

**ecmclub :)**

**Medicina Generale nella fase  
post-emergenza da COVID-19:  
consigli utili per la gestione  
in sicurezza dell'assistenza territoriale**

Corso FAD **18 CREDITI ECM**

16 giugno - 31 dicembre 2020

# Razionale

L'allentamento delle misure di distanziamento sociale che caratterizza la fase post emergenziale della pandemia di COVID-19 in assenza di dati sullo stato infettivo della popolazione generale rilancia con forza il ruolo di controllo e gestione che deve giocare la medicina del territorio, in primis la Medicina Generale. L'incertezza sullo stato sierologico della popolazione, per quanto in una fase epidemica che sembrerebbe porre il nostro paese nella parte discendente della curva, insieme alle evidenze crescenti secondo cui persone con pauci-sintomatiche o del tutto asintomatiche possano contribuire alla diffusione del SARS-CoV-2 sono considerazioni che impongono la necessità di una attenzione ancora elevata, tale da doversi concretizzare nell'applicazione di misure da parte degli operatori sanitari e segnatamente dei medici di medicina generale, volte al massimo contenimento possibile di situazioni in grado di mettere a repentaglio la salute sia dei cittadini sia di chi si occupa della tutela della loro salute. Le modalità operative ad oggi individuate dalla Medicina Generale per rispondere alle esigenze poste dalla circolazione del nuovo coronavirus prevedono modelli di contenimento dell'infezione basati su:

- triage telefonico preliminare all'accesso in studio
- accesso agli studi solo su appuntamento in modo da contingentare la contemporanea presenza di più pazienti oltre che escludere accesso di pazienti positivi
- utilizzo di strumenti informatici per le attività prescrittive
- utilizzo di piattaforme per un nuovo livello di accesso: la visita in remoto attraverso il videoconsulto, l'interlocuzione con i pazienti attraverso App
- implementazione degli strumenti di telemedicina, diagnostica di primo livello

Il corso FAD intende fornire una serie indicazioni clinico-pratiche per l'attività quotidiana dei medici di medicina generale sulla base di documenti ufficiali di società scientifiche, siti istituzionali e letteratura scientifica internazionale.

## PROGRAMMA DEL CORSO

- Nuovo approccio alla visita ambulatoriale e domiciliare
- Il paziente Covid-19: inquadramento clinico
- Implicazioni psico-sociali della pandemia: ansia, insonnia, etc.
- Telemedicina: aspetti medico-legali



### **Franco Marchetti**

Medico di Medicina Generale,  
Presidente Unione Nazionale  
Scientifica di Informazione, Milano



### **Marco Giuri**

Fondatore dello Studio Giuri  
Avvocati, Firenze, docente della  
24 Business School e presso  
Scuole di Specializzazioni e Master

CREDITI ECM: 18

ONLINE DAL: 16 giugno 2020

VALIDO FINO AL: 31 dicembre 2020

ORE FORMATIVE STIMATE: 10

PROFESSIONI: tutte le professioni

ID EVENTO: 297837

MODULO 1

# Decalogo per la medicina generale nella fase 2 di COVID-19

**Dr. Franco Marchetti**

Medico di Medicina Generale,

Presidente Unione Nazionale Scientifica di Informazione, Milano

L'allentamento delle misure di distanziamento sociale che caratterizza la fase post emergenziale della pandemia di COVID-19 in assenza di dati sullo stato infettivo della popolazione generale rilancia con forza il ruolo di controllo e gestione che deve giocare la medicina del territorio, in primis la Medicina Generale.

L'incertezza sullo stato sierologico della popolazione, per quanto in una fase epidemica che sembrerebbe porre il nostro paese nella parte discendente della curva, insieme alle evidenze crescenti secondo cui persone pauci-sintomatiche o del tutto asintomatiche possano contribuire alla diffusione del SARS-CoV-2 sono considerazioni che impongono la necessità di una attenzione ancora elevata, tale da doversi concretizzare nell'applicazione di misure da parte degli operatori sanitari e segnatamente dei medici di medicina generale, volte al massimo contenimento possibile di situazioni in grado di mettere a repentaglio la salute sia dei cittadini sia di chi si occupa della tutela della loro salute. Le modalità operative ad oggi individuate dalla Medicina Generale per rispondere alle esigenze poste dalla circolazione del nuovo Coronavirus prevedono modelli di contenimento dell'infezione basati su:

- triage telefonico preliminare all'accesso in studio

- accesso agli studi solo su appuntamento in modo da contingentare la contemporanea presenza di più pazienti oltre che escludere accesso di pazienti positivi
- utilizzo di strumenti informatici per le attività prescrittive
- utilizzo di piattaforme per un nuovo livello di accesso: la visita in remoto attraverso il videoconsulto, l'interlocuzione con i pazienti attraverso App
- implementazione degli strumenti di telemedicina, diagnostica di primo livello

Nelle pagine seguenti vengono fornite informazioni utili per l'attività quotidiana dei medici di famiglia, estrapolate da documenti ufficiali della Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG), della Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG) e della Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP) oltre che da siti istituzionali e letteratura scientifica internazionale.

## **Procedure di protezione del medico**

**In studio il medico deve cambiare gli indumenti e indossare abiti da lavoro, utilizzando dispositivi di protezione individuali - DPI (mascherina FFP2-FFP3, visiera o schermo paraspruzzi, occhiali, guanti e copri-**

**scarpe o zoccoli di plastica disinfettabili) per effettuare visita medica in ambulatorio ma anche per visite presso RSA/Case di Riposo/Ospedale di Comunità.**

Per le mascherine con filtro FFP2/FFP3 si dovrebbero prediligere quelle senza valvola espiratoria (o qualora non fosse possibile indossare durante la visita al di sopra una mascherina chirurgica) per prevenire il contagio "inverso" da operatore a paziente.

Nell'ambulatorio andrebbero previsti un percorso pulito e uno sporco, tuttavia non essendo ciò sempre possibile si può ricorrere ad armadi appositi per il pulito ove depositare materiale monouso confezionato necessario alla pratica assistenziale e i dispositivi da utilizzare e armadi per dove allocare il materiale per le pulizie e per i rifiuti. Questi ultimi devono essere considerati sempre come rifiuti pericolosi a rischio infettivo e smaltiti secondo le normative vigenti.

È inoltre opportuno coprire con materiale monouso, quando possibile, le superfici che possono venire a contatto con i pazienti.

In caso di visita programmata, il paziente andrebbe visitato in piedi se non è strettamente necessaria la posizione supina, nel qual caso devono essere utilizzati lenzuolini usa-e-getta per il lettino. Qualora per situazioni straordinarie non previste (paziente sintomatico autopro-

sentatosi in studio) il medico constati di trovarsi di fronte ad un caso di paziente sospetto per Covid-19 è necessario effettuare un rigoroso distanziamento del paziente anche dagli altri eventualmente presenti in sala d'attesa, con invio al domicilio per la quarantena e prescrizione delle misure necessarie previste dai protocolli regionali/aziendali.

Nei casi in cui l'utilizzo dello studio sia condiviso da più medici e ordinariamente suddiviso in fasce orarie diverse è necessario condividere tutti i protocolli e le procedure di gestione dell'attività; provvedere a sanificare gli arredi, l'ambiente e gli strumenti a fine utilizzo, tassativamente nel caso di condivisione della stanza. È altresì indispensabile prevedere la custodia separata degli indumenti da lavoro di ciascun medico e avvisare preventivamente i colleghi nel caso di eventuali spostamenti di orario, in modo da evitare assembramenti dei pazienti in sala d'aspetto.

Se nello studio sono presenti più medici contemporaneamente, le prenotazioni delle visite vanno concordate tra colleghi in modo che in sala d'aspetto sia sempre presente un numero di pazienti complessivo compatibile con le dimensioni del locale e le misure di distanziamento, e se possibile individuare la parte della sala di aspetto riservata ai pazienti di ciascun medico.

### Procedure di protezione del personale

La situazione sanitaria determinata in seguito alla pandemia del nuovo Coronavirus può determinare in ordine all'applicazione delle disposizioni in materia di salute e sicurezza nell'ambito degli studi medici di medicina generale una serie di profili di responsabilità da parte del MMG Datore di Lavoro.

In questa fase della pandemia è opportuno mantenere elevato il livello di sicurezza nella struttura e adottare nell'esercizio dell'attività tutte le misure necessarie a tutelare l'integrità fisica dei lavoratori.

Il personale di segreteria deve indossare

guanti e mascherina che vanno cambiati ogni turno di lavoro, salva l'ipotesi di immediata sostituzione di tali presidi di protezione individuale nell'ipotesi in cui essi risultino inumiditi o esposti a pericolo di eventuale contaminazione per effetto del contatto con oggetti del paziente. L'addetto alla segreteria deve mantenere la pulizia scrupolosa delle superfici ove si svolge la sua attività (monitor, tastiera computer, penne, telefono, stampanti, ecc.).

Sul bancone della reception, ove possibile, posizionare schermi protettivi trasparenti.

### Sanificazione dello studio

Per pulizia quotidiana/sanificazione si intende il complesso di procedimenti atti a rendere salubre un ambiente mediante le attività di pulizia, di detergenza e/o successiva disinfezione che possono essere svolte separatamente o in un unico processo, ponendo particolare attenzione alla rimozione (deterisione) di sporco e residui che possono inficiare l'intero processo.

La ventilazione di locali chiusi per via naturale o mediante ricambio d'aria meccanico rappresenta il sistema di sanificazione più semplice e rapido da adottare per ridurre il rischio di trasmissione di agenti infettivi. Gli impianti di climatizza-

zione dovrebbero essere tenuti spenti; qualora ciò non fosse possibile si raccomanda la pulizia settimanale accurata ad impianto fermo dei filtri oltre che delle prese e delle griglie di ventilazione, con acqua e sapone e/o alcol etilico al 75%. È necessario effettuare una pulizia giornaliera e la sanificazione periodica dei locali, degli ambienti di lavoro (ivi compresi i relativi strumenti quali, in via esemplificativa, tastiere, schermi touch, mouse, etc.) e delle aree comuni e di svago con adeguati detergenti. La circolare del ministero della Salute del 22 febbraio 2020, n. 5443 raccomanda come disinfettanti ipoclorito di sodio 0,1%- 0,5%, etanolo 62%- 71% o perossido di idrogeno 0,5%.

Per i servizi igienici si consiglia, dopo ogni utilizzo, una disinfezione delle superfici con acqua e ipoclorito di sodio 0,5% in soluzione con uno spruzzatore, areando opportunamente dopo l'impiego.

Il personale competente effettua l'igienizzazione quotidiana prestando particolare attenzione alla pulizia dei piani di lavoro, delle maniglie delle porte e delle finestre, degli interruttori della luce e del pavimento. In caso si sia venuti a contatto con un caso sospetto di Covid-19 oltre alle procedure di sanificazione devono essere diffusamente utilizzate procedure di disinfezione.

Tipo di superficie da pulire	Frequenza
Attrezzatura condivisa Esempi: stetoscopi, polsini per la pressione sanguigna, otoscopi	Tra un paziente e l'altro
Superfici orizzontali e tattili Esempi: contatori, bilance per bambini, tavoli, lettino da visita	Dopo una persona con sintomi respiratori e almeno quotidiano
Superfici frequentemente toccate Esempi: equipaggiamento medico, pomelli per porte, interruttori della luce, telefoni, tastiere, mouse, penne, grafici, telefoni cellulari, giocattoli, bagni	Almeno 2 volte al giorno
Pulizia generale delle sale d'esame Esempi: sedie, tavoli, pavimenti	Almeno 2 volte al giorno

### Organizzazione delle attività

#### a. Gestione dell'accesso dei pazienti all'ambulatorio

L'accesso di un paziente all'ambulatorio deve essere programmato su appuntamento previo contatto e triage telefonico, e con cadenza tale da ridurre al minimo lo stazionamento del paziente in sala d'attesa.

L'attività di triage telefonico dovrebbe essere attuata da personale di Segreteria e/o Infermieristico adeguatamente formato per identificare gli assistiti che devono essere contattati direttamente dal Medico di Medicina Generale il quale valuterà sulla base dell'intervista telefonica se procedere alla valutazione presso lo studio medico. L'obiettivo è limitare il carico di lavoro diretto in considerazione dei rallentamenti indotti dalle misure di sicurezza.

A ciascun paziente che si presenta in studio devono essere consegnati guanti e mascherina chirurgica qualora ne fosse sprovvisto e deve essere ricordato di utilizzare una soluzione disinfettante idroalcolica al 70% prima di indossare i guanti, che deve essere messa in ingresso a disposizione di tutti i fruitori dell'assistenza.

#### b. Sala d'aspetto

**Se necessario, il paziente fruitore della prestazione viene fatto accomodare nella sala d'aspetto. Un eventuale accompagnatore deve attendere fuori dallo studio.**

È obbligatorio che nella sala d'aspetto sia ampiamente e scrupolosamente rispettato il distanziamento personale (oltre 1 metro) anche attraverso il posizionamento idoneo delle sedute o qualora non fosse possibile distanziarle mediante segnalazione di quelle da non utilizzare con nastro adesivo.

Dovrebbe essere presente un bagno dedicato ai pazienti da igienizzare dopo l'uso. Qualora occasionalmente non sia possibile attuare tale distanziamento, previa informativa si darà indicazione al paziente di ritornare al poliambulatorio dopo un opportuno intervallo di tempo.

Vanno eliminati dalla sala d'aspetto riviste, libri, giocattoli per bambini.

La sala d'aspetto deve essere idoneamente e periodicamente arieggiata, sanificata ed igienizzata. Predisporre per tutti i pazienti che vengono in studio avviso di norme di comportamento, manifesti e altri strumenti di comunicazione compresi ausili digitali. È opportuno rammentare con appositi visual la frequente e scrupolosa igiene delle mani.

#### c. Appuntamenti per teleconsulti

**L'emergenza ha reso necessaria una disponibilità diretta dei Medici di Medicina Generale per il contatto da parte dell'assistito. Questo approccio dovrebbe essere modulato in modo tale da prevedere un tempo dedicato all'assistito in una specifica fascia oraria.**

Al pari di un accesso in ambulatorio, l'appuntamento per teleconsulto deve consentire di dedicare un tempo codificato per la valutazione del paziente evitando che il medico o l'assistito siano impegnati in altre attività al momento del contatto. L'appuntamento deve essere registrato in agenda sia per motivi di organizzazione sia di rendicontazione anche futura. Il triage telefonico ha l'obiettivo di selezionare il motivo del teleconsulto affinché questo rientri tra i criteri di selezione individuati.

Il teleconsulto dovrebbe seguire le stesse modalità con cui viene abitualmente praticata una visita medica in studio con cartella clinica aperta, in modo da contestualizzare e personalizzare eventuali decisioni potendosi basare su tutto il set informativo a disposizione. Il tipo di contatto andrebbe evidenziato nel diario clinico, riportando schematicamente quanto emerso, come viene valutato e quanto viene deciso ed il programma di eventuali controlli sempre in teleconsulto o tramite accesso diretto dell'assistito per visita medica.

#### Procedure di accesso al domicilio dei pazienti

##### 1 | La fase post-lockdown si carat-

**terizza per il progressivo allentarsi delle misure di contenimento: in questo contesto deve riprendere l'assistenza domiciliare dei pazienti soprattutto cronici e fragili.**

Per quanto i dati sulla circolazione del virus ricavati dal numero di nuove infezioni documentate sembrano testimoniare una riduzione del carico epidemico, risulta fondamentale definire procedure rigorose per gli accessi al domicilio dei pazienti valutati asintomatici per Covid-19 in seguito a triage telefonico, in modo da minimizzare il rischio di contagio operatore-paziente e quello di contaminazione nell'ambiente domestico. Le incertezze sulla contagiosità dei soggetti in fase pre-sintomatica o degli asintomatici rende impellente la necessità di non sottostimare il potenziale rischio di trasmissione del virus da parte dei soggetti che si presume non siano infetti.

È dunque necessario concordare sempre telefonicamente la visita con il paziente e istruirlo su come preparare l'ambiente domestico. La visita andrebbe condotta in una stanza dotata di finestre (se il paziente può muoversi o essere spostato in casa), da arieggiare per almeno 30 minuti prima della visita medica.

Va fatto preparare e posizionare su una superficie d'appoggio (disinfettata) vicina a dove si collocherà il paziente l'eventuale occorrente per manovre infermieristiche (es: cotone idrofilo e disinfettante), eventuale documentazione clinica da visionare e un sacco per indifferenziata. Nella stanza adibita per la visita può essere consentita la presenza di un caregiver se serve aiuto per le manovre semeiotiche. Poco prima del proprio arrivo bisogna invitare il paziente a lavare accuratamente le mani e a indossare una mascherina chirurgica.

**2 | Il medico dovrebbe indossare abiti da lavoro da lasciare preferibilmente in ambulatorio e portare con sé solo lo strumentario strettamente indispensabile, meglio se in una busta dove possa essere riposto dopo l'utilizzo e prima della disinfezione.**

In una seconda busta da lasciare fuori dalla porta di ingresso dell'abitazione del paziente, vanno allocati un gel mani igienizzante, una soluzione a base di ipoclorito di sodio 0,5% o soluzione alcolica al 70% e cotone idrofilo necessari per la disinfezione degli strumenti terminata la visita.

Vanno rimossi monili, anelli e fedeli e va prestata la massima attenzione a evitare di toccarsi accidentalmente occhi, naso, bocca.

È necessario munirsi di due paia di guanti (di misura idonea e di cui controllare sempre l'integrità prima di indossarli), mascherina chirurgica o filtrante respiratorio FFP2 senza valvola, da indossare previa disinfezione delle mani.

La visita deve durare il tempo minimo indispensabile, mantenendo una distanza di 2 metri per tutta la sua durata tranne che per le manovre semeiologiche in cui è necessario avvicinarsi al paziente.

Le eventuali prescrizioni vanno effettuate una volta rientrati in studio.

Al termine della visita, va rimosso il primo paio di guanti da buttare nella busta per indifferenziata predisposta dal paziente. Usciti dall'appartamento, con ancora il secondo paio di guanti puliti si deve provvedere a una rapida disinfezione degli strumenti da riporre successivamente nella borsa medica.

Il secondo paio di guanti va rimosso e messo nella busta da lasciare sul pianerottolo, e si deve procedere a igienizzare le mani col gel, rimuovere la mascherina/facciale filtrante dagli elastici o dai lacci a seconda del modello (in caso di lacci prima l'inferiore e poi il superiore) e inserire anche essa nella busta. terminate queste manovre vanno nuovamente igienizzate le mani con il gel idroalcolico. È importante sanificare a fine giornata il veicolo, in particolar modo volante, cruscotto, freno a mano, cambio, leve laterali e interno portiera.

### Misure da adottare per i pazienti COVID-19 positivi in isolamento

Un paziente COVID-19 confermato può essere gestito a domicilio qualora abbia una forma clinica di gravità lieve cioè febbre non elevata,

**tosse, malessere rinorrea, assenza di instabilità (dispnea, insufficienza respiratoria, espettorazione abbondante, emottisi, stato confusionale, ipotensione arteriosa, sintomi gastro-intestinali importanti) e non presenti patologie croniche sottostanti non adeguatamente compensate.**

In queste circostanze è necessario un isolamento del paziente per la cui attuazione al domicilio devono essere presenti condizioni idonee dell'ambiente domestico. In particolare, deve essere presente una camera da letto separata con adeguato ricambio d'aria e un bagno indipendente per il paziente, locali da pulire e disinfettare quotidianamente con prodotti a base di cloro (candeggina) alla concentrazione di 0,5% di cloro attivo oppure con alcol 70%. Deve essere evitato il contatto del paziente con conviventi/familiari ad aumentato rischio di complicanze da infezione da SARS-Cov2 qualora venissero contagiati (ultra-70enni, bambini piccoli, donne in gravidanza, immunocompromessi, patologie croniche gravi).

È opportuno sincerarsi della capacità

della famiglia di provvedere al cibo e alle risorse di prima necessità.

Il paziente deve avere la possibilità di comunicazione con operatore sanitario a distanza per l'intera durata del periodo di assistenza domiciliare, fino a completa risoluzione clinica.

### Tecnologie per il monitoraggio a distanza

**1 | I casi sospetti in isolamento, i pazienti sintomatici/paucisintomatici con indici respiratori non critici e i soggetti dimessi dopo ricovero per COVID-19 possono essere monitorati a distanza grazie all'uso di adeguati strumenti dell'Information and Communication Technology. Le modalità assistenziali di monitoraggio in remoto consentono l'acquisizione di tutte le informazioni necessarie, migliorando il processo di presa in carico e la relazione di cura e di accompagnamento domiciliare nei casi selezionati e in ultima analisi la disponibilità complessiva del MMG e della sua organizzazione.**

#### Gli elementi tecnologici necessari per un approccio in telemedicina sono i seguenti:

##### Telefono, messaggistica (sms, whatsapp)

Tramite cellulare, servizi web-based (mediante pc, tablet o smartphone) come via preferenziale di contatto con il paziente, alternativa alla presenza fisica del paziente in studio.

##### APP per smartphone e tablet

Per consentire anche in remoto la esecuzione di richieste di farmaci, valutazione/invio referti, ricette, appuntamenti o alcune più specifiche, in grado di registrare e conservare i principali parametri vitali (frequenza cardiaca, respiratoria, saturazione, temperatura, ecc.)

##### Applicazioni PC

Per gestire comunicazione con i pazienti e la fruizione/compilazione di questionari di autovalutazione e automonitoraggio, anche web-based, o più specifiche per il MMG come supporto all'orientamento nei vari percorsi di valutazione e triage.

##### Device

Per il monitoraggio/valutazione anche a domicilio di specifiche condizioni (ECG In- cardio, Triage Ecogx polmonare, saturimetria digitale, ecc.)

##### Software

Per l'invio telematico di prescrizioni farmaci ed esami e certificazioni tramite mail e sistemi GDPR compliant.

Il sistema consente inoltre la condivisione con gli altri attori dell'assistenza (es. USCA, CA, ecc.), che possono utilizzare le informazioni contenute al fine di orientare le loro attività e tutelare la sicurezza e la protezione degli operatori sanitari.

**Per l'attivazione del servizio a domicilio in telemedicina, il modo più semplice possibile per il paziente è il seguente:**

- la persona isolata viene raggiunta al telefono da personale incaricato e gli viene spiegato il servizio offerto e cosa deve fare per connettersi.
- la persona isolata si connette scaricando apposita App di istruzioni, autoconfigurante, e procede all'attivazione del servizio seguendo la procedura indicata

Al termine della procedura di connessione e attivazione, si avvia una videochiamata iniziale con il primo punto di contatto che fornisce il feedback che la procedura è andata a buon fine, identifica la persona e comunica alla persona la data e l'ora del primo colloquio con il medico messo a disposizione per l'emergenza.

**2 |** Al primo colloquio con il medico avviene la valutazione delle necessità assistenziali della persona, da cui deriva la sua assegnazione al relativo percorso assistenziale. Vengono programmati sia colloqui sia controlli con le cadenze necessarie durante il periodo di isolamento e secondo i casi e in base alle risorse disponibili.

Il video-consulto è importante sia per valutare le condizioni del paziente a domicilio, sia per un confronto con lo specialista di riferimento (video-consulenza specialistica) utile per un miglioramento della appropriatezza clinico-terapeutica. L'insieme di queste modalità «avanzate», concretizza la possibilità di realizzare una reperibilità a distanza anche con l'ausilio del personale di studio per 12 ore del medico, che incrementa la disponibilità della medicina generale e rassicura i pazienti e governa le richieste di visite.

Occorre sottolineare che le possibilità concrete di connessione da parte del destinatario costituiscono il vero limite per qualsiasi servizio basato su tecnologie di telecomunicazione. Un'insufficiente connettività può determinarsi per fattori infrastrutturali di vario tipo oppure dal tipo di dispositivo che viene utilizzato, ma può essere influenzata negativamente anche dal tipo di servizio reso disponibile dal gestore di telecomunicazione. Inoltre, aspetto non meno rilevante, è sempre da considerare la capacità di utilizzo di questi strumenti da parte dei pazienti soprattutto più anziani e meno abituati all'impiego di device di comunicazione più avanzati.

### Gestione dei pazienti cronici

**I pazienti con malattie croniche che rappresentano la stragrande maggioranza dell'impegno professionale sostenuto dal Medico di Medicina Generale devono essere adeguatamente monitorati specialmente in presenza di un elevato rischio di scompenso sia per le caratteristiche del quadro clinico sia per situazioni di limitata autosufficienza.**

Il sopraggiungere della emergenza sanitaria dovuta al diffondersi della pandemia COVID-19, impone il ricorso a nuove strategie e strumenti che da un lato tutelino la salute della comunità, dall'altro facilitino la presa in carico del paziente cronico e ne migliorino l'aderenza terapeutica al piano di cura.

Per questa tipologia di pazienti va, quindi, prioritariamente organizzato un programma di monitoraggio prevalentemente in remoto, evitando per quanto possibile accessi e contatti che li esponano al rischio COVID, attraverso una medicina di iniziativa, che permetta di rilevare l'andamento clinico ed eventuali bisogni per i quali servono soluzioni integrate con attività infermieristiche domiciliari o con interventi dei Servizi Sociali, della rete informale, del volontariato.

Questi pazienti possono essere individuati prima di tutto in base alla cono-

scenza del medico di famiglia, anche a partire da alcune condizioni a più alta prevalenza:

- **patologie di base:** scompenso cardiaco, malattie respiratorie broncostruttive (BPCO, asma), malattie oncologiche in fase attiva, diabete instabile, cardiopatia ischemica cronica

- **terapie in corso:** terapia anticoagulante, trattamenti immunodepressivi, terapie con steroidi a lungo termine, insulina, etc.

- **pazienti in attesa di procedure chirurgiche** o altri trattamenti rilevanti sul piano clinico, pazienti recentemente dimessi dopo ricovero in ospedale

- **pazienti fragili socialmente e/o con ridotta autonomia funzionale e cognitiva** (anziani soli, anziani non autonomi con caregiver fragili, malati psichiatrici non in carico a centri di salute mentale, disabili, demenze) la gran parte dei quali soffre anche di una o più patologie croniche con difficoltà a gestire/monitorare in autonomia

Alcuni programmi gestionali in uso nella Medicina Generale, in particolare in forme organizzative dispongono di funzioni che possono risultare di grande utilità nell'identificare rapidamente un elenco di pazienti ad elevato rischio complessivo di scompenso clinico.

### La ricetta dematerializzata

Allo scopo di limitare gli spostamenti dei cittadini sul territorio e ridurre la diffusione del COVID-19, il Capo di Dipartimento della Protezione Civile ha emanato l'Ordinanza n. 651 del 19 marzo 2020, "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili", che prevede la possibilità di ottenere il Numero Ricetta Elettronico (NRE) delle ricette per la prescrizione di farmaci direttamente tramite e-mail, sms o comunicazione telefonica.

L'NRE è il numero univoco generato dal Sistema di Accoglienza Centrale tramite

il quale è possibile numerare le ricette elettroniche.

Chiamato spesso anche "codice NRE" o "codice della ricetta (NRE)", ha lo stesso significato del codice a barre stampato nella parte alta a destra delle ricette del Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

**Il Codice NRE è costituito da 15 caratteri nel seguente formato AAA BB C DDDDDDD EE dove:**

**AAA**

Identifica il codice della Regione/  
Provincia Autonoma

**B**

Codice alfanumerico assegnato dal  
Sistema di Accoglienza Centrale (SAC)  
C Identificativo del lotto

**DDDDDDD**

Codice del lotto assegnato dal SAC

**EE**

Numero di protocollo singolo all'interno  
del lotto

**Le ricette devono continuare ad essere inviate, ai sensi della normativa vigente e con il consenso dell'assistito, attraverso email, sistemi di messaggistica o attivando il Fascicolo Sanitario Elettronico. Per le ricette che al momento non è possibile dematerializzare si deve organizzare il ritiro delle prescrizioni per appuntamento. È vietato inviare le ricette all'email della farmacia.**

## Bibliografia

*Disinfection of environments in healthcare and nonhealthcare settings potentially contaminated with SARS-CoV-2. ECDC technical report March 2020. [LINK]*

*Environmental Cleaning and Disinfectants for Physicians' Offices. British Columbia Centre for Disease control. [LINK]*

*Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19. Rapporti ISS COVID-19 n. 1/2020.*

*Indicazioni ad interim per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor in relazione alla trasmissione dell'infezione da virus SARS-CoV-2. Rapporti ISS COVID-19 n. 5/2020.*

*Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19. Rapporti ISS COVID-19 n. 12/2020.*

*Ministero della Salute Direzione Generale Della Programmazione Sanitaria. Linee di indirizzo per la progressiva riattivazione delle attività programmate considerate differibili in corso di emergenza da COVID-19. [LINK]*

*Modelli di gestione territoriale da parte del MMG di casi sospetti o accertati di COVID-19. Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG). Versione\_5 aggiornata al 2 maggio 2020.*

*Ocdpc n. 651/19 marzo 2020. "Ulteriori interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili". Pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n.74- 21 marzo 2020.*

*Organizzazione del lavoro e assistenza in medicina generale nella fase II post COVID. Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG). Versione 1.1 del 30 Aprile 2020.*

*Protocollo per gli Ambulatori Medici per la gestione post-emergenza Covid-19. Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale (FIMMG).*

*Raccomandazioni ad interim sui disinfettanti nell'attuale emergenza COVID-19: presidi medico chirurgici e biocidi. Rapporti ISS COVID-19 n. 19/2020.*

*Raccomandazioni per la disinfezione di ambienti esterni e superfici stradali per la prevenzione della trasmissione dell'infezione da SARS-CoV-2. Rapporti ISS COVID-19 n. 7/2020.*

*Riorganizzazione del lavoro e della attività assistenziale in medicina generale nella fase post COVID-19. Società Italiana Interdisciplinare per le Cure Primarie (SIICP).*



MODULO 2

# COVID-19 domande e risposte per il medico di medicina generale

**Dr. Franco Marchetti**

Medico di Medicina Generale,

Presidente Unione Nazionale Scientifica di Informazione, Milano

COVID-19 per quanto in fase di riduzione apparente mantiene inalterata la sua pericolosità da un punto di vista sociale e individuale.

In questo contesto la medicina generale nell'ambito della gestione territoriale è chiamata a ricoprire un ruolo cruciale seppur non adeguatamente strutturato in un sistema organizzativo calibrato per rispondere all'emergenza imposta dal nuovo coronavirus.

Il medico di medicina generale si trova così nella difficile situazione di dovere operare senza adeguati protocolli di gestione stabiliti da un piano nazionale, basandosi su documenti elaborati dalle società scientifiche e dalle associazioni di categoria e sulle esperienze condivise con altri colleghi.

Risulta quindi fondamentale in questa fase della pandemia la chiara definizione di criteri di presa in carico territoriale della malattia da SARS-CoV-2, possibile nella fase 1 (infezione precoce) e 2 (coinvolgimento polmonare) della patologia, secondo un approccio che valorizzi gli elementi cruciali della Cure Primarie e della Medicina Generale e cioè prossimità e pro-attività.

Il Decreto Legge 9 marzo 2020 art 14, ha previsto l'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA nella misura di una ogni 50.000 abitanti, con il mandato di gestire in assistenza domiciliare i pazienti che non necessitano di ricovero.

La presenza delle USCA non è tuttavia di per sé un indicatore di assistenza territoriale, in quanto ogni Regione ne ha deliberato o meno l'attivazione con lo scopo di integrare, secondo le necessità, una capacità di gestione territoriale pre-esistente, che appariva e appare molto eterogenea nel confronto tra le diverse regioni.

Inoltre, la gestione territoriale dell'emergenza COVID19 ha dovuto trovare risposta anche al bisogno di salute di pazienti che necessitavano di prestazioni di assistenza domiciliare differenti dalla visita medica effettuata dalle USCA e più orientate a prestazioni infermieristiche di assistenza e monitoraggio. In quest'ottica alcune regioni hanno previsto specifici servizi (ADI COVID in Lombardia e API COVID nel Lazio) mentre in altre realtà l'infermiere è stato integrato direttamente nelle USCA (Toscana, Veneto).

L'assistenza sanitaria sul territorio si sta muovendo ancora su un percorso in divenire, tuttavia indispensabile per spostare un'impostazione ospedalecentrica che ha caratterizzato la prima fase della pandemia.

In questo contesto è comunque necessario un adeguato livello di conoscenze sulla malattia per impostare interventi precoci ed efficaci.

Il presente documento sotto forma di domanda e risposta intende fornire informazioni utili sul virus e sulla gestione degli assistiti sia che si tratti di casi so-

spetti di COVID-19 sia di casi confermati asintomatici o sintomatici.

Il documento è stato elaborato sulla base delle più recenti evidenze di letteratura e delle linee di indirizzo elaborate da diverse società scientifiche e istituzioni quali:

Istituto Superiore di Sanità (ISS)  
Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)  
Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie (SIMG)  
Federazione Italiana dei Medici di Medicina Generale  
Società Italiana di Malattia Infettive e Tropicali (SIMIT)

## Quale paziente va considerato un caso sospetto?

In base alla circolare ministeriale del 9 marzo 2020, si definisce caso sospetto di COVID 19 (che richiede esecuzione di test diagnostico)

**1.** Una persona con infezione respiratoria acuta (insorgenza improvvisa di almeno uno tra i seguenti segni e sintomi: febbre, tosse e difficoltà respiratoria), senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica e storia di viaggi o residenza in un Paese/area in cui è segnalata trasmissione locale durante i 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;  
*oppure*

**2.** Una persona con una qualsiasi infezione respiratoria acuta e che sia stata a

stretto contatto con un caso probabile o confermato di COVID-19 nei 14 giorni precedenti l'insorgenza dei sintomi;  
oppure

**3.** Una persona con infezione respiratoria acuta grave (febbre e almeno un segno/sintomo di malattia respiratoria – es. tosse, difficoltà respiratoria), che richieda il ricovero ospedaliero (SARI) e senza un'altra eziologia che spieghi pienamente la presentazione clinica.

**Nell'ambito dell'assistenza primaria, tutti i pazienti con sintomatologia di infezione respiratoria acuta devono essere considerati casi sospetti se in quell'area è stata segnalata trasmissione locale.**

### **Quale paziente va considerato un caso probabile?**

Si indica come caso probabile un caso sospetto il cui risultato del test per SARS-CoV-2 è dubbio o inconcludente utilizzando protocolli specifici di Real Time PCR per SARS-CoV-2 presso i laboratori di riferimento regionali individuati o è positivo utilizzando un test pan-coronavirus.

### **Con quale sintomatologia può presentarsi l'infezione da SARS-CoV-2?**

La sintomatologia con cui l'infezione da nuovo coronavirus può manifestarsi è varia, così come vario è il quadro clinico. Le presentazioni più frequenti sono state indicate in:

- febbre > 37,5°C
- tosse secca e produttiva (meno frequente)
- dispnea
- astenia
- anoressia

Bisogna tenere presente che la COVID-19 può presentarsi anche con sintomi differenti da quelli respiratori, come:

- sintomi otorinolaringoiatrici: anosmia/iposmia e ageusia/disgeusia (sintomatologia frequentemente riscontrata), faringodinia, costipazione nasale e rinorrea
- sintomi gastrointestinali: nausea, vomito e diarrea

- sintomi neurologici: cefalea
- sintomi oculari: congiuntivite iperemica
- sintomi muscolo-scheletrici: artralgie e mialgie
- sintomi dermatologici: esantema maculopapulare (morbilloforme) al tronco, rash papulovesicolare e orticaria

Va ricordato che la febbre, per quanto comune, può non essere presente in tutti i pazienti con infezione da COVID-19. La temperatura corporea mostra delle oscillazioni durante la giornata e in terza giornata il rialzo termico può scomparire, tuttavia nei casi con sintomatologia più importante la febbre mostra una ripresa in genere in quinta giornata e tende a superare i 38°C.

Dal punto di vista delle condizioni generali, la sesta/settima giornata è il momento in cui il paziente tende a presentare sintomi più rilevanti.

### **Per quali compiti devono essere attivate le U.S.C.A.?**

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) sono state istituite con il Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n.14 (GU n.62 del 09/03/2020) e sono volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19 al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria. L'U.S.C.A. dovrà essere attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00 fino a decisioni ministeriali che ne determinino l'opportuna cessazione.

Il Medico di Medicina Generale dopo aver svolto attività di triage, attiva il medico dell'U.S.C.A. contestualmente al Medico del Dipartimento di Sanità Pubblica, fornendo nominativo e recapiti.

I compiti delle U.S.C.A. possono essere schematizzati in:

- valutazione medica domiciliare del paziente con sintomi moderati e valutazione dei bisogni clinici, socio-assistenziali e psicologici
- rilievo dei parametri (SpO<sub>2</sub>, TC, PA, FC, FR, glicemia)
- rinforzo comunicativo delle norme di comportamento di isolamento del pa-

- ziente e di quarantena dei familiari
- esecuzione del tampone per conferma diagnostica o per verificare la non contagiosità dopo guarigione clinica
- diagnostica strumentale: ECG in telemedicina ed ECO Polmonare
- esecuzione di prelievi ematici
- somministrazione di farmaci e terapie di supporto (terapia ev. o im.)
- medicazioni
- verifica dell'aderenza alla terapia e supporto nella gestione dell'ossigeno-terapia domiciliare quando impostata

### **Quali sono i segnali d'allarme che devono indurre ad attivare il servizio di urgenza ed emergenza?**

Il rilevamento di alcune manifestazioni cliniche permette di individuare precocemente i pazienti con un possibile quadro evolutivo per i quali è necessario un cambiamento di setting assistenziale, dal territorio al Pronto soccorso.

I segnali d'allarme sono rappresentati da:

- comparsa di dispnea
- alterazione dello stato di coscienza
- sincope o PA Sistolica <100mmHg (non altrimenti spiegabile)
- SpO<sub>2</sub> ≤ 94% in AA (o ≤ 90% in AA nel pz con BPCO)

L'instabilità clinica si può valutare attraverso la scala MEWS (Modified Early Warning Score) che prende in considerazione parametri fisiologici quali pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, temperatura corporea per l'identificazione del rischio di rapido peggioramento clinico.

### **Qual è il decorso clinico della COVID-19?**

Premesso che COVID-19 è una nuova malattia, in base a quanto riportato in letteratura da studi su campioni comunque poco numerosi o da case reports, oggi si pensa che la COVID-19 sia caratterizzata dall'esistenza di tre distinte fasi cliniche.

Nella fase iniziale il SARS-CoV-2 entrato nell'organismo più frequentemente attraverso le mucose delle prime vie aeree tramite legame con recettori ACE2 presenti a livello dell'apparato respiratorio

(dalla mucosa nasale fino agli alveoli), cardiovascolare, gastrointestinale e renale, si replica all'interno delle cellule dell'ospite. Tale fase si caratterizza clinicamente per la pauci-sintomaticità con presenza di malessere generale, astenia, febbre, tosse secca, sintomi da raffreddamento. Nei casi in cui l'infezione viene bloccata in questo stadio dal sistema immunitario si osserva un decorso assolutamente benigno, mentre se l'infezione prosegue la patologia evolve verso uno stadio più grave.

La seconda fase della malattia è caratterizzata dalla colonizzazione virale delle vie aeree più distali con alterazioni morfo-funzionali a livello polmonare dovute agli effetti diretti del virus e alla azione del sistema immunitario. In questo stadio la risposta infiammatoria, mediata prevalentemente da linfociti e macrofagi, determina la lisi delle cellule infettate dal virus con produzione di materiale (frammenti cellulari e liquidi) e innesco di un circolo vizioso in cui vengono richiamate altre cellule infiammatorie che perpetuano il processo con compromissione progressiva degli scambi gassosi. Intorno alla settima-nona giornata è osservabile un quadro di polmonite interstiziale frequentemente bilaterale associata, ad una sintomatologia respiratoria che inizialmente è stabile e senza ipossiemia, ma che può successivamente sfociare verso una progressiva instabilità clinica. In tale situazione può svilupparsi insufficienza respiratoria di tipo primo quindi caratterizzata da una grave ipossiemia. In alcuni casi i pazienti guariscono da questa fase gestita in terapia subintensiva ma in altri la situazione clinica precipita.

La terza fase si caratterizza per un quadro clinico ingravescente dominato dalla cosiddetta tempesta citochinica e dal conseguente stato iperinfiammatorio che determina conseguenze locali e sistemiche e rappresenta un fattore prognostico negativo producendo, a livello polmonare, una sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) grave e quadri di vasculopatia arteriosa e venosa con trombizzazione dei piccoli vasi ed evoluzione verso lesioni polmonari gravi e potenzialmente permanenti come la fibrosi polmonare.

In tale fase si osserva un'alterazione progressiva e ingravescente di alcuni parametri infiammatori quali PCR, ferritina, e citochine pro-infiammatorie (IL2, IL6, IL7, IL10, GSCF, IP10, MCP1, MIP1A e TNF $\alpha$ ) e coagulativi quali aumentati livelli dei frammenti di degradazione della fibrina come il D-dimero, consumo di fattori della coagulazione, trombocitopenia e possibile comparsa di coagulazione intravasale disseminata (CID). Queste alterazioni possono determinare lo sviluppo di shock settico e insufficienza multiorgano con possibile exitus del paziente. Forme gravi di malattia, con sintomi più intensi, si manifestano nel 13,8% dei casi e il 6,1% dei malati presenta invece una forma critica di COVID-19 con insufficienza respiratoria, shock settico e/o disfunzione/insufficienza multiorgano.

### **Perché un paziente emodinamicamente stabile può sviluppare una rapida desaturazione di ossigeno?**

È stato osservato che diversi pazienti con COVID-19 e ipossia grave manifestano solo un limitato distress, con un modesto aumento della frequenza respiratoria e risultano vigili, cooperativi ed emodinamicamente stabili. Tuttavia, in queste situazioni di apparente normalità può insorgere una improvvisa e rapida compromissione respiratoria, con caduta della saturazione di ossigeno. Per spiegare questo fenomeno bisogna rifarsi alle conoscenze di fisiologia. Un'ipossia grave stimola i chemocettori carotidei che attivano un brusco aumento della ventilazione con conseguente ipocapnia. L'alcalosi respiratoria che ne deriva sposta la curva di dissociazione dell'emoglobina a sinistra, aumentando l'affinità dell'emoglobina per l'ossigeno, con aumento della saturazione arteriosa di O<sub>2</sub>.

Per mantenere una adeguata tensione di O<sub>2</sub> il paziente deve quindi aumentare il lavoro respiratorio, con reclutamento anche della muscolatura respiratoria accessoria. L'eccessivo lavoro a carico dei muscoli respiratori comporta l'attivazione di un metabolismo anaerobico nelle fibre muscolari con produzione di acido

lattico e affaticamento muscolare.

L'aumento della concentrazione degli H<sup>+</sup>, sia a livello muscolare, che a livello ematico, determina una riduzione del pH e quindi dell'instaurarsi di un ambiente acido, in cui viene inibito il ruolo degli ioni Ca<sup>++</sup> nel meccanismo di contrazione muscolare. Inoltre il lattato viene convertito in H<sub>2</sub>O e CO<sub>2</sub> per produrre energia. L'aumento della CO<sub>2</sub> tuttavia sposta la curva di dissociazione dell'emoglobina a destra, con caduta della saturazione di O<sub>2</sub>. La pulsossimetria dovrebbe in realtà essere interpretata anche alla luce della PaCO<sub>2</sub>.

La valutazione della frequenza respiratoria riveste quindi un aspetto importante nel determinare il rischio di imminente insufficienza respiratoria.

### **Qual è la differenza tra paziente clinicamente guarito, guarito e soggetto asintomatico?**

Si definisce clinicamente guarito da Covid-19, un paziente che, dopo aver presentato manifestazioni cliniche (febbre, rinite, tosse, mal di gola, eventualmente dispnea e, nei casi più gravi, polmonite con insufficienza respiratoria) associate all'infezione virologicamente documentata da SARS-CoV-2, diventa asintomatico per risoluzione della sintomatologia clinica presentata. Il soggetto clinicamente guarito può risultare ancora positivo al test per la ricerca di SARS-CoV-2.

Il paziente guarito è colui il quale risolve i sintomi dell'infezione da Covid-19 e che risulta negativo in due test consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro, per la ricerca di SARS-CoV-2.

La definizione di eliminazione ("clearance") del virus indica la scomparsa di RNA del SARS-CoV-2 rilevabile nei fluidi corporei, sia in persone che hanno avuto segni e sintomi di malattia, sia in persone in fase asintomatica senza segni di malattia. Per il soggetto asintomatico, si ritiene opportuno suggerire di ripetere il test per documentare la negativizzazione non prima di 14 giorni (durata raccomandata del periodo d'isolamento/quarantena) dal riscontro della positività. La

definizione di scomparsa dell'RNA virale è attualmente data dall'esecuzione di due test molecolari, effettuati normalmente a distanza di 24 ore, aventi entrambi esito negativo.

### **I pazienti in trattamento con ICS per patologie respiratorie devono interrompere la terapia per ridurre il rischio di infezione da SARS-CoV-2?**

Per quanto possa sembrare sorprendente, nelle casistiche la prevalenza di patologie respiratorie croniche tra i pazienti con COVID-19 risulta inferiore a quella della popolazione generale. Poiché questo riscontro non è stato osservato con altre cronicità, è stato ipotizzato che i pazienti con malattie dell'apparato respiratorio abbiano comportamenti più cauti e che l'utilizzo di farmaci contenenti cortisone possa mitigare la reazione di tipo infiammatorio. Tuttavia va anche chiarito che una patologia respiratoria preesistente può rappresentare un fattore prognostico negativo nei pazienti COVID-19, come dimostrano i dati di mortalità osservati dai ricercatori cinesi, con tassi di mortalità di circa tre volte superiori alla mortalità generale. Secondo gli autori di una recente review sistematica su 771 studi condotta per valutare se l'utilizzo di ICS sia un fattore di rischio di outcome peggiori in infezioni respiratorie acute come COVID-19, SARS e MERS non esistono evidenze che supportino la necessità di sospensione degli ICS in terapia con questi farmaci. I pazienti con asma e BPCO in condizioni di stabilità dovrebbero proseguire il trattamento in corso. Va anzi sottolineato che l'interruzione della terapia inalatoria per timore dell'immunosoppressione indotta dal cortisonico potrebbe comportare un significativo rischio di riacutizzazioni della patologia respiratoria cronica.

### **I pazienti diabetici sono a maggior rischio di COVID-19?**

Uno studio dell'università di Padova dimostra che i diabetici non hanno un maggior rischio di contrarre l'infezio-

ne. Esiste tuttavia un maggior rischio di complicanze e di mortalità nei diabetici legata a COVID-19.

Da un punto di vista generale, i dati epidemiologici sul diabete mostrano che i pazienti sono prevalentemente maschi, anziani e con presenza di più patologie, sono cioè le caratteristiche che li rendono più a rischio se contraggono l'infezione da SARS-CoV-2.

Il MMG deve cercare di proteggere questi pazienti. In questo periodo gli studi di medicina generale non devono ancora essere frequentati per il rischio di infezione. Vanno attivati strumenti di telemedicina e telemonitoraggio e gli stessi centri di diabetologia si stanno attrezzando in tal senso.

Oltre alle raccomandazioni volte a limitare la diffusione del contagio, valide anche per la popolazione generale, è importante secondo la Società Italiana di Diabetologia (SID) e l'Associazione Medici Diabetologi (AMD) che i pazienti diabetici seguano le seguenti regole:

- mantenersi idratati
- monitorare ancora più scrupolosamente il controllo glicemico
- misurare regolarmente la temperatura corporea per verificare di non avere febbre
- tenere sotto controllo i chetoni – in caso di terapia a base di insulina
- seguire in modo puntuale le indicazioni che si ricevono dal proprio team di cura

### **I pazienti in terapia con farmaci immunosoppressori devono interrompere il trattamento in caso di COVID-19?**

I pazienti immunodepressi come quelli con malattie infiammatorie croniche dovrebbero continuare l'assunzione delle terapie perché non si hanno evidenze di un peggioramento dell'infezione e anzi sono possibili dei flare delle malattie di base che contribuiscono ad aumentare l'impatto sul paziente, la disabilità e a peggiorare la qualità della vita.

Nell'artrite reumatoide, ad esempio, è stato evidenziato che ogni aumento di 0,6 punti nel Disease Activity Score su

28 articolazioni (DAS28) corrisponde a un aumento del 4% nel tasso di infezioni e un incremento del 25% del tasso di infezioni che richiedono ospedalizzazione. Riscontri analoghi sono stati ottenuti in pazienti con lupus eritematoso sistemico.

I farmaci ad attività immunosoppressiva potrebbero in realtà ridurre l'attività dei linfociti T e prevenire danni d'organo.

### **Quanto dura la permanenza di SARS-CoV-2 in aria e sulle superfici?**

In uno studio è stata valutata la sopravvivenza del nuovo coronavirus nell'aria in aerosol (surrogato delle goccioline di Flugge) e su superfici come plastica, acciaio, cartone e rame, SARS-Cov2 si è dimostrato vitale negli aerosol, con una riduzione progressiva del titolo infettante da  $10^{3,25}$  a  $10^{2,75}$  TCID50 (50% della dose infettante il tessuto di coltura) in 3 ore, con una emivita mediana di 1,1 ore. Sulla plastica è stato osservato che la carica infettante di SARS-Cov2 ha un tempo di dimezzamento di circa 6,8 ore e sull'acciaio di 5,6 ore. Il completo azzeramento dell'infettività è stato stimato in 72 ore per la plastica e 48 ore per l'acciaio.

Sul cartone il completo abbattimento dell'infettività è stato osservato dopo 24 ore con un tempo di dimezzamento della carica infettante < 5 ore mentre sul rame non è stata osservata alcuna traccia virale dopo 4 ore, con un tempo di dimezzamento dell'infettività poco superiore a 1 ora.

Un altro studio che ha preso in considerazione superfici come i tessuti, il legno, il vetro e le banconote ha mostrato come SARS-Cov2 non sia più evidenziabile con carica infettante sia sul legno lavorato sia sui vestiti dopo 2 giorni. Il virus sembra sopravvivere maggiormente su superfici lisce: sulle banconote o sul vetro una carica virale infettante non si riscontra dopo 4 giorni. Lo studio ha messo in luce un altro aspetto da tenere presente: sembra che il virus sia presente fino a 7 giorni sulla superficie esterna delle mascherine chirurgiche.

### Bibliografia

AIFA- Emergenza COVID

Cairns SP. Lactic Acid and Exercise Performance Culprit or Friend? *Sports Med* 2006;36 (4):279-291

Chin A, Chu J, Perera M et al. Stability of SARS-CoV-2 in different environmental conditions. *Lancet Microbe* 2020 Published Online April 2, 2020

Fadini GP, Morieri ML, Longato E, Avogaro A. Prevalence and impact of diabetes among people infected with SARS-CoV-2. *Journal of Endocrinological Investigation*

Favalli EG, Ingegnoli F, De Lucia O et al. COVID-19 infection and rheumatoid arthritis: Faraway, so close! *Autoimmunity Reviews*

Federazione Italiana Medici di Medicina Generale - Speciale coronavirus: Modelli di gestione territoriale da parte del MMG di casi sospetti o accertati di COVID-19

Halpin DMG, Singh D, Hadfield RM. Inhaled corticosteroids and COVID-19: a systematic review and clinical perspective. *Eur Respir J* 2020; in press

Ministero della Salute

Ministero della Salute. Covid-19 - Raccomandazioni per gli operatori sanitari

Ottestad W, Seim M, Mæhlen JO. COVID-19 patients with respiratory failure: what can we learn from aviation medicine? *Br J Anaesth.* 2020 Apr 18. pii: S0007-0912(20)30226-9

Romanelli A, Mascolo S. Immunosuppression drug-related and clinical manifestation of Coronavirus disease 2019: A therapeutical hypothesis. *Am J Transplant.* 2020 Apr 3

Società Italiana di Diabetologia – Coronavirus e diabete: aggiornamenti

Società italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie- COVID-19: La gestione del paziente con sintomi compatibili

Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali – Gestione domiciliare della terapia precoce COVID-19 - Documento SIMIT condiviso da FIMMG e SIMG, Versione 27 Marzo 2020

van Doremalen N, Bushmaker T, Morris DH, et al. Aerosol and Surface Stability of SARS-CoV-2 as Compared with SARS-CoV-1 *N Engl J Med.* 2020;10.1056/NEJMc2004973

Venerito V, Lopalco G, Iannone F. COVID-19, rheumatic diseases and immunosuppressive drugs: an appeal for medication adherence. *Rheumatology International.*

Weiss P, Murdoch DR. Clinical course and mortality risk of severe COVID-19. *Lancet.* 2020 Mar 28;395(10229):1014-1015

Yang X, Yu Y, Xu J, et al. Clinical course and outcomes of critically ill patients with SARS-CoV-2 pneumonia in Wuhan, China: a single-centered, retrospective, observational study. *Lancet Respir Med.* 2020 Feb 24

Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. *Lancet.* 2020 Mar 28;395(10229):1054- 1062

# Le implicazioni psico-sociali della pandemia di COVID-19

**Dr. Franco Marchetti**

Medico di Medicina Generale,

Presidente Unione Nazionale Scientifica di Informazione, Milano

## Le implicazioni psico-sociali della pandemia di COVID-19

La pandemia di COVID-19 oltre alle devastanti implicazioni mediche, dimostrate dal numero di pazienti ricoverati e da quello dei deceduti, si caratterizza anche per le non meno preoccupanti ripercussioni di ordine psico-sociale.

La paura di infettarsi o infettare i propri cari, la preoccupazione per il futuro, le incertezze per le proprie attività lavorative, i lutti, l'impossibilità di relazionarsi con amici e conoscenti secondo abitudini consolidate, vale a dire tutto ciò che la popolazione in lockdown e distanziamento sociale ha vissuto durante l'epidemia di COVID-19, può portare a disturbi della sfera psicologica sia a breve sia a lungo termine all'interno delle comunità, delle famiglie, e negli individui vulnerabili. Le prime osservazioni, per quanto non strutturate in studi randomizzati, confermano lo stato di disagio psicologico.

Una survey online condotta da ricercatori cinesi durante le prime fasi dell'infezione da SARS-CoV-2 ha evidenziato che il 58% degli intervistati ha considerato l'impatto psico-sociale dell'epidemia come moderato - grave e il 16,5% ha riportato sintomi di depressione maggiore.<sup>1</sup>

Una indagine dell'Istituto Piepoli per il Consiglio Nazionale dell'Ordine degli Psicologi (CNOP), condotta su un cam-

pione rappresentativo della popolazione italiana di età >18 anni, ha rilevato che il 79% degli intervistati si ritiene stressato o molto stressato dall'epidemia in corso.<sup>2</sup>

Una recente review effettuata da Samantha Brooks e colleghi del Department of Psychological Medicine, King's College London, ha valutato quali siano gli effetti della quarantena analizzando gli studi presenti in letteratura relativi a pregresse epidemie/pandemie che hanno comportato misure di contenimento sociale.<sup>3</sup>

La review ha preso in analisi 24 trial che hanno descritto le ripercussioni psicologiche e comportamentali osservate nelle epidemie di SARS, Ebola, influenza H1N1, MERS e influenza equina.

Il lavoro documenta che una condizione di quarantena si associa a un'elevata prevalenza di distress psicologico. In particolare, sono stati documentati:

- disturbi emotivi
- depressione
- ansia
- insonnia
- stress
- deflessione dell'umore
- irritabilità
- rabbia
- sintomi da stress post traumatico
- confusione

I fattori stressanti maggiormente indicati sono stati:

- quarantena di lunga durata
- paura e preoccupazione per la propria salute e quella dei propri cari
- paura di perdere le sicurezze acquisite nel tempo (lavoro, affetti, amicizie etc.)
- frustrazione
- difficoltà di reperire viveri
- sensazione di solitudine e noia
- stigma
- informazioni insufficienti o confondenti

Il distanziamento sociale con obbligo di permanenza a domicilio può avere un impatto sulle relazioni familiari, in particolare sul rapporto di coppia, sul rapporto genitori-figli e intrafamiliari e può facilitare il verificarsi di atti di violenza domestica, agevolati anche dall'aumento dell'utilizzo di alcol e altre sostanze psicotrope.<sup>4</sup> La quarantena può inoltre comportare il peggioramento delle eventuali malattie croniche preesistenti. Un documento di indirizzo dell'OMS fornisce dei suggerimenti su come gli operatori sanitari possano aiutare i propri assistiti ad affrontare gli aspetti psico-sociali dell'epidemia di COVID-19.<sup>5</sup> Secondo il citato documento, il contatto del curante con i propri pazienti attraverso strumenti di comunicazione come smartphone, tablet o computer è utile non soltanto per valutare eventuali condizioni patologiche ma anche per ridurre il senso di isolamento. Particolare attenzione dovrebbe essere posta ai soggetti anziani, che spesso vivono da

soli e che sono più esposti alle difficoltà del distanziamento sociale. È opportuno verificare il loro stato di salute con regolarità anche attraverso telefono ed eventualmente servizi di assistenza sociale dove possibile.

In generale è utile suggerire agli assistiti di svolgere attività che sostengano il benessere durante la permanenza forzata a domicilio, e in particolare:

- esercizio fisico
- esercizi cognitivi
- esercizi di rilassamento (ad es. respirazione, meditazione)
- lettura di libri e riviste
- consultazione limitata delle notizie sulla pandemia, anche sui social media

Qualora i sintomi di stress (apatia, disturbi del sonno, ricorso a sostanze di abuso etc) duri più di 3 o 4 giorni va chiarito ai propri pazienti di chiedere aiuto e non aspettare che la situazione si tramuti da disagio in una patologia.

A tal proposito si ricorda che è operativo il numero verde di supporto psicologico 800.833.833, attivato dal Ministero della Salute e dalla Protezione Civile: tutti i giorni, dalle ore 8 alle 24, professionisti specializzati, psicologi, psicoterapeuti e psicoanalisti, risponderanno gratuitamente al telefono alle richieste di aiuto.<sup>6</sup>

### Bibliografia

1. Wang C, Pan R, Wan X et al. *Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 1729; doi:10.3390/ijerph17051729
2. Istituto di Ricerche Piepoli – *Le preoccupazioni degli italiani*
3. Brooks SK, Webster RW, Smith LE et al. *The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet* [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
4. Ministero della Salute. *Affrontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19*
5. Galea S, Merchant RM, Lurie N. *The Mental Health Consequences of COVID-19 and Physical Distancing: The Need for Prevention and Early Intervention. JAMA Intern Med. Published online April 10, 2020. doi:10.1001/jamainternmed.2020.1562*
6. Ministero della Salute. *Covid-19 - Numero verde di supporto psicologico*

# La responsabilità del medico in telemedicina

**Avv. Marco Giuri**

Fondatore dello Studio Giuri Avvocati, Firenze

Docente della 24 Business School e presso Scuole di Specializzazioni e Master

## La telemedicina e la cura a distanza ai tempi del COVID e nel nostro futuro

Nell'emergenza sanitaria scaturita dalla pandemia di COVID-19 il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato chiamato a erogare servizi e garantire per quanto possibile la continuità della cura e dell'assistenza a un'elevata quota della popolazione obbligata in quarantena o in isolamento fiduciario. Queste attività hanno dovuto essere realizzate in una situazione di carenza relativa di risorse materiali e umane, avendo inoltre cura di osservare le norme anti-contagio per la maggiore tutela possibile sia degli assistiti sia del personale sanitario.

In tale contesto il ricorso a prestazioni sanitarie a distanza mediante strumenti tecnologici moderni di telecomunicazione ha rappresentato una modalità assistenziale pienamente giustificata. La telemedicina costituisce un'opzione concreta, fattibile e sicura, per il controllo a domicilio sia dei pazienti affetti da COVID-19 o con sospetto di malattia sia di quelli con patologie croniche e in condizioni di fragilità che devono essere costantemente tenuti sotto adeguato controllo da parte dei medici. Nel realizzare servizi a distanza occorre tuttavia tenere presente le esigenze relazionali degli utenti con il sistema sanitario. Infatti,

l'isolamento al proprio domicilio rende particolarmente desiderabile poter contare su un servizio facilmente fruibile a distanza, potendo accedere in modo veloce al colloquio con i sanitari, secondo necessità.

L'approccio a un'assistenza in telemedicina deve tenere anche in considerazione la capacità dei pazienti di utilizzare correttamente le metodiche di comunicazione e la disponibilità di un set tecnologico minimo atto a garantire la effettiva realizzabilità di una visita a distanza. Oltre a ciò nell'ottica di garantire un monitoraggio concreto è necessario che il sistema sanitario locale doti i pazienti di alcuni strumenti digitali che consentano la rilevazione di alcuni parametri fisiologici di fondamentale importanza. L'effettuazione di una visita a un paziente mediante telemedicina non esime il medico dalla responsabilità del suo operato professionale.

In termini generali, per i sanitari agire in telemedicina significa assumersene la responsabilità professionale pienamente, anche della più piccola azione compiuta a distanza. In concreto, fa parte della suddetta responsabilità la corretta gestione delle limitazioni dovute alla distanza fisica in modo da garantire la sicurezza e l'efficacia delle procedure mediche e assistenziali, nonché il rispetto delle norme sul trattamento dei dati.

In tale quadro, anche ai fini della gestione del rischio clinico e della responsabilità sanitaria, il corretto atteggiamento professionale consiste nello scegliere le soluzioni operative che offrano le migliori garanzie di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel rispetto dei diritti della persona. In sintesi, non si tratta di scegliere le tecnologie, ma la combinazione di esse che appaia la più appropriata possibile dal punto di vista medico-assistenziale nel singolo caso.

L'esteso ricorso alla telemedicina durante la pandemia di COVID-19 non si esaurirà con il venir meno dell'emergenza sanitaria, ma diventerà sempre più una costante nell'organizzazione sanitaria territoriale e ospedaliera, garantendo in modo ottimale il principio di prossimità dell'assistenza. In quest'ottica è importante conoscere gli aspetti medico-legali di una modalità di intervento medico sempre più diffusa.

## Curare a distanza: telemedicina

- Situazioni di emergenza (Covid-19)
- Quota crescente di anziani e patologie croniche
- Innovazione tecnologica
- Molte iniziative di telemedicina in Italia – manca una normativa specifica



Livello Europeo: Commissione UE 689/2008 del 4/11/2008: per favorire servizi di telemedicina a livello europeo, una sorta di rivoluzione culturale.

In molti Paesi europei la Telemedicina è assai diffusa: Svezia, Norvegia, Spagna e UK.

In Italia varie esperienze a livello regionale.

### Definizione Telemedicina

**Neologismo: Telematica + Medicina**  
**3 variabili:** telecomunicazioni, informatica e medicina.

**Una delle prime definizioni:** "uso remoto della competenza medica nel luogo dove insorge la necessità".

### Tipologie Telemedicina

**Teleconsulto** diagnostico specialistico, ovvero la richiesta in tempo reale o differita di un consulto diagnostico specialistico a distanza.

**Telerefertazione** di esami strumentali, cioè l'individuazione di esami strumentali eseguiti nei presidi periferici che richiedono esperienze specifiche per l'interpretazione diagnostica.

**Televisita**, da svolgere singolarmente o in équipe multidisciplinare grazie a strumenti di "telepresenza".

**Telemonitoraggio** di trattamenti, sotto la sorveglianza di specialisti esperti, anche in presidi periferici.

A livello UE: "integrazione, monitoraggio, gestione e cura dei pazienti, nonché l'educazione dei pazienti e del personale, usando sistemi che consentano un pronto accesso alla consulenza di esperti ed alle informazioni del paziente, indipendentemente da dove il paziente o le informazioni risiedono"

### La responsabilità del medico nelle cure a distanza

a) Responsabilità professionale

b) Responsabilità nella gestione dei dati personali e delle immagini

### Art. 7 Responsabilità civile della struttura e dell' esercente la professione sanitaria

**1. La struttura sanitaria** o socio-sanitaria pubblica o privata **che**, nell'adempimento della propria obbligazione, **si avvalga dell'opera di esercenti la professione sanitaria, anche se scelti dal paziente e ancorché non dipendenti della struttura stessa, risponde, ai sensi degli articoli 1218 e 1228 del codice civile, delle loro condotte dolose o colpose**

2. La disposizione di cui al comma 1 si applica anche alle prestazioni sanitarie svolte in regime di libera professione intramuraria ovvero nell'ambito di attività di sperimentazione e di ricerca clinica **ovvero in regime di convenzione con il Servizio Sanitario Nazionale nonché attraverso la telemedicina**

**3. L'esercente la professione sanitaria di cui ai commi 1 e 2 risponde del proprio operato ai sensi dell'articolo 2043 del codice civile, salvo che abbia agito nell'adempimento di obbligazione contrattuale assunta con il paziente (...)**

### Art. 9 – Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa

**1. L'azione di rivalsa** nei confronti dell'esercente la professione sanitaria può essere **esercitata solo in caso di dolo o colpa grave**

**2. Se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio o della procedura stragiudiziale di risarcimento del danno, l'azione di rivalsa nei suoi confronti può essere esercitata soltanto successivamente al risarcimento avvenuto sulla base di titolo giudiziale o stragiudiziale ed è esercitata, a pena di decadenza, entro un**

**anno dall'avvenuto pagamento**

**3. La decisione** pronunciata nel giudizio promosso contro la struttura sanitaria o sociosanitaria o contro l'impresa di assicurazione **non fa stato nel giudizio di rivalsa se l'esercente la professione sanitaria non è stato parte del giudizio**

**4. In nessun caso la transazione è opponibile all'esercente la professione sanitaria nel giudizio di rivalsa**

### Azione di rivalsa

**5. In caso di accoglimento della domanda di risarcimento proposta dal danneggiato nei confronti della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica(...) o dell'esercente la professione sanitaria (...), l'azione di responsabilità amministrativa, per dolo o colpa grave, nei confronti dell'esercente la professione sanitaria è esercitata dal pubblico ministero presso la Corte dei conti. Ai fini della quantificazione del danno, si tiene conto delle situazioni di fatto di particolare difficoltà, anche di natura organizzativa, della struttura sanitaria o sociosanitaria pubblica, in cui l'esercente la professione sanitaria ha operato**

### Colpa grave

**Un comportamento non consono** a quel minimo di diligenza richiesto nel caso concreto ed improntato ad evidente imperizia, superficialità, trascuratezza ed inosservanza degli obblighi di servizio, che non risulta giustificato dalla presenza di situazioni eccezionali ed oggettivamente verificabili, tali da impedire al medico il corretto svolgimento delle funzioni volte alla tutela degli interessi pubblici a lui affidati (C. Conti, sez. giur. app. reg. Sicilia, 23 gennaio 2012, n. 18/A.; sez. giur. reg. Toscana, 21 marzo 2002, n. 179).

Esempio: omissione di un'attività diagnostica e terapeutica di carattere routinaria.

**Art. 9 – Azione di rivalsa o di responsabilità amministrativa**

L'azione che la struttura può esercitare nei confronti dell'esercente per il danno causato da quest'ultimo.

Può essere esercitata nel medesimo giudizio introdotto dal paziente, o con un giudizio autonomo (nel secondo caso, entro un anno dall'avvenuto pagamento) e solo per dolo e colpa grave dell'esercente.

Il tetto massimo della condanna non vale in ipotesi di dolo.

**Art. 13 – Obbligo di comunicazione all'esercente la professione**

**sanitaria del giudizio basato sulla responsabilità**

**Le strutture sanitarie** e sociosanitarie di cui all'articolo 7, comma 1, e **le imprese di assicurazione che prestano la copertura assicurativa** nei confronti dei soggetti di cui all'articolo 10, commi 1 e 2, **comunicano all'esercente la professione sanitaria l'instaurazione del giudizio promosso nei loro confronti dal danneggiato, entro quarantacinque giorni** dalla ricezione della notifica dell'atto introduttivo, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con

avviso di ricevimento contenente copia dell'atto introduttivo del giudizio.

Le strutture sanitarie e sociosanitarie e le imprese di assicurazione entro quarantacinque giorni comunicano all'esercente la professione sanitaria, mediante posta elettronica certificata o lettera raccomandata con avviso di ricevimento, l'avvio di trattative stragiudiziali con il danneggiato, con invito a prendervi parte.

L'omissione, la tardività o l'incompletezza delle comunicazioni di cui al presente comma preclude l'ammissibilità delle azioni di rivalsa o di responsabilità amministrativa di cui all'articolo 9.

Progetto realizzato da Axenso con il contributo non condizionante di

