



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Infermieristica

**L'ASSISTENZA
DOMICILIARE DURANTE LA
PANDEMIA COVID-19**

Relatore:
Dott.ssa Francesca Barbarini

Tesi di Laurea di:
Cecilia Andreoni

Correlatore:
Dott. Marco Romitelli

A.A. 2019/2020

INDICE

1. INTRODUZIONE	2
1.1 Next Big One: avvento della pandemia COVID-19	2
1.1.1 Impatto sul Sistema Sanitario Nazionale.....	5
1.2 Il Distretto Sanitario: quadro teorico.....	6
1.3 Le Cure Domiciliari	7
1.3.1 Il modello organizzativo della presa in carico.....	9
1.3.2 L'articolazione delle Cure Domiciliari.....	10
2. OBIETTIVO	10
3. MATERIALI E METODI	11
4. RISULTATI.....	14
4.1 Articoli selezionati mediante ricerca bibliografica su banche dati	14
4.2 Il contesto dell'Assistenza Domiciliare di Mondolfo	16
4.2.1 Una nuova pianificazione assistenziale	20
5. DISCUSSIONE	22
5.1 Criticità rilevate nell'Assistenza Domiciliare di Mondolfo	22
5.2 Punti di forza rilevati nell'Assistenza Domiciliare di Mondolfo	29
6. CONCLUSIONI	38
BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA	42
ALLEGATI.....	46

1. INTRODUZIONE

1.1 Next Big One: avvento della pandemia COVID-19

David Quammen, divulgatore scientifico e considerevole autore di *Spillover, l'evoluzione delle pandemie* (2012/2014), tratta del *Next Big One* (NBO), ovvero del “*prossimo grande evento, come di un fatto inevitabile*”, riferendosi con questo termine ad una prossima pandemia, e aggiunge: “*Sarà causato da un virus? Si manifesterà nella foresta pluviale o in un mercato cittadino della Cina meridionale? Farà trenta, quaranta milioni di vittime?*”¹ (p. 45). Inoltre, nello stesso, ipotizza come tale “*Grande Epidemia [...] quando arriverà si conformerà al modello perverso dell'influenza, con alta infettività prima dell'insorgere dei sintomi. In questo caso si sposterà da una città all'altra sulle ali degli aerei, come un angelo della morte*”² (p. 219).

Quasi come una profezia, il NBO è comparso a dicembre del 2019, quando le autorità sanitarie cinesi hanno dichiarato la presenza di un focolaio di casi di polmonite atipica, ad eziologia sconosciuta, nella città di Wuhan (Provincia di Hubei), in Cina. Il *Chinese Center for Disease Control and Prevention* (China CDC) e la sezione cinese dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) hanno fin da subito messo in relazione l'accaduto con il mercato alimentare tradizionale locale, definito *Wet Market*, ed il 9 gennaio 2020 è stato identificato l'agente virale della malattia, un nuovo Coronavirus, al quale l'*International Committee for Taxonomy of Viruses* ha dato il nome di SARS-CoV-2 (*Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*).

Data la conferma delle autorità cinesi sulla rapida trasmissione interumana, il 30 gennaio 2020 l'OMS ha dichiarato lo stato di Emergenza Internazionale, ovvero un evento straordinario che può costituire una minaccia sanitaria per gli Stati membri e che richiede una risposta coordinata a livello internazionale. Solo successivamente, a seguito di un'attenta valutazione dei livelli di gravità e diffusione dell'infezione, l'11 marzo 2020 è stato dichiarato lo stato di pandemia, denominata COVID-19 (*Coronavirus Disease*).

I virus possono essere definiti come “*frammenti di cattive notizie avvolte in una proteina*” (Peter Medewar, premio Nobel per la medicina nel 1960), in quanto sono costituiti da una capsula proteica (capside) contenente un solo tipo di acido nucleico: il DNA o l'RNA.

¹ Quammen, D. (2014). *Spillover. L'evoluzione delle pandemie* (Civalleri, L., Trans). Milano: Adelphi edizioni (Original work published 2012).

² *Ivi*.

Essi si contraddistinguono per non avere un meccanismo di replicazione autonoma e ciò li rende quindi dei parassiti obbligati intracellulari, ovvero si servono di una cellula ospite per moltiplicarsi, al fine di perpetuare la discendenza. Tali minuscoli organismi, dalla struttura semplice ma ingegnosa, esistono in natura da molto tempo e la loro evoluzione è avvenuta in parallelo a quella dei loro ospiti naturali, animali o piante, nel corso degli anni. Si replicano lentamente ma continuamente, diffondendosi nella popolazione ospite senza necessariamente causare malattie o dare segni della loro presenza.

Tuttavia le attività umane, quali la deforestazione, la costruzione di strade, l'aumento degli insediamenti urbani, la caccia alla fauna selvatica, l'intensificazione dell'agricoltura, il commercio internazionale, il cambiamento climatico, l'inquinamento e tante altre, con il passare del tempo, hanno comportato la disintegrazione di tutti gli ecosistemi e la distruzione delle biodiversità, andando a disturbare il parassita nella sua vita quotidiana il quale, sfrattato dal suo ospite abituale, si trova costretto a mutare per adattarsi velocemente ad un nuovo tipo di casa, che molto spesso risiede nell'essere umano.

La popolazione mondiale ha raggiunto circa i sette miliardi e mezzo, ha costruito città che sono diventate megalopoli le cui periferie invadono territori nei quali è inevitabile il contatto con roditori, pipistrelli e altri animali serbatoio di virus; per di più, grazie ai treni e agli aerei la velocità degli spostamenti è aumentata notevolmente, consentendo alle persone di fare lunghi viaggi in breve tempo.

Tutte le sovraccitate condizioni hanno in qualche modo favorito lo *spillover* (salto di specie), permettendo ad un virus animale di essere trasmissibile agli esseri umani, causando cioè una *zoonosi*.

I Coronavirus sono virus a RNA e come tali, essendo privi di un meccanismo di correzione, hanno una forte tendenza a mutare e ciò li rende particolarmente sfuggenti e imprevedibili. Essi sono agenti di molteplici patologie respiratorie, intestinali e neurologiche nell'uomo e negli animali.

Nello specifico il SARS-CoV-2 presenta una forma rotondeggiante variabile, con un diametro poco superiore a 100nm e una superficie contrassegnata da spicole di glicoproteine sporgenti quasi a disegnare una corona (da qui il termine Coronavirus). Tale virus patogeno umano presenta regioni genomiche corrispondenti al 96% con virus associati al pipistrello ferro di cavallo mentre le differenze sono omologhe al genoma del

pangolino. Si tratta quindi di una ricombinazione di un virus che dal pipistrello è stato trasmesso al pangolino, definito ospite di amplificazione, dove si è ricombinato con un altro virus ivi presente causando la modificazione della glicoproteina S (proteina *spike*), la quale riconosce le cellule ospiti attraverso il legame con l'enzima *Angiotensin-Converting Enzyme 2* (ACE2) presente in particolare nel tratto respiratorio, a livello degli alveoli polmonari.

Il pipistrello ferro di cavallo e il pangolino sono animali presenti nei *Wet Market*: enormi mercati cinesi nei quali sono in vendita ingenti quantità di animali selvatici e domestici, spesso macellati sul posto, in gravi carenze di igiene e di sicurezza alimentare. Nello stesso libro *Spillover*, D. Quammen descrive come in questi sia tipico rinchiudere gli animali, spesso malati o con ferite aperte, in gabbie a rete impilate l'una sull'altra, e ciò fa sì che le deiezioni di quelli posti in alto cadano su quelli in basso. I *Wet Market* rappresentano quindi luoghi ideali di contagio interspecie e di *zoonosi*.

In Cina, cibarsi di tutte le specialità selvatiche è considerato un modo per acquisire prestigio, prosperità e buona sorte. Esiste infatti un detto comune, come affermano Bologna e Lepidi in *CoViD-19: Virologia e patologia* (2020), che recita: “*Anything with four legs (except chairs), anything that flies (except airplanes) and anything that swims (except a submarine) can be eaten, in China*” [“*Qualsiasi cosa con quattro gambe (eccetto le sedie), qualsiasi cosa che voli (eccetto gli aeroplani) e qualsiasi cosa che nuoti (eccetto un sommergibile) si può mangiare, in Cina*”]³ (p. 48).

Proprio in tale contesto si è presumibilmente realizzato lo *spillover* che ha dato origine al SARS-CoV-2, virus che si è mostrato fin da subito estremamente contagioso.

Le principali modalità di trasmissione sono *droplet* e per contatto ed il periodo di incubazione varia da 5 a 14 giorni, al termine dei quali il soggetto contagiato può sviluppare sintomi quali tosse, febbre, perdita dell'olfatto e/o del gusto, affaticamento, dolori muscolari, dispnea e delirio oppure rimanere asintomatico. Quest'ultima condizione può rappresentare un rischio aumentato di trasmissione del virus, poiché la mancanza di sintomi fa sì che il soggetto sia inconsapevole di essere malato e di conseguenza non prenda particolari precauzioni per evitarne la diffusione.

I soggetti maggiormente a rischio di complicanze gravi, tali da richiedere il ricovero in terapia intensiva per assistenza ventilatoria, sono quelli che presentano un'età avanzata o

³ Bologna, M., Lepidi, A. (2020). *CoViD-19: Virologia e patologia*. Torino: Bollati Boringhieri.

comorbidità, soprattutto polmonari e/o cardiocircolatorie, immunità ridotta e fragilità. Questi tendono a sviluppare una polmonite grave, con conseguente instaurarsi della Sindrome da Distress Respiratorio Acuto (ARDS) progressiva e irreversibile, fino ad essere letale.

1.1.1 Impatto sul Sistema Sanitario Nazionale

Il rapido diffondersi e la gravità del virus SARS-CoV-2 ha causato l'insorgenza di un'emergenza sanitaria internazionale, mettendo in crisi la capacità di resilienza dei sistemi sanitari dei diversi Paesi del mondo, tra cui quello italiano, il primo fra quelli occidentali ad esserne interessato. Quest'ultimo si è fin da subito adoperato a fornire rapide risposte assistenziali per un problema ad alto livello di criticità, con carenze relative di risorse materiali e umane e avendo cura di osservare al meglio le norme anti-contagio per la maggiore tutela possibile del cittadino e del personale sanitario.

Il problema principale si esplica nell'improvvisa comparsa e rapida disseminazione a livello nazionale ed internazionale di tale agente patogeno, finora sconosciuto per il genere umano, le cui modalità di trasmissione e le manifestazioni sindromiche non sono state completamente note sin dall'esordio, ed in grado di provocare una possibile rapida compromissione delle funzioni vitali, fino ad essere potenzialmente fatale.

In un primo momento a causa delle insufficienti informazioni le misure di prevenzione, cura e di presa in carico si sono presentate scarse e difformi sul territorio nazionale, con conseguenti difficoltà nella gestione dell'assistenza ordinaria e nella gestione assistenziale dei soggetti sospetti o SARS-CoV-2 positivi.

Tuttavia, contestualmente, autorevoli organizzazioni internazionali si sono adoperate per diffondere quanto prima informazioni più precise sul virus, al fine di determinare l'adozione di comportamenti corretti di prevenzione e di protezione.

È inoltre documentato che i soggetti maggiormente a rischio d'infezione sono *in primis* gli operatori sanitari, essendo più facilmente a contatto con pazienti affetti da COVID-19. Questi devono quindi adottare precauzioni aggiuntive che includono l'utilizzo corretto dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) al fine di preservare se stessi e prevenire la trasmissione del virus.

Altrettanto importanti misure di salute pubblica attuate per evitare l'insorgenza di ulteriori casi sono: la quarantena, la quale si attua ad una persona sana entrata a stretto

contatto con un caso COVID-19 positivo, della durata del periodo massimo di incubazione della malattia (14 giorni successivi all'ultima esposizione al caso) e l'isolamento che consiste nell'allontanare le persone contagiate da quelle sane, al fine di prevenire la diffusione dell'infezione durante il periodo di trasmissibilità.

In Italia sono stati emanati vari decreti dal Presidente del Consiglio dei Ministri, dal Ministero della Salute e ordinanze regionali al fine di contenere quanto più possibile gli effetti epidemiologici; ciò si è tradotto in prima istanza in misure di sorveglianza sanitaria speciali quali, la quarantena con sorveglianza attiva ed il divieto di spostamento, salvo che per comprovate esigenze lavorative o per motivi di salute.

Contestualmente sono state approvate nuove disposizioni che hanno comportato: l'incremento del livello del finanziamento sanitario nazionale standard, il potenziamento dei reparti ospedalieri di terapia intensiva e redistribuzione del personale sanitario con reclutamento urgente di questo attraverso procedure straordinarie, ed infine sono state attivate aree sanitarie temporanee per la durata dello stato di emergenza.

Tuttavia la visione ospedalocentrica è apparsa rilevante ed ha attirato l'attenzione di molti a discapito della rete territoriale, in particolare dell'Assistenza Domiciliare.

Infatti il ruolo degli infermieri e di altri professionisti sanitari va oltre l'ambito ospedaliero: molti di loro lavorano a domicilio, nelle case di pazienti fragili, spesso instabili e affetti da malattie croniche concomitanti e per questo fortemente suscettibili al virus e allo sviluppo di complicanze gravi. La gestione di questi deve avvenire in un'ottica di estrema attenzione per ridurre la possibilità di diffusione del virus ma poiché il luogo di cura risiede proprio nella casa dell'assistito e non in un ambiente controllato, come può essere quello ospedaliero, i professionisti della salute hanno incontrato notevoli difficoltà. Inoltre la precaria considerazione delle Cure Domiciliari ha comportato una carenza di raccomandazioni specifiche per una assistenza sicura di tutti gli individui presi in carico, definiti casi sospetti o SARS-CoV-2 positivi.

1.2 Il Distretto Sanitario: quadro teorico

L'instaurarsi di tale scenario emergenziale internazionale, riporta l'attenzione a principi fondamentali della Nazione italiana e al contesto in cui si inseriscono le Cure Domiciliari, al fine di comprendere a fondo i cambiamenti apportati.

La Carta Costituzionale della Repubblica italiana afferma il diritto all'assistenza sanitaria e sociale, tutelando la Salute come "*fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività*" (art.32, comma I°).

Il passaggio da ciò che è stato dichiarato alla vera e propria concretizzazione si ha con l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale (SSN), attraverso l'approvazione della legge del 23 dicembre 1978 n. 833, la quale si fonda su l'universalità del diritto alla Salute e la necessità dell'integrazione funzionale di interventi di base sanitari e sociali.

Al fine di provvedere ad una gestione unitaria della tutela della Salute in modo uniforme su tutto il territorio nazionale ed in vista del miglioramento della qualità, efficacia ed efficienza degli interventi, sono stati emanati successivi decreti di riordino del Sistema che hanno apportato modifiche all'impianto della suddetta legge. In particolare, i decreti n.502 del 1992, n.517 del 1993 e, successivamente il n.229 del 1999, hanno condotto alla creazione delle Aziende Sanitarie Locali (ASL), le cui modalità organizzative e di funzionamento sono disciplinate dalle Regioni. Inoltre, viene definito il Distretto Sanitario di base, il quale si configura come articolazione organizzativa-funzionale dell'ASL, governato a livello regionale, atto a conciliare l'unitarietà del sistema sanitario e finalizzato a realizzare un elevato livello di integrazione tra i diversi servizi di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali, in modo da assicurare la continuità assistenziale, la prossimità delle cure e l'integrazione di servizi e professionisti di area sanitaria con quelli dell'ambito sociale.

A valorizzare i servizi territoriali erogati dai Distretti e una facile accessibilità a questi da parte dei cittadini, si colloca la legge n.328 del 2000, definita "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali".

Si parla dunque di "*Welfare di Comunità*", inteso come trasferimento dei poteri verso gli enti territoriali più vicini al cittadino.

1.3 Le Cure Domiciliari

Nel corso degli ultimi decenni l'evoluzione dei bisogni sanitari e sociali ha richiesto un cambiamento radicale: il miglioramento del tenore di vita e i progressi compiuti dalla medicina hanno favorito la riduzione della mortalità per patologie acute comportando però l'aumento delle malattie croniche invalidanti, la cui complessità di gestione comporta interventi integrati tra diverse figure professionali. A questo non può rispondere

il sistema di assistenza tradizionale, che affidava in larga misura le risposte sanitarie e assistenziali all'ospedale e alla famiglia, ma vi è la necessità di un sistema che risponda compiutamente ai bisogni attuali di Salute, ed è qui che si collocano le Cure Domiciliari. Queste ultime, nel rispetto della normativa nazionale, si inseriscono nell'ambito dei servizi assicurati dal Distretto Sanitario.

Nello specifico, l'articolo 22 relativo al DPCM del 12 gennaio 2017, recita: *“Il Servizio Sanitario Nazionale garantisce alle persone non autosufficienti in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, percorsi assistenziali a domicilio costituiti dall'insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita”*⁴. Esso inoltre mette in rilievo come le Cure Domiciliari debbano integrarsi con le prestazioni di assistenza sociale e di supporto alla famiglia.

I principali destinatari di queste sono i portatori di patologie croniche stabili o riacutizzate, i disabili, gli anziani e i terminali, i quali esigono una complessità assistenziale elevata.

Gli obiettivi principali dell'Assistenza Domiciliare sono: fornire assistenza nel proprio ambiente di vita in modo da evitare il ricorso inappropriato al ricovero in ospedale o ad altra struttura residenziale, il massimo recupero delle capacità residue di autonomia e di relazione, il miglioramento della qualità di vita anche nella fase terminale e la continuità assistenziale per i dimessi dalle strutture sanitarie con necessità di prosecuzione delle cure.

L'umanizzazione e la personalizzazione delle cure risultano evidenti all'interno del contesto domiciliare, il quale comporta un approccio olistico, un'ottima capacità di ascolto, vicinanza, comprensione, flessibilità, tenacia e rispetto dei programmi personalizzati. L'infermiere delle Cure Domiciliari “entra in punta di piedi” nel contesto di vita dell'assistito, con il quale deve instaurare un profondo rapporto di fiducia. L'elemento essenziale è la comunicazione terapeutica e l'interesse rivolto all'intera famiglia, intesa come unità di cura coinvolta in tutto il processo assistenziale, alla quale spetta anche un buon supporto psicologico.

⁴ Ministero della Salute. (2017). *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*. Art. 22, comma 1.

1.3.1 Il modello organizzativo della presa in carico

L'accesso al servizio avviene tramite la Porta Unica di Accesso (PUA) ubicata presso il Distretto Sanitario afferente al Comune di residenza del richiedente. Questo è il punto di raccolta di tutte le segnalazioni del bisogno clinico, funzionale e sociale e delle richieste di intervento che possono derivare dal Medico di Medicina Generale (MMG), dal Pediatra di Libera Scelta (PLS), dal responsabile dell'Unità Operativa ospedaliera all'atto della dimissione protetta, dal servizio sociale e direttamente dai familiari o soggetti della rete informale. In ogni caso risulta necessaria l'impegnativa emessa dal MMG o dal PLS, nei quali risiede la responsabilità clinica.

In conseguenza, il PUA procede con la creazione della cartella dell'assistito, quale strumento di continuità che accompagna la persona presa in carico nel percorso e che raccoglie tutti i dati anagrafici e le indicazioni assistenziali. Si procede poi con l'attivazione dell'Unità Valutativa Integrata (UVI), organismo multidisciplinare composto dal medico di assistenza distrettuale, dal coordinatore degli infermieri e dall'assistente sociale coordinatore. Tali componenti, assieme al MMG o al PLS dell'assistito ed eventualmente lo specialista della patologia, analizzano la domanda di intervento, procedono con la Valutazione MultiDimensionale (VMD) dei bisogni al fine di effettuare la presa in carico e la definizione del Piano di Assistenza Individualizzato (PAI) sociosanitario integrato, il quale è un ottimo strumento di comunicazione organizzativa tra tutti coloro che, a vario titolo, si occupano del soggetto fragile.

Periodicamente l'UVI monitora e valuta il raggiungimento degli obiettivi designati nell'ottica di un miglioramento continuo delle prestazioni e di eventuale proposta di proroga o di dimissione.

In base ai bisogni prevalenti dell'assistito viene individuato un Coordinatore del Caso (*Case Manager*), generalmente con la qualifica di infermiere, il quale si fa garante dell'intero processo assistenziale, riattivando l'UVI qualora il progetto di cura necessiti di modifiche.

L'infermiere diviene quindi responsabile della fase di accoglienza e di valutazione olistica, tramite *assessment* del singolo e della famiglia, tale da permettere l'instaurarsi di una relazione che diventa parte integrante dell'intervento stesso. Determinante inoltre la figura infermieristica nel definire il PAI, attraverso l'interazione con il nucleo familiare, incentivando quanto possibile l'*empowerment* dell'assistito, il quale si trova

maggiormente coinvolto nel processo decisionale di cura e possiede un controllo sulle decisioni e azioni in merito alla propria Salute.

Un ulteriore punto di forza per la realizzazione di un piano di assistenza adeguato è individuare il *Caregiver*, ovvero “colui che si prende cura”. Questo è la figura di maggior supporto dell’assistito con il quale l’infermiere deve instaurare una relazione terapeutica, essendo esso una risorsa ma anche un destinatario di cure, necessitante di supporto ed addestramento alle tecniche sanitarie.

1.3.2 L’articolazione delle Cure Domiciliari

In relazione al bisogno di salute dell’assistito e al grado di intensità, complessità e durata dell’intervento assistenziale, le Cure Domiciliari si articolano in:

- Cure Prestazionali (CP): sono prestazioni professionali occasionali o a ciclo programmato in risposta ad un bisogno sanitario semplice di tipo medico, infermieristico e/o riabilitativo che non richiedono la valutazione multidimensionale e la predisposizione del PAI per la presa in carico.
- Cure Domiciliari Integrate (CDI): si intendono tutti quei servizi offerti a persone non autosufficienti e/o affette da patologie gravi, che richiedono la valutazione da parte dell’UVI e la conseguente predisposizione del PAI. Rientrano in tale categoria tutte quelle situazioni assistenziali ad alto assorbimento di personale, di beni, servizi e di risorse organizzative e di integrazione. Queste ultime in relazione alla complessità e criticità si possono classificare in tre livelli. All’interno del terzo livello rientrano anche le Cure Palliative per malati terminali, in cui è prevista la pronta disponibilità medica sulle 24 ore, di norma erogate da un’*équipe* specifica di cura comprendente il MMG e personale specificatamente formato.

2. OBIETTIVO

La stesura di tale elaborato di tesi mira a delineare le Cure Domiciliari durante la pandemia COVID-19, mettendone in luce le capacità di risposta e di adattamento a fronte dello scenario di emergenza sanitaria internazionale.

In particolare, il contesto di riferimento è l’Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) di Mondolfo, la cui prossimità consente di osservare una realtà non estranea, con l’intento

di riportare testualmente i fatti al fine di descrivere il ruolo dell'infermiere delle Cure Domiciliari, operante in un'ottica socio-sanitaria diversa dall'ordinario.

Il progetto auspica ad esaltare le difficoltà e criticità incontrate dall'operatore sanitario che si trova a lavorare in completa autonomia, privo del supporto dell'équipe presente in altri contesti di assistenza sanitaria; tuttavia l'ADI è risultata una risorsa determinante per la gestione della pandemia a livello extraospedaliero, presentando dei punti di forza non indifferenti.

La trattazione mira dunque ad un confronto delle criticità e dei punti di forza con i risultati ottenuti dall'analisi bibliografica eseguita, così da offrire opportunità di riflessione per la ricerca di soluzioni nuove in vista di un miglioramento continuo dell'assistenza infermieristica domiciliare nel fronteggiare situazioni di emergenza sanitaria come quella attuale, garantendo al cittadino l'efficacia e l'efficienza delle risposte assistenziali ai suoi bisogni di Salute.

3. MATERIALI E METODI

Il setting selezionato dal progetto in questione è il contesto lavorativo dell'ADI di Mondolfo (Provincia di Pesaro-Urbino) il quale, unitamente a Fano, Lucrezia, Calcinelli, Fossombrone, Marotta, Mondavio e Pergola, è un'articolazione del Distretto di Fano-Pergola, compreso all'interno dell'Area Vasta 1.

L'assistenza erogata dal personale infermieristico ivi presente è diretta agli assistiti compresi nel territorio che si estende dall'ingresso Sud del ponte del fiume Metauro all'ingresso Nord del ponte del fiume Cesano; internamente sono inclusi i comuni di Monte Porzio, Mondolfo e San Costanzo.

La gestione domiciliare dell'assistenza infermieristica è affidata a sei infermieri, di cui uno contestualmente impegnato nei prelievi del tampone rino/orofaringeo, test diagnostico altamente sensibile e specifico per rilevare la presenza di SARS-CoV-2.

La principale problematica assistenziale, durante l'intero arco temporale che va dalla comparsa della pandemia COVID-19 al momento attuale, consiste nell'operare rispettando i nuovi requisiti di sicurezza e nell'adottare strategie atte a contenere la diffusione del contagio. Infatti, nell'ambito della gestione domiciliare, la diffusione di una tale malattia infettiva rappresenta un grave problema da un duplice punto di vista: il primo è il rischio che gli assistiti ordinari vengano infettati, il che può portare a

complicanze estremamente gravi per la vita stessa, essendo essi fragili e portatori di comorbidità; il secondo è il rischio che l'operatore sanitario stesso venga infettato da un caso COVID-19 positivo e che diventi lui stesso ulteriore fonte di trasmissione ad altri. Inoltre, essendo le cure erogate a domicilio, la presenza dei componenti della famiglia e dell'eventuale *caregiver* fa sì che questi possono essere probabili ulteriori fonti di contagio per il personale infermieristico e per l'assistito stesso, soprattutto nei periodi di massima allerta, in cui sono state emanate disposizioni urgenti di confinamento domiciliare anche delle persone sane.

Rilevante e problematica nel contesto domiciliare risulta anche l'organizzazione degli spazi, essendo esso un ambiente più difficile da gestire rispetto a quello ospedaliero, in cui l'organizzazione architettonica consente di erogare un'assistenza più controllata e sicura.

I dati e le informazioni impiegate per redigere tale elaborato di tesi sono stati tratti da fonti quali: colloquio con uno degli infermieri operanti all'interno del setting selezionato, documenti relativi al Distretto stesso, come schede di valutazione e di accertamento socio-ambientale, tramite ricerca bibliografica su banche dati come PubMed e Scopus, consultazione dei rapporti dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), di documenti redatti dalla *World Health Organization* (WHO) e dal Ministero della Salute, delle delibere della Regione Marche e del Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e dalla lettura di libri come *Spillover, l'evoluzione delle pandemie* (Quammen, 2012/2014) e *CoViD-19: Virologia e patologia* (Bologna, Lepidi, 2020).

La ricerca e selezione degli studi relativi all'Assistenza Domiciliare durante la pandemia COVID-19 all'interno delle banche dati è apparsa ardua e di pochi contenuti, dal momento che tale contesto di emergenza ha posto sotto pressione l'intero Sistema Sanitario Nazionale, impegnando molteplici operatori sanitari nell'erogazione di prestazioni assistenziali a sfavore dell'ambito della ricerca.

In particolare, per la ricerca bibliografica sono state selezionate banche dati quali PubMed e Scopus, utilizzando come parole chiave: Home Care, COVID-19 e SARS-CoV-2.

Gli articoli inclusi in tale elaborato di tesi sono stati scelti applicando i seguenti criteri di inclusione: setting assistenziale inerente alle Cure Domiciliari ed arco temporale relativo alla pandemia COVID-19. La mancata presenza di riferimenti contestualizzati all'Assistenza Domiciliare o relativi ad un intervallo di tempo al di fuori di quello

d'interesse, sono stati considerati criteri di esclusione. Gli studi sono poi stati sottoposti a *screening* sulla base del titolo, primariamente, escludendo quelli non contenenti i termini: “Home”, “Care”, “Home Care”, “COVID-19”. Secondariamente, gli articoli rimanenti sono stati soggetti allo *screening* sulla base dell'*abstract*, in relazione al quale, sono stati esclusi per assenza di dati riguardanti i parametri di interesse e/o per mancanza di informazioni inerenti all'Assistenza Domiciliare. A seguito dell'analisi dei manoscritti, gli articoli definitivi risultano quindi essere quattro; a questi ne sono stati aggiunti 23, selezionati da ulteriori fonti sopracitate, per un totale di 27 articoli utilizzati per redigere il progetto in questione.

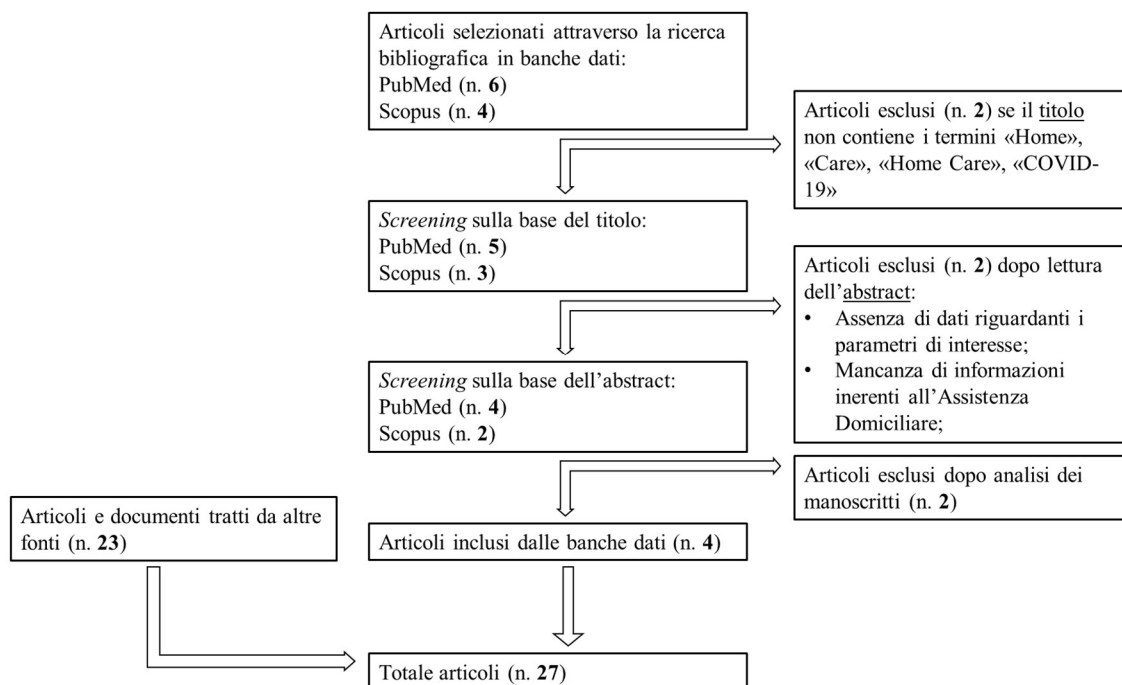


Figura 1, flow chart relativa alla ricerca bibliografica attuata.

4. RISULTATI

4.1 Articoli selezionati mediante ricerca bibliografica su banche dati

Qui di seguito sono riportati gli articoli selezionati dalle banche dati (PubMed, Scopus).

“Recommendations in covid-19 times: a view for home care”, Tonin, L., Lacerda, M. R., Caceres N. T. G., & Hermann A. P. Revista Brasileira Enfermagem, 29 giugno 2020.

L’obiettivo di questo studio è quello di suggerire raccomandazioni nell’ottica di un’Assistenza infermieristica Domiciliare sicura, durante la pandemia COVID-19. Si tratta di uno studio riflessivo sullo scenario brasiliano, originato dalla consultazione delle linee guida pubblicate dalla WHO, dal Ministero della Salute e dalla *Pan American Health Organization*.

I risultati di tale studio indicano come il ricovero in ospedale di malati COVID-19 non sempre è necessario o potrebbe non essere possibile a causa del sistema sanitario sovraffollato, per cui gli assistiti con sintomi lievi e senza condizioni croniche possono essere curati a casa. Vengono quindi stilate raccomandazioni rivolte agli assistiti, ai *caregivers* familiari e agli infermieri stessi, sviluppate sulle migliori prove scientifiche al fine di prevenire i contagi e di contenere quanto possibile la pandemia.

“Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma” [“Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm”], Martinez Riera, J. R., Gras Nieto, E. Enfermería Clínica, 15 maggio 2020.

Questo articolo ha come fine quello di descrivere come l’Assistenza Domiciliare in Spagna ha risposto alla pandemia COVID-19. Esso illustra come inizialmente tale assistenza ha svolto un ruolo rilevante nel controllo e nel monitoraggio delle persone contagiate o sospette e delle loro famiglie. Tuttavia con l’aggravarsi della situazione, determinata dal progressivo aumento dei contagi e dei decessi, l’attenzione si è spostata completamente sugli ospedali, i quali si sono trovati sull’orlo del collasso e dove il numero dei contagi degli operatori sanitari è aumentato.

Lo stesso studio afferma come invece sia importante implementare l’Assistenza Domiciliare, soprattutto in un contesto pandemico come quello attuale, al fine di evitare che gli assistiti, generalmente persone molto fragili, malati terminali o con malattie

croniche avanzate, si sentano abbandonati dal sistema. Inoltre viene definito come a causa del rischio di contagio tale assistenza deve adottare nuove misure di sicurezza, quali la riduzione delle visite a domicilio e l'utilizzo di strumenti che la sanità digitale offre, come le videochiamate. Attraverso queste è infatti possibile garantire un *follow-up* anche dopo la guarigione e non solo durante lo stato di allarme in corso; tuttavia l'inadeguata distribuzione delle risorse umane disponibili comporta sempre più una concentrazione dei professionisti sanitari all'interno dell'ospedale con conseguente carenza di personale dedicato ai servizi di monitoraggio digitale.

“Home monitoring for COVID-19”, Medina, M. et al., Cleveland Clinic, Journal of Medicine, 11 giugno 2020

L'obiettivo dell'articolo in questione è quello di dimostrare l'importanza delle Cure Domiciliari per moderare il rischio di esposizione degli operatori sanitari e per ridurre la diffusione del virus nella comunità. In particolare presenta come la *Cleveland Clinic*, centro medico accademico americano con sede a Cleveland (Ohio), ha riconosciuto l'importanza di ridurre la trasmissione comunitaria di COVID-19 confinando, quanto possibile, le persone a casa. La continuità dell'attività di cura dell'assistito è preservata attraverso una varietà di modalità digitali e telefoniche. Inoltre con l'aumento del numero di casi confermati, la standardizzazione dell'Assistenza Domiciliare risulta essere fondamentale per la gestione degli assistiti ad alto rischio, riducendo la probabilità di esposizione degli operatori sanitari e diminuendo la diffusione del contagio nella comunità, attraverso un'adeguata educazione per la gestione dei casi infetti o sospetti. Tale nuovo approccio prevede l'introduzione di una applicazione mobile (*MyChart Care Companion*) di automonitoraggio dei sintomi dei soggetti COVID-19 positivi o sospetti, per attuare un intervento precoce e coinvolgere l'assistito il più possibile. Inoltre la piattaforma consente di accedere a risorse educative per la gestione dell'ansia e dello stress generato dalla malattia in questione e sulle misure di protezione da attuare nei confronti della famiglia, al fine di promuovere una visione olistica dell'assistenza.

“Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol”, Porzio, G. et al. Journal of Pain and Symptom Management, 1 luglio 2020.

Lo studio si prefigge come obiettivo quello di condividere le procedure e gli strumenti utilizzati dal servizio di Assistenza Domiciliare dell’Associazione Tumori Toscana durante la pandemia COVID-19.

Tale associazione per fronteggiare la diffusione del virus SARS-CoV-2 ha stabilito un protocollo di doppio triage al fine di garantire la continuità delle cure e di proteggere gli operatori sanitari dal rischio di infezione. Il primo triage consiste in un colloquio telefonico, eseguito da un’infermiera dedicata, che sottopone l’assistito ad una serie di domande atte a valutare il rischio di essere contagiato. Il secondo colloquio, condotto solo per individui risultati negativi al primo, mira invece a programmare gli accessi domiciliari, al fine di evitare contatti non necessari. In base a determinati parametri, gli assistiti vengono classificati in tre categorie di priorità, attraverso cui viene poi definita l’intensità e la durata delle cure erogate.

Considerando lo scenario in evoluzione e la rapida diffusione del COVID-19 nel mondo, con tale articolo gli autori vogliono diffondere una possibilità di gestione nuova, da applicare alle Cure Domiciliari.

4.2 Il contesto dell’Assistenza Domiciliare di Mondolfo

La flessibilità, intesa come capacità di adattarsi rapidamente al mutare delle situazioni, rappresenta lo strumento fondamentale per superare le criticità.

Nell’attuale scenario pandemico la rapida diffusione del virus SARS-CoV-2 ha richiesto una marcata flessibilità del Sistema Sanitario Nazionale, per cui anche l’Assistenza Domiciliare, in risposta allo stato di emergenza, ha subito una rapida riorganizzazione che ha previsto l’immediata adozione di misure di sicurezza atte a garantire una gestione sicura ed appropriata degli assistiti ed una adeguata tutela degli operatori sanitari dal rischio di contagio.

In particolare, l’équipe infermieristica operante nel contesto dell’ADI di Mondolfo ha condiviso le istruzioni impartite dall’ISS, affiancandole ai protocolli aziendali già in atto e alle direttive del Distretto di riferimento, al fine di garantire una continuità assistenziale in sicurezza a tutti i soggetti, sia che siano casi sospetti sia che siano casi COVID-19

positivi, confermati tramite test diagnostici. La velocità dei cambiamenti e la pubblicazione di nuove informazioni relative al virus hanno richiesto una continua formazione e aggiornamento ai nuovi protocolli emanati.

La prima rilevante misura restrittiva adottata è stata la riduzione degli accessi impropri: in accordo con il MMG o il PLS è stata limitata la frequenza di alcune prestazioni abituali, ad esempio i controlli settimanali dei valori di *International Normalised Ratio* (INR), laddove il *trend* era stabile ormai da almeno un mese, sono diventati bisettimanali; anche l'esecuzione regolare delle medicazioni è stata affidata dove possibile ad un *caregiver* informale, generalmente un componente della famiglia, in grado di rispettare le indicazioni fornite da parte dell'infermiere.

Inoltre gli assistiti si sono mostrati solidali e comprensivi se informati adeguatamente e hanno risposto molto bene ai cambiamenti che la riorganizzazione ha comportato; ad esempio, alcuni hanno chiamato spontaneamente per ridurre o interrompere i controlli dell'emocromo a seguito delle indicazioni fornite dal MMG.

L'accesso al servizio delle prestazioni domiciliari è stato revisionato in quanto attualmente avviene solo attraverso via telematica con emissione dell'impegnativa da parte del MMG o del PLS tramite posta elettronica. Per di più la richiesta di Cure Domiciliari può essere eseguita da parte di una struttura ospedaliera e rivolta ad assistiti che necessitano di una continuità assistenziale a seguito della dimissione, definita quindi *protetta*. Tuttavia quando la continuità del passaggio delle informazioni trasmesse dall'ospedale relativamente ai casi sospetti o COVID-19 positivi non è garantita, ne consegue una impreparazione dell'infermiere che accede a domicilio dell'assistito e ne risulta una esposizione ad un maggior rischio di contagio.

La presa in carico avviene previo *triage* telefonico eseguito dal personale infermieristico, impostato su una scheda di valutazione⁵ che mira a valutare: se l'assistito presenta sintomi per affezioni alle vie respiratorie, se ha soggiornato in un Paese o località a rischio, se è stato esposto a casi COVID-19 positivi o a casi ad alto rischio (sospetti) oppure se ha avuto contatti con persone rientrate da Paesi e/o località a rischio o con familiari di casi sospetti. Se l'assistito risponde negativamente alle domande, si procede con la valutazione clinica in relazione ai sintomi presentati; in particolare viene segnalata la

⁵ Vedi Allegato 1. FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia). *Scheda di valutazione medicina generale infezioni vie respiratorie suggestive rischio COVID-19.*

presenza di febbre superiore a 38°C associata a coscienza alterata, pressione sistolica bassa (minore o uguale a 100 mmHg) e dispnea a riposo. Nel caso in cui si presenti almeno una delle ultime tre caratteristiche elencate, assieme ad una temperatura elevata, si procede con l'allerta del 118/112; se non sussistono le condizioni precedenti si attua la valutazione dello stato vaccinale, delle condizioni di rischio come la presenza di comorbidità, e l'analisi del quadro clinico.

Se tale processo diagnostico risulta essere suggestivo di affezione polmonare è necessario contattare i numeri telefonici sopraccitati o proseguire con una valutazione domiciliare adottando le massime precauzioni possibili.

Nel caso in cui l'individuo sia eupnoico ed in grado di svolgere le normali attività di vita quotidiana ma presenti sintomi tipici di infezione da SARS-CoV-2, è compito dell'infermiere suggerire l'isolamento e la riduzione dei contatti e di fornire un'adeguata educazione sulle misure da attuare per contribuire alla rottura della catena di trasmissione del virus.

Una volta attuato l'isolamento per l'assistito preso in carico dalle Cure Domiciliari, si procede con la raccolta di informazioni relative alle condizioni socio-ambientali, se possibile per via telefonica, al fine di intercettare quelle situazioni familiari in cui l'ambiente domestico o la mancanza di informazioni adeguate non consentano un'idonea protezione degli altri componenti del nucleo familiare, secondo un progetto⁶ avviato dall'Università Politecnica delle Marche (UNIVPM) in accordo con l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR). Tale accertamento socio-ambientale prende in considerazione dati quali: la presenza di altri componenti nella stessa abitazione, la capacità di utilizzo di strumenti digitali come smartphone o computer, il livello d'istruzione dell'assistito e dei familiari, il reddito, l'eventuale ospedalizzazione avvenuta a partire dal 31 gennaio 2020, il risultato del tampone per COVID-19, la presenza di sintomi tipici e di patologie croniche ed infine le caratteristiche dell'ambiente domestico.

A seguito della presa in carico la figura dell'infermiere assume un ruolo importante nell'educazione sanitaria. Le raccomandazioni relative ai comportamenti e alle misure da adottare nella prevenzione della diffusione del contagio per il soggetto in isolamento o in quarantena, vengono fornite per via telefonica e poi ribadite durante l'accesso domiciliare. Nello specifico si informano l'assistito e il *caregiver* circa i sintomi, le

⁶ Vedi Allegato 2. Prospero, E., Rondina, T. *Accertamento socio\ambientale degli assistiti sul territorio.*

caratteristiche di contagiosità, le modalità di trasmissione della malattia e le misure da adottare per proteggere gli eventuali congiunti. Inoltre viene attuata una sorveglianza attiva quotidiana delle condizioni di salute di questi soggetti, mediante telefonate o e-mail, al fine di individuare precocemente segni di peggioramento.

Per quanto riguarda la gestione del caso ordinario, il quale non si trova né in isolamento né in quarantena, è comunque dovere dell'infermiere educare all'adozione di comportamenti corretti da applicare in ambito comunitario e sanitario, come: praticare frequentemente l'igiene delle mani, preferibilmente con gel a base alcolica, evitare di toccare gli occhi, il naso e la bocca, tossire o starnutire all'interno del gomito con il braccio piegato o all'interno di un fazzoletto che viene poi immediatamente eliminato, indossare la mascherina chirurgica soprattutto se si hanno sintomi respiratori ed evitare contatti ravvicinati mantenendo la distanza di almeno un metro dalle altre persone.

Per gli operatori sanitari che si occupano dell'Assistenza Domiciliare di casi COVID-19 positivi, probabili o sospetti, al fine di preservare se stessi e prevenire la trasmissione del virus in ambito sanitario e sociosanitario, l'ISS raccomanda l'utilizzo aggiuntivo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) quali: occhiali di protezione/visiera, camice/grembiule monouso, guanti e mascherina FFP2, in quanto il contatto è ravvicinato (minore di un metro) e prolungato, generalmente di durata superiore ai 15 minuti. All'assistito viene invece richiesto di indossare la mascherina chirurgica per tutta la durata della visita a domicilio.

Nel dettaglio, uno degli infermieri dell'ADI di Mondolfo è stato convocato presso il reparto di Malattie Infettive di Pesaro per una adeguata sensibilizzazione e addestramento alle modalità relative all'utilizzo di questi, comprendenti la vestizione, svestizione ed eliminazione. L'infermiere scelto, a sua volta, si è occupato di informare ed addestrare l'équipe infermieristica con cui lavora.

L'approvvigionamento dei DPI da parte del Sistema Sanitario, sia per gli operatori sanitari che per gli assistiti si è mostrato precario, nonostante l'équipe infermieristica si sia impegnata a tracciarne i consumi, in modo da ottimizzarne la gestione; tuttavia la popolazione locale si è adoperata per dare un contributo in tal senso e tutti gli accessi sono comunque stati effettuati in sicurezza.

Lo stesso infermiere formato per primo sull'uso dei DPI è stato addestrato e arruolato all'interno di una squadra composta da sei infermieri, due per ciascun territorio

corrispondente a Fano, Pesaro e Urbino, i quali garantiscono l'esecuzione dei tamponi a domicilio, sotto direttive del Dipartimento di Prevenzione. Questa procedura consiste nel prelievo di muco che riveste le cellule superficiali delle mucose del rinofaringe o dell'orofaringe mediante un tampone; in particolare, quello rinofaringeo presenta la maggior sensibilità e specificità diagnostica, ovvero è il *gold standard* per la diagnosi di SARS-CoV-2 in un caso sospetto. Tale servizio, pur non essendo gestito dall'ADI, impegna fortemente l'operatore sanitario, aumentando la pressione del carico di lavoro sull'équipe delle Cure Domiciliari.

4.2.1 Una nuova pianificazione assistenziale

A seguito delle valutazioni necessarie per la presa in carico, a ciascun infermiere viene affidato un numero variabile di assistiti, generalmente a seconda della zona territoriale in cui risiedono e in relazione al bisogno di Salute, correlato al livello di complessità e durata dell'intervento assistenziale.

Sia che si tratti di un caso sospetto sia che si tratti di un caso COVID-19 positivo, prima di ogni accesso a domicilio, il personale infermieristico si prende carico di chiamare telefonicamente l'assistito per ricevere informazioni sul suo stato di salute e su quello dei conviventi al fine di adottare le giuste precauzioni, e sull'organizzazione architettonica della casa per gestire al meglio gli spazi, riducendo quanto possibile i contatti con gli altri membri della famiglia. Inoltre l'infermiere comunica l'ora di arrivo ed impartisce disposizioni riguardo la corretta aerazione ed illuminazione della stanza in cui erogherà l'assistenza richiesta ed in merito all'uso della mascherina chirurgica da indossare prima del suo ingresso nel domicilio.

Conseguentemente viene predisposto tutto il materiale richiesto per l'esecuzione della prestazione, all'interno di una scatola, organizzato in modo da essere utilizzato in base ad una sequenza logica ed inoltre viene allestita l'auto con tutto il necessario, tra cui anche il contenitore per i rifiuti a rischio infettivo. Infatti la questione dei rifiuti speciali viene gestita dal personale infermieristico solo qualora i rifiuti derivino da prestazioni a loro attinenti, altrimenti è compito dell'Azienda servizi sul territorio (Aset) occuparsi del ritiro di questi ultimi.

Inoltre, nel contesto pandemico attuale, occorre rifornire l'assistito di scorte del materiale sanitario personale, in modo da evitarne continui trasporti che lo rendono più soggetto a contaminazioni.

Immediatamente prima di eseguire l'accesso vengono predisposti tutti i DPI necessari ed il contenitore dei rifiuti speciali in prossimità dell'ingresso della casa, nel luogo ritenuto più idoneo alla vestizione e alla svestizione, al fine di rispettare al meglio i requisiti di sicurezza.

Inoltre, per ridurre al minimo il rischio di contagio, il soggetto COVID-19 positivo viene gestito solo dopo aver erogato le cure agli altri assistiti in carico allo stesso infermiere, all'interno della stessa giornata lavorativa.

L'aspetto dell'educazione sanitaria risulta qui rilevante, in particolare per l'assistito in isolamento, il quale deve aderire ad accorgimenti fondamentali per prevenire la trasmissione del virus SARS-CoV-2. L'infermiere, in tale contesto, si adopera per verificare l'effettivo rispetto delle raccomandazioni fornitegli in merito a: limitazione dei movimenti all'interno della casa e buona ventilazione di questa, utilizzo se possibile di un bagno dedicato, misurazione della temperatura corporea due volte al giorno o qualora ne venga percepito un aumento, accurata disinfezione delle superfici, obbligo di utilizzare oggetti personali privandone la condivisione, eliminazione corretta dei rifiuti, uso appropriato della mascherina chirurgica, rispetto della distanza di almeno un metro dagli altri conviventi con i quali va evitato ogni tipo di contatto diretto e rispetto dell'assoluto divieto di spostamento.

L'ASUR ha inoltre disposto una ditta convenzionata la quale si occupa della sanificazione delle auto predisposte per l'Assistenza Domiciliare, una volta a settimana.

Come ultima ma non meno importante misura atta a diminuire la diffusione del virus, è stata predisposta una riorganizzazione degli spazi relativi alla sede dell'ADI: l'ufficio è situato in un luogo in cui risiedono altri professionisti sanitari eroganti prestazioni differenti, che attualmente, in relazione allo stato di pandemia, hanno interrotto i propri servizi; questo ha permesso la creazione di un percorso sporco/pulito con la trasformazione del bagno e dello spogliatoio in una sorta di zona filtro in cui è possibile effettuare la sanificazione dei DPI riutilizzabili e di altri strumenti ad applicazione sanitaria, predisponendoli per un prossimo utilizzo.

5. DISCUSSIONE

L'Assistenza Domiciliare, trovandosi a dover rispondere ai bisogni dell'assistito, dell'intero nucleo familiare e dei *caregivers* in un tale contesto emergenziale, è risultata essere una risorsa preziosa ma con rilevanti criticità dettate dalla richiesta di una rapida riorganizzazione.

5.1 Criticità rilevate nell'Assistenza Domiciliare di Mondolfo

L'ISS si è adoperato nella realizzazione di soluzioni concrete, rapide da applicare, aderenti alle più consolidate evidenze scientifiche disponibili e agli orientamenti delle più autorevoli Organizzazioni Internazionali (tra cui l'OMS), tali da offrire le migliori garanzie di sicurezza sanitaria per gli assistiti e per i professionisti della Salute.

Tuttavia, a livello locale, l'adozione di protocolli per una gestione domiciliare sicura è risultata essere difforme: in particolare, nel contesto dell'ADI di Mondolfo, l'ineguaglianza dei protocolli diffusi ha comportato in un primo momento un'incertezza nella selezione di quelli ritenuti più affidabili. Questa problematica può trovare giustificazione nell'urgenza, dettata dalla veloce propagazione degli eventi, di avere strumenti concreti su cui fare affidamento per erogare cure sicure, che ha probabilmente investito anche chi è solito dedicarsi all'emanazione di linee guida.

Un'altra criticità rilevante, nello stesso contesto assistenziale, si è mostrata essere la gestione delle dimissioni *protette*. Infatti l'Assistenza Domiciliare presenta tra le principali funzioni quella di garantire la continuità delle cure a seguito della dimissione ospedaliera; ciò risulta essere importante in tempo di pandemia, in cui la gestione domiciliare permette la riduzione di ricoveri impropri e consente così di evitare il sovraccarico ospedaliero. Nonostante questa sia una risorsa preziosa su cui poter investire, spesso non ha raggiunto il massimo potenziale nella realizzazione di una gestione ottimale dell'assistito, poiché la dimissione ospedaliera accompagnata da informazioni cliniche incomplete o precarie comporta una impreparazione dell'infermiere nell'erogazione dell'assistenza ed un maggior rischio di esposizione al virus qualora l'assistito si presenti essere COVID-19 positivo.

Così come vengono richieste indicazioni più esaustive provenienti dall'ambiente ospedaliero in merito alle dimissioni *protette*, anche l'assistito e i familiari sono invitati ad informare il personale infermieristico relativamente alle condizioni cliniche e ad

eventuali variazioni di queste, prima dell'accesso a domicilio, nel rispetto della sicurezza dell'operatore.

In relazione ad una personale valutazione del rischio di contagio e delle linee guida adottate, l'infermiere individua di volta in volta i DPI appropriati per prendersi cura dell'individuo, come affermato dal documento redatto dall'OMS denominato "*Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts*" (12 agosto 2020). In quest'ultimo vengono inoltre elencate alcune misure attinenti al personale sanitario erogante assistenza a domicilio, comprendenti: una valutazione mirata ad individuare le condizioni cliniche che consentono la gestione domiciliare, un'analisi dell'ambiente domestico atta a definire se idoneo all'isolamento dell'assistito e all'erogazione sicura dell'Assistenza Domiciliare, una valutazione del contesto familiare ("*La persona con COVID-19 vive da sola? [...]. Cosa fanno i membri della famiglia sul COVID-19 e sulla prevenzione della trasmissione a casa? [...]. La famiglia sa quando chiamare l'assistenza medica? [...]. Quali sono i bisogni psicosociali della persona con COVID-19 o dei membri della famiglia?*"⁷) ed infine la presenza di una serie di raccomandazioni legate all'assistenza stessa.

Inoltre l'attuale scenario epidemiologico è stato accompagnato da una grave carenza globale di DPI ed una conseguente necessità di ottimizzare l'utilizzo per farne un uso razionale. In ambito di *infection control*, l'ISS si è adoperato nel fornire "*Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie...*"⁸ (Rapporto ISS 10 maggio 2020), dove sono presenti DPI e dispositivi medici indicati in base al contesto lavorativo e ai destinatari a cui è mirata l'assistenza. Il rispetto di tali linee guida da parte dell'équipe infermieristica operante all'ADI di Mondolfo ha permesso l'acquisizione di una maggiore fermezza nella scelta dei DPI da indossare; ciascun infermiere si è adoperato per tracciarne i consumi in modo da migliorarne l'approvvigionamento al fine di non rimanerne mai sprovvisti e di effettuare sempre accessi in sicurezza.

⁷ World Health Organization. (2020). *Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts*.

⁸ Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. (2020). *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2*. Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2.

I DPI costituiscono in ogni caso delle barriere fisiche che si frappongono tra infermiere e assistito, risulta quindi rilevante il ruolo del personale infermieristico nell'abbatterle umanamente attraverso l'uso di strumenti quali il contatto visivo e l'ascolto attivo, al fine di acquisire una fiducia che va oltre l'ostacolo fisico.

Ulteriore questione altrettanto rilevante nell'ambito delle Cure Domiciliari risulta essere l'organizzazione architettonica degli spazi: ciascun infermiere, prima di ogni accesso a domicilio, deve individuare un luogo nei pressi immediati dell'ingresso, che sia idoneo alla vestizione/svestizione dei DPI e dove predisporre il contenitore dei rifiuti a rischio infettivo; tuttavia ciò si è rilevato essere una criticità poiché non tutti i domicilia sono dotati di uno spazio all'aperto che possa garantire l'esecuzione della vestizione/svestizione in sicurezza; per di più anche le condizioni meteo non favorevoli possono costituire ulteriore fonte di disagio qualora non sia presente una zona coperta.

Inoltre tale pratica viene svolta dall'infermiere in totale autonomia, con il rischio di commettere qualche errore nel rispetto della sequenza precisa, sia per la poca dimestichezza, sia perché viene meno l'aspetto di mutuo aiuto psicologico degli operatori che si affiancano all'interno dell'ambiente ospedaliero, i quali possono attuare le procedure di vestizione/svestizione assieme, riducendo così la probabilità di sbagliare che comporterebbe la possibilità di contagio.

In merito alla sicurezza dell'operatore e dell'assistito, viene messo in luce un ulteriore elemento di criticità consistente nel ritardo della predisposizione di una zona filtro all'interno della struttura in cui ha sede l'ufficio dell'ADI, al fine di suddividere il percorso pulito da quello sporco. Questo luogo consente tuttora di garantire una corretta decontaminazione degli strumenti sanitari riutilizzabili e di evitare un'eventuale trasmissione del virus attraverso gli indumenti potenzialmente contaminati del personale infermieristico.

Per quanto riguarda invece la gestione dell'assistito, a causa delle misure di prevenzione decretate dal Governo indicanti la riduzione degli spostamenti dal domicilio, molti nuclei familiari hanno accolto in casa propria i parenti più fragili per prendersene cura. Tale cambio di residenza non sempre è stato comunicato agli operatori domiciliari, i quali più di una volta si sono trovati in difficoltà nel rintracciare l'assistito in carico.

Inoltre, in risposta all'aumento progressivo dei contagi, il SSN è stato chiamato ad erogare servizi assistenziali ad un numero notevole di individui con carenza relativa di risorse

materiali ed umane: molti professionisti della Salute, prestando un servizio che li rende maggiormente suscettibili al rischio d'infezione da SARS-CoV-2, sono stati contagiati e ciò ha comportato una rilevante perdita di forza lavoro. Tra questi anche i MMG, i quali sono i responsabili delle condizioni cliniche dei soggetti destinatari di Cure Domiciliari; ciò ha comportato una riduzione notevole delle visite del medico a domicilio ed una precaria integrazione professionale tra questo ed il personale infermieristico, da cui ne scaturiscono un quadro clinico poco chiaro e precarie indicazioni relative ad una gestione ottimale dell'assistito.

Per evitare quanto più tale situazione ed avendo cura di osservare le norme anti-contagio per la maggior tutela possibile del personale sanitario, si è quindi fatto ricorso ad accertamenti e valutazioni tramite via telefonica, senza la possibilità di ricorrere però all'utilizzo della videochiamata, la quale invece consentirebbe di superare i limiti del semplice contatto telefonico, trasmettendo immagini a colori e permettendo un parziale esame fisico obiettivo mediante l'ispezione, in parte necessaria per rendere più oggettiva la valutazione.

Infatti in tema di emergenza sanitaria, i servizi erogati a persone obbligate in quarantena o in isolamento e a quelle che esigono la continuità di cura e di assistenza a causa delle proprie condizioni patologiche o di fragilità, dovrebbero quanto più essere integrati con l'erogazione di prestazioni a distanza, prioritariamente attraverso le tecnologie digitali e di telecomunicazione moderne.

In riferimento a ciò, uno degli studi risultati dalla ricerca bibliografica, denominato *“Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma”* [“Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm”] (15 maggio 2020) indica come in situazioni speciali, come quella di emergenza attuale, l'Assistenza Domiciliare deve essere adattata alla situazione pandemica, riducendo le visite di persona nel domicilio ai casi essenziali richiedenti prestazioni non relegabili al *caregiver*, ed implementando l'utilizzo delle videochiamate per un adeguato *follow-up* rivolto all'intero nucleo familiare inteso come parte integrante del processo assistenziale.

L'ISS ha inoltre emanato un rapporto di *“Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19”* (13 aprile 2020), mirate all'utilizzo della *“rete per annullare la distanza tra persone e creare barriere invalicabili*

*per il virus*⁹; infatti il servizio di assistenza a domicilio attraverso la telemedicina consente alle persone di non sentirsi abbandonate dal SSN e di percepire la concreta possibilità di essere comunque assistite in modo efficace e sicuro.

La telemedicina consiste nell'erogare servizi medico-assistenziali alle persone in isolamento o che si trovino di fatto isolate a seguito delle norme urgenti di prevenzione dal contagio emanate dal Governo centrale, allo scopo di sorvegliare in maniera proattiva le condizioni di Salute di queste, in relazione sia alla prevenzione e cura del COVID-19 sia alla continuità assistenziale eventualmente necessaria per altre patologie e/o condizioni che lo richiedano. Tale attività di tele-controllo attivo, eseguita da personale sanitario addestrato, si basa su procedure ripetitive e standardizzate di aggiornamento anamnestico e di rilevazione di alcuni sintomi e/o segni riconducibili all'inizio della fase sintomatica di COVID-19, consentendo di rendere più tempestivo il trattamento di supporto, tramite videochiamate programmate anche a cadenza giornaliera, attraverso le quali viene valutata l'evoluzione del quadro clinico e viene verificata l'aderenza e l'efficacia terapeutica. Inoltre attraverso tale servizio vengono forniti indicazioni e consigli utili in relazione alla situazione clinica presentata. Questi continui contatti con operatori professionali contribuiscono ad una migliore aderenza individuale alle indicazioni, prescrizioni e trattamenti.

Tuttavia la trasmissione di informazioni chiare e coerenti sul COVID-19, incluso il modo in cui si diffonde e come prevenirne la trasmissione a casa, utilizzando un linguaggio semplice e chiaro integrato da testo scritto e immagini di vita reale, non è spesso sufficiente per garantire buone pratiche di controllo dell'infezione e l'aderenza alle misure e ai comportamenti raccomandati. Vari fattori influenzano infatti la capacità delle persone di aderirne, come la percezione del rischio di contrarre l'infezione, le convinzioni personali sull'efficacia delle raccomandazioni e la misura in cui queste siano fattibili da realizzare nel proprio ambiente di vita.

Lo sviluppo di COVID-19 in persone già affette da altre patologie impegnative e con ridotta riserva funzionale può indurre più facilmente a conseguenze estreme in breve tempo, per cui la telemedicina è volta a mantenere la continuità assistenziale di tali individui, permettendone il monitoraggio delle condizioni cliniche di base, la

⁹ Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. (2020). *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020.

sorveglianza sull'aderenza al trattamento della patologia prevalente e delle comorbidità specifiche, consentendone la massima tutela ottenibile nei confronti del contagio.

Sempre al fine di preservare la continuità delle cure e dell'assistenza attraverso modalità digitali e telefoniche, il centro medico-accademico americano "*Cleveland Clinic*" ha promosso l'utilizzo di un'app, disponibile su smartphone o su piattaforme Web. Questa viene illustrata all'interno dello studio intitolato "*Home monitoring for COVID-19*" (11 giugno 2020), nel quale viene fatto presente come la *Cleveland Clinic* ha riconosciuto l'importanza di mitigare la trasmissione del virus attraverso il confinamento domiciliare dei casi COVID-19 positivi o sospetti con condizioni cliniche adeguate, includendoli in un programma di monitoraggio domiciliare. I soggetti in questione sono stati inclusi a seguito di una valutazione promossa dal MMG oppure, nel caso di assistiti ricoverati, dal medico della dimissione ospedaliera, ed in seguito informati, tramite contatto telefonico, in merito all'isolamento domiciliare da rispettare, alle modalità di trasmissione e ai sintomi principali generati dal virus SARS-CoV-2 ed invitati ad interagire tramite l'app "*MyChart Care Companion*". Quest'ultima consente agli assistiti di segnalare sintomi nuovi o in peggioramento quali tosse, dispnea, astenia, vomito, diarrea, appetito e segni oggettivi tramite misurazione della temperatura corporea e della pulsossimetria; in conseguenza questi vengono valutati da un'équipe di medici ed infermieri giudicanti la necessità di predisporre misure ulteriori come: valutazione virtuale urgente con il MMG dell'assistito o il trasferimento diretto in Pronto Soccorso. L'utilizzo di tale app ha consentito quindi di monitorare la comparsa di sintomi e/o segni emergenti e di trattarli il prima possibile, prevenendo complicanze gravi richiedenti ricovero ospedaliero, ed ha inoltre permesso l'implementazione dell'*empowerment* dell'assistito, il quale si è sentito maggiormente coinvolto ed attivo nel suo processo di cura, determinando così un'ampia varietà di vantaggi in termini di risultati e di soddisfazione. Per di più la piattaforma è stata utilizzata anche per accedere a risorse educative sulla gestione dello stress e dell'ansia che possono scaturire dallo scenario pandemico e su altri argomenti di Salute incentrati sul COVID-19, nell'ottica di una visione olistica dell'assistenza che mira a formare cittadini informati e consapevoli.

In merito alle criticità rilevate, dalla lettura dell'articolo "*Gestione territoriale e misure di contenimento del contagio*", pubblicato sul quotidiano sanitario nazionale *Nurse24* e redatto da uno dei componenti dell'équipe infermieristica operante nel contesto dell'ADI

di Mondolfo, viene segnalata la presenza di un'ulteriore problematica consistente nell'aumento del numero dei malati oncologici da gestire. Infatti questi ultimi sono stati allontanati dagli ospedali al fine di ridurre l'esposizione in un ambiente maggiormente a rischio di contagio, e ciò ne ha implicato la presa in carico da parte di un'associazione competente che però ha presentato difficoltà ad assorbire un numero elevato di assistiti, i quali sono quindi stati destinati alle cure del personale infermieristico prestante servizio all'ADI di Mondolfo, privo di strumenti idonei e di una formazione atta ad una gestione appropriata degli oncologici.

In riferimento a questo, uno studio denominato “*Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol*” (1 luglio 2020) afferma l'importanza di adottare procedure operative innovative indirizzate all'Assistenza Domiciliare dei malati di cancro, in relazione al contesto pandemico attuale, poiché questi ultimi presentano un rischio maggiore di sviluppare forme gravi di COVID-19.

In particolare viene illustrato il protocollo di *doppio triage* adottato dall'Associazione Tumori Toscana (ATT) al fine di poterlo diffondere ed estendere anche alla popolazione non cancerosa. Il primo *trriage* si realizza attraverso un colloquio telefonico eseguito da un infermiere dedicato, programmato il giorno antecedente la visita domiciliare, nel quale vengono valutati l'assistito ed i conviventi al fine di identificare sintomi sospetti di COVID-19. I soggetti risultati negativi vengono sottoposti ad un secondo colloquio telefonico preimpostato sulla scala “*PERSONS*”, che mira a valutare condizioni quali: Dolore, Alimentazione, Riabilitazione, Sonno, Ossigeno, Nausea/vomito e Sofferenza; inoltre tramite il “*Palliative Prognostic Index*” (PaP) viene valutata anche la prospettiva di vita. Sulla base di questi parametri gli individui vengono classificati in tre categorie di priorità, basate sui codici colore rosso, giallo e verde, in relazione alle quali viene stabilita la frequenza delle visite domiciliari: tutti i giorni per il codice rosso, due volte a settimana per il giallo ed una volta a settimana per il verde. L'articolo descrive come l'utilizzo di tale *trriage* telefonico è stato percepito dai soggetti come un ulteriore elemento di cura ed attenzione nei propri confronti ed inoltre ha permesso di evitare eventuali accessi a domicilio non necessari, tutelando così gli operatori sanitari dal rischio di contagio e garantendo nel contempo una buona continuità assistenziale.

5.2 Punti di forza rilevati nell'Assistenza Domiciliare di Mondolfo

Al fine di preservare dal rischio di contagio da SARS-CoV-2 gli assistiti ad alto rischio di complicanze gravi, per la presenza di rilevanti patologie preesistenti e di fornire un'assistenza adeguata a tutti quei casi COVID-19 positivi o sospetti, asintomatici o con sintomi lievi/moderati, l'Assistenza Domiciliare si è rivelata essere una risorsa preziosa a cui si fa ricorso per interrompere la catena contagionistica.

In tale ambito sono stati messi in evidenza rilevanti punti di forza che hanno garantito una gestione appropriata dell'assistito basata sull'efficacia ed efficienza delle prestazioni.

In primis si è rilevata importante la collaborazione dell'équipe infermieristica con i MMG e i PLS: nonostante la diffusione rapida del virus avesse comportato una riduzione numerica di questi ultimi, è stata tuttavia implementata la cooperazione tramite contatto telefonico, garantendone un confronto efficace per una gestione ottimale degli assistiti ed una riduzione degli accessi impropri a domicilio.

Per di più la via telefonica è stata utilizzata dagli infermieri, prima di qualunque accesso, per accogliere l'assistito, fornire informazioni aggiornate, chiare e personalizzate, e per garantire un'assistenza sanitaria a distanza. Si è quindi rilevata essere un ottimo strumento nell'attivazione dell'*empowerment* dell'assistito il quale, sentendosi protagonista del proprio progetto di cura, ha ripreso il controllo della propria vita, aumentando così la capacità di resilienza e riducendo l'ansia generata dall'incertezza di uno scenario pandemico in continua evoluzione.

Infatti la via telefonica, che si configura essere un mezzo di comunicazione bidirezionale, attraverso modalità verbali e paraverbali permette di personalizzare l'intervento ponendo particolare attenzione agli aspetti emotivi, cognitivi e comportamentali che contraddistinguono ciascun individuo.

Le linee guida emanate dall'ISS sottolineano inoltre l'importanza dell'intervento telefonico per valutare lo stato vaccinale dell'assistito (antinfluenzale e antipneumococcico) e per rilevare l'esistenza di patologie concomitanti e/o fattori di rischio, come ad esempio: malattie polmonari, cardiache, renali, metaboliche, oncologiche e del sistema immunitario, stato di gravidanza/puerperio, disagio sociale, fragilità e condizione di non autosufficienza; questi potrebbero infatti aumentare la predisposizione a complicanze da COVID-19, per cui è necessario garantire il rispetto della massima tutela ottenibile.

Il personale infermieristico del contesto considerato si è attenuto alle linee guida emanate da società scientifiche avanguardistiche, aggiornandosi costantemente in risposta all'evoluzione continua del quadro pandemico emergenziale e confrontandosi in più occasioni con altre comunità infermieristiche, operanti in contesti di Assistenza Domiciliare differenti oppure all'interno dell'ambiente ospedaliero. Questo si è rivelato essere una buona fonte di supporto sia in merito alla condivisione e adozione di nuove strategie efficaci per contrastare l'attuale emergenza sia per stimolare una collaborazione inter-équipe in vista di un miglioramento olistico dell'assistenza.

Inoltre, nello stato iniziale d'insorgenza della pandemia, l'interazione dell'équipe operante nel contesto domiciliare con quella che opera nell'ambito ospedaliero ha consentito di fare previsioni su cosa sarebbe successo di lì a poco sul territorio.

In aggiunta, il confronto tra colleghi operanti nello stesso contesto lavorativo con sede Mondolfo ha consentito di affrontare più facilmente le difficoltà incontrate nella comprensione ed attuazione dei nuovi protocolli da adattare alle esigenze locali; in particolare è stato favorevole il ripasso condiviso e pratico di alcune procedure come quelle di vestizione/svestizione, in quanto sono sequenze che vanno rigorosamente rispettate e che l'infermiere domiciliare deve attuare in totale autonomia, e quelle di decontaminazione degli strumenti destinati ad un prossimo utilizzo.

Sono inoltre state discusse insieme soluzioni riguardo la sanificazione delle auto disponibili e la predisposizione idonea del materiale in sequenza, in base alla prestazione da erogare.

Per di più la condivisione tra pari è di fondamentale importanza per le esigenze di Salute mentale dei professionisti sanitari, i quali necessitano di supporto psicologico, operando a stretto contatto con assistiti potenzialmente infetti in un contesto pandemico caratterizzato da un profondo senso di angoscia ed incertezza sull'avvenire.

Nello specifico, l'insicurezza che può pervadere il personale infermieristico che lavora in uno scenario in cui il virus si trasmette a velocità indicibile, è stata contrastata dai professionisti dell'ADI di Mondolfo dall'aderenza a raccomandazioni specifiche emanate dall'ISS nel rapporto designato come *“Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19”* (24 luglio 2020), nel quale vengono definiti: i compiti dell'operatore di sanità pubblica che si prende carico di un soggetto in quarantena o in isolamento domiciliare, i doveri del

MMG o PLS responsabile e le raccomandazioni da far rispettare a tale tipologia di individui al fine di prevenire la trasmissione del virus.

Tali indicazioni sono state messe a confronto con due studi selezionati tramite ricerca bibliografica, al fine di individuarne eventuali differenze: il primo, intitolato “*Recommendations in covid-19 times: a view for home care*” (29 giugno 2020) ed il secondo definito “*Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma*” [“*Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm*”]” (15 maggio 2020).

La comparazione permette di implementare l’utilizzo di ulteriori raccomandazioni per stilare linee guida più complete; qui di seguito ne sono illustrate alcune:

- Raccomandazioni per l’assistito: registrare le persone che entrano nella stanza a questo dedicata; lavarsi le mani frequentemente utilizzando preferibilmente gel a base alcolica ed utilizzare tovaglioli di carta usa e getta qualora vengano lavate con acqua e sapone; evitare correnti d’aria forzata, sistemi di riscaldamento o di raffreddamento; avere un telefono sempre a disposizione ed un numero telefonico di professionisti sanitari da contattare in caso di bisogno; comunicare immediatamente alle autorità sanitarie la comparsa di sintomi nuovi o un eventuale peggioramento delle condizioni cliniche; predisporre un contenitore per i rifiuti all’interno della stanza, preferibilmente con chiusura a pedale, ed infine mantenere un’adeguata distanza dal resto dei conviventi, in particolare dalle persone maggiormente vulnerabili come anziani e immunosoppressi.
- Raccomandazioni per il *caregiver* e per il resto dei conviventi: l’infermiere deve assicurarsi che sia designato con il titolo di *caregiver* una sola persona e che questa sia in buona salute e priva di patologie croniche; informarsi consapevolmente sui sintomi generati da COVID-19, sulle modalità di trasmissione e sulle misure di prevenzione da attuare, quali ad esempio: non condividere la stessa stanza dell’assistito e gli oggetti personali, lavarsi le mani frequentemente con soluzione idroalcolica e prestare attenzione all’insorgenza di sintomi di infezione respiratoria acuta.
- Raccomandazioni per gli infermieri dell’Assistenza Domiciliare: stabilire una comunicazione appropriata con l’assistito ed il *caregiver* durante l’intero periodo di cura; supervisionare il rispetto dell’isolamento domiciliare, chiarendo se

necessario l'importanza di questa misura; informare i conviventi sui possibili segni di peggioramento delle condizioni cliniche e sulla condotta da adottare, ed infine registrare tutte le informazioni nella cartella infermieristica adottando dispositivi elettronici appropriati, sanificati dopo ogni utilizzo.

Nella tabella n. 1 posta qui di seguito, vengono illustrate schematicamente le raccomandazioni per l'assistito presenti nel Rapporto ISS designato come *“Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19”* (24 luglio 2020), a confronto con due studi: il primo, intitolato *“Recommendations in covid-19 times: a view for home care”* (29 giugno 2020), ed il secondo *“Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma”* [*“Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm”*]] (15 maggio 2020).

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
Rimanere solo in una stanza dedicata e dotata di buona ventilazione.	✓	✓
Limitare al massimo i movimenti negli spazi comuni della casa.	✓	✓
Essere sempre raggiungibile per le attività di sorveglianza attiva.	✗	✗
Misurare la temperatura corporea due volte al giorno. Per il soggetto in quarantena: in caso di insorgenza di segni o sintomi compatibili con COVID-19 telefonare immediatamente al MMG e al Dipartimento di Prevenzione.	Prestare attenzione ai sintomi e nel caso di peggioramento richiedere immediatamente una rivalutazione.	Avere sempre un telefono a disposizione ed un contatto telefonico di professionisti sanitari. Qualora si presentino variazioni di segni e sintomi richiedere una rivalutazione.
In presenza di altre persone, mantenere la distanza di almeno un metro ed evitare ogni contatto diretto.	Stare lontani dalle persone vulnerabili come anziani e immunosoppressi.	In presenza di altre persone, mantenere la distanza di due metri.

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
Impossibilità di ricevere visite fino a completa guarigione.	✓	✓
Indossare la mascherina chirurgica il più a lungo possibile e cambiarla ogni giorno.	✓	✗
Arieggiare regolarmente le stanze della casa per garantire un adeguato ricambio d'aria.	Mantenere gli spazi condivisi ben ventilati.	Evitare correnti d'aria forzata, sistemi di riscaldamento o raffreddamento.
✗	✗	Registrare le persone che accedono nella stanza dedicata all'assistito.
Praticare misure di igiene respiratoria: coprire naso e bocca usando fazzoletti oppure tossire e starnutire nel gomito. Eliminare i fazzoletti di carta in un doppio sacco impermeabile posto in una pattumiera con apertura a pedale. Lavare immediatamente ed accuratamente le mani con acqua e sapone o con prodotto idroalcolico.	Praticare misure di igiene respiratoria, utilizzare fazzoletti usa e getta quando si starnutisce e si tossisce. Eliminarli immediatamente in un contenitore della spazzatura all'interno della stanza dedicata, coperto da un sacchetto di plastica. Lavare le mani frequentemente usando acqua e sapone o con prodotto idroalcolico. Utilizzare tovaglioli di carta usa e getta per asciugare le mani dopo lavaggio con acqua e sapone.	Lavaggio frequente delle mani con acqua e sapone seguendo le raccomandazioni sanitarie.
Evitare ogni possibile via di esposizione attraverso oggetti condivisi.	✗	Uso esclusivo di indumenti, biancheria da letto e articoli per l'igiene.

Tabella 1, raccomandazioni per l'assistito in quarantena o in isolamento; nella prima colonna sono inserite le raccomandazioni riportate nel rapporto dell'ISS "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19"; nella seconda, indicata con "1° studio", quelle dell'articolo "Recommendations in covid-19 times: a view for home care"; nella terza, indicata con "2° studio", quelle inerenti all'articolo "Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma". I simboli riportati indicano: "x" raccomandazione non presente nello studio e "✓" raccomandazione corrispondente a quella riportata nella colonna a fianco.

Nella tabella n. 2 posta qui di seguito, vengono illustrate schematicamente le raccomandazioni per il caregiver presenti nel Rapporto ISS designato come "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19" (24 luglio 2020), a confronto con due studi: il primo, intitolato "Recommendations in covid-19 times: a view for home care" (29 giugno 2020), ed il secondo "Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma" ["Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm"] (15 maggio 2020).

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
I caregivers devono essere adeguatamente formati ed essere in numero limitato.	Il caregiver deve essere una sola persona, in buona Salute e priva di condizioni croniche.	Il caregiver deve essere una sola persona priva di fattori di rischio per complicanze da COVID-19.
Indossare guanti, camice, protezione oculare e mascherina chirurgica. Una volta utilizzati, tali dispositivi vanno eliminati nella pattumiera con doppio sacchetto impermeabile. Procedere con accurata igiene delle mani con soluzione idroalcolica.	Utilizzare guanti ed indumenti protettivi per la pulizia di superfici o prima del contatto con indumenti e lenzuola contaminati. Eliminare tali dispositivi all'interno del contenitore della spazzatura presente nella stanza dell'assistito. Lo smaltimento dei rifiuti infettivi deve essere assicurato dalle autorità sanitarie locali. Lavarsi le mani prima di indossare i guanti e dopo averli rimossi.	Indossare una mascherina chirurgica qualora non venga rispettata la distanza di un metro. Utilizzare guanti monouso in caso di contatto con secrezioni dell'assistito. Smaltire i dispositivi all'interno della pattumiera con doppio sacchetto impermeabile adiacente all'uscita della stanza in cui risiede l'assistito. Lavarsi le mani immediatamente dopo aver rimosso i guanti.

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
✘	Lavare le mani dopo qualsiasi contatto con l'assistito o con l'ambiente circostante utilizzando acqua e sapone o prodotto idroalcolico se non visibilmente sporche.	✓
Pulire il bagno in uso dall'assistito con un detergente neutro. In seguito, praticare la disinfezione mediante disinfettante efficace contro il virus.	Pulire e igienizzare le superfici del bagno in uso dall'assistito almeno una volta al giorno utilizzando un sapone o detergente neutro e, dopo il risciacquo, applicare un comune disinfettante.	Pulire con candeggina le superfici del bagno dopo ogni utilizzo.
Collocare la biancheria e gli effetti lettereschi dell'assistito in un sacco, separati da quelli del resto della famiglia. Lavarli in lavatrice a 60°C per almeno 30 minuti.	Lavare le lenzuola con normale detersivo in polvere in lavatrice ad una temperatura compresa tra 60-90°C.	Riporre lenzuola e asciugamani dell'assistito in una borsa con chiusura a zip fino al momento del lavaggio. Lavare in lavatrice a 60-90°C con sapone comune.
Pulire e disinfettare le superfici dei locali utilizzati dall'assistito con prodotti a base di cloro, almeno una volta al giorno.	✘	Disinfettare quotidianamente le superfici toccate frequentemente dall'assistito tramite prodotto a base di candeggina diluita.

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
Rilevare e annotare la propria temperatura corporea due volte al giorno. In caso di insorgenza di sintomi o segni compatibili con COVID-19 telefonare immediatamente al MMG o PLS e al Dipartimento di Prevenzione, autoisolarsi, indossare una mascherina chirurgica e praticare le misure di igiene respiratoria.	✘	Rispettare la quarantena domestica di 14 giorni. Nel caso di sviluppo di sintomi di infezioni respiratoria acuta contattare i servizi sanitari ed effettuare l'autoisolamento domiciliare.

Tabella 2, raccomandazioni per il caregiver; nella prima colonna sono inserite le raccomandazioni riportate nel rapporto dell'ISS "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19"; nella seconda, indicata con "1° studio", quelle dell'articolo "Recommendations in covid-19 times: a view for home care"; nella terza, indicata con "2° studio", quelle inerenti all'articolo "Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma". I simboli riportati indicano: "✘" raccomandazione non presente nello studio e "✓" raccomandazione corrispondente a quella riportata a fianco.

Nella tabella n. 3 posta qui di seguito, vengono illustrate schematicamente le raccomandazioni per l'infermiere presenti nel Rapporto ISS designato come "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19" (24 luglio 2020), a confronto con due studi: il primo, intitolato "Recommendations in covid-19 times: a view for home care" (29 giugno 2020), ed il secondo "Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma" ["Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm"] (15 maggio 2020).

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
Fornire supporto per le necessità di vita quotidiana per l'assistito solo e privo di caregiver. Fornire supporto psicologico alla popolazione.	Fornire supporto psicologico all'assistito e ai familiari e, se necessario, rivolgersi a professionisti della psicologia.	✘

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
<p>Indossare camice monouso, adeguati dispositivi di protezione respiratoria, protezione oculare e guanti. Non riutilizzare mascherine e guanti. Dopo l'eliminazione dei dispositivi, effettuare accurata igiene delle mani preferibilmente con soluzione idroalcolica.</p>	<p>Indossare la mascherina chirurgica quando si entra in contatto con l'assistito. Questa non deve essere toccata o maneggiata durante l'uso. Sostituirla immediatamente se bagnata o sporca. Indossare guanti e una maschera N95 usa e getta quando si forniscono cure del cavo orale e delle vie respiratorie o quando si maneggiano rifiuti biologici. Non riutilizzare mascherine e guanti. Lavarsi le mani prima e dopo l'utilizzo dei dispositivi.</p>	x
<p>Informare l'assistito circa i sintomi, le caratteristiche di contagiosità, le modalità di trasmissione della malattia e le misure da attuare per proteggere gli eventuali conviventi.</p>	<p>Informare l'assistito e la famiglia sui possibili segni di peggioramento delle condizioni cliniche e sulla condotta da seguire. Fornire indicazioni ai conviventi su quando e dove cercare assistenza, in quale struttura sanitaria recarsi e quali precauzioni seguire.</p>	x
<p>Eseguire monitoraggio quotidiano delle condizioni di Salute dell'assistito e degli eventuali conviventi. Sorveglianza attiva mediante telefonate, e-mail o messaggi.</p>	<p>Stabilire una comunicazione efficace con l'assistito e il <i>caregiver</i> durante l'intero periodo di assistenza. Supervisionare la Salute degli altri conviventi attraverso visite domiciliari quotidiane.</p>	x

RAPPORTO ISS	1° STUDIO	2° STUDIO
✕	Registrare le informazioni nella cartella clinica dell'assistito utilizzando preferibilmente dispositivi elettronici sanificati dopo ogni utilizzo.	✕
Provvedere alla prescrizione della quarantena nel caso di <i>contatto stretto</i> ed informare il MMG o il PLS da cui il soggetto è solito essere assistito.	✕	✕
Verificare le condizioni abitative dell'assistito e consegnare a questo i DPI. Verificare il rispetto delle disposizioni di isolamento/quarantena.	Verificare il rispetto dell'isolamento domiciliare da parte dell'assistito e dei conviventi, chiarendo loro l'importanza di tale misura.	✕

Tabella 3, raccomandazioni per l'infermiere dell'Assistenza Domiciliare; nella prima colonna sono inserite le raccomandazioni riportate nel rapporto dell'ISS "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e dell'assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19"; nella seconda, indicata con "1° studio", quelle dell'articolo "Recommendations in covid-19 times: a view for home care"; nella terza, indicata con "2° studio" quelle inerenti all'articolo "Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma". I simboli riportati indicano: "✕" raccomandazione non presente nello studio e "✓" raccomandazione corrispondente a quella riportata a fianco.

6. CONCLUSIONI

L'assistenza infermieristica è un'arte che va oltre le conoscenze tecnico-scientifiche apprese durante il percorso formativo; in particolare nell'ambito domiciliare essa richiede infatti tratti caratteristici e comportamentali dell'infermiere favorevoli l'instaurarsi di un approccio olistico e di una relazione terapeutica con l'intero nucleo familiare dell'assistito, facendo di esso, da semplice ospite quale appare, un punto di riferimento fondamentale, erogante un'assistenza globale e personalizzata, basata su un profondo rapporto di fiducia. Il luogo di cura è la casa, l'ambiente prioritario in cui si costruiscono

e si rafforzano le relazioni, le convinzioni, i valori, le abitudini e le tradizioni; in quanto tale essa influenza la Salute degli individui i quali, trovano in tale ambiente, le migliori risorse su cui investire per il maggior recupero possibile grazie all'attivazione dell'*empowerment*, per il quale l'infermiere riveste un ruolo significativo.

L'avvento del famigerato "*Next Big One*" ha richiesto l'attivazione da parte del SSN di tutte le risorse disponibili; tra queste ultime, di notevole importanza è risultata essere l'Assistenza Domiciliare, mirata a garantire la continuità assistenziale ed una maggior tutela dei soggetti *fragili*, così come una gestione appropriata e sicura, secondo le nuove raccomandazioni redatte da enti ufficiali e società scientifiche, degli individui COVID-19 positivi o sospetti.

Tuttavia l'insorgenza improvvisa della pandemia ed il rapido evolversi della situazione in corso ha richiesto un passo celere nella riorganizzazione complessiva di questa, ciò ha determinato l'insorgenza di criticità nel processo di adattamento al contesto insolito, nel quale l'infermiere si è trovato ad erogare un'assistenza nel rispetto di nuovi requisiti di sicurezza atti a contrastare la diffusione del contagio.

La collaborazione e il mutuo supporto psicologico inter-équipe multiprofessionale e tra colleghi appartenenti alla stessa équipe infermieristica dell'ADI di Mondolfo, ha permesso di affrontare le problematiche emergenti, tramite il confronto continuo delle esperienze vissute, l'accoglienza dei consigli provenienti da professionisti della Salute operanti in altri contesti, e la tenacia mostrata dal personale infermieristico nel voler garantire accessi a domicilio appropriati e prestazioni efficaci in sicurezza.

L'intervento telefonico ha agevolato l'appropriata valutazione del rischio, la riduzione degli accessi ed il *follow-up* degli assistiti, accompagnato da un'educazione sanitaria costante, riducendo la distanza fisica, creando una barriera invalicabile per il virus SARS-CoV-2 ed attivando il massimo coinvolgimento dell'assistito e del *caregiver*. Tuttavia l'invito è volto ad incentivare quanto più l'utilizzo di tecnologie digitali e di telecomunicazione moderne, come videochiamate o app; inoltre è importante garantire agli infermieri linee guida uniformi e costantemente aggiornate.

A tal fine sono state messe a confronto tra loro raccomandazioni per la pratica dell'Assistenza infermieristica Domiciliare nel contesto pandemico COVID-19, provenienti da studi differenti, con l'intento di suggerirne ulteriori e di espandere

l'atteggiamento nella ricerca verso soluzioni migliori a fronte dell'esacerbato centrismo ospedaliero che ha comportato un'attenzione precaria al contesto domiciliare.

Inoltre, di fronte a tale emergenza sanitaria, l'OMS ha dichiarato all'interno dell'articolo "*Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts*" (12 agosto 2020) che sarebbe bene fornire l'infermiere di strumenti pratici quali pacchetti informativi specifici in merito, ad esempio, ai rischi di esposizione professionale e alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19; in aggiunta è suggerita la dotazione di elenchi di controllo per l'erogazione di prestazioni sicure e kit di igiene personalizzati.

Per di più gli assistiti e le famiglie potrebbero aver bisogno di supporto pratico per il quale sarebbe opportuno istituire squadre speciali per la consegna a domicilio di beni di prima necessità e scorte di medicinali, in modo da garantire la riduzione degli spostamenti e il rispetto del confinamento domiciliare. La consegna dei DPI agli assistiti dovrebbe inoltre essere implementata dalla fornitura di strumenti quali il pulsossimetro ed il termometro, in quanto favoriscono l'auto-monitoraggio e la rilevazione precoce della comparsa o peggioramento dei segni/sintomi di COVID-19.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha assunto connotati tragici, in pochissimo tempo il virus ha colpito a livello globale divenendo patogeno non solo per le singole persone ma per gli Stati, gli organismi internazionali e l'intera umanità. Tuttavia è importante ricordare che la diffusione di questo è una conseguenza delle azioni dell'uomo sul pianeta Terra, fragile e suscettibile e, per di più, l'essere umano è una tentazione irresistibile per i virus più intraprendenti, come quello attuale, dotato di alta capacità evolutiva, questo poiché "*i nostri corpi sono tanti e sono ovunque*"¹⁰ (D. Quammen, 2012/2014, p.533). Per cui, al fine di contrastare la catena contagionistica, a far la differenza sono i singoli soggetti attraverso l'adozione di comportamenti corretti e consapevoli, nell'ottica di un interesse verso la Salute di se stessi e degli altri.

David Lazzari, presidente dell'Ordine degli Psicologi, ha rilasciato un'intervista nel quotidiano "Il Tempo" (19 aprile 2020) in cui afferma che "*non c'è un prima a cui semplicemente tornare. Ci sono nuove forme di convivenza da costruire, la necessità di*

¹⁰ Quammen, D. (2014). *Spillover. L'evoluzione delle pandemie* (Civalleri, L., Trans). Milano: Adelphi edizioni (Original work published 2012). P. 533.

creare nuovi equilibri adattivi, perché pensare a cancellare tutto questo come una parentesi può apparire rassicurante ma è irrealistico”¹¹.

In linea con quanto asserito, occorre intervenire a partire dalle piccole grandi azioni del singolo individuo, attraverso un’informazione consapevole e l’adozione di misure restrittive emanate dagli organi governativi ed è necessario quanto più ricorrere a tutte le risorse disponibili: l’Assistenza Domiciliare ha tutt’ora apportato un contributo significativo nella realizzazione di un equilibrio adattativo nella convivenza con COVID-19; tuttavia sarebbe necessario investire tempo e denaro nell’incentivare una risorsa che potrebbe divenire ancora più preziosa se si realizzassero linee guida ottimali in vista del raggiungimento del massimo potenziale ottenibile.

¹¹ Lenzi, M. (2020). Quanti riempiti di pillole per l’ansia da clausura. *Il Tempo*, p. 12.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

- Age.na.s. (2014). *I distretti sanitari in Italia: la normativa regionale. Marche*. Disponibile in: https://www.agenas.gov.it/images/agenas/oss/distretti/schede_distretti_2013/MARCHE_DISTRETTI_08_07_14.pdf.
- AIDA. (2011). *Sintesi dei modelli organizzativi dei Distretti italiani: interventi sanitari, sociali e sociosanitari, approfondimento su alcuni percorsi relativi alla non autosufficienza*. Disponibile in: <http://www.projectaida.eu/wp-content/themes/thunderbolt/docs/Sintesi-dei-modelli-organizzativi-dei-Distretti-italiani.pdf>.
- ASUR Marche. (2014). *Linee guida per il sistema informativo di monitoraggio dell'assistenza domiciliare (SIAD)*. Determina del Direttore Generale Asur, n.311 del 16/05/2014. Disponibile in: <https://www.asur.marche.it/web/portal/albo-pretorio1>.
- Bologna, M., & Lepidi, A. (2020). *CoViD-19: Virologia e patologia*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Camera dei deputati, documentazione parlamentare. (2020). *Misure sanitarie per fronteggiare l'emergenza coronavirus*. Disponibile in: <https://temi.camera.it/leg18/temi/misure-sanitarie-per-fronteggiare-l-emergenza-coronavirus.html> [19 ottobre 2020].
- Da Col, P. (2011). Perché le cure domiciliari. *Salute Internazionale*. Disponibile in: <https://www.saluteinternazionale.info/2011/04/perche-le-cure-domiciliari/> [7 aprile 2011].
- FIMMG (Federazione Italiana Medici di Famiglia). *Scheda di valutazione medicina generale infezioni vie respiratorie suggestive rischio COVID-19*.
- Gruppo di Lavoro ISS Diagnostica e sorveglianza microbiologica COVID-19. (2020). *Raccomandazioni ad interim per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone rino/orofaringeo per la diagnosi di COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 11/2020. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-11-2020.pdf> [29 maggio 2020].

- Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. (2020). *Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità*. Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020. Disponibile in: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+57_2020.pdf/89a7d845-d804-972f-d3ec-2019e9157c64?t=1596035543499 [31 maggio 2020].
- Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. (2020). *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2*. Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 Rev. 2. Disponibile in: https://iila.org/wp-content/uploads/2020/07/Rapporto-ISS-COVID-2_-Protezioni_REV-2.pdf [10 maggio 2020].
- Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. (2020). *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2020 Rev. Disponibile in: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+1_2020+Rev.pdf/a1c6a075-045c-d633-17c7-e32b7396f88e?t=1595831798662 [24 luglio 2020].
- Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. (2020). *Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 12/2020. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-12-2020.pdf> [13 aprile 2020].
- Gruppo di lavoro ISS Salute mentale ed emergenza COVID-19. (2020). *Indicazioni sull'intervento telefonico di primo livello per l'informazione personalizzata e l'attivazione dell'empowerment della popolazione nell'emergenza COVID-19*. Rapporto ISS COVID-19 n. 30/2020. Disponibile in: https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+30_2020+%281%29.pdf/20168934-f197-9339-d59a-742cc3af0a47?t=1590415615198 [24 maggio 2020].

- Lenzi, M. (2020). Quanti riempiti di pillole per l'ansia da clausura. *Il Tempo*, p. 12.
- Martinez Riera, J. R., & Gras Nieto, E. (2020). Atención domiciliaria y COVID-19. Antes, durante y después del estado de alarma. [Home Care and COVID-19. Before, in and after the state of alarm]. *Enfermería Clínica*. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7225710/pdf/main.pdf> [15 maggio 2020].
- Medina, M., Babiuch, C., Card, M., Gavrilesco, R., Zafirau, W., Boose, E., Giuliano, K., Kim, A., Jones, R., & Boissy, A. (2020). Home monitoring for COVID-19. *Cleveland Clinic, Journal of Medicine*. Disponibile in: <https://www.ccjm.org/content/early/2020/06/08/ccjm.87a.ccc028.long> [11 giugno 2020].
- Ministero della Salute. (2006). *Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza: nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio*. Disponibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_772_allegato.pdf.
- Ministero della Salute. (2017). *Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza*. Art. 22, comma 1. Disponibile in: <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/dettaglioAtto?id=58669&completo=true>.
- NICE. (2020). *COVID-19 rapid guideline: managing symptoms (including at the end of life) in the community*. Disponibile in: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng163> [3 aprile 2020].
- Porzio, G., Cortellini, A., Bruera, E., Verna, L., Ravoni, G., Peris, F., & Spinelli, G. (2020). Home Care for Cancer Patients During COVID-19 Pandemic: The Double Triage Protocol. *Journal of Pain and Symptom Management*, vol. 60. Disponibile in: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7165240/pdf/main.pdf> [1 luglio 2020].
- Prospero, E., & Rondina, T. *Accertamento socio\ambientale degli assistiti sul territorio*.

- Quammen, D. (2014). *Spillover. L'evoluzione delle pandemie*. (Civalleri, L., Trans). Milano: Adelphi edizioni (Original work published 2012).
- Regione Marche. (2014). *Linee guida per l'organizzazione delle cure domiciliari. Approvazione*. Deliberazione della Giunta regionale n.791, adunanza n.242, legislatura n.IX. Disponibile in: http://www.grusol.it/informazioni/03-07-14_4.PDF.
- Rezza, G., Bella, A., Riccardo, F., Pezzotti, P., D'Ancona, F., & Siddu, A. (2020). *Pandemia di COVID-19*. Disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2> [16 gennaio 2020].
- Rondina, T. (2020). Gestione territoriale e misure di contenimento del contagio. *Nurse24*. Disponibile in: <https://www.nurse24.it/dossier/covid19/gestione-territoriale-misure-contenimento-contagio.html> [8 aprile 2020].
- Tonin, L., Lacerda, M. R., Caceres N. T. G., & Hermann A. P. (2020). Recommendations in covid-19 times: a view for home care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, vol. 73 supl. 2. Disponibile in: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672020001400401&lng=en&nrm=iso&tlng=en [29 giugno 2020].
- World Health Organization. (2020). *Home care for patients with suspected or confirmed COVID-19 and management of their contacts*. Disponibile in: [https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-\(ncov\)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts](https://www.who.int/publications/i/item/home-care-for-patients-with-suspected-novel-coronavirus-(ncov)-infection-presenting-with-mild-symptoms-and-management-of-contacts) [12 agosto 2020].

ALLEGATI

Allegato 1 – Scheda di valutazione medicina generale infezioni vie respiratorie suggestive rischio COVID-19

<p>SCHEDA DI VALUTAZIONE MEDICINA GENERALE INFEZIONI VIE RESPIRATORIE SUGGESTIVE RISCHIO COVID-19</p> <p>NEI CASI SOSPETTI CONTATTARE IL NUMERO (*) _____ ED INVIARE LA SCHEDA VIA MAIL(*) A _____ O VIA FAX (*) AL _____ PER L'ATTUAZIONE DELLE PROCEDURE SUCCESSIVE.</p>
--

(*) INSERIRE NUMERO, MAIL, FAX COMUNICATI DA AZIENDA SANITARIA/REGIONE

MEDICO _____ LUOGO _____ DATA / / ORA _____

DATI PAZIENTE	
Cognome _____	Nome _____
Data Nascita _____	Luogo Di Nascita _____
Residenza Via _____	N. _____
Comune _____	Prov. _____ Tel./Cell. _____
Numero dei conviventi _____	
Dati interlocutore telefonico se diverso dal paziente _____	

**VALUTAZIONE EPIDEMIOLOGICA DI PAZIENTE SINTOMATICO
PER AFFEZIONI VIE RESPIRATORIE**

SOGGIORNO IN PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO:

SI NO NON NOTO

SE SI SPECIFICARE

PAESE _____

DATA DI PARTENZA DALLA ZONA A RISCHIO ___/___/___

ESPOSIZIONE A CASI ACCERTATI (vivi o deceduti) SI NO

ESPOSIZIONE A CASI SOSPETTI O AD ALTO RISCHIO (CASI PROBABILI) SI NO

CONTATTI CON PERSONE RIENTRATE DA PAESE/LOCALITÀ A RISCHIO SI NO

CONTATTI CON FAMILIARI DI CASI SOSPETTI SI NO

SE RISPOSTO SI AD UNO DEI PRECEDENTI, CONTATTARE 118

SE NO PROCEDERE A VALUTAZIONE CLINICA

VALUTAZIONE CLINICA TELEFONICA PAZIENTE FEBBRILE

DATA DI COMPARSA DEI SINTOMI: ___/___/___

Temperatura corporea superiore a 38°C: SI _____°C NO

Nel caso di presenza di anche 1 solo elemento tra i seguenti, si allerta direttamente 118/112

Coscienza alterata

Pressione sistolica bassa se valutabile dal paziente (minore o uguale 100)

Ha difficoltà a respirare a riposo

Nel caso non sussistano le condizioni precedenti, si procede come segue:

Valutazione delle condizioni di rischio note al medico o confermate telefonicamente

- Malattie Polmonari
- Malattie cardiache
- Malattie renali
- Malattie sistema immunitario
- Malattie oncologiche
- Malattie metaboliche
- Gravidanza
- Isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)
- Non autosufficiente
- Operatore sanitario

Valutazione Stato vaccinale noto al medico o confermato telefonicamente

- Vaccinato antinfluenzale
- Vaccinazione antipneumococco
- Nessuna delle precedenti vaccinazioni

Valutazione clinica

- Il respiro è lento (provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
- Il respiro è accelerato (provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
- Ha difficoltà a respirare dopo un lieve sforzo (alzarsi dalla sedia/letto), si affatica a camminare o non sta in piedi
- Il paziente è tachicardico (indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza cardiaca, verificare se disponibilità di App cellulare, cardiofrequenzimetro da polso utili allo scopo, ottenere il dato)
- Il paziente ha segni di cianosi periferica (suggerire controllare colore letto ungueale e tempo di refill dopo digitopressione, colore cute e labbra)
- Valutare la capacità del paziente di parlare al telefono e il coordinamento con la respirazione

Se il processo diagnostico (condizioni di rischio, dato vaccinale e quadro clinico) è suggestivo di sospetto impegno polmonare (polmonite) si richiede attivazione del 118/112 o servizio attrezzato per valutazione domiciliare secondo direttive regionali.

In caso contrario valutare tempi e modalità per rivalutazione telefonica del caso, con informazioni chiare e concordate con il paziente, forti del patto fiduciario, disincentivare iniziative di ricorso autonomo ai servizi sanitari (Pronto Soccorso, Ambulatorio Medico di Famiglia, Continuità Assistenziale) in assenza di contatto con i numeri di pubblica utilità su Coronavirus (1500 Ministero, numeri verdi regionali) o con il proprio medico curante.

Nel caso in cui il paziente:

- Respira normalmente
- È in grado di rimanere in piedi
- È in grado di svolgere le normali attività (vestirsi, lavarsi, lavori in casa)

Ma sintomatico:

- Tosse Mal di gola Dolori muscolari Malessere generale Anoressia
- Vomito Cefalea

Suggerire isolamento e riduzione dei contatti, uso di mascherine (**), guanti (**) a protezione dei conviventi, lavaggio frequente delle mani, areazione frequente degli ambienti, valutare tempi e modalità per rivalutazione telefonica del caso, con informazioni chiare e concordate con il paziente, forti del patto fiduciario, disincentivare iniziative di ricorso autonomo ai servizi sanitari (Pronto Soccorso, Ambulatorio Medico di Famiglia, Continuità Assistenziale) in assenza di contatto con i numeri di pubblica utilità su Coronavirus (1500 Ministero, numeri verdi regionali) o con il proprio medico curante.

(**) Ottenere informazioni dalla Azienda Sanitaria o dalle Farmacie, competenti per territorio, sulla possibile fornitura/distribuzione dei dispositivi indicati, per comunicarla al paziente.

Allegato 2 – Accertamento socio\ambientale degli assistiti sul territorio



Il sottoscritto _____

nato a _____ il _____

Residente a _____ Via _____ n. _____

Tel. _____ Cell. _____

ACCONSENTE ai sensi e per gli effetti degli art. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003, con la sottoscrizione del presente modulo, al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti di cui all'informativa allegata. Letto, confermato e sottoscritto.

Firma del dichiarante (per esteso e leggibile).

ACCERTAMENTO SOCIOVAMBIENTALE DEGLI ASSISTITI SUL TERRITORIO

DISTRETTO DI _____ SEDE DI _____

Età ____ SESSO ___ M F TELEFONO _____ ID SIRTE _____

NAZIONALITA' _____

MEDICO DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE DOTT. _____ TEL. _____

IL PZ VIVE SOLO/A SI NO

IL PZ POSSIEDE UNO SMARTPHONE SI NO

È IN GRADO DI FARE UNA VIDEOCHIAMATA SI NO

IL PZ POSSIEDE UN PC ED È IN GRADO DI USARLO SI NO

LIVELLO DI ISTRUZIONE

DEL PAZIENTE

DEI FAMILIARI:

SCUOLA ELEMENTARE

SCUOLA ELEMENTARE

SCUOLA MEDIA

SCUOLA MEDIA

SCUOLA SUPERIORE

SCUOLA SUPERIORE

LAUREA

LAUREA

NON RILEVATO

NON RILEVATO

REDDITO: MONOREDDITO

PLURIREDDITO

SENZA REDDITO

OSPEDALIZZAZIONE AVVENUTA DAL 31 GENNAIO 2020 SI NO

SE SÌ, PER _____ REPARTO _____ OSPEDALE DI _____

TAMPONE PER COVID-19

POSITIVO (DATA _____) NEGATIVO NON EFFETTUATO

PAZIENTE SINTOMATICO PER COVID-19 (anche se tampone negativo o non effettuato)

SINTOMI:

FEBBRE DISPNEA MALESSERE GENERALE

TOSSE ESPETTORATO RAFFREDDORE

STATO CONFUSIONALE MAL DI GOLA ALTRO _____

PRESENZA DI PATOLOGIE CRONICHE:

CARDIOVASCOLARI SI NO BPCO SI NO

IRC SI NO DIABETE SI NO

NEOPLASIE SI NO NON COMPENSATE SI NO

Altre malattie croniche _____

VALUTAZIONE CONDIZIONE DOMESTICA:

NUMERO FAMILIARI (CONVIVENTI) _____

NUMERO DI STANZE _____

CASA DI PROPRIETA' SI NO

CASA IN AFFITTO SI NO

DIMENSIONE DELL'ABITAZIONE (metri quadri circa) _____

ABITAZIONE SVILUPPATA SU più PIANI SI NO

PRESENZA DI FINESTRE NELLE STANZE SI NO

ADEGUATE CONDIZIONI IGIENICHE GENERALI DELL'ABITAZIONE

(pulizia, aerazione, luminosità) SI NO

PRESENZA E USO DI ANTISETTICI SI NO TIPO_____

PRESENZA DI MASCHERINE SI NO TIPO_____

CORRETTO UTILIZZO DELLE MASCHERINE SI NO

CONOSCENZA DELLE INDICAZIONI PER L'ISOLAMENTO: SI NO

(smaltimento rifiuti nell'indifferenziato, uso disinfettanti per lavaggio dei vestiti del paziente ecc.)

POSSIBILITA' DI MANTENERE IL PAZIENTE IN ISOLAMENTO SI NO

(stanza singola, bagno e servizi igienici separati)

ASSISTENTE NON FAMILIARE PRESENTE SI NO

ASSISTENTE IN GRADO DI RECEPIRE LE NORME IGIENICHE DA ADOTTARE

(familiare o non) SI NO

POSSIBILITA' DI PROVVEDERE A CIBO E ALLE RISORSE DI PRIMA NECESSITA'

(compreso materiale per disinfezione adeguata) SI NO

PRESENZA DI CONVIVENTI / FAMILIARI AD AUMENTATO RISCHIO DI CONTAGIO

SI NO

bambini (fino a 14 aa) anziani > 70 anni donne in gravidanza immunocompromessi

malati cronici

PRESENZA DI:

TERMOMETRO

SATURIMETRO

SFIGMOMANOMETRO

INFERMIERE COMPILATORE _____

DATA _____

FIRMA _____