

Aggiornamento dei criteri di riferimento per l'apporto del MMG nell'attuale fase di emergenza di contenimento dell'epidemia COVID-19


14 aprile 2020

Questo ulteriore aggiornamento introduce novità in ordine ad indicazioni di utilizzo per la terapia antibiotica e per la profilassi con enoxaparina, sulla base di indicazioni AIFA e di Regione Lombardia.

I criteri esposti di seguito, non vincolanti, hanno carattere di straordinarietà e validità temporanea.

Redatto dal gruppo di lavoro coordinato da ATS Brescia composto da: Dott. Ovidio Brignoli, Prof. Francesco Castelli, Dott. Ottavio Di Stefano, Dott. Giovanni Gozio, Dott. Fulvio Lonati, Dott.ssa Giovanna Perone, Dott. Bruno Platto.

Criteria generali a carattere straordinario

- Evitare assolutamente che il MMG si contagi e si ammali, anche per salvaguardare la continuità delle cure e per evitare che diventi veicolo d'infezione. **NON PROCEDRE A VISITA CLINICA SENZA IDONEI DISPOSITIVI INDIVIDUALI DI PROTEZIONE (DPI).**
 - Operare elettivamente tramite contatti telefonici, condotti in modo da garantire la presa in carico degli assistiti e una conduzione clinica efficace, benché con modalità contingenti straordinarie, coordinata agli altri servizi. **LE PERSONE CON SEGNI O SINTOMI COMPATIBILI CON INFEZIONE COVID NON DEVONO ANDARE NELLO STUDIO DEL MMG.**
 - Identificare i soggetti COVID solo su base clinica, facendo riferimento alla sintomatologia riferita dal paziente/familiare con triage via telefono. **NON È ANCORA PREVISTA L'ESECUZIONE DI TAMPONI PER LA DIAGNOSI.**
 - Procedere in via precauzionale all'isolamento dei soggetti identificati sulla sola base clinica e alla quarantena dei conviventi. **ISTRUIRE I PAZIENTI SULLE MODALITÀ DI ISOLAMENTO E DI QUARANTENA.**
 - Informare i soggetti identificati COVID circa le modalità che devono adottare per l'isolamento domiciliare. **FORNIRE ISTRUZIONI A CAREGIVER E FAMILIARI SULL'ISOLAMENTO DOMICILIARE.**
 - Certificare la malattia dei soggetti identificati COVID e dei conviventi posti in quarantena, se lavoratori.
 - Segnalare con modalità semplificata i soggetti identificati COVID, tramite MAINF, e dei conviventi posti in quarantena, tramite spazio note di MAINF.
 - **CONDURRE** la presa in carico dei soggetti identificati COVID con monitoraggio almeno quotidiano e conduzione clinica effettuati tramite contatti telefonici.
 - Assistere i pazienti COVID positivi dimessi dall'ospedale al domicilio, per i quali è disposto l'isolamento domiciliare obbligatorio, che si conclude con doppio test negativo dopo 14 giorni di clinica silente
- 
- Avvalersi della ricetta dematerializzata.
 - **INDIVIDUARE I SOGGETTI DA INVIARE AL 112**, per una valutazione-inquadramento in pronto soccorso o eventuale ospedalizzazione.
 - Avvalersi dell'intervento domiciliare delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) laddove attivate, e valutare l'opportunità del percorso domiciliare offerto da ADI COVID, Cure Palliative, ADI ordinaria attraverso le UVM delle ASST (modalità operative di prossima diffusione).
 - **Concludere la sorveglianza attiva dei soggetti già individuati COVID su base clinica DOPO 14 GIORNI DI CLINICA SILENTE.**

**Aggiornamento dei criteri di riferimento per l'apporto del MMG
nell'attuale fase di emergenza di contenimento dell'epidemia COVID-19**

14 aprile 2020

Specificazioni operative

Criteri di riferimento per identificare i soggetti COVID solo su base clinica da parte del MMG

Presenza di ALMENO DUE DI:

- | | |
|-----------------|-----------------------------------|
| • Febbre > 37,5 | • Ageusia e/o anosmia |
| • Tosse | • Mialgie o artralgie |
| • Dispnea | • Altri sintomi simil influenzali |
| • Astenia | • Diarrea e/o Vomito |

Criteri di riferimento per la segnalazione al NUE 112 per valutazione-inquadramento in P.S. o eventuale ospedalizzazione

<p><u>Presenza di:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• %saturazione O2: <96% (se BPCO ≤90) in aria (comunque a giudizio del MMG) oppure frequenza respiratoria > 22 atti / minuto• Frequenza cardiaca > 100 battiti /minuto• Pressione arteriosa sistolica <100mmHg• Temperatura ≥ 38°	<p><u>con particolare attenzione se:</u></p> <ul style="list-style-type: none">• Età > 60 anni• Comorbidità*• Aggravamento repentino
--	--



Criteri per l'attivazione dell'USCA _ Unità Speciale di Continuità Assistenziale

IL MMG PUÒ RICHIEDERE L'ATTIVAZIONE DELL'USCA, NELLE SEDI DOVE È ATTIVA (Brescia, Montichiari, Orzinuovi, Palazzolo), QUANDO RITIENE NECESSARIO CHE SIANO EFFETTUATI SPECIFICI INTERVENTI MEDICI PRESSO L'ABITAZIONE DI ASSISTITI CON SINTOMATOLOGIA COVID SOSPETTA O CONFERMATA (*es: valutazione clinica in famiglie con problemi socio-assistenziali-psicologici che impediscono la valutazione telefonica della situazione; valutazione-intervento per lesioni; somministrazione di terapie parenterali*)

INDIRIZZARE LA RICHIESTA VIA E-MAIL (con modalità in allegato 1) SPECIFICANDO

- Nominativo e cellulare proprio
- Nominativo, indirizzo e telefono dell'assistito da visitare
- Informazioni cliniche disponibili e terapie in atto
- Informazioni sul contesto familiare
- Intervento richiesto all'USCA
-

IL MEDICO DELL'USCA, DURANTE LA VISITA DOMICILIARE:

- comunica via cellulare con il MMG
- concorda se/come procedere e se è opportuno prescrivere/attivare ulteriori terapie/interventi
- effettua gli interventi concordati

**Aggiornamento dei criteri di riferimento per l'apporto del MMG
nell'attuale fase di emergenza di contenimento dell'epidemia COVID-19**

14 aprile 2020

Criteri di riferimento per la SORVEGLIANZA DOMICILIARE dei soggetti identificati COVID, da effettuare elettivamente via telefono

QUADRO CLINICO	MONITORAGGIO	APPROCCIO TERAPEUTICO
SINTOMI LIEVI <ul style="list-style-type: none"> Febbre >37,5 tosse, sintomi da raffreddamento, non dispnea; presenza di sintomi aspecifici ASSENZA di fattori di rischio: <ul style="list-style-type: none"> età > 60 comorbidità* gravidanza immunodepressione 	Verificare che: <ul style="list-style-type: none"> sia eupnoico PA normale Frequenza cardiaca normale Non alterazioni coscienza 	<p align="center"><u>IN TUTTI I CASI</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Monitoraggio clinico telefonico almeno quotidiano Idratazione e cura dell'alimentazione Paracetamolo fino a 1gr x 3/ die
SINTOMI LIEVI CON FATTORI DI RISCHIO <ul style="list-style-type: none"> Febbre >37,5 tosse, sintomi da raffreddamento, non dispnea; presenza di sintomi aspecifici PRESENZA di fattori di rischio: <ul style="list-style-type: none"> età > 60 gravidanza immunodepressione comorbidità* <p>NB LA SOMMA DELLE COMORBIDITÀ PEGGIORA LA PROGNOSI</p>	Verificare che: <ul style="list-style-type: none"> sia eupnoico PA normale Frequenza cardiaca normale Non alterazioni coscienza <p>NB LA FEBBRE NON È PROPORZIONALE AL PEGGIORAMENTO DEI SINTOMI</p>	<p align="center"><u>INTEGRARE CON</u></p> <ul style="list-style-type: none"> IDROSSICLOROCHINA 200mg X 4 IL PRIMO GIORNO, QUINDI 200mg X 2 /DIE (per 5-7 gg)** e a giudizio del MMG AVVIARE TERAPIA ANTIBIOTICA***
<p align="center">SINTOMI LIEVI PERDURANTI OLTRE IL 4° GIORNO CON DETERIORAMENTO CLINICO</p>	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare, se possibile, saturimetro 	<p align="center"><u>Valutare profilassi con ENOXAPARINA 4000 ui/die</u> ****</p>
SINTOMI E SEGNI MODERATI TUTTI i seguenti: <ul style="list-style-type: none"> Tosse Dispnea %Saturazione O2: 90-95% (se BPCO<90) o frequenza respiratoria > 22 / minuto E ALMENO UNO DI: <ul style="list-style-type: none"> Frequenza cardiaca >100 Astenia marcata Febbre > 37,5°C 	<ul style="list-style-type: none"> Utilizzare, se possibile, saturimetro 	<p align="center"><u>INTEGRARE CON</u></p> <ul style="list-style-type: none"> O2 Terapia a domicilio***** <u>Modifica terapia antibiotica:</u> Ceftriaxone 2 gr / die

* **Comorbidità:** Ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, obesità, insufficienza renale cronica.

** **Idrossiclorochina:**

- Considerare che può avere un effetto moderato di **allungamento del QT**; verificare QT in precedenti ECG e porre attenzione all'eventuale presenza di altri farmaci concomitanti che possano potenziare questo effetto.
- **Non associare cloroquina con azitromicina o fluorochinoloni o altri farmaci che allungano il QT.**
- Considerare anche **condizioni di rischio:** insufficienza epatica o renale, disturbi elettrolitici, favismo;
- Essendo **prescrizione off label** è necessario: a) acquisire il **consenso informato**, in forma verbale o scritta, dandone evidenza nel fascicolo sanitario, dal quale risulti che il paziente è consapevole della incompletezza attuale dei dati di sicurezza ed efficacia del farmaco (vedi allegato 2); b) **trasmettere la scheda di raccolta dati** al Servizio Farmaceutico di ATS a farmacico@ats-brescia.it (vedi allegato 3).
- Prescrivere **1 sola confezione** (per contenere il rischio di carenza distributiva).

*** **Terapia antibiotica:** se in terapia con idrossiclorochine utilizzare cefalosporine / betalattamine.

**** **Profilassi con enoxaparina:** CONSIGLIATA se non sussiste rischio emorragico secondo score Improve; indicata anche PIÙ PRECOCEMENTE nei soggetti allettati, obesi (BMI >35) e Padua score >4
https://www.aifa.gov.it/documents/20142/1123276/Eparine_Basso_Peso_Molecolare_11.04.2020.pdf/e30686fb-3f5e-32c9-7c5c-951cc40872f7

***** Nella prescrizione di O2 precisare: valore di saturazione O2 rilevata; apparecchiatura prescritta (concentratore; bombole); fabbisogno previsto di litri di O2 (stima litri/minuto per giorni di trattamento previsti).

**Aggiornamento dei criteri di riferimento per l'apporto del MMG
nell'attuale fase di emergenza di contenimento dell'epidemia COVID-19**

14 aprile 2020

ALLEGATO 2 (nota DGW G1.2020.0015695 del 03.04.2020)

FACSIMILE CONSENSO INFORMATO TERAPIE OFF LABEL PER COVID-19

Generalità del paziente: _____

Nome e qualifica del medico prescrittore che si impegna ad informare il paziente di eventuali nuovi dati relativi alla terapia: _____

Recapito cui fare riferimento in caso di emergenza: _____

Nome del medicinale/i o specialità medicinale/i, modalità di somministrazione, dosaggio, durata del trattamento: _____

Contenuti dell'informativa:

-Trattasi di medicinale/i o specialità medicinale/i autorizzato/i in Italia per indicazione terapeutica diversa da quella per la cura da COVID-19;

-Incompletezza dei dati relativi alla sicurezza ed efficacia del medicinale per l'indicazione terapeutica corrispondente alla cura da COVID-19;

-Potenziali benefici ed i rischi prevedibili: _____

Data: _____

Firma Medico _____ Firma paziente o legale rappresentante _____

**Aggiornamento dei criteri di riferimento per l'apporto del MMG
nell'attuale fase di emergenza di contenimento dell'epidemia COVID-19**

14 aprile 2020

ALLEGATO 3 (nota DGW G1.2020.0015695 del 03.04.2020)

SCHEDA RACCOLTA DATI MONITORAGGIO COVID-19

CODICE FISCALE PAZIENTE: _____

ETA': _____ SESSO: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA: _____

SINTOMI PRESENTI: _____

DATA ESECUZIONE TAMPONE: _____

TERAPIA IN ATTO: _____

FARMACI E DOSAGGIO PER TRATTAMENTO COVID-19: _____

MONITORAGGIO CLINICO (SINTOMATOLOGIA, PARAMETRI, ESAMI ESEGUITI, EVENTI AVVERSI):

data _____

data _____

data _____

data _____

data _____

data _____

data _____

DATA E CAUSA DELL'EVENTUALE INTERRUZIONE DEL TRATTAMENTO*: _____

DATA DELLA CONCLUSIONE DEL TRATTAMENTO: _____

Data: _____ Firma Medico _____

*Qualsiasi reazione avversa associata all'uso di farmaci deve essere segnalata in conformità con il sistema nazionale di segnalazione spontanea, direttamente online sul sito <http://www.vigifarmaco.it> o seguendo le istruzioni al link www.agenziafarmaco.gov.it/content/come-segnalare-una-sospetta-reazione-avversa.