportate le fasi relative all'attivazione della catena di comando.

## 2.A.3. Procedure per la dichiarazione dei livelli di allerta

I livelli di allerta (incluso il potenziamento o il decremento) verranno dichiarati dall'Organo Regionale preposto, sulla base delle indicazioni, non vincolanti, del Gruppo Tecnico Regionale per l'emergenza COVID-19, in accordo con le disposizioni del Ministro della Salute ed i disposti legislativi di natura sovregionale. Ogni modifica del livello di allerta

viene dichiarato con apposito provvedimento, individuando le relative azioni e procedure operative coerenti con il livello di allerta dichiarato.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized initial 'D' followed by a smaller, less distinct signature.

**Malattia assente***Nessuna azione a livello regionale*

- Sorveglianza epidemiologica residenti
- Screening soggetti provenienti da altra regione (come da provvedimenti Regione Calabria)
- Verifica periodica della *preparedness* dei sistemi regionali per gestire una eventuale fase epidemica
- Elaborazione report mensili attività sorveglianza sanitaria da trasmettere al Gruppo Regionale di Emergenza COVID-19

- Rafforzare la preparazione allo stato di emergenza regionale

**Casi sporadici***Nessuna azione a livello regionale.**Necessità di coordinamento a livello provinciale.*

- Come Livello 0, in aggiunta:
- Attività di *contact tracing*
- Misure di isolamento domiciliare per casi confermati e contatti stretti
- Attivazione del Livello Provinciale (Gruppo Provinciale Emergenza COVID-19, C.O.T., USCA)
- Trasmissione giornaliera dati relativi a nuovi casi e contatti stretti
- Aggiornamento periodico Gruppo Tecnico Regionale per l'emergenza COVID-19

- Identificazione e isolamento precoce di casi e contenimento della diffusione del virus ai relativi contatti stretti

**Diffusione virus con incidenza costante***Necessità di coordinamento a livello regionale***Focolai epidemici circoscritti***Dichiarazione stato di pre-emergenza a cura della Regione*

- Come Livello 1, in aggiunta:
- Rafforzamento delle attività di sorveglianza sanitaria da parte dei Dipartimenti di Prevenzione delle ASP e *contact tracing*
- Attivazione del Livello Regionale
- Come Livello 2, in aggiunta:
- Implementazione misure di sanità pubblica finalizzate a mitigare il rischio di diffusione del virus

- Contenere la diffusione del virus cercando di mantenere, per quanto possibile, il valore di  $R_0 < 1$

- Contenere la diffusione del virus all'interno di focolai circoscritti

**Diffusione epidemica***Dichiarazione dello stato di emergenza a cura della Regione*

- Come Livello 3, in aggiunta:
- Implementazione misure di sanità pubblica finalizzate a interrompere la catena del contagio
- Azioni e procedure operative definite da specifici provvedimenti di legge regionali

- Rallentare la diffusione del virus, massimizzare gli sforzi per "appiattare" la curva epidemiologica al fine di ridurre l'impatto sul SSR



Per la gestione dell'emergenza COVID-19 sono primariamente utilizzati i Dipartimenti di Prevenzione delle ASP, i Distretti sanitari di Base, nonché i Servizi Emergenza Urgenza (Suem 118). In particolare, le misure di identificazione e gestione dei casi e dei contatti, nonché quelle di organizzazione delle attività di sorveglianza attiva sono effettuate a cura dei Dipartimenti di Prevenzione in collaborazione con i medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Medici di Continuità Assistenziale; le Unità Speciali di Continuità Assistenziale sono preposte alla valutazione costante e precoce dei casi, al fine della gestione clinico assistenziale degli stessi.

Le citate attività di sorveglianza attiva sono estese anche alle Residenze Assistite e altre alle Strutture Residenziali.

Queste Unità organizzative interverranno con le procedure di sorveglianza, prevenzione, profilassi e cura, definite secondo la normativa nazionale e regionale vigente, modulando le azioni in funzione della fase di allerta e rischio individuata.

Secondo il modello della "catena di comando" sono, inoltre, istituite alcune strutture organizzative regionali e territoriali di coordinamento e raccordo per la gestione dell'emergenza. In particolare, è prevista l'istituzione della Centrale Operativa Regionale e delle Centrali Operative Territoriali presso ciascuna ASP. In assenza di allarme, queste strutture provvedono alla pianificazione preventiva delle procedure generali di intervento e alla propria formazione e aggiornamento.

È inoltre istituito il Gruppo Tecnico Regionale Emergenza COVID-19, composto da esperti che operano normalmente nel campo della sorveglianza, prevenzione, controllo, diagnosi e cura delle malattie infettive o in quello delle emergenze, che sarà attivato in funzione della fase di allerta e rischio individuata e su quella modulerà le azioni necessarie da porre in essere.

## 2.B. Livello Regionale

### 2.B.1. Gruppo Tecnico Regionale Emergenza COVID-19

Il Gruppo Tecnico Regionale Emergenza COVID-19, nominato con decreto del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria, è composto da dirigenti medici nelle discipline di malattie infettive, pneumologia ed anestesia e rianimazione, nonché di altre discipline ritenute necessarie a

fronteggiare l'emergenza, biologi e altre figure professionali che il Dirigente Generale riterrà opportuno prevedere.

Il gruppo tecnico regionale ha il compito di:

- Operare secondo le indicazioni/disposizioni dell'Unità di Crisi (UdC) ai fini della definizione degli aspetti tecnici e formali necessari per avviare gli interventi assistenziali;
- Predisporre e aggiornare il Piano Regionale di intervento;
- Predisporre Piani di informazione e formazione per l'intero territorio regionale;
- Verificare che ciascuna ASP, conformemente alle indicazioni regionali, identifichi le strutture, le responsabilità e i percorsi operativi necessari per la rapida attivazione delle misure utili alla gestione dei casi;
- Verificare i progetti di tele-monitoraggio adottati dalle ASP della Regione Calabria;
- Realizzare e aggiornare l'elenco delle strutture regionali di ricovero e cura utilizzabili per l'emergenza COVID-19;
- Raccogliere e aggiornare repertorio e disponibilità dei farmaci e presidi necessari;
- Individuare ulteriori laboratori di riferimento;
- Individuare una o più farmacie ospedaliere di riferimento in cui conservare i farmaci di uso non abituale e la loro modalità di distribuzione;
- Verificare l'efficacia e l'efficienza dei sistemi di comunicazione e proporre misure per il loro miglioramento.

#### 2.B.2. Centrale Operativa Regionale

Al fine di garantire il coordinamento delle attività sanitarie, la Regione Calabria istituisce la Centrale Operativa Regionale (COR) che ha funzioni di raccordo tra la Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria, il Gruppo tecnico Regionale Emergenza COVID-19, e con tutte le strutture e i servizi preposti alla gestione dell'emergenza, compreso il sistema di emergenza urgenza, anche mediante strumenti informativi.

La Centrale Operativa Regionale, rappresenta, pertanto, il riferimento organizzativo unico regionale di un sistema integrato per il coordinamento degli interventi sanitari nella gestione territoriale dell'emergenza COVID-19 e per garantire l'uniformità assistenziale delle procedure sull'intero territorio regionale.

La Centrale Operativa Regionale, oltre al ruolo di coordinamento, ha il compito di monitorare tutte le azioni previste (sorveglianza, misure di prevenzione e controllo dell'infezione, interventi di assistenza ai casi, monitoraggio ed approvvigionamento delle risorse per il trattamento dei casi, mantenimento servizi sanitari ed essenziali, formazione e comunicazione).

La sua organizzazione funzionale, il suo raccordo con le strutture regionali e territoriali con le istituzioni pubbliche e private che cooperano nella risposta all'emergenza, costituiscono il fulcro per l'organizzazione del sistema.

L'organigramma della Centrale Operativa Regionale prevede la presenza del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria, in qualità di coordinatore, coadiuvato da figure di riferimento delle singole Aziende Sanitarie e precisamente: i Direttori Sanitari aziendali, i Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri.

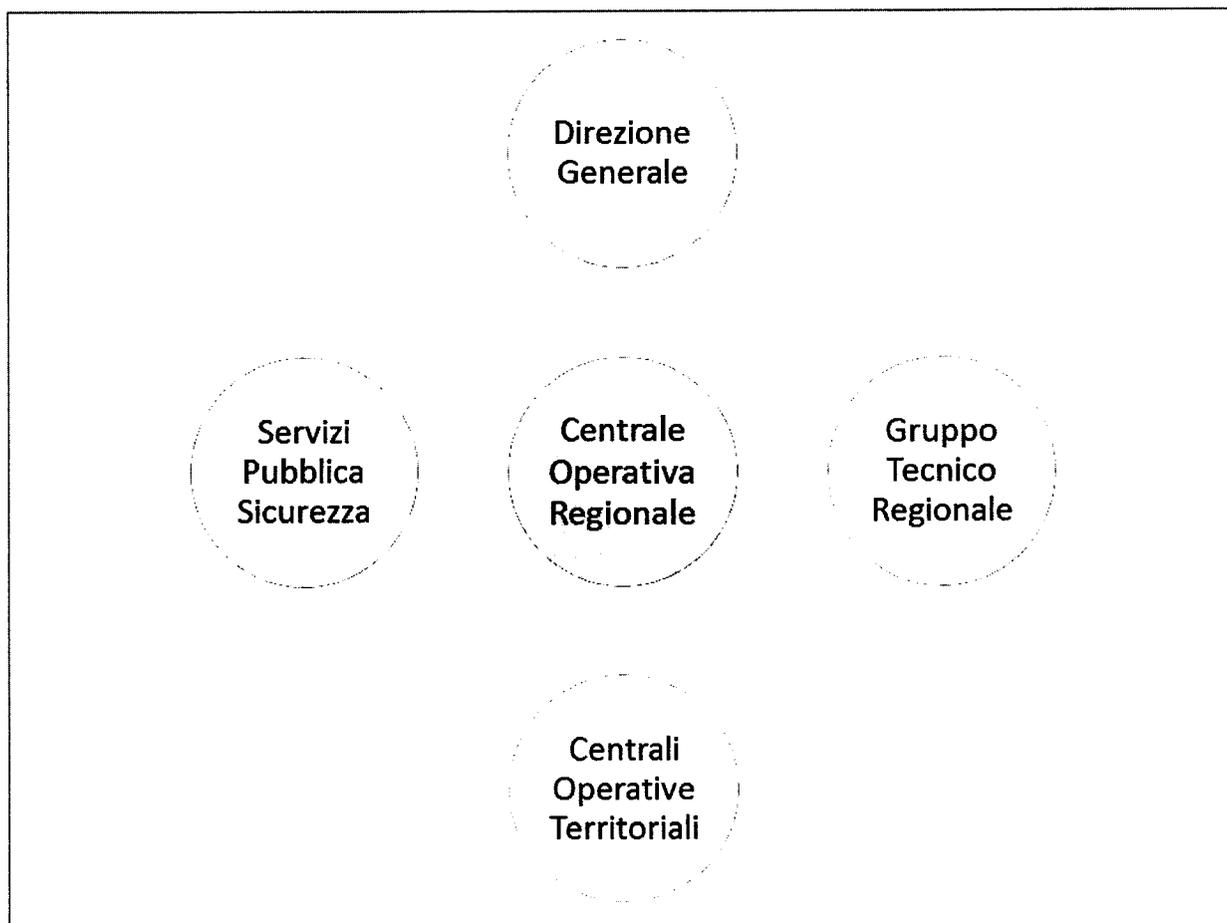


FIGURA 1. FUNZIONI DELLA CENTRALE OPERATIVA REGIONALE.

## 2.C. Livello locale (Provinciale)

### 2.C.1 Gruppo Locale Emergenza COVID-19

Per ogni area territoriale di riferimento delle Aziende Sanitarie Provinciali deve essere istituito e formalizzato un Gruppo Locale Emergenza COVID-19; del gruppo fanno parte anche le Aziende Ospedaliere del rispettivo territorio. Il Gruppo Locale Emergenza COVID-19 è attivato dal Direttore Generale dell'ASP, su richiesta del Dirigente Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria. Il gruppo è coordinato dal Direttore Sanitario aziendale dell'ASP, che rappresenta il referente per le attività del proprio territorio nei confronti della Direzione Generale del Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria. La composizione del Gruppo Locale Emergenza COVID-19 è la seguente:

- Direttore del Dipartimento di prevenzione;
- Coordinatore dei distretti sanitari di base e/o direttore U.O. cure primarie
- Direttore di presidio ospedaliero;
- Direttore U.O. Malattie infettive;
- Responsabile del servizio prevenzione e protezione dell'ASP;
- Direttore Rete territoriale Emergenza Urgenza.

### 2.C.2. Centrale Operativa Territoriale

Al fine di garantire un modello organizzativo di gestione dell'assistenza territoriale, finalizzato a implementare i sistemi di sorveglianza sanitaria e di presa in carico territoriale dei pazienti in termini di uniformità, di equità d'accesso, responsabilizzazione e definizione dei ruoli di tutti gli attori (pazienti, caregivers, medici e altri operatori sanitari) è attivata, presso ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale, la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), con funzioni di coordinamento e di raccordo tra i vari servizi territoriali rappresentati dal Dipartimento di Prevenzione, dai medici di Assistenza Primaria, dal Servizio di Urgenza Emergenza Sanitaria e dalle Unità Speciali di Continuità Assistenziali.

La C.O.T. rappresenta lo strumento finalizzato a:

1. accogliere e classificare i bisogni dell'utenza, indipendentemente dal setting assistenziale;

2. valutare le richieste assistenziali presentate e decodificare il problema/bisogno;
3. attivare direttamente i professionisti necessari (MMG/PLS, Medico di Continuità Assistenziale, Medici del Dipartimento di Prevenzione, Unità Speciali di Continuità Assistenziali, ADI, sistema di emergenza urgenza) per prestazioni non programmate e/o non differibili;
4. inviare, anche telematicamente, ai servizi competenti per area territoriale, la comunicazione dell'avvenuta segnalazione/richiesta/attivazione delle risorse territoriali;
5. informare e orientare i cittadini;
6. monitorare e verificare i percorsi assistenziali attivati;
7. gestire il sistema informativo con la produzione e l'aggiornamento dei dati necessari;
8. ricevere le richieste di dimissione da parte degli Ospedali e individuare in modo appropriato la struttura territoriale di destinazione.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione ovvero presso la centrale operativa 118 – senza pregiudizio per le attività istituzionali - verrà attivata la Centrale Operativa Territoriale (C.O.T.), che garantisce la presa in carico della richiesta entro le 24 dall'inoltro, garantendo una risposta efficace e tempestiva, facilitando il raccordo tra i soggetti della Rete Territoriale e consentendo una centralizzazione delle chiamate per la rete territoriale e la condivisione con il Servizio di Emergenza Urgenza. L'orario dell'attività della Centrale Operativa Territoriale sarà modulato in base all'andamento dell'evento pandemico.

La Centrale Operativa Territoriale non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture interessate, non è il luogo della diretta "presa in carico" della persona, ma svolge una funzione di coordinamento e monitoraggio.

La segnalazione alla C.O.T. per la richiesta di intervento, che può essere inoltrata anche per via telematica, attraverso un indirizzo mail dedicato, può essere presentata da:

- i cittadini;
- Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale, Unità Speciali di Continuità Assistenziali;
- personale dei Dipartimento di Prevenzione;
- personale dei Servizi Sociali Territoriali;
- personale Distrettuale;
- personale Strutture Residenziali e Semiresidenziali;
- personale ospedaliero.

La C.O.T. è diretta da personale del ruolo sanitario, individuato dal Direttore Generale dell'ASP, che presta servizio all'interno del Dipartimento di Prevenzione o della Rete territoriale emergenza urgenza, ed è composta da personale infermieristico e da un'unità di personale amministrativo e, qualora ritenuto opportuno, da un assistente sociale.

### 2.C.3. Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)

Il presente Piano fornisce, di seguito, alcuni orientamenti per favorire la piena operatività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), precisando che ogni realtà territoriale potrà adattare i modelli e le procedure per adeguarli alle risorse territoriali disponibili e attivabili per le funzioni di presa in carico dei pazienti COVID.

A supporto dell'attività fornita dai MMG e PLS sono state istituite con Decreto del Presidente della Regione Calabria n. 25 del 29 marzo 2020, in ottemperanza all'articolo 8 del Decreto Legge 9 Marzo 2020 n.14, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale, volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19 (

Tabella 1).

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

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

L'USCA è attivata dal MMG, dal PLS e dal medico di Continuità Assistenziale nei giorni festivi e prefestivi attraverso la Centrale Operativa Territoriale.

Il MMG e PLS possono quindi decidere, relativamente alla gestione di pazienti COVID positivi presenti sul territorio, o rispetto al primo inquadramento di pazienti con sintomatologia sospetta per Coronavirus, di affidare il paziente alla Unità Speciale di Continuità Assistenziale, che è la struttura che a livello territoriale garantisce l'assistenza domiciliare ai pazienti COVID-19, compresa l'esecuzione dei tamponi faringei.

L'USCA ed il medico curante mantengono un costante contatto, al fine di garantire un approccio globale al paziente COVID positivo.

Le loro funzioni sono principalmente rivolte alle cure al domicilio per pazienti COVID (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al domicilio e per la cura al domicilio di pazienti con sintomatologia simil influenzale, di cui non è ancora nota l'eventuale positività e che devono essere considerati come sospetti casi COVID.

Il MMG verrà contattato direttamente dal suo assistito in quarantena (disposta dall'ASP territorialmente competente).

L'intervento delle USCA è, di norma, attivato dal MMG che valuta attraverso un triage telefonico il bisogno di assistenza del proprio assistito.

Per consentire il razionale utilizzo di questa funzione, si ritiene utile raccomandare la creazione presso le ASP di modalità per la ricezione delle richieste di attivazione da parte dei MMG.

L'USCA può anche essere attivata dalla C.O.T. per interventi assistenziali nell'ambito di Residenze Assistenziali, disponendo, dette Unità, del supporto di specialisti ambulatoriali che garantiscono la gestione dei casi nelle strutture.

Ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e socio-sanitari territoriali, risulta fondamentale, a supporto delle USCA, garantire la presenza di assistenti sociali per una presa in carico globale dei casi COVID positivi. A tal proposito, verrà emesso dalle Aziende Sanitarie Provinciali specifico avviso pubblico volto a raccogliere manifestazioni di interesse per le finalità previste dall'art. 1 comma 7 del D.L. 19 maggio 2020, n. 34.

**TABELLA 1. SEDI E NUMERO DI USCA ISTITUITE DAL DPGR N. 25 DEL 29/03/2020.**

<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza</b>
1. <i>Castrovillari</i>
2. <i>San Marco Argentano</i>
3. <i>Scalea</i>
4. <i>San Lucido</i>
5. <i>Rende (Università)</i>
6. <i>Acri</i>
7. <i>Cariati</i>
8. <i>San Demetrio Corone</i>
9. <i>Cosenza</i>
10. <i>Mendicino</i>
11. <i>Cassano allo Jonio</i>

<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Crotone</b>
1. <i>Crotone</i>
2. <i>Cirò Marina</i>
3. <i>Mesoraca</i>

<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Catanzaro</b>
1. <i>Catanzaro 1</i>
2. <i>Catanzaro 2</i>
3. <i>Tiriolo</i>
4. <i>Soverato</i>
5. <i>Chiaravalle</i>
6. <i>Nicastro</i>
7. <i>San Pietro a Maida</i>
8. <i>Decollatura</i>

<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Vibo Valentia</b>
1. <i>Vibo Valentia</i>



2. <i>Serra San Bruno</i>
3. <i>Tropea</i>
<b>Azienda Sanitaria Provinciale di Reggio Calabria</b>
1. <i>Reggio Nord</i>
2. <i>Reggio Sud</i>
3. <i>Gallico</i>
4. <i>Pellaro</i>
5. <i>Scilla</i>
6. <i>Melito Porto Salvo</i>
7. <i>Palmi</i>
8. <i>Taurianova</i>
9. <i>Rosarno</i>
10. <i>Ferruzzano</i>
11. <i>Caulonia</i>
12. <i>Riace</i>

L'esito degli interventi delle USCA e l'eventuale richiesta di attivazione delle altre offerte aggiuntive di cura (ADI COVID, supporto palliativo) e di interventi sociali viene riportato dai sanitari delle USCA al MMG (con le modalità definita dalle ASP). Alle unità USCA dovrà essere fornito l'elenco dei recapiti telefonici e di posta elettronica dei MMG a cui dovranno fare riferimento. A tal proposito un ruolo fondamentale è rappresentato dalla Centrale Operativa Territoriale, che garantirà il raccordo tra le USCA e le varie componenti del sistema sanitario e socio-sanitario.

Al fine di garantire una più ampia funzionalità delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, come specificato dal D.L. n. 34 del 19/05/2020, è consentito anche ai medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni di far parte delle stesse. Relativamente al ruolo dei medici specialisti ambulatoriali interni in seno alle USCA, ciascuna Azienda Sanitaria dovrà elaborare un protocollo operativo al fine di garantire la presa in carico domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che contempra la multidisciplinarietà e la multidimensionalità degli interventi assistenziali, anche avvalendosi della consulenza degli assistenti sociali all'uopo reclutati.

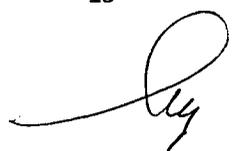
Sempre attraverso i sistemi di governo già presenti nelle ASP, le USCA proporranno l'attivazione di servizi di tele-monitoraggio, ove presenti, e cureranno la relativa informazione e la formazione dei pazienti e dei caregiver.

I singoli interventi dovranno essere registrati utilizzando le modalità previste per le attività di continuità assistenziale.

Il referto viene fornito anche al medico di medicina generale.

Non rientrano tra le attività delle USCA quelle certificative (es. malattia).

In considerazione del ruolo attribuito alle predette Unità Speciali di Continuità Assistenziale, ogni Unità è tenuta a redigere apposita rendicontazione trimestrale dell'attività all'ente



sanitario di competenza che la trasmette al Dirigente Generale Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria.

#### 2.C.4. Struttura turistico-ricettiva sanitaria

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

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

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

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

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

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

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

In caso di rifiuto questo deve essere registrato dagli operatori sanitari con apposita dichiarazione firmata dal soggetto.

Alla struttura si accede:

1. In orario diurno con accesso programmato per:
  - a. Dimissione ospedaliera e relativa attivazione della Centrale Operativa Territoriale;
  - b. Segnalazione alla Centrale Operativa Territoriale da parte di MMG/PLS/USCA/Servizio di Igiene e Sanità Pubblica;
2. In orario notturno per:
  - a. Invio dal Pronto Soccorso o da domicilio in situazioni selezionate, che saranno poi segnalate alla Centrale Operativa Territoriale.

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

L'attivazione della Centrale Operativa Territoriale avviene attraverso specifica segnalazione alla mail dedicata, che ciascuna ASP dovrà attivare ai fini dello sviluppo del presente Piano. L'albergo sanitario è dotato di camere individuali con accesso a bagno personale. Prima del primo ingresso, la struttura effettuerà operazioni di manutenzione dei condotti e pulizia dei filtri del sistema di aereazione meccanica a servizio dei locali. La struttura deve inoltre garantire il comfort microclimatico secondo normativa vigente.

Gli spazi dovranno avere la possibilità di creare una o più separazioni, con percorsi appositi per le persone e per il personale di servizio. Dovranno essere garantite misure organizzative che evitino qualsiasi forma di assembramento e in ogni caso dovranno essere previste misure di protezione tali da garantire il contenimento della diffusione del virus.

La struttura dovrà prevedere un ingresso unico per tutte le persone, con passaggio obbligato attraverso una postazione di accettazione alberghiera (in collegamento diurno con la Centrale Operativa Territoriale, la quale comunica con i servizi territoriali) opportunamente fornito di DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute) che verifica i dati anagrafici precedentemente inviati e ne predispone l'accompagnamento in stanza.

Il supporto-accompagnamento è curato da personale alberghiero opportunamente fornito di DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute), che accompagna le persone alla stanza dedicata.

La presa in carico e la valutazione degli esiti del monitoraggio diurno delle condizioni cliniche della persona sono affidate a MMG/PLS/USCA.

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

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

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

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

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

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

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

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

Devono essere garantiti i servizi:

- Alberghiero. Nel momento della pulizia della stanza il paziente potrà uscire dal locale mantenendo le precauzioni previste nei confronti del personale e di eventuali altri ospiti;
- Lavanderia. Il servizio di lavanderia dovrà essere atto a garantire adeguate norme igieniche previste per il contesto pandemico;
- Ristorazione. Il servizio dovrà prevedere la consegna del pasto in camera con materiale monouso;
- Sorveglianza ambientale;
- Monitoraggio sanitario;
- Supporto Tecnologico specifico;
- Defibrillatore BLS, D, A;
- DPI secondo le disposizioni del Ministero della Salute per le persone ed il personale di servizio e personale sanitario;
- Comfort per le persone (es. connessione wifi, televisione);

- Saturimetri e termometri a disposizione del personale sanitario;
- Kit di dotazione individuale (termometri);
- Se disponibili, dispositivi indossabili (wearable) di supporto al monitoraggio sanitario;
- Se disponibile, dispositivi videoterminale che permettano televalutazioni.

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

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

Il requisito per il rientro a domicilio è l'accertata negatività a COVID-19 secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

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

La gestione operativa dei posti letto sarà a carico del Distretto, che si avvarrà della Centrale Operativa Territoriale e si organizzerà per la parte di monitoraggio sanitario con MMG/PLS/MCA/USCA di riferimento e i servizi infermieristici territoriali.

### 3. Interventi di implementazione dell'attività territoriale

#### 3.A. Ricerca e gestione dei contatti di casi COVID-19 (*Contact tracing*) ed App Immuni

Lo scopo di identificare e gestire i contatti dei casi probabili o confermati di COVID-19 è quello di individuare e isolare rapidamente i casi secondari, per poter intervenire e interrompere la catena di trasmissione.

Questo obiettivo viene raggiunto attraverso le seguenti azioni:

- identificare rapidamente i contatti di un caso probabile o confermato di COVID-19;
- fornire ai contatti le informazioni sulla patologia, sulla quarantena, sulle corrette misure di igiene respiratoria e delle mani, e indicazioni su cosa fare in caso di manifestazione dei sintomi;
- provvedere tempestivamente all'esecuzione di test diagnostici nei contatti che sviluppano sintomi.

Tali attività sono affidate al Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda Sanitaria Provinciale, presso cui è istituita l'Unità di Sorveglianza, composta da un pool di operatori e coordinata da un Dirigente Medico dell'U.O. Igiene e Sanità Pubblica.

Si descrivono, di seguito, le fasi chiave successive all'identificazione di un caso confermato o probabile.

Il Dipartimento di Prevenzione, attraverso l'Unità di Sorveglianza, effettua un'intervista telefonica sul caso indice per raccogliere informazioni sulla storia clinica e sui possibili contatti. Se il caso si trova in regime di ricovero ospedaliero e non è in grado di collaborare, il personale del P.O. raccoglie le informazioni direttamente dai familiari o da coloro che prestano attività assistenziali (*caregivers*).

Il Dipartimento di Prevenzione identifica i contatti stretti (dati anagrafici, indirizzo, numero di telefono) e provvede ad elencarli in un database, avvalendosi anche del formato Excel.

Per i contatti:

- residenti/domiciliati in località afferenti ad altre ASP della Regione Calabria, le informazioni vengono comunicate alla Centrale Operativa Regionale dalla ASP che, a sua volta, segnala il caso alla ASL di residenza/domicilio, ovvero sulla base di eventuali indicazioni operative regionali;

- residenti/domiciliati fuori Regione, le informazioni devono essere comunicate dalla Centrale Operativa Regionale al Dipartimento della Salute e delle Politiche Sociali della Regione Calabria, che procederà a darne comunicazione all'Autorità sanitaria della Regione o Provincia Autonoma di residenza/domicilio e al Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione sanitaria;
- residenti/domiciliati all'estero, le informazioni devono essere comunicate dalla Centrale Operativa Regionale al Dipartimento Tutela della Salute e Servizi Sociali e Socio Sanitari della Regione Calabria, che procederà a darne comunicazione al Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione sanitaria, che informerà lo Stato coinvolto, attraverso la piattaforma della Commissione Europea EWRS – “*Early Warning Response System*” o tramite la rete dei “*National Focal Point*” (NFP) previsti dal Regolamento Sanitario Internazionale (IHR 2005).

Nella raccolta delle informazioni, particolare attenzione deve essere prestata all'appartenenza del contatto a uno dei gruppi a rischio di sviluppare forme gravi di COVID-19 e all'attività lavorativa svolta, quale assistenza ad anziani, a persone immunocompromesse e ad altre popolazioni vulnerabili.

Il Dipartimento di prevenzione fornisce informazioni e indicazioni chiare, anche per iscritto, sulle misure precauzionali da attuare ed eventuale documentazione educativa generale nei riguardi dell'infezione da SARS-CoV-2, comprese le modalità di trasmissione, gli interventi di profilassi che sono necessari (sorveglianza attiva, quarantena, ecc.), i possibili sintomi clinici e le istruzioni sulle misure da attuare in caso di comparsa di sintomatologia.

In particolare il Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente:

- provvede alla prescrizione della quarantena per 14 giorni successivi all'ultima esposizione, e informa il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta da cui il contatto è assistito anche ai fini dell'eventuale certificazione INPS (circolare INPS HERMES 0000716 del 25 febbraio 2020). In caso di necessità di certificazione ai fini INPS per l'assenza dal lavoro, procede a rilasciare una dichiarazione indirizzata all'INPS, al datore di lavoro e al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta in cui si dichiara che per motivi di sanità pubblica il contatto è stato posto in quarantena precauzionale, specificandone la data di inizio e fine;
- esegue sorveglianza attiva quotidianamente (mediante telefonate, e-mail o messaggi di testo) per ottenere informazioni sulle condizioni cliniche del contatto.

I contatti stretti di casi COVID-19 devono essere indotti a rispettare le seguenti indicazioni:

- divieto assoluto di mobilità dalla propria abitazione/dimora e di contatti sociali. La persona sottoposta ad isolamento domiciliare deve rimanere in una stanza dedicata e dotata di buona ventilazione, possibilmente con bagno dedicato, e limitare al massimo i movimenti in altri spazi comuni della casa. In presenza di altre persone, deve essere mantenuta una distanza di almeno un metro;
- rimanere raggiungibili per le attività di sorveglianza attiva;
- misurare la temperatura corporea due volte al giorno;
- lavare frequentemente le mani, in particolare, dopo qualsiasi contatto con i fluidi corporei (secrezioni respiratorie, urine e feci);
- in caso di insorgenza dei sintomi o segni compatibili con COVID-19, anche lievi, in particolare febbre o almeno uno tra faringodinia, tosse, rinorrea/congestione nasale, difficoltà respiratoria, mialgie, anosmia/ageusia/disgeusia, diarrea, astenia deve:
- telefonare immediatamente alla Centrale Operativa Territoriale che attiverà il percorso assistenziale più appropriato e informerà il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta e il Dipartimento di Prevenzione della ASP;
- auto-isolarsi, ovvero restare a casa in una stanza con porta chiusa, garantendo un'adeguata ventilazione naturale;
- se la sintomatologia lo consente, indossare una mascherina chirurgica alla comparsa dei primi sintomi;
- tossire e starnutire direttamente su di un fazzoletto di carta o nella piega del gomito. Questi fazzoletti dovranno essere riposti dallo stesso paziente ponendoli dentro almeno due sacchetti resistenti chiusi (uno dentro l'altro), per evitare contatti da parte degli operatori ecologici.

Il Dipartimento di Prevenzione provvede a fornire ai contatti mascherine chirurgiche e termometro, se non ne dispongono.

L'isolamento al domicilio può necessitare di misure di sostegno sociale per il corretto svolgimento della quarantena. Essa deve essere realizzata attraverso la collaborazione dei servizi di sanità pubblica territorialmente competenti, i servizi sociali, le associazioni di volontariato del territorio, con cui ciascuna ASP deve adottare protocolli operativi condivisi. Devono essere garantite alcune funzioni quali il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di *caregiver* (sostegno della rete familiare e di vicinato) ed il supporto psicologico. Laddove le condizioni adeguate per quarantena/isolamento non possano essere garantite presso l'abitazione, si dovrà proporre il trasferimento in strutture



di tipo residenziale appositamente dedicate con un adeguato supporto sanitario per il monitoraggio e l'assistenza.

Al termine del periodo di sorveglianza, il Dipartimento di Prevenzione, attraverso l'Unità di Sorveglianza, comunica ai contatti l'esito della sorveglianza.

Il Dipartimento di prevenzione monitora l'evolvere della situazione clinica dei contatti e provvede all'esecuzione dei test diagnostici in coloro che sviluppano sintomi, anche lievi, compatibili con COVID-19. L'eventuale comparsa di sintomi compatibili con SARS-CoV-2 deve presupporre l'immediata comunicazione alla Centrale Operativa Territoriale che procederà ad individuare il percorso assistenziale più appropriato.

Se il test sulla persona esposta è positivo, si notifica il caso e si avvia la ricerca dei contatti. Per il rientro in comunità bisognerà attendere la guarigione clinica (cioè la totale assenza di sintomi). La conferma di avvenuta guarigione prevede l'effettuazione di due tamponi a distanza di 24 ore l'uno dall'altro. Se entrambi i tamponi risulteranno negativi la persona potrà definirsi guarita, altrimenti proseguirà l'isolamento fiduciario.

Se il test è negativo, il contatto continua l'isolamento fiduciario per 14 giorni dopo l'ultima esposizione e si ripete il test prima della re-immissione in comunità. Si ribadisce che in caso di risultato negativo di un test condotto su un campione biologico da paziente fortemente sospetto per infezione da SARS-CoV-2, si raccomanda di ripetere il prelievo di campioni biologici in tempi successivi e da diversi siti del tratto respiratorio.

È opportuno considerare di testare i contatti asintomatici al termine della quarantena. Nel caso di focolai che coinvolgano strutture ospedaliere, lungodegenze, RSA o altre strutture residenziali per anziani il test va offerto ai residenti e a tutti gli operatori sanitari coinvolti.

Nell'ambito del *contact tracing*, l'utilizzo di tecnologie come le applicazioni mobili ("apps") offre numerose possibilità, sebbene il metodo tradizionale rimanga quello principale per la ricerca e la gestione dei contatti. Le applicazioni mobili possono integrare e supportare questo processo, ma in nessun caso possono essere l'unico strumento utilizzato. Bisogna considerare infatti che non tutta la popolazione scaricherà l'applicazione di ricerca dei contatti sul proprio dispositivo mobile e che il suo utilizzo sarà basso in alcune popolazioni chiave (ad esempio gli anziani).

Le applicazioni mobili per il *contact tracing* offrono diversi vantaggi:

- non si basano sulla memoria del caso positivo (che potrebbe trovarsi in condizioni cliniche gravi al momento del colloquio);
- consentono di rintracciare contatti sconosciuti al caso (ad es. passeggeri che si sono seduti vicini su un mezzo di trasporto);

- possono potenzialmente accelerare il processo di *contact tracing*;
- possono facilitare il *follow-up* dei contatti da parte delle autorità sanitarie.

### 3.A.1. Applicazione IMMUNI

Nel contesto emergenziale COVID-19, l'Applicazione IMMUNI è stata scelta, sul territorio nazionale, quale strumento coadiuvante il *contact tracing* tradizionale. L'adozione di un'applicazione unica nazionale per il tracciamento dei contatti, interoperabile anche a livello europeo, ha come obiettivo quello di individuare in maniera sempre più completa gli individui potenzialmente esposti a SARS-CoV-2 e, attraverso le misure di sorveglianza sanitaria, contribuire a interrompere la catena di trasmissione.

L'applicazione si baserà sull'installazione volontaria da parte degli utenti e il suo funzionamento potrà cessare non appena sarà terminata la fase di emergenza, con eliminazione di tutti i dati generati durante il suo funzionamento.

Le funzionalità principali dell'App sono:

- inviare una notifica alle persone che possono essere state esposte ad un caso COVID-19 – contatti stretti – con le indicazioni su patologia, sintomi e azioni di sanità pubblica previste;
- invitare queste persone a mettersi in contatto con il medico di medicina generale o pediatra di libera scelta spiegandogli di aver ricevuto una notifica di contatto stretto di COVID-19 da Immuni.

Per raggiungere questi obiettivi, l'app si avvale del tracciamento di prossimità (anche noto come tracciamento contatti) basato su tecnologia Bluetooth Low Energy, senza ricorso alla geolocalizzazione. Quando un utente installa Immuni sul suo smartphone, l'app inizia a scambiare identificativi anonimi (codici randomici) con altri dispositivi che hanno installato la stessa app. Si tratta di codici anonimi che non permettono di risalire al dispositivo corrispondente, né tanto meno all'identità della persona, nel pieno rispetto delle raccomandazioni emanate dalla Commissione Europea il 16 aprile 2020 in merito alle app per il tracciamento di prossimità.

Quando un utente risulta SARS-CoV-2 positivo, l'operatore sanitario che gli ha comunicato l'esito del test diagnostico gli chiede se ha scaricato l'app e lo invita a selezionare sul proprio smartphone l'opzione per il trasferimento delle sue chiavi anonime nel sistema del Ministero della salute. L'app restituisce un codice numerico (OTP) che l'utente comunica all'operatore



sanitario. Il codice viene inserito, da parte dell'operatore sanitario, all'interno di un'interfaccia gestionale dedicata, accessibile per il tramite del Sistema Tessera Sanitaria, e il caricamento viene confermato dall'utente. La App notifica, agli utenti con cui il caso è stato a contatto, il rischio a cui sono stati esposti e le indicazioni da seguire, attraverso un messaggio il cui testo è unico su tutto il territorio nazionale e che lo invita a contattare il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta che farà una prima valutazione dell'effettiva esposizione al rischio del soggetto.

L'App Immuni, inserita all'interno del sistema tradizionale per favorire il tracciamento dei contatti, prevede una stretta collaborazione fra il cittadino, il Medico di Medicina Generale, il Pediatra di Libera Scelta e il Dipartimento di Prevenzione.

I dati personali, infine, verranno utilizzati per le finalità previste dall'articolo 6 del Decreto-Legge 30 aprile 2020, n. 28 al solo scopo di allertare le persone che siano entrate in contatto stretto con persone risultate COVID-19 positive e tutelarne la salute, mentre le medesime informazioni, in forma aggregata e anonima, attraverso apposita reportistica, che il Ministero della salute metterà a disposizione delle Regioni e Province autonome, potranno, ai sensi del comma essere utilizzate per fini di sanità pubblica, profilassi, statistici o di ricerca scientifica.

### 3.B. Gestione dei casi COVID positivi – la rete territoriale di assistenza COVID

Oltre al potenziamento delle azioni mirate a contrastare l'epidemia, quali l'individuazione precoce dei casi e il sistema di ricerca e gestione dei contatti, il processo di riorganizzazione della rete territoriale deve presupporre l'implementazione delle attività relative alla gestione dei casi COVID positivi.

Il processo di cura di pazienti COVID Positivi è affidato al Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS) che può decidere se gestire direttamente gli interventi di diagnosi e cura del paziente, ovvero attivare per la gestione la Unità Speciale di Continuità Assistenziale (USCA).

Viene, di seguito riporta una tabella inerente i pazienti COVID positivi da gestirsi a cura della rete territoriale:

Pazienti paucisintomatici
---------------------------

Pazienti con impegno polmonare/sospetta polmonite, ma senza segni di compromissione della funzione respiratoria
Pazienti dimessi dall'ospedale "cl clinicamente guariti" (definizione secondo Ministero della Salute), ma ancora positivi al tampone, per il necessario periodo di convalescenza/clearance del virus e negativizzazione del tampone
Pazienti in fase terminale in regime di cure palliative

Il processo di gestione del paziente COVID positivo presuppone una presa in carico sulla base dei setting assistenziali di seguito evidenziati:

Domicilio del paziente, nei casi in cui le condizioni ambientali consentano un isolamento e/o protezione efficace degli eventuali conviventi
Struttura turistico-ricettiva sanitaria
RSA/RSA a protezione sanitaria
Strutture intermedie.

Nel setting domiciliare per i pazienti COVID positivi i processi assistenziali vengono prioritariamente gestiti dall'USCA che si avvale anche, per gli aspetti di competenza, del nuovo profilo Professionale Infermiere COVID, il quale si potrà coordinare, quando ritenuto necessario, con il team dell'assistenza domiciliare.

Le prestazioni specialistiche sono garantite dagli specialisti che supportano l'USCA, come per esempio: pneumologo, infettivologo, palliativista. Ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale dovrà adottare protocolli operativi finalizzati a favorire la valutazione multidisciplinare del paziente attraverso forme di collaborazione tra le USCA e l'area della specialistica ambulatoriale.

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

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

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

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

In caso di compromissione della funzione respiratoria si provvede a contattare il 118, ai fini dell'attivazione del sistema emergenza-urgenza.

### 3.C. Percorso COVID-19 Low care-cure intermedie

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

I pazienti in degenza nelle aree COVID, superata la fase acuta e comunque qualora evidenzino un chiaro trend di miglioramento, possono avere necessità di ulteriore assistenza 'low care' se il quadro clinico e le difficoltà assistenziali non consentono il rientro a domicilio. Una modalità organizzativa per questa fase di assistenza, laddove possibile, è quella erogata da moduli Low-Care, realizzati in aree dedicate all'interno di ospedali o in strutture extraospedaliere.

Il trasferimento presso aree/strutture COVID di cure intermedie o riabilitazione in nuclei dedicati, assicura la massima fruibilità dei posti letto degli ospedali per acuti per i pazienti COVID.

Possono essere individuati anche percorsi clinici specifici per la gestione di pazienti presso le strutture sopra specificate direttamente dal Pronto Soccorso.

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

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

Dalle Aree Low Care COVID i pazienti possono essere allocati tramite le C.O.T.:

- a domicilio, qualora vi siano le condizioni ambientali e socio-sanitarie per poterlo inviare
- strutture turistico-ricettive appositamente dedicati per pazienti stabili ma con problemi abitativi
- strutture socio-sanitarie preventivamente individuate per pazienti COVID+.

### 3.D. Il paziente COVID in RSA

Al fine di garantire il massimo livello di prevenzione e protezione per ospiti e operatori delle strutture residenziali socio-sanitarie, oltre alle misure già predisposte con specifici provvedimenti nazionali e regionali, è fondamentale, nelle fasi epidemiche, mettere in atto strategie di sorveglianza attiva che consentano interventi di screening per l'identificazione precoce di casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 tra i residenti e gli operatori.

In particolare, ogni struttura residenziale socio-sanitaria deve elaborare protocolli e procedure operative che prevedano le seguenti azioni:

- Promuovere la responsabilizzazione degli operatori, elemento cardine affinché gli stessi non rappresentino una sorgente di infezione nella catena di trasmissione; risulta necessario raccomandare che anche al di fuori dell'ambiente di lavoro, adottino misure di prevenzione e protezione finalizzate alla mitigazione del rischio di esposizione al virus e inoltre prestino attenzione al proprio stato di salute relativamente all'insorgenza di febbre e/o sintomi simil-influenzali (tosse secca, dolori muscolari diffusi, mal di testa, rinorrea, mal di gola, congiuntivite, diarrea, vomito), nel caso di insorgenza di quadri clinici compatibili, evitino di recarsi al lavoro e avvisino il proprio medico di medicina generale. Inoltre, raccomandare di seguire attentamente le disposizioni dell'ASP per la valutazione e gestione del rischio di COVID-19;
- Fatta salva l'aderenza scrupolosa alle misure restrittive valide per la comunità, nell'ambiente di lavoro, è indicata la misurazione della temperatura del personale all'inizio turno. Tutti gli operatori sintomatici per patologia respiratoria o con temperatura  $>37.5^{\circ}\text{C}$  devono astenersi dalle attività lavorative; se i sintomi dovessero manifestarsi durante il servizio, esso va interrotto, l'operatore deve indossare la mascherina chirurgica e seguire scrupolosamente le misure igienico-sanitarie previste per il caso sospetto; la struttura provvede per la sua immediata sostituzione;
- Adottare le misure per la gestione dei nuovi inserimenti nella struttura previste nelle specifiche Ordinanze del Presidente della Regione e monitorare nel tempo l'eventuale comparsa di febbre e segni e sintomi di infezione respiratoria acuta o di difficoltà respiratoria e altri fattori di rischio (ad esempio contatto con casi di COVID-19) negli ospiti della struttura, con particolare attenzione agli ammessi, ri-ammessi o trasferiti da altre sezioni della struttura nelle ultime due settimane. Se necessario, comunicare tempestivamente al personale medico la situazione per la gestione del

caso secondo i protocolli locali. È indicata la misurazione della temperatura quotidianamente due volte al giorno, possibilmente attraverso termometri per la misurazione a distanza.

Il Protocollo contemplante le misure di prevenzione e di sorveglianza attiva dovrà essere verificato dal Dipartimento di Prevenzione territorialmente competente.

Inoltre, risulta necessario prendere accordi con il Dipartimento di Prevenzione dell'ASP competente per l'adozione degli interventi di screening per gli operatori della RSA.

Nei casi di sospetta/probabile/accertata infezione da COVID-19 occorre infine attivare, attraverso la Centrale Operativa Territoriale i soggetti individuati come riferimento per la gestione del percorso assistenziale, ed in particolare le USCA, che si avvalgono della consulenza/collaborazione di infettivologi e di altri specialisti (ad es. internista, geriatra, pneumologo, cardiologo, ecc.).

Deve essere garantita laddove siano presenti ospiti COVID-19 sospetti o accertati, (anche in attesa di trasferimento) la presenza di infermieri h 24 e supporto medico.

Fatte salve le misure di sorveglianza attiva da porsi in essere nell'ambito delle Residenze Assistite, il riscontro di pazienti COVID in dette strutture deve presupporre un intervento assistenziale che ne preveda la gestione attraverso i curanti, che possono attivare il supporto dell'USCA di riferimento territoriale.

Gli ospiti di RSA positivi al COVID 19, dovranno essere presi in carico dal Servizio Sanitario Regionale utilizzando il percorso assistenziale più appropriato. Per il paziente asintomatico o paucisintomatico saranno attivati i livelli di cura e assistenza previsti per le cure intermedie. L'Azienda Sanitaria Provinciale può inoltre decidere, d'intesa col gestore privato, di gestire l'intera Residenza Assistenziale trasformata in una struttura completamente dedicata all'accoglienza e cura di ospiti positivi al COVID.

In ogni caso le RSA dovranno:

- garantire quanto previsto dalle **Ordinanze del Presidente della Regione n. 20 del 27/03/2020, n. 29 del 13/04/2020 e n. 48 del 27/05/2020** relativamente ai percorsi clinico assistenziali da attivarsi;
- formare il personale addetto all'assistenza sulle misure di prevenzione e prima gestione dei pazienti COVID

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



### 3.E. Cure palliative

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

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

Nei casi in cui l'équipe di cure palliative non disponga delle competenze necessarie al controllo delle sofferenze, è necessario richiedere una consulenza o un supporto, anche a distanza, alle strutture afferenti alla rete delle cure palliative.

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

In ogni distretto l'ASP territorialmente competente deve individuare l'Unità di Cure Palliative di riferimento per gli operatori dedicati all'assistenza dei pazienti COVID-19, che, attivata attraverso la Centrale Operativa Territoriale, fornirà le seguenti prestazioni:

- Consulenze a distanza su problematiche cliniche e assistenziali
- Programmazione, in caso di situazioni complesse, di eventuali accessi congiunti, con il medico richiedente, con DPI previsti dalla normativa in atto, per valutazione e

gestione clinica/assistenziale dei sintomi, compreso, in presenza di sintomi refrattari, supporto tecnico e farmacologico per la sedazione palliativa profonda.

- Supporto clinico relazionale, eventualmente con la possibilità di attivazione di un percorso di supporto psicologico per il malato e i suoi familiari, da concordare secondo i modelli organizzativi locali, anche sfruttando tecnologie di comunicazione telematica.

Queste prestazioni sono attivabili in tutti i setting assistenziali territoriali (domiciliari e residenziali).

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

### 3.F. Attività dei medici di Assistenza Primaria

I medici di Assistenza Primaria svolgono un ruolo fondamentale nella gestione di soggetti con sintomatologia compatibile con COVID in quanto costituiscono il primo contatto del cittadino con il Sistema Sanitario e svolgono un ruolo cardine nella presa in carico dei pazienti. Nell'ambito degli interventi di potenziamento della medicina territoriale risulta fondamentale garantire un processo di integrazione del Medico di Assistenza Primaria con l'offerta dei servizi socio-sanitari territoriali, da attuarsi anche mediante la Centrale Operativa Territoriale.

L'attività dei medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta viene svolta seguendo la consueta disponibilità nei propri studi.

In corso di eventi epidemici l'attività ambulatoriale viene svolta con modalità di accesso programmata e regolata, assicurando l'accesso alle visite ambulatoriali mediante un contatto telefonico con il medico o personale di segreteria opportunamente istruito.

Il medico potrà adottare modalità di contatto con i pazienti anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata e potrà utilizzare sistemi di invio della ricetta elettronica in modo telematico.

Le visite dovranno essere programmate con un intervallo temporale fra l'una e l'altra e, laddove possibile, anche con spazi dedicati, al fine di garantire una adeguata distanza di sicurezza. Il paziente deve in tal caso indossare una mascherina chirurgica e, nel caso ne

fosse sprovvisto, deve venirne dotato per l'accesso alla visita. Il medico deve indossare idonei DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute).

Deve essere prevista la tutela del personale di segreteria dello studio medico tramite l'utilizzo di DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute) e di schermi protettivi nello spazio della ricezione.

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

### 3.G. Attività della Continuità Assistenziale

Nell'ambito delle attività da porre in essere sul territorio, finalizzate alla riduzione del rischio di ospedalizzazione di pazienti con sintomatologia compatibile con COVID, risulta fondamentale la gestione di detti pazienti da parte dei medici di Continuità Assistenziale.

Vengono riportate, di seguito, le modalità operative dell'intervento assistenziale posto in essere dal Medico di Continuità Assistenziale. Il primo contatto con il cittadino è il consulto telefonico. Se dopo il contatto telefonico il medico ritiene sia opportuno far accedere il cittadino per una visita, al paziente viene fornita una idonea mascherina e il medico indossa i DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute).

Le visite domiciliari, se motivate e pertanto sottoposte al giudizio medico, sono effettuate con l'utilizzo dei DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute).

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

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

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

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

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

Qualora il paziente sia un sospetto COVID-19, il MMG o il PLS decide, se adeguatamente fornito di DPI (secondo le disposizioni del Ministero della Salute), se prendere direttamente in carico il paziente o se contattare l'USCA di riferimento, al fine di avviare il paziente al percorso assistenziale più adeguato alle sue condizioni cliniche e assistenziali.

Qualora sia escluso il sospetto di positività, il MMG o il PLS valuta la possibilità di gestire il paziente tramite tele-monitoraggio.

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

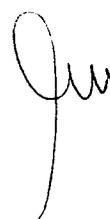
- tele-monitoraggio anche attraverso sistemi audiovisivi/videochiamata;
- assistenza programmata o ADI qualora sia necessario una gestione multidisciplinare del paziente;
- assistenza infermieristica domiciliare;
- consulenze specialistiche domiciliari, che possono essere richieste attraverso contatto telefonico diretto con lo specialista o tramite un canale privilegiato di prenotazione sul modello della sanità di iniziativa (teleconsulto);
- sarà inoltre possibile utilizzare il sistema di televisita con il proprio specialista di riferimento in sostituzione della visita di controllo prevista nella fase di recall dei pazienti prenotati nelle agende di follow up;
- esami di controllo, ematici e/o strumentali, effettuabili attraverso una richiesta dematerializzata (per la quale sono da implementare i sistemi per l'esecuzione a cura delle Aziende Sanitarie Provinciali) per gli esami più comuni;
- evitare l'accesso all'ambulatorio per la ripetizione delle terapie croniche attraverso la prescrizione farmaci dematerializzata;
- rinforzo educativo sanitario, sugli stili di vita e assistenziale per empowerment e prevenzione dell'infezione per via telefonica ad ogni accesso/contatto del curante e dei servizi infermieristici per qualsiasi motivo, oltre all'indagine sulla presenza di un'eventuale sintomatologia sospetta e, nel caso, segnalazione del caso;
- attivazione, quando necessario, dei servizi sociali.

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

Nel caso non sia possibile, sia per motivazioni tecniche che cliniche, gestire il paziente tramite tele-monitoraggio, il MMG/PLS attiva un'assistenza domiciliare. In tal caso le visite dovranno essere effettuate seguendo la doppia tutela dell'operatore sanitario, dotandolo di FFP2, guanti, visiera, camice monouso e del paziente, dotandolo di mascherina chirurgica. Qualora il paziente non possa essere gestito proficuamente a domicilio per motivi clinici o assistenziali, il MMG/PLS può indirizzare il paziente verso setting più adeguati al bisogno, quali le cure intermedie, o l'attivazione delle cure palliative.

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

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

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized, cursive script that appears to be the initials 'JM'.

## 4. Telemedicina COVID

Il servizio di tele-monitoraggio ha l'obiettivo di consentire ai medici di medicina generale ed ai medici delle Residenze sanitarie di contenere il numero di contatti con i pazienti ad alto rischio, riducendo allo stesso tempo la possibilità da parte dei pazienti di entrare in contatto, proprio presso le Residenze di assistenza, con il virus e quindi con forme di contagio.

Il servizio è strutturato non solo per pazienti COVID positivi, ma anche per quelli non ancora testati ma che abbiano sintomatologia influenzale riconducibile a COVID. Il sistema, inoltre, è da estendersi anche a pazienti cronici e fragili che potrebbero avere un maggior rischio di complicanze in caso di contagio. Proprio per questi ultimi pazienti vi è la necessità di maggior accesso al servizio sanitario, ma senza necessariamente esporli al contatto fisico in un luogo che è da considerarsi, in fase di incremento dell'incidenza del COVID, ad alto rischio.

Infine, non ultimo, il servizio risponde anche alla necessità di tutelare la sicurezza e la salute del personale medico ed infermieristico consentendo di affiancare all'attuale protezione fisica tramite presidi, che allo stato attuale scarseggiano, una protezione attiva che riduca drasticamente le occasioni di contatto.

La Regione Calabria promuove progetti sperimentali di tele-monitoraggio sul territorio, da svilupparsi nell'ambito delle Aziende Sanitarie Provinciali, previa validazione a cura del Gruppo Tecnico Regionale Emergenza COVID-19.

I progetti dovranno prevedere il coinvolgimento dei seguenti attori:

- i Medici di Medicina Generale e i Medici Ospedalieri delle strutture dimettenti;
- gli operatori della Unità Speciale di Continuità Assistenziale appositamente costituita;
- la Centrale operativa clinico-assistenziale del territorio di competenza;
- il Centro di Supporto Tecnologico del territorio di competenza;
- i pazienti sospetti o accertati positivi al COVID-19 (di seguito Paziente), classificati come segue:
  1. paziente sospetto positivo in auto-isolamento o paziente accertato positivo in quarantena;
  2. paziente dimesso da ricovero ospedaliero.

Possono inoltre essere sottoposti a monitoraggio preventivo, pazienti considerati ad alto rischio a causa delle condizioni di salute (es. cronici, immunodepressi, fragili, ecc.) che, qualora contagiati, potrebbero essere a rischio di vita.

Il progetto dovrà inoltre prevedere l'erogazione del servizio mediante le seguenti componenti tecnologiche:

- Piattaforma Applicativa fruibile da Web e app Mobile iOS e Android che consenta l'acquisizione dei dati clinici del Paziente in modalità manuale da parte del Paziente stesso o in modalità automatica tramite appositi device, o, eventualmente attraverso un collegamento telefonico effettuato dalla Centrale operativa clinico-assistenziale con il paziente;
- Kit di Tele-monitoraggio composto dai seguenti componenti:
  1. dispositivo mobile (tablet o smartphone) compreso di connettività Internet tramite rete mobile;
  2. device per la misura dei parametri oggetto di monitoraggio:
- termometro;
- sfigmomanometro;
- saturimetro (pulsossimetro);
- spirometro;
- eventuale strumentazione per i MMG e, nella eventualità, per gli infermieri di famiglia (Case Manager), al fine di poter garantirne l'operatività (es. la lettura dei parametri di monitoraggio, video-consulti con Paziente e Care-Giver), anche in mobilità.

Il progetto, inoltre, dovrà presupporre un modello di gestione del paziente secondo il processo di seguito specificato:

- per i pazienti sospetti o confermati COVID in isolamento:
  - il Medico di Medicina Generale richiede alla USCA l'attivazione del servizio di visita domiciliare per un Paziente;
  - la USCA, in cooperazione con il Medico, prende contatto con il Paziente e, sulla base del suo stato di salute, al termine della visita determina la necessità e l'eventuale composizione più idonea del Kit di Tele-monitoraggio e lo assegna al paziente, prescrivendo l'attivazione del servizio e formandolo al suo utilizzo;
  - la Centrale operativa clinico-assistenziale avvia il servizio di telesorveglianza contattando telefonicamente il paziente;
  - durante il periodo di tele-monitoraggio i dati raccolti e gli allarmi generati dalla Piattaforma sono messi a disposizione della Centrale operativa clinico-assistenziale e resi visibili al MMG, all'USCA ed eventualmente all'ADI;

- al termine del periodo di monitoraggio, il paziente che si reca all'ambulatorio per fare il tampone, restituisce il Kit;
- il Centro di Supporto Tecnologico preleva il Kit per la sua sanificazione e la messa a disposizione per un prossimo Paziente.
- Per i pazienti positivi COVID dimessi al domicilio
  - alla dimissione del paziente, il medico ospedaliero, laddove repute necessaria l'attivazione di un servizio di telesorveglianza, effettua la prescrizione, consegna al paziente un idoneo kit di tele-monitoraggio formandolo per il suo utilizzo e attiva il servizio;
  - la Centrale operativa clinico-assistenziale avvia il servizio di telesorveglianza contattando telefonicamente il paziente;
  - durante il periodo di tele-monitoraggio i dati raccolti e gli allarmi generati dalla Piattaforma sono messi a disposizione della Centrale Medica e resi visibili al MMG, ai medici del reparto dimettente ed eventualmente all'ADI;
  - al termine del periodo di monitoraggio, il paziente restituisce il Kit;
  - il Centro di Supporto Tecnologico preleva il Kit per la sua sanificazione e la messa a disposizione per un prossimo Paziente

La Piattaforma applicativa deve erogare le seguenti funzionalità:

- impostazione del piano di monitoraggio (tipologie, frequenza delle e condizioni di allarme delle misure da raccogliere) su base singolo Paziente e di un eventuale piano di sorveglianza attiva;
- raccolta, secondo piano di monitoraggio e di sorveglianza definiti, dei dati clinici inseriti su dispositivo mobile manualmente dal Paziente o automaticamente tramite device;
- analisi dell'andamento dei dati clinici e segnalazione di allarmi al verificarsi delle condizioni definite;
- tracciare eventuali comunicazioni originate dal Paziente.

Il Centro Supporto Tecnologico, operante 8-20 7/7, che opera a supporto dei Medici, dei pazienti oltre che per le Centrali operative clinico-assistenziali, è incaricato di:

- erogare, gestire e mantenere la Piattaforma applicativa esposta sulla rete, con caratteristiche aderenti alle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali/sicurezza delle informazioni;

- fornire e configurare il Kit (dispositivo mobile, device) sulla base delle necessità del singolo Paziente, delle indicazioni del MMG e della Unità Speciale di Continuità Assistenziale;
- su base giornaliera, consegnare alla Unità Speciale di Continuità Assistenziale e ritirare dagli ambulatori i Kit rispettivamente al termine del loro utilizzo da parte del Paziente;
- provvedere alla sanificazione e manutenzione del Kit ritirato (comprensiva della completa cancellazione dei dati ivi registrati) prima del suo successivo riuso;
- fornire assistenza tecnica ai MMG, alla Unità Speciale di Continuità Assistenziale e alla Centrale operativa clinico-assistenziale a tramite Help Desk per l'utilizzo della Piattaforma e del Kit.

La Centrale operativa Clinico-assistenziale, operante per almeno H12 (8-20) 7/7, è incaricata, di:

- monitorare i dati e rilevare gli allarmi di natura sanitaria generati dalla Piattaforma;
- svolgere sorveglianza attiva, tramite chiamate voce o con video, sui Pazienti secondo il piano definito;
- gestire gli allarmi secondo i protocolli definiti (che possono prevedere il coinvolgimento del Medico), tramite chiamate voce o con video;
- svolgere il ruolo di primo contatto per necessità dei Pazienti in collaborazione con il MMG che lo ha in carico che in ogni caso attraverso la piattaforma vedrà la notifica d'intervento (coinvolgendo il Centro di supporto Tecnologico nel caso di supporto inerente all'utilizzo della Piattaforma e del Kit);
- raccogliere e registrare nella Piattaforma le comunicazioni originate dai Pazienti al pari del medico di medici generale che lo ha in carico.

Per i pazienti dimessi dagli ospedali i servizi di centrale medica potrebbero essere svolti dalla struttura che dimette. Sono ammesse forme di aggregazione di più strutture che possono incaricare un'unica centrale operativa clinico-assistenziale. Per tutti i pazienti i servizi di centrale medica sono comunque ricompresi all'interno del profilo ADI COVID, se attivato.

Le Centrali clinico-assistenziali possono essere affiancate da una Struttura Tecnica Regionale per la gestione dei contatti con i Pazienti (es. Contact Center Regionale).

La strategia di realizzazione del progetto di tele-monitoraggio dovrà prevedere la selezione di più fornitori per quanto possibile e se rispondenti ai requisiti imposti dal sistema (ognuno

operante su una area territoriale) per la fornitura dei servizi del Centro di Supporto Tecnologico e delle componenti tecnologiche (Piattaforma Applicativa) dei servizi di centrale operativa clinico-assistenziale, e, opzionalmente del Kit di Tele-monitoraggio e che possano dimostrare di possedere i requisiti tecnici e di esperienza specifica maturata e di essere in grado di attivare immediatamente il servizio, ricomprendendo i partner tecnologici assegnatari progetti 'Nuove reti sanitarie'. In caso di emergenza per fault di un centro tecnologico territoriale, uno degli altri dovrà essere nelle condizioni di subentrare in logica di recovery fault avendo la piena possibilità di agire.

## 5. Figure professionali

### 5.1. Infermiere di famiglia o di comunità e assistenti sociali

Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2, anche a supporto delle Unità speciali di continuità assistenziale e dei servizi offerti dalle cure primarie, le Aziende Sanitarie Provinciali provvederanno all'assunzione di personale infermieristico e di assistenti sociali, secondo le modalità specificate dalla legge n. 77/2020. Tale legge prevede il reclutamento di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti e di 1 assistente sociale ogni 2 Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA).

Con il Decreto del Presidente della Giunta Regionale della Calabria n. 25 del 29/03/2020 sono state istituite le Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA) per la gestione domiciliare dei pazienti che non necessitano di ricovero ospedaliero, per un totale di 37 USCA distribuite su tutto il territorio regionale. La Tabella 2 mostra il dettaglio relativo al fabbisogno di infermieri da reclutare sulla base della numerosità della popolazione residente in ciascuna Provincia, mentre la Tabella 3 mostra il fabbisogno stimato degli assistenti sociali in base al numero di USCA attualmente attivate. Nello specifico, il fabbisogno complessivo di personale infermieristico per tutta la Regione ammonta a n. 304 unità mentre sono richieste n. 17 figure di assistenti sociali.

TABELLA 2. FABBISOGNO DEGLI INFERMIERI CALCOLATO SULLA POPOLAZIONE RESIDENTE

	705.753	112
	174.980	24
	358.316	56
	160.073	24
	548.009	88
	<b>1.970.521</b>	<b>304</b>

\*Dati aggiornati al 01/01/2019

§Il D.L. 34 del 19/05/2020 prevede il reclutamento di 8 infermieri ogni 50.000 abitanti

TABELLA 3. FABBISOGNO DI ASSISTENTI SOCIALI CALCOLATO IN BASE AL NUMERO DI USCA ISTITUITE DAL DPGR N. 25 DEL 29/03/2020

	11	5
	3	1
	8	4
	3	1
	12	6

\*Come da Decreto del DPGR n. 25 del 29/03/2020

§Il D.L. 34 del 19/05/2020 prevede il reclutamento di 1 assistente sociale per 2 USCA

## 5.2. Il percorso assistenziale ADI COVID

Al fine di garantire un percorso assistenziale specifico per i pazienti COVID positivi, che consenta la presa in carico sul territorio dei soggetti, anche con l'obiettivo di ridurre l'ospedalizzazione di detti pazienti, la Regione Calabria istituisce il percorso assistenziale ADI COVID.

Le singole ASP, attraverso la Centrale Operativa Territoriale, attivano un numero unico di riferimento per MMG/PLS e Ospedali che, mediante colloquio telefonico, può individuare il percorso domiciliare più appropriato alla luce delle condizioni cliniche, di fragilità anche sociale: ADI COVID, Cure Palliative, eventuale ADI ordinaria.

Il percorso assistenziale ADI COVID, che può integrarsi con le attività di ADI ordinaria, è destinato ai pazienti COVID positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità o pazienti con sintomatologia simil influenzale considerati sospetti casi COVID.

Possono essere:

- pazienti COVID positivi dimessi dalle strutture ospedaliere e dal PS verso il domicilio;
- pazienti COVID positivi già collocati al proprio domicilio per il periodo di isolamento domiciliare obbligatorio.

Per i pazienti per i quali viene attivata l'ADI COVID, dovrà essere garantito:

1. primo accesso dell'infermiere entro 24 ore dalla segnalazione per valutazione dell'assistito, valutazione socio-abitativa di concerto con l'assistente sociale, verifica delle conoscenze e integrazioni delle informazioni in merito alle modalità di trasmissione dell'infezione. In caso di situazione incompatibile con il corretto svolgimento dell'isolamento domiciliare, procede alla segnalazione al MMG che può proporre soluzioni alternative di isolamento extradomiciliare, sulla base di specifiche indicazioni regionali che verranno adottate nei casi di fenomeni epidemici rilevanti;
2. informazione sulle modalità di esecuzione delle misure di isolamento. In particolare:
  - a. utilizzo esclusivo locali (stanza e bagno se disponibili);
  - b. modalità di gestione degli spazi condivisi (comprese situazioni in cui non sono disponibili bagno e stanza dedicati);

- c. utilizzo della mascherina, guanti, lavaggio delle mani e regole di igiene raccomandate;
  - d. divieto/limitazione ingresso di visitatori a domicilio;
  - e. aereazione degli ambienti;
  - f. modalità di sanificazione delle superfici;
3. informazione all'assistito e caregiver in merito all'esigenza di rilevare la temperatura e gli eventuali sintomi e contestuale presentazione scheda di monitoraggio;
  4. informazione in merito ai contatti da attivare in caso di comparsa di sintomi (MMG/PLS/MCA/USCA) e alle modalità/situazioni in cui attivare il Centro Operativo Territoriale/Sistema di Emergenza-Urgenza, di concerto con il proprio MMG/PLS/USCA;
  5. consegna di mascherine chirurgiche per l'assistito e caregiver (1 a testa al giorno per i giorni di isolamento previsti);
  6. sorveglianza attiva di tipo sanitario e follow up sanitario, anche utilizzando strumenti di tele-monitoraggio (se predisposto specifico progetto validato);
  7. programmazione/effettuazione contatti telefonici a frequenza quotidiana o plurisettimanale, a seconda della situazione del paziente;
  8. reperibilità telefonica per ricevere chiamate dal paziente/care giver (almeno 12 ore, preferibilmente dalle ore 8 alle 20);
  9. raccordo con MMG/PLS/USCA e strutture dimettenti;
  10. raccordo con il Dipartimento di Prevenzione per le attività di sorveglianza attiva;
  11. effettuazione di prelievi, ove necessari;
  12. effettuazione del tampone nasofaringeo su disposizione del MMG/USCA per verifica di avvenuta guarigione (due tamponi negativi a distanza di 24 ore) per i pazienti COVID.

In caso di paziente preso in carico che necessita di monitoraggio della saturimetria quotidiano o plurisettimanale, qualora non attivato un progetto assistenziale di tele-monitoraggio, deve essere garantita la misurazione al domicilio e il raccordo con il MMG/PLS/USCA o struttura dimettente per decidere circa la prosecuzione del monitoraggio o l'invio in ospedale.

Per i pazienti che necessitano di ossigenoterapia, deve essere garantita anche la corretta istruzione all'uso dell'ossigeno terapia.

Devono sempre essere garantiti almeno due accessi dell'infermiere, uno all'inizio e uno alla fine della presa in carico, con possibilità di incremento nei casi di assistiti/caregiver che

richiedono un maggior rinforzo e controllo delle modalità di gestione dell'isolamento (da documentare nel diario assistenziale).

La durata della presa in carico è di norma di 15 giorni, eventualmente prolungabile da parte del soggetto che ha attivato il profilo.

In presenza di altre fragilità va effettuata la valutazione multidimensionale e attivato il profilo assistenziale coerente con le prestazioni e gli accessi previsti.

L'attivazione del profilo ADI COVID è in capo al MMG/PLS/USCA e avviene mediante prescrizione in analogia con le modalità di prescrizione di ADI ordinaria.

Se il paziente è già in carico ADI ordinaria, o se il paziente manifesta necessità anche di ADI ordinaria, il profilo ADI COVID si integra con le attività di ADI ordinaria.

Il monitoraggio prevede esclusivamente la compilazione del diario assistenziale, che deve tracciare gli accessi, le comunicazioni effettuate nello svolgimento del raccordo con MMG / struttura dimettente / USCA e le prestazioni effettuate. Il diario, puntualmente aggiornato, va lasciato a domicilio.

Il Servizio ADI COVID dovrà presupporre la reperibilità telefonica 7 giorni / settimana, H12 al giorno.

## 6. Terzo Settore

Nell'ambito della gestione dei pazienti affetti da COVID-19, sono da promuovere, a cura delle ASP e in maniera coordinata con gli Enti del Terzo Settore, procedure finalizzate a garantire un processo globale per la gestione delle persone che presentano particolari situazioni di fragilità sanitaria e/o vulnerabilità sociale.

In particolare, occorre potenziare le attività collegate direttamente all'erogazione di servizi pubblici essenziali, vale a dire strumentali all'esercizio del diritto alla salute o altri diritti fondamentali della persona.

A titolo esemplificativo, il supporto offerto dal volontariato potrà riguardare:

- la consegna a domicilio di generi alimentari e di altri beni di prima necessità;
- l'attività degli empori solidali, limitatamente alla fornitura dei generi alimentari e non, escludendo però modalità di distribuzione che comportino assembramento di persone e privilegiando quelle che evitano il contatto fisico;
- Interventi di bassa soglia rivolti a categorie vulnerabili quali persone senza fissa dimora (distribuzione pasti e beni di prima necessità, mense, supporto nelle strutture di accoglienza, etc.);
- L'accompagnamento sociale esclusivamente per situazioni non differibili;
- Il contatto e monitoraggio telefonico delle persone vulnerabili e a rischio di isolamento.

Per le specifiche modalità operative e di svolgimento di specifiche tipologie di attività si dovrà fare riferimento alle disposizioni, qualora emanate, dalle autorità competenti.

Devono sempre essere garantite condizioni strutturali e organizzative di rispetto delle disposizioni in materia di prevenzione del contagio ed in particolare della distanza di sicurezza interpersonale minima. Ad esempio, le attività di consegna spesa e altri beni dovrà avvenire con una modalità che escluda il contatto diretto e assicuri il mantenimento della distanza di sicurezza, preferibilmente prevedendo il deposito fuori dalla porta o in altro luogo concordato, previo accordo telefonico con il destinatario.

Si ricorda che in ogni caso il supporto ai soggetti positivi al SARS-CoV-2 ed isolati presso il proprio domicilio potrà essere attuato esclusivamente dal Volontariato di tipo sanitario (Croce Rossa, Pubbliche Assistenze) con l'utilizzo precauzionale di mascherina, guanti e camici, seguendo le norme igienico sanitarie di cui all'allegato 1 del DPCM 8 marzo 2020.



## 7. Aree disagiate

Sono 404 i comuni nella Regione Calabria, 318 (78,7% rispetto al totale) dei quali presentano meno di 5.000 abitanti. La popolazione residente in questi piccoli comuni è di circa 600.000 abitanti e rappresenta 1/3 della popolazione totale calabrese. La maggior parte di questi comuni è situata in aree geografiche di difficile accesso e con una limitata offerta dei servizi sanitari territoriali di base.

Pertanto, al fine di garantire equità e omogeneità negli interventi assistenziali risulta fondamentale assicurare, oltre alle azioni di gestione, sorveglianza, prevenzione e isolamento, nonché l'accesso all'assistenza sanitaria di base, a favore di tutti i soggetti SARS-CoV-2 positivi residenti in aree disagiate e che non necessitano di cure ospedaliere, sportelli telematici per la prenotazione di visite e rilascio di referti, nonché Postazioni di Emergenza Territoriale per la gestione delle attività in urgenza-emergenza.

Uno degli obiettivi, tra gli altri, del presente Piano è quello di ottimizzare l'assistenza sanitaria in località ad alto rischio di isolamento sanitario, caratterizzate da eccezionale difficoltà di accesso, facendo ricorso anche ai servizi di telemedicina che siano in grado di implementare un monitoraggio dei pazienti, non esclusivamente in fase epidemica, ma includendo anche pazienti anziani, fragili e tutti i soggetti in condizione di vulnerabilità sanitaria e sociale.

Questi servizi di telemonitoraggio e telemedicina dovranno essere a supporto dei servizi di assistenza sanitaria domiciliare esistenti e integrati con i servizi sanitari creati *ad hoc* per la gestione domiciliare dei soggetti positivi, quali le USCA ed il servizio ADI-COVID.

## 8. Impatto economico

Viene di seguito riportata una stima del costo delle nuove figure professionali da reclutare, sulla base delle categorie professionali e dei parametri specificati dal Decreto Legge n. 34 del 19/05/2020 convertito, con modificazioni, dalla legge n. 77 del 17 luglio 2020. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri famiglia o di comunità un compenso lordo di €30 ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore, mentre agli assistenti sociali viene riconosciuto un compenso lordo orario di € 30, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 24 ore (Tabella 4).

**TABELLA 4. STIMA SU BASE SETTIMANALE DEL COSTO UNITARIO, PER TIPOLOGIA DI PROFESSIONISTA, IN BASE AL D.L. N. 34 DEL 19/05/2020.**

	35	30	1.050
	24	30	720

La Tabella 5 e la Tabella 6 dettagliano il costo delle citate figure professionali suddiviso per singola ASP, presupponendo una durata del contratto di lavoro di 32 settimane a partire dal 15/05/2020 fino al 31/12/2020.

	112	117.600	3.763.200
	24	25.200	806.400
	56	58.800	1.881.600
	24	25.200	806.400
	88	92.400	2.956.800
	<b>304</b>	<b>319.200</b>	<b>10.214.400</b>

**TABELLA 5. STIMA DEL COSTO DEGLI INFERMIERI PER ASP IN BASE AL D.L. N. 34 DEL 19/05/2020.**

<sup>§</sup>Stima effettuata prendendo in considerazione 32 settimane lavorative a partire dal 15/05/2020

	5	3.600	115.200
	1	720	23.040
	4	2.880	92.160

Vibo Valentia	1	720	23.040
Reggio Calabria	6	4.320	138.240
<b>Calabria</b>	<b>17</b>	<b>12.240</b>	<b>391.680</b>

**TABELLA 6. STIMA DEL COSTO DEGLI ASSISTENTI SOCIALI PER ASP IN BASE AL D.L. N. 34 DEL 19/05/2020.**

<sup>s</sup>Stima effettuata prendendo in considerazione 32 settimane lavorative a partire dal 15/05/2020

In particolare su base regionale, il costo stimato settimanale del personale infermieristico è pari a € 319.200 per un totale di € 10.214.400, mentre per gli assistenti sociali è previsto un costo settimanale pari a €12.240 che comporta un costo complessivo di € 391.680.