



**UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA**

**CORSO DI LAUREA MAGISTRALE IN
SCIENZE INFERMIERISTICHE ED OSTERICHE**

**L'ASSISTENZA DOMICILIARE INTEGRATA(ADI), OPPORTUNITÀ PER
LA GESTIONE DEI CASI E DEI CONTATTI DI COVID19.**

Relatore: Chiar.ma
Pof.ssa Emilia Prospero

Correlatore:
Dott.ssa: Gilda Pelusi

Studente:
Dott. Tommaso Rondina

A.A.2019/2020

*A mio padre,
per avermi insegnato il coraggio.*

INDICE:

| | |
|--|---------|
| INTRODUZIONE | pag.4 |
| CAPITOLO 1: LE FASI DELLA PANDEMIA | pag.6 |
| CAPITOLO 2: IL FUTURO DELLA PANDEMIA | pag.8 |
| 2.1 Modelli di propagazione epidemiologica | pag.8 |
| 2.2 I possibili scenari futuri | pag.10 |
| CAPITOLO 3: IL RUOLO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE | pag.11 |
| 3.1 L'organizzazione dell'assistenza domiciliare integrata | pag.11 |
| 3.2 Assistenza Domiciliare integrata e COVID-19 | pag.12 |
| CAPITOLO 4: PARTE SPERIMENTALE | pag.14 |
| 4.1 obiettivo | pag. 14 |
| 4.2 materiali e metodi | pag. 14 |
| 4.3 risultati | pag.19 |
| 4.4 discussione | pag.26 |
| CAPITOLO 7: CONCLUSIONE | pag. 29 |
| GRAFICI | pag.30 |
| APPENDICI | |
| ALLEGATO 1 | pag.32 |
| ALLEGATO 2 | pag.34 |
| ALLEGATO 3 | pag.35 |
| BIBLIOGRAFIA | pag.36 |

INTRODUZIONE

Il SARS-CoV-2 è un nuovo ceppo di coronavirus, mai identificato precedentemente nell'uomo. E' altamente contagioso e può essere trasmesso da persona a persona tramite un contatto stretto con un caso probabile o confermato, ad esempio tra familiari o in ambiente sanitario. Il contagio inter-familiare è considerato un' importante via di diffusione del virus. Il mantenimento di rigorose norme di isolamento domiciliare per i soggetti positivi che non richiedono l'ospedalizzazione o che sono stati dimessi dall'ospedale, così come per i soggetti asintomatici o paucisintomatici in isolamento fiduciario o a seguito di un contatto con casi accertati, è necessario per impedire la diffusione del virus. Tuttavia, l'attività di assistenza domiciliare in corso nel periodo pandemico nella Area Vasta1 della Regione Marche ha rilevato, come in alcuni nuclei familiari non sia possibile mettere in pratica le raccomandazioni per un corretto isolamento fiduciario inter-familiare e per i familiari che li assistono.

Per analizzare le caratteristiche familiari ed ambientali necessarie all'isolamento del paziente, uno studio osservazionale trasversale è stato condotto dagli infermieri operanti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), su 32 pazienti gestiti a domicilio sul territorio dell'Area Vasta 1 distretto di Fano e Fossombrone e Area Vasta 2, distretto di Senigallia. Durante lo studio sono stati rilevati i seguenti dati:

- le caratteristiche socio-demografiche e cliniche dei pazienti oggetto dello studio
- presenza delle condizioni minime per il rispetto delle misure raccomandate dall' Istituto Superiore Sanità (ISS) (Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto covid-19, ISS, marzo 2020 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-1-2020.pdf>).

Successivamente, i dati sono stati organizzati in una griglia per la valutazione delle condizioni socio/clinico/ambientali dei pazienti. Dallo studio è emerso che le caratteristiche del contesto sociale e dell'ambiente domestico, influiscono negativamente sul rispetto delle norme per l'isolamento domiciliare. In un caso ogni quattro infatti, l'operatore ha

individuato una criticità nella possibilità di fare un corretto isolamento. E' inoltre emerso come tra i soggetti positivi al COVID 19, vi sia una maggiore consapevolezza dell'importanza e dell'osservazione delle norme di isolamento sociale.

Inoltre, il 55.6% dei pazienti affetti da SARS-COV-2 vive insieme a familiari ad alto rischio di sviluppare sintomi gravi a causa di fattori critici come età e presenza di condizioni cliniche aggiuntive di comorbidità.

L'individuazione delle caratteristiche che sono risultate da ostacolo alla implementazione delle misure di prevenzione e controllo della diffusione del virus pandemico, consentirà la costruzione di un algoritmo per stabilire il livello di rischio del nucleo familiare. Questo metodo potrà essere applicato direttamente dagli operatori sanitari dell'assistenza domiciliare per l'individuazione dei soggetti a rischio. L'applicazione dello strumento consentirà di ridurre il rischio di trasmissione mediante la rimozione delle cause ostacolanti, l'implementazione delle raccomandazioni per il controllo, ove possibile e/o l'adozione di misure adeguate, ad esempio il trasferimento in strutture idonee delle persone affette dalla malattia che non sono risultate in grado di mantenere un corretto isolamento.

CAPITOLO 1: LE FASI DELLA PANDEMIA

Il 31 dicembre 2019 la Commissione Sanitaria Municipale di Wuhan (Cina), ha segnalato all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) un cluster di casi di polmonite ad eziologia ignota nella città di Wuhan, nella provincia cinese di Hubei.

I sintomi più comuni consistevano in febbre, tosse secca, faringodinia, dispnea: gli esami radiologici del torace dei malati evidenziavano lesioni infiltrative bilaterali diffuse. Una forma inizialmente lieve poteva progredire in una forma grave della malattia, soprattutto in persone affette da patologie croniche preesistenti come ipertensione, problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie (1); l'età mediana dei casi era di 62 anni e la mortalità era strettamente correlata all'età dei contagiati (2). Il periodo medio di incubazione era di 5 giorni, variando da 0 a 14.

Il 9 gennaio 2020, la autorità cinesi hanno riferito che è stato identificato un nuovo coronavirus (SARS-Cov-2) come agente causale ed è stata resa pubblica la sequenza genomica. Nei giorni successivi sono stati rilevati casi con storia di viaggi a Wuhan in altre aree della Cina, come Pechino, Guangdong e Shanghai. L'infezione si è quindi rapidamente estesa su scala mondiale, tanto che l'OMS il 30.01.20 ha dichiarato l'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (*Public Health Emergency of International Concern – PHEIC*) e l'11.03.20 ha definito la situazione pandemica. Seppur il bilancio sia in continuo aggiornamento, al 06 luglio 2020 sono stati confermati 11.301.850 casi di COVID-19, inclusi 531.806 morti.

Il primo provvedimento preso dal governo italiano è del 31.01.20, con la dichiarazione dello “stato di emergenza” per 6 mesi e la nomina di un commissario straordinario per la gestione, è stato bloccato il traffico aereo da e per la Cina e adottato lo screening della temperatura corporea a tutti i passeggeri in arrivo dall'estero in tutti gli scali aeroportuali. Il 18.02.20 è stato confermato il primo caso di trasmissione secondaria in Italia che si è verificato a Codogno (LO) (3). Un decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri il 23.02.20 ha stabilito misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 in dieci comuni della

provincia di Lodi e un comune della provincia di Padova. L'infezione si è successivamente estesa in tutte le regioni Italiane, interessando in particolare Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte, Veneto e Marche. Il Ministero della Salute ha istituito un numero telefonico specifico di pubblica utilità (1500) e le Regioni hanno attivato numeri dedicati all'emergenza. Numerosi DPCM si sono susseguiti dal primo intensificando con ognuno le misure restrittive e aumentando l'estensione delle aree interessate. Il giorno 08.03.20 il DPCM estende la zona rossa anche alla provincia di Pesaro e Urbino e con il decreto ministeriale dell'11.03.20, le misure di contenimento contro il Coronavirus sono state rafforzate ed estese all'intera penisola.

Il tasso di letalità del COVID-19 in Italia si attesta attorno al 13.4% (dati ISS). L'OMS ha confermato che è stata dimostrata trasmissione da persona a persona e si sono verificati diversi casi fra il personale sanitario: i coronavirus sono trasmessi nella maggior parte dei casi attraverso grandi goccioline respiratorie (droplets) emesse con la tosse o gli starnuti e per contatto con le secrezioni, ad esempio attraverso le mani contaminate che toccano bocca, naso o occhi. La trasmissione per via aerea (a distanza superiore a un metro) non è considerata la via principale di trasmissione e, secondo l'OMS, non è ancora adeguatamente documentata, anche se è possibile nel corso di procedure invasive che generano aerosol.

Il trattamento del paziente con COVID-19 è simile a quello di altre polmoniti virali e si basa primariamente su terapia di supporto e supporto respiratorio quando necessario. Un certo numero di farmaci con azione antivirale (lopinavir/ritonavir, idrossiclorochina, remdesivir etc) è stato sperimentato per il trattamento di COVID-19 sulla base di casistiche osservazionali, evidenze aneddotiche o dati estrapolati da prove in vitro. Attualmente non esistono dati controllati a supporto dell'uso di questi agenti.

CAPITOLO 2: IL FUTURO DELLA PANDEMIA.

2.1 Modelli di propagazione epidemiologica

Lo studio matematico dell'evoluzione di un'epidemia inizia quasi un secolo fa con il modello "SIR" di Kermack e McKendrick del 1927. Questo modello descrive come variano nel tempo il numero di persone suscettibili (S=individui sani che possono essere contagiati), infetti (I=persone già contagiate), rimossi (R=coloro i quali sono guariti acquisendo immunità più coloro i quali sono deceduti). Da allora lo studio delle epidemie ha avuto nuovi importanti progressi che passano per la fisica del caos e per le simulazioni numeriche ottenute con i calcolatori.

Un parametro fondamentale che governa l'evoluzione di una epidemia è il fattore R_0 (numero di riproduzione di base) il quale indica il numero medio di infettati da un individuo facente parte della categoria degli infetti (I). Questo numero permette agli istituti sanitari dei vari paesi di prepararsi al contenimento dei possibili danni causati dal virus, e di decidere quali misure precauzionali sia opportuno prendere. Questo parametro può variare a seconda delle misure preventive adottate dalla società, della risposta del sistema sanitario ed è strettamente legato al fattore tempo (t). Lo sviluppo di questo modello suggerisce, in una visione puramente matematica, che può arrivare alla estinzione del virus solo quando R scende sotto l'unità. Quindi dopo una fase in cui $R_0 > 1$ il virus continua a propagarsi, si arriva alla fase di $R_0 = 1$ cioè quella in cui si ha il picco della curva epidemica, per poi discendere nella fase in cui $R_0 < 1$ in cui il contagio dell'infezione regredisce (4).

I vantaggi odierni rispetto alla "Morte Nera" del 1348, alla "Peste di Manzoni" del 1630 e alla "Spagnola" del 1918, sono sicuramente i passi da gigante mossi dalla scienza nell'ultimo secolo e mezzo, tuttavia è bene evidenziare parallelamente che esistono svantaggi dati dalla facilità di movimento delle persone, dalla numerosità dei rapporti commerciali fra le nazioni, dagli spostamenti in massa degli individui del mondo globale, fattori che concorrono ad alimentare i contagi. Anche in questo caso però, l'arma vincente della nostra epoca è la velocità d'informazione, molto più rapida della velocità di spostamento di un virus, che ha bisogno di muoversi insieme al corpo che lo ospita. Inoltre, considerando il periodo d'incubazione che varia da 0 a 14 giorni,

l'informazione rappresenta una risorsa preziosa a favore dell'uomo a patto che venga usata nel migliore dei modi possibili e cioè che l'uso che se ne fa, dovrebbe seguire sempre il metodo scientifico che richiama alla ripetibilità, verificabilità e trasparenza. Nei casi di emergenza, in questo caso di emergenza sanitaria come questa attuale di SARS-COV-2, è necessaria la massima trasparenza sui dati da parte dei paesi che stanno affrontando l'epidemia e la comunicazione rapida al resto del mondo. A tale proposito è bene chiedersi che cosa non abbia funzionato nella comunicazione tra la Cina e l'occidente. Si presume che gli interessi economico-politici abbiano un peso elevatissimo, tale da poter spiegare un ritardo significativo nelle comunicazioni alla comunità scientifica internazionale, che si è tradotto in una crescita esponenziale del contagio in tutto il mondo. In una società ideale la reazione avrebbe dovuto essere molto più tempestiva, per garantire il passaggio dal R_0 iniziale (2.6 stimato inizialmente in Cina) ad un $R_0 < 1$, nel minor tempo possibile.

2.2 I possibili scenari futuri

Secondo ISS, il 20 marzo 2020 in Italia si è raggiunto il picco della curva epidemica, all'inizio della fase discendente della curva, i nuovi rimossi (R) eguagliano i nuovi contagiati (I), per poi successivamente superarli; è bene però tenere presente che questa curva può avvicinarsi a 0 seguendo percorsi diversi, che prevedono misure restrittive dal punto di vista dell'isolamento sociale e che possono variare dalle settimane a vari mesi, in uno sforzo comune che il paese intero è tenuto a compiere. Se il target fosse ad esempio $R_0=0.5$ bisognerebbe capire prima possibile, i tempi e i numeri delle misure necessarie da mantenere, lasciando a tutte le interferenze politiche il tempo che trovano. Alle conoscenze attuali la pendenza della decrescita sarà dominata dalle misure di contenimento e dalla risposta del sistema sanitario. Se invece più di metà del paese avesse contratto il virus e raggiunto l'immunità (sempre che le evidenze scientifiche dimostrino che si possa raggiungere), allora la pendenza di decrescita sarebbe dominata dalla "immunità di gregge".

In ogni caso, questa assunzione è un rischio che il sistema paese non può permettersi, in primis per un elevato prezzo in termini di vite umane, inoltre perché arrivare ad un ottenimento della immunità di gregge richiederebbe uno sforzo, non solo economico, che poco probabilmente si riuscirebbe a sostenere. Il valore di R_0 , dunque rappresenta uno strumento decisivo per monitorare le misure di controllo nel tempo e la loro efficacia. Il Ministero della Salute indica tra le principali fonti di infezione nel periodo 1-23 aprile: le RSA (44,1% dei casi), l'ambito familiare (24,7%), l'ospedale o ambulatorio (10,8%), e il luogo di lavoro (4,2%). Considerando che è necessario riaprire la nazione alla ripresa lavorativa, pur assumendo che le aziende verranno dotate di tutti gli strumenti necessari alle massime precauzioni, dovremo considerare un aumento significativo dei contatti e degli spostamenti delle persone, che non deve però tradursi in aumento dei contagi. Inoltre se presumiamo che un lavoratore, torna a casa alla fine del proprio turno o opera lavorativa, dovremmo anche conoscere la media delle persone che compongono i nuclei familiari (5) e, visto che il tasso di contagio in ambito familiare è del 24.7% dovremo lavorare per abbassare questo dato, orchestrando sinergicamente gli interventi di tutti gli ambiti sociali.

CAPITOLO 3: IL RUOLO DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE.

3.1 Contesto lavorativo

Contestualmente all'opera lavorativa svolta dalla Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), gli infermieri in collaborazione con i medici di medicina generale (MMG), sono i professionisti della Sanità che garantiscono l'assistenza sanitaria sul territorio, in una fase storica cruciale. Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) garantisce alle persone non autosufficienti o in condizioni di fragilità, l'assistenza sanitaria a domicilio, attraverso l'erogazione delle prestazioni mediche, riabilitative o infermieristiche necessarie e appropriate in base alle specifiche condizioni di salute della persona.

Le cure mirano a stabilizzare il quadro clinico, a limitare il declino funzionale e a migliorare la qualità della vita della persona nel proprio ambiente familiare, evitando, il ricorso al ricovero ospedaliero o extra-ospedaliero. In ogni caso l'Azienda Sanitaria Locale (ASL) assicura la continuità tra l'assistenza ospedaliera e l'assistenza territoriale. L'assistenza erogata in regime di ADI consta in sostanza di due classi di cure, prestazioni semplici come ad esempio il solo prelievo sanguigno vengono classificate in un livello di "cure prestazionali", le attività più complesse vengono classificate in un livello di "cure domiciliari integrate" distinte a loro volta in tre livelli (primo, secondo e terzo) a seconda della intensità assistenziale da erogare e della concomitante complessità del paziente.

Se il paziente presenta una condizione di salute più complessa, il SSN garantisce un percorso assistenziale che prevede:

- valutazione multidimensionale dei bisogni sotto il profilo clinico, funzionale e socio-familiare (bisogni relazionali, sociali ed economici), attraverso idonei strumenti e scale standardizzati e uniformi;
- stesura di un "Progetto di assistenza individuale" (PAI) o di un "Progetto riabilitativo individuale" (PRI) che descrive le prestazioni necessarie, le modalità di esecuzione e la durata del trattamento. Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta hanno la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia.

- presa in carico del paziente da parte dell'équipe multidisciplinare della ASL che si occupa dell'assistenza domiciliare ed erogazione delle prestazioni mediche, infermieristiche, assistenziali o riabilitative; la frequenza degli accessi al domicilio dei diversi operatori varia in relazione alla natura e alla complessità del quadro clinico; quando necessari, sono assicurati gli accertamenti diagnostici, la fornitura dei farmaci e dei dispositivi medici, nonché dei preparati per nutrizione artificiale.

I livelli essenziali di assistenza (LEA), assicurano che il servizio venga erogato uniformemente su tutto il territorio nazionale, pur ammettendo alcune differenze che variano da regione a regione e differenze organizzative che ogni ASL adotta nella propria struttura.

3.2 Assistenza domiciliare e COVID-19

Le linee guida ISS stabiliscono che la quarantena si svolga attraverso la collaborazione dei servizi di sanità pubblica territorialmente competenti, i servizi sociali delle amministrazioni comunali, le associazioni di volontariato del territorio, con la funzione di verifica delle condizioni abitative e del rispetto delle disposizioni di isolamento, supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver (sostegno della rete familiare e di vicinato), e che costituiscano un punto di riferimento per il bisogno sociale della popolazione (Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto covid-19, ISS, marzo 2020 <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-1-2020.pdf>).

Secondo le misure del contenimento del contagio precedentemente descritte, è evidente che portare l'assistenza nelle abitazioni permette di evitare gli spostamenti dei pazienti verso gli ospedali, considerando che l'età media dei pazienti assistiti coincide con quella a maggior tasso di letalità da COVID-19 (6). Il servizio di Assistenza Domiciliare Integrata è diventato un anello fondamentale della presa in carico del paziente con sospetta o accertata infezione da SARS-COV2 sul territorio. Gli operatori sanitari, in particolare gli infermieri, erogano assistenza a pazienti positivi al Nuovo Coronavirus, i quali trascorrono la loro degenza al proprio domicilio, non avendo manifestato grave

sintomatologia o essendo stati dimessi dall'ospedale perché guariti ma comunque ancora infetti e dunque potenzialmente contagiosi.

CAPITOLO 4: PARTE SPERIMENTALE

La gestione sul territorio è diventata di fondamentale importanza per il contenimento della diffusione dell'infezione da SARS-COV2.

Gli infermieri dell'Assistenza Domiciliare Integrata, entrando nelle case dei pazienti, hanno la possibilità e le competenze necessarie per valutare la possibilità del paziente di attuare un adeguato isolamento domiciliare, potendo in prima persona verificare per esempio le caratteristiche strutturali delle abitazioni, quelle socio-familiari, la presenza di collaboratrici e collaboratori domestici.

4.1 Obiettivo

Verificare se i soggetti in Assistenza Domiciliare per accertata o sospetta infezione da SARS-COV2 sono in grado di rispettare le norme di isolamento necessarie per impedire la diffusione inter-familiare del virus.

Obiettivi secondari

- 1) Identificare i soggetti che potrebbero beneficiare di strutture ad hoc (ad esempio COVID Hotel) per trascorrere il periodo di isolamento domiciliare.
- 2) Identificare le caratteristiche cliniche e sociodemografiche che si associano all'impossibilità di garantire un isolamento fiduciario corretto.

4.2 Materiali e Metodi

Disegno dello studio: studio osservazionale trasversale condotto sui pazienti residenti a domicilio in isolamento fiduciario per infezione sospetta o accertata da SARS-COV2. Lo studio è stato condotto sul territorio dell'Area Vasta 1 distretto di Fano e Fossombrone, e Area Vasta 2, distretto di Senigallia, in una finestra temporale che si è estesa dal 7 maggio 2020 al 30 giugno 2020.

L'arruolamento è stato fatto su base volontaria da parte del personale ADI. La ricerca è stata svolta mediante somministrazione di questionario cartaceo (allegato 1) previo ottenimento di consenso al trattamento dei dati da parte del paziente.

Partecipanti: sono stati arruolati pazienti con età maggiore di 18 anni residenti a domicilio che hanno avuto l'indicazione ad effettuare l'isolamento domiciliare poiché risultati positivi al virus SARS-COV2, o sospettati positivi per i quali è stato richiesto tampone nasofaringeo.

Criteri di inclusione:

- Pazienti in ADI (già assistiti prima dell'emergenza COVID e pazienti presi in carico in relazione all'emergenza COVID).
- pazienti con diagnosi di COVID19 effettuata mediante tampone nasofaringeo.
- dimessi dall'ospedale/su segnalazione del MMG/ Ufficio Igiene della ASL con almeno un tampone positivo
- pazienti sospettati di infezione per i quali è stato richiesto il tampone nasofaringeo.

Criteri di esclusione

- Pazienti minori di 18 anni.
- Rifiuto alla partecipazione.

Fonti dei dati

E' stata elaborata una scheda di rilevazione ad hoc per indagare complessivamente le caratteristiche sociodemografiche del paziente, la sintomatologia clinica presentata, il supporto sociale, la dotazione e la capacità di utilizzo di strumenti di comunicazione e le caratteristiche dell'abitazione. La scheda del paziente è stata integrata con i dati relativi alle caratteristiche cliniche (diagnosi cliniche) provenienti dal flusso informativo SIRTE (Sistema Informativo per la Rete del Territorio) (allegato 2). La raccolta dei dati è stata fatta dagli infermieri operanti sul territorio sopra descritto.

Variabili

Le variabili inserite nel questionario sono state selezionate dalle raccomandazioni dell'ISS prodotte nelle linee guida "INDICAZIONI AD INTERIM PER L'EFFETTUAZIONE DELL'ISOLAMENTO E DELLA ASSISTENZA SANITARIA DOMICILIARE NELL'ATTUALE CONTESTO COVID-19", pubblicate il 7 marzo 2020 e disponibili nel sito istituzionale.

1) Caratteristiche sociodemografiche.

Per ogni partecipante allo studio è stata registrata l'età, implementata come variabile continua, in anni; sesso; reddito: è stato classificato come numero di entrate familiari al mese e categorizzato come: nessuno, mono o plurireddito. Sono state raccolte informazioni su scolarità del paziente e del caregiver (categorizzate secondo il più alto ciclo di studio completato), numero di conviventi e presenza nella stessa abitazione di familiari ad aumentato rischio di contagio. Sono stati considerati come ad aumentato rischio le persone con età superiore a 70 anni, i malati cronici, i bambini al di sotto dei 14 anni, donne in gravidanza, soggetti immunocompromessi.

2) Patologie croniche.

Il questionario prevedeva una lista pre-codificata di patologie: cardiovascolari, insufficienza renale, neoplasia, bronchite cronica, diabete. E' stata inclusa inoltre una risposta finale aperta.

3) Sintomatologia e diagnosi di COVID.

E' stato indagato se il paziente sia stato preso in carico per diagnosi accertata oppure sospetta, se il paziente provenisse dall'ospedale e se la presa in carico da parte del servizio ADI fosse dovuta all'emergenza COVID oppure se il paziente fosse già in carico al servizio.

Per ogni paziente è stata verificata la presenza dei sintomi di COVID-19, secondo una lista pre-codificata con un'ultima risposta aperta.

4) Supporto sociale

E' stata indagata la presenza di caregiver (familiare o non familiare) in grado di garantire al paziente i servizi essenziali e di garantire l'applicazione delle disposizioni corrette per l'isolamento fiduciario.

5) Dotazione ed uso di strumenti tecnologici.

Sono state registrate variabili relative al possesso ed uso di apparecchiature tecnologiche: utilizzo e possesso di uno smartphone; utilizzo e possesso di un PC; capacità di effettuare una videochiamata. Le domande erano relative al paziente. Le risposte sono state codificate come dicotomiche.

6) Caratteristiche dell'abitazione

Il questionario conteneva domande volte a verificare le caratteristiche dell'abitazione necessarie per un corretto isolamento fiduciario, in particolare: estensione in metri quadri dell'abitazione, numero di stanze, presenza di finestre, livelli in cui si sviluppa l'abitazione.

E' stata inoltre registrata la presenza di mascherine (chirurgiche e FFP2), disinfettanti e strumenti per l'auto-misurazione dei parametri vitali, è stata verificata la presenza di familiari o conviventi ad aumentato rischio di contagio.

E' stato infine verificata l'opinione dell'operatore rispetto all'esame dell'ambiente.

I soggetti sono stati confrontati in base alla diagnosi di infezione da SARS-COV2. Nel campione, tre soggetti non hanno mai effettuato il tampone, ma presentavano sintomatologia indicativa di infezione da SARS-COV2, per questo, ai fini del nostro studio, sono stati inclusi nel gruppo dei soggetti positivi, in accordo con le linee guida internazionali, che raccomandano di considerare positivo ogni paziente sintomatico, quando non sia possibile effettuare il tampone. (7)

Metodi statistici

E' stata effettuata un'analisi descrittiva delle caratteristiche dei pazienti. Le variabili continue sono state presentate come media \pm deviazione standard; le variabili categoriche sono state presentate con frequenza e percentuale. Sono stati confrontati i pazienti con tampone positivo e negativo. Il confronto tra le frequenze è stato fatto tramite il test chi quadrato con la correzione di Fisher per frequenze attese inferiori a 5. Le medie sono state confrontate con il test T Student per campioni indipendenti.

Aspetti etici e protezione della privacy

Lo studio è stato autorizzato dalle rispettive Direzioni delle Professioni Sanitarie della Area Vasta 1 e Area Vasta 2.

Lo studio è stato condotto in accordo con la normativa vigente e la privacy è stata garantita secondo quanto previsto dagli artt. 13 e 23 del D. L.gs. n. 196/2003. Ogni soggetto ha fornito il proprio consenso informato scritto alla partecipazione allo studio e alla raccolta dei dati personali.

E' stata fornita documentazione informativa scritta inerente al trattamento dati ed al consenso informato (allegato 3). Tutti i soggetti arruolati hanno firmato un consenso informato scritto.

4.3 Risultati

Il campione è costituito da 32 soggetti di cui 16 sono stati considerati positivi al COVID a seguito del tampone o della sintomatologia clinica fortemente indicativa di infezione. L'età media dei soggetti positivi era inferiore rispetto agli altri (66.8 anni e 75.5 rispettivamente, $p=0.074$). Il range di età dei pazienti arruolati va da 39 a 91 anni.

Un paziente su 5 vive da solo, e il 28% vive con un familiare che rischia di essere contagiato, in particolare si tratta di conviventi ultra-settantenni (8). (tabella 1)

Tabella 1: Caratteristiche sociodemografiche del campione

| | Totale N=32 | Tampone SARS- COV2 positivo/sintomatico N=16 | Tampone SARS-COV2 negativo N=16 | P |
|--|------------------------|---|--|--------------|
| Età (media+DS) | 71.65(13.6) | 66.8 (15.9) | 75.50 (9.8) | 0.074 |
| Donne (frequenza, %) | 15 (46.9) | 8 (53.3) | 7 (46.7) | 0.723 |
| Scolarità-paziente | | | | 0.083 |
| Elementare | 8 (25.0) | 6 (75.0) | 2 (25.0) | |
| Medie | 5 (15.6) | 4 (80.0) | 1 (20.0) | |
| Superiori | 6 (18.8) | 3 (50.0) | 3 (50.0) | |
| Scolarità- caregiver | | | | 0.077 |
| Elementare | 5 (19.2) | 2 (40.0) | 3 (60.0) | |
| Medie | 1 (3.8) | 1 (100) | 0 (0) | |
| Superiori | 6 (23.1) | 6 (100) | 0 (0) | |
| Reddito | | | | 0.118 |
| Nessuno | 2 (6.3) | 2 (100.0) | 0 (0) | |
| Monoreddito | 15 (46.9) | 9 (60.0) | 6 (40.0) | |
| Plurireddito | 15 (46.9) | 5 (33.3) | 10 (66.7) | |
| Conviventi | | | | 0.426 |
| Nessuno | 6 (18.8) | 2 (33.3) | 4 (66.7) | |
| 1-2 | 25 (78.1) | 13 (52.0) | 12 (48.0) | |
| 3+ | 1 (3.1) | 1 (100.0) | 0 (0) | |
| Familiari a rischio aumentato | 9 (28.1) | 5 (55.6) | 4 (44.4) | 0.524 |

La comorbidità più frequente è cardiovascolare (n=16, 50%). Tra i pazienti risultati negativi al tampone, soltanto uno non presentava patologie in anamnesi (tabella2).

Tabella 2: comorbidità

| | Totale N=32 | Tampone SARS-COV2 positivo/sintomatico N=16 | Tampone SARS-COV2 negativo N=16 | P |
|---|------------------------|--|--|--------------|
| Cardiovascolari | 16 (50.0) | 7 (43.8) | 9 (56.3) | 0.480 |
| Insufficienza renale cronica | 2 (6.3) | 1 (50.0) | 1 (50.0) | 0.999 |
| Neoplasie | 6 (18.8) | 2 (33.3) | 4 (66.7) | 0.654 |
| Diabete | 2 (6.3) | 1 (50.0) | 1 (50.0) | 0.999 |
| Demenza | 2 (6.3) | 2 (100.0) | 0 | 0.484 |
| Ipertensione | 1 (3.1) | 0 | 1 (100.0) | 0.999 |
| Altro | 3 (9.4) | 2 (66.7) | 1 (33.3) | 0.999 |
| Nessuna | 7 (21.9) | 6 (85.7) | 1 (14.3) | 0.083 |

Il 27% (n=9) è stato ospedalizzato negli ultimi 3 mesi e il 72,7 % (n=24) era in regime di assistenza domiciliare già da prima della pandemia, mentre 8 soggetti sono entrati in Assistenza Domiciliare a seguito di dimissione ospedaliera.

Per quello che riguarda la diagnosi e la sintomatologia da COVID 19, in 3 casi il tampone non è stato eseguito ma la sintomatologia era fortemente suggestiva per infezione. I sintomi di COVID 19 più frequenti riferiti sono febbre, tosse, malessere generale. (tabella 3)

Tabella 3: sintomatologia e diagnosi di COVID

| | Totale N=32 | Tampone SARS-COV2 positivo/sintomatico N=16 | Tampone SARS-COV2 negativo N=16 | P |
|-------------------------------|------------------------|--|--|--------------|
| Tampone eseguito, n(%) | 29 (90.6) | 13 (44.8) | 16 (55.2) | 0.226 |
| Sintomi, n(%) | | | | |
| Tosse | 9 (28.1) | 4 (44.4) | 5 (55.6) | 0.999 |
| Febbre | 19 (59.4) | 10 (52.6) | 9 (47.4) | 0.719 |
| Dispnea | 4 (12.5) | 4 (100.0) | 0 | 0.101 |
| Malessere generale | 12 (37.5) | 5 (41.7) | 7 (58.3) | 0.465 |
| Espettorato | 3 (9.4) | 1 (33.3) | 2 (66.7) | 0.999 |
| Raffreddore | 1 (3.1) | 0 | 1 (100.0) | 0.999 |
| Faringodinia | 4 (12.5) | 4 (100.0) | 0 | 0.101 |
| Anosmia | 1 (3.1) | 1 (100.0) | 0 | 0.999 |
| Ageusia | 3 (9.4) | 2 (66.7) | 1 (33.3) | 0.999 |
| Diarrea | 6 (18.8) | 3 (50.0) | 3 (50.0) | 0.999 |
| Altri sintomi* | 5 (15.6) | 3 (60.0) | 2 (40.0) | 0.999 |

***Altri sintomi: stato confusionale, congiuntivite**

Solo un quarto dei pazienti possiede ed è in grado di utilizzare un PC e meno della metà possiede e utilizza uno smartphone e ha la possibilità di fare una videochiamata. (tabella 4).

Tabella 4: possibilità di mantenere relazioni mediante strumenti tecnologici

| | Totale N=32 | Tampone SARS-COV2 positivo/sintomatico N=16 | Tampone SARS-COV2 negativo N=16 | P |
|----------------------------|------------------------|--|--|--------------|
| PC n(%) | 8 (25.0) | 6 (75.0) | 2 (25.0) | 0.220 |
| Smartphone n(%) | 15 (46.9) | 8 (53.3) | 7 (46.7) | 0.723 |
| Videochiamata n (%) | 13 (40.6) | 8 (61.5) | 5 (38.5) | 0.280 |

Dalla valutazione complessiva dell'operatore, il 27.6% non presentava condizioni socio-ambientali idonee per un isolamento fiduciario corretto (n=8). Di questi, uno è risultato positivo per COVID 19. Soltanto il 72% del campione ha mostrato di conoscere le regole per un corretto isolamento domiciliare e il 15% ha riferito di non essere in grado di provvedere ai pasti né di avere un caregiver in grado di recepire norme igieniche.

Tabella 5: supporto sociale

| | Totale N=32 | Tampone SARS- COV2 positivo/sintomatico N=16 | Tampone SARS-COV2 negativo N=16 | P |
|--|------------------------|---|--|--------------|
| Caregiver non familiare n(%) | 4 (12.5) | 3 (75.0) | 1 (25.0) | 0.311 |
| Capacità di provvedere ai pasti n(%) | 27 (84.4) | 13 (48.1) | 14 (51.9) | 0.595 |
| Caregiver in grado di recepire norme igieniche n(%) | 27 (84.4) | 14 (51.9) | 13 (48.1) | 0.361 |
| Conoscenza delle regole per l'isolamento n(%) | 23 (71.9) | 15 (65.2) | 8 (34.8) | 0.04 |
| Corretto utilizzo DPI n(%) | 29 (90.6) | 15 (51.7) | 14 (48.3) | 0.596 |

Confrontando le dimensioni delle abitazioni, i pazienti con tampone positivo vivono in case più grandi e con un maggior numero di stanze. Mentre la quasi totalità dei pazienti è munita di termometro, meno della metà dei soggetti possiede e usa un saturimetro o uno sfigmomanometro, Il 94% ha in casa mascherine (chirurgiche o FFP2), ma solo il 78% ha prodotti disinfettanti per le superfici idonei per il coronavirus (tabella 6).

Tabella 6: caratteristiche dell'abitazione, presenza di dispositivi di protezione e di monitoraggio e disinfettanti

| | Totale N=32 | Tampone SARS- COV2 positivo/sintomatico N=16 | Tampone SARS- COV2 negativo N=16 | P |
|------------------------------------|------------------------|---|---|--------------|
| Metri quadri abitazione | 108.5 (48.7) | 123.3 (56.5) | 94.7 (36.6) | 0.103 |
| STANZE | | | 0.445 | |
| Fino 3 n(%) | 4 (12.5) | 1 (25.0) | 3 (75.0) | |
| 4-5 | 11 (34.4) | 5 (45.5) | 6 (54.5) | |
| Oltre cinque | 17 (53.1) | 10 (58.8) | 7 (41.2) | |
| Più di un piano n(%) | 9 (29.0) | 4 (44.4) | 5 (55.6) | 0.999 |
| Presenza di mascherine n(%) | 30 (93.8) | 16 (53.3) | 14 (46.7) | 0.484 |
| Presenza di antisettici | 25 (78.1) | 14 (56.0) | 11 (44.0) | 0.484 |
| Presenza di termometro | 29 (93.5) | 14 (48.3) | 15 (51.7) | 0.999 |
| Presenza di saturimetro | 11 (35.5) | 4 (36.4) | 7 (63.6) | 0.320 |
| Presenza di sfigmomanometro | 8 (25.8) | 3 (37.5) | 5 (62.5) | 0.685 |

Abbiamo effettuato uno studio di correlazione per verificare quali fossero le variabili associate alla rilevazione da parte dell'operatore di condizioni idonee all'isolamento e di adeguate norme igieniche in casa. Il riscontro di tampone positivo fortemente associato alla conoscenza delle norme per il corretto isolamento (Pearson 0.571, $p < 0.001$) e la conoscenza delle norme di isolamento è sicuramente l'elemento che si associa più fortemente al giudizio dell'operatore (Pearson 0.663, $p < 0.001$), insieme alla presenza di mascherine nell'abitazione (Pearson 0.445, $p = 0.012$) e la strutturazione della casa in più piani (Pearson 0.377, $p = 0.036$).

La presenza di un caregiver in grado di recepire e mettere in atto le procedure di isolamento (0.473, $p=0.006$) è la variabile più fortemente associata al riscontro di adeguate norme igieniche. Infatti, essa sembra garantire la presenza di mascherine (Pearson 0.695, $p<0.001$) e di disinfettanti (0.755, $p<0.001$) e la possibilità di provvedere ai pasti (0.713, $p<0.001$). Gli indicatori dello stato economico suggeriscono una migliore gestione domiciliare dei pazienti in isolamento, anche se, probabilmente a causa della bassa numerosità del campione, si osserva solamente una tendenza. Infatti i metri quadri della abitazione, il numero delle entrate mensili e la scolarità hanno un'associazione non significativa, ma di senso positivo con la conoscenza delle norme di isolamento, e si associano con un maggiore possesso e uso dei dispositivi tecnologici, quindi con un minore rischio di isolamento sociale, ed il numero di stanze è correlato alle adeguate condizioni igieniche (0.370, $p=0.047$).

4.4 Discussione

Il nostro studio ha verificato le caratteristiche socio-demografiche e ambientali dei soggetti in assistenza domiciliare con diagnosi sospetta o accertata di COVID 19.

Il campione è costituito da soggetti prevalentemente anziani, nella metà dei casi donne. Spesso sono sprovvisti di tecnologie capaci di evitare l'isolamento sociale, e non sempre hanno un caregiver in grado di garantire l'applicazione delle norme per l'isolamento domiciliare. Le caratteristiche del contesto sociale e dell'ambiente domestico fanno sì che non sia possibile garantire il rispetto delle norme per l'isolamento domiciliare. In un caso ogni quattro infatti, l'operatore ha individuato una criticità nella possibilità di fare un corretto isolamento domiciliare.

I soggetti in isolamento domiciliare ad oggi (11 luglio 2020) nelle Marche sono 165. Il contagio inter-familiare in questo momento, è considerato un' importante via di diffusione del virus (2).

Il mantenimento di rigorose norme di isolamento domiciliare per i soggetti positivi che non richiedono l'ospedalizzazione o che sono stati dimessi dall'ospedale, così come per i soggetti asintomatici o paucisintomatici in isolamento fiduciario a seguito di un contatto con casi accertati, è necessario per impedire la diffusione inter-familiare del virus e può prevenire questo tipo di trasmissione. (9). Una maggiore consapevolezza dell'importanza e dell'osservazione delle norme di isolamento sociale, risulta più marcata nei soggetti positivi al COVID 19. L'Istituto Superiore di Sanità emanando le norme per garantire il corretto isolamento domiciliare, ha sottolineato la necessità di prevenire il contagio in ambiente domestico.

L'attività di assistenza domiciliare svolta nel periodo pandemico nella AV1 e nella AV2 della Regione Marche ha rilevato come in alcuni nuclei familiari non sia possibile mettere in pratica le raccomandazioni per le persone con sospetta o accertata infezione COVID-19 in isolamento domiciliare e per i familiari che li assistono. Il 55.6% dei pazienti risultati positivi al tampone, vive insieme a familiari con un aumentato rischio di contagio, che dipende dall'età e/o dalle comorbidità di questi ultimi. L'importanza del contagio inter-familiare ha portato alla creazione di strutture dedicate, come i COVID Hotel, dove possano essere collocati i soggetti che devono

mantenere la quarantena, ma non sono in grado di farlo al proprio domicilio. Queste strutture prevedono la messa a disposizione di vari servizi come ad esempio la tv, il wi-fi, stanze ben arieggiate, servizi igienici singoli e servizi di sostegno psicologico telefonico.

Tuttavia, ad oggi non ci sono delle linee guida per l'individuazione di quei soggetti ritenuti non in grado di effettuare un corretto isolamento. La nostra indagine è un progetto pilota per la creazione di uno strumento di valutazione della possibilità di rispettare le norme di isolamento al proprio domicilio. Abbiamo verificato che fino alla metà dei soggetti in isolamento fiduciario non ha o non sa usare le tecnologie necessarie per mantenere contatti sociali durante l'isolamento.

Un rapporto ISTAT pubblicato nel 2011 ha documentato come le famiglie con almeno un minorenne possiedono un PC nell'84,4% dei casi, il 78,9% ha accesso a Internet e il 68% utilizza per questo una connessione a banda larga, mentre le famiglie di soli anziani di 65 anni e più, presentano livelli molto modesti di dotazioni tecnologiche, e che il 41,7% delle famiglie dichiara di non possedere l'accesso a Internet perché non ha le competenze per utilizzarlo (Cittadini e nuove tecnologie, ISTAT, 2011. <https://www.istat.it/it/files//2011/12/ICT-famiglie-2011.pdf>). I nostri risultati sono in accordo con questo report, probabilmente poiché la maggior parte dei soggetti arruolati nel nostro studio ha un'età anziana. Questi risultati suggeriscono che sono necessarie delle strategie di intervento per evitare l'isolamento sociale durante la quarantena.

Limiti

Il nostro è uno studio pilota, condotto pertanto in un piccolo campione, che ha interessato prevalentemente solo due distretti ADI delle Marche. Inoltre, il questionario contiene alcuni dati sensibili che i pazienti potrebbero essere reticenti a esprimere. D'altra parte, il nostro studio è il primo a verificare le condizioni ambientali dei pazienti posti in isolamento domiciliare. Gli Hotel COVID, individuati per garantire l'isolamento adeguato sul modello cinese, hanno l'obiettivo di ricevere i pazienti che non riescono a garantire il rispetto delle norme a casa. E' inoltre emerso che circa il 29% delle persone intervistate non è a conoscenza delle corrette norme di isolamento, quindi la campagna di informazione a riguardo deve essere migliorata.

Conclusioni

Ad oggi la situazione italiana sembra essere sotto controllo, ma c'è preoccupazione per le incognite dell'evolversi dell'epidemia nei prossimi mesi. E' fondamentale avere degli strumenti in grado di valutare e di conseguenza prevenire il contagio inter-familiare, per impedire la propagazione del virus tra soggetti isolati. Una valutazione standardizzata della capacità di mantenere l'isolamento domiciliare può essere uno strumento molto importante e ancora non disponibile. Il nostro studio pilota propone una scheda di valutazione che potrebbe essere utilizzata per identificare i soggetti da inviare presso i COVID hotel. Gli operatori sanitari dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) possono essere i professionisti in grado di identificare questi soggetti.

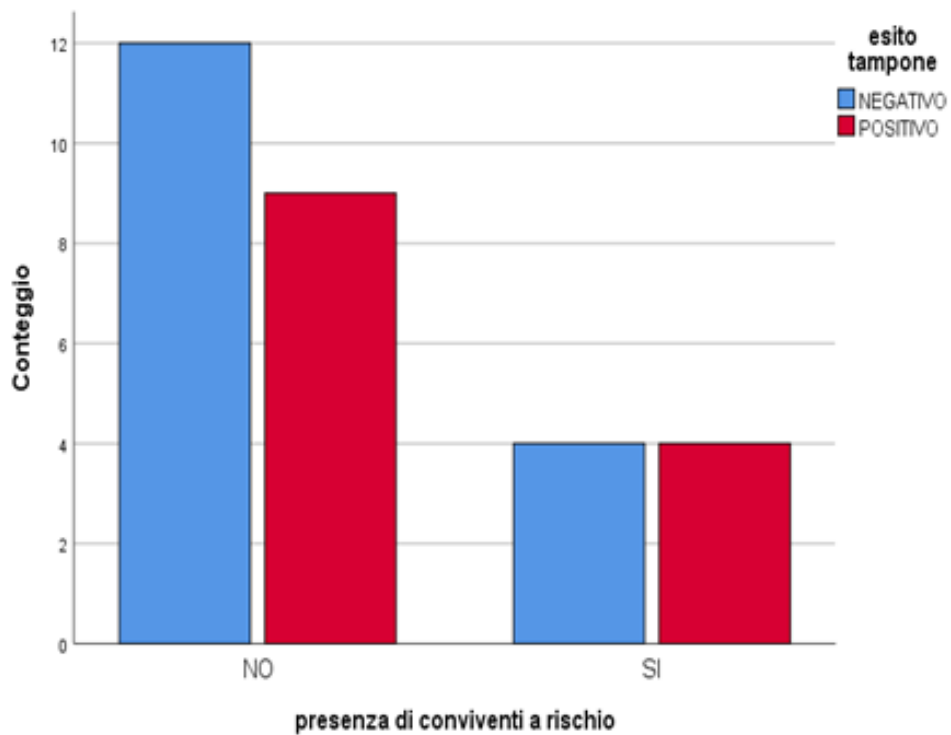


Grafico 1: correlazione tra pazienti positivi a Covid19 e familiari ad aumentato rischio di contagio.

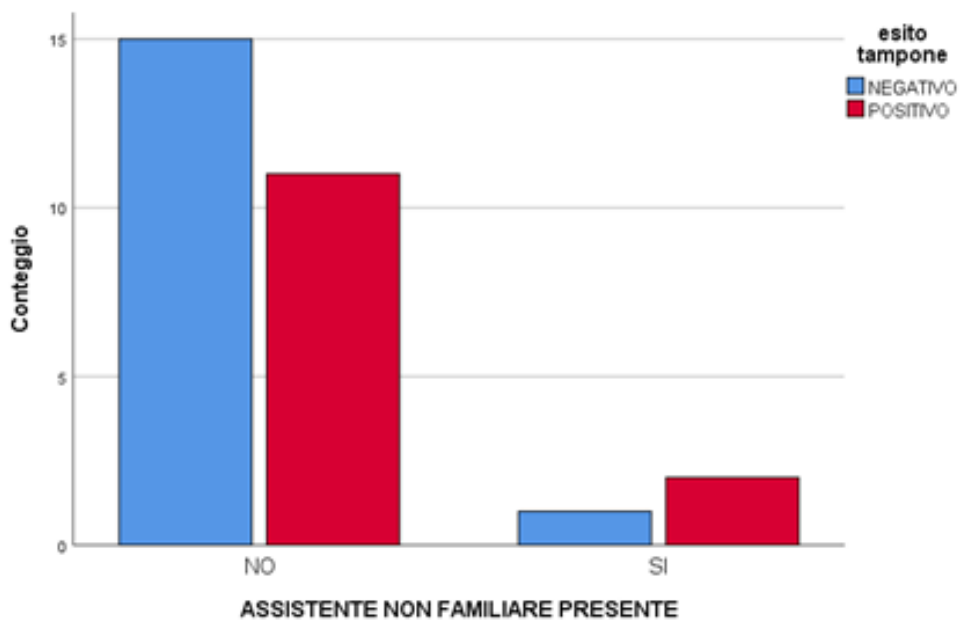


Grafico 2: correlazione tra pazienti positivi a Covid19 e assistenza da parte di persona non familiare.

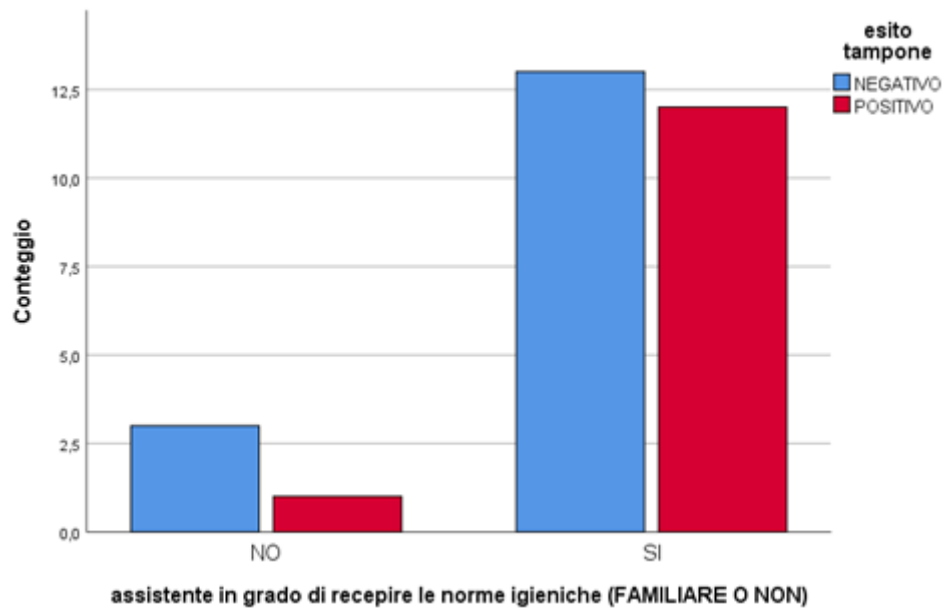


Grafico 3: correlazione tra pazienti positivi a Covid19 e grado di consapevolezza delle norme igieniche e di isolamento da parte dell'assistente (familiare o non).

Allegato 1: scheda di rilevazione dati

1) 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 artt. 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 SOCIO\AMBIENTALE 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 SI USARLO SI NO

LIVELLO DI ISTRUZIONE

DEL PAZIENTE

SCUOLA ELEMENTARE

SCUOLA MEDIA

SCUOLA SUPERIORE

LAUREA

NON RILEVATO

DEI FAMILIARI:

SCUOLA ELEMENTARE

SCUOLA MEDIA

SCUOLA SUPERIORE

LAUREA

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 SE SI TIPO _____

PRESENZA DI MASCHERINE SI NO SE SI 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 PZ 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 NECESSITÀ

(compreso materiale per disinfezione adeguata) SI NO

PRESENZA DI CONVIVENTI/FAMILIARI AD AUMENTATO RISCHIO DI CONTAGIO SI NO

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

malati cronici

PRESENZA DI:

TERMOMETRO

SATURIMETRO

SFIGMOMANOMETRO

INFERMIERE COMPILATORE _____

DATA _____

FIRMA _____

Allegato 2: scheda SIRTE

Scheda SO Inserimento: 0

Scheda segreteria Organizzativa

Presca carico Anamnesi/Patologie Sanitario Sociale

INSERIMENTO

Data accettazione: dd/MM/yyyy Num. prot.: Data prot.: dd/MM/yyyy

Segnalante: Motivo:

Ubicazione presa carico Distretto: DISTR. FANO Sede: ZT03 POLIAMBULATORIO MONDAVIO

Dimissioni protette

Id segnalazione: Data segnalazione: dd/MM/yyyy

Tamponi COVID-19

Misure contumaciali alle quali è sottoposto il paziente

Patologie respiratorie Sì No Evento nel decorso del ricovero Sì No

Stato della patologia

Definizione eziologica

Avvenuta effettuazione del tampone per COVID-19 Sì No Esito del tampone positivo negativo Data esito dd/MM/yyyy

Esito del II tampone positivo negativo non effettuato Data esito II tampone dd/MM/yyyy

Esito del III tampone positivo negativo non effettuato Data esito III tampone dd/MM/yyyy

Motivazioni

- Paziente stabilmente apiretico (da almeno 24-48 ore)

- Emodinamicamente stabile e con co-morbidità in compenso

- Frequenza respiratoria <22 atti/minuto e la saturazione in aria ambiente a riposo >94% (90% in caso di malattia respiratoria cronica); nei casi dubbi, emogas normale con pO2/FiO2>200 senza necessità di ossigeno

- Rx torace migliorato, se clinicamente indicato

Invio hotel Covid Istituto di destinazione

Allegato 3: informativa trattamento dati

INFORMATIVA EX ART. 13 DEL D.LGS. N. 196/2003

Gentile Signore/a, Desideriamo informarLa che il D.Lgs. n. 196 del 30 giugno 2003 (“Codice in materia di protezione dei dati personali”) prevede la tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali. Secondo la normativa indicata, tale trattamento sarà improntato ai principi di correttezza, liceità e trasparenza e di tutela della Sua riservatezza e dei Suoi diritti. Ai sensi dell’articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003, pertanto, Le forniamo le seguenti informazioni:

1. I dati da Lei forniti verranno trattati per le seguenti finalità: raccogliere informazioni sui casi accertati di COVID-19 e sulla qualità del loro isolamento domiciliare, al fine di ridurre la diffusione del virus e migliorare la qualità delle cure
2. Il trattamento dei dati sarà effettuato in modalità manuale e informatizzata
3. Il conferimento dei dati è facoltativo e l’eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza sulla Assistenza Domiciliare da Lei ricevuta
4. I dati, ad eccezione del suo nominativo, saranno comunicati all’Università Politecnica delle Marche.

Il trattamento riguarderà anche dati personali rientranti nel novero dei dati “sensibili”, vale a dire dati personali idonei a rivelare le sue caratteristiche socio-demografiche e cliniche. I suoi dati saranno identificati con un codice (iniziale del nome e cognome e anno di nascita) in rispetto al trattamento dei dati personali, ai sensi dell’articolo 13 del D.Lgs. n. 196/2003.

La informiamo che il conferimento di questi dati è facoltativo e l’eventuale rifiuto di fornire tali dati non ha alcuna conseguenza sulla Assistenza Domiciliare da Lei ricevuta.

5. Il titolare del trattamento è Università Politecnica delle Marche, via Tronto 10, 60121 Ancona
6. Il responsabile del trattamento dei dati è l’Università Politecnica delle Marche, via Tronto 10, 60121 Ancona, (www.univpm.it)
7. In ogni momento potrà esercitare i Suoi diritti nei confronti del titolare del trattamento, ai sensi dell’art. 7 del D.Lgs. n. 196/2003.

Bibliografia

1. Yang J, Zheng Y, Gou X, Pu K, Chen Z, Guo Q, et al. Prevalence of comorbidities and its effects in coronavirus disease 2019 patients: A systematic review and meta-analysis. *Int J Infect Dis.* 2020;
2. Verity R, Okell LC, Dorigatti I, Winskill P, Whittaker C, Imai N, et al. Estimates of the severity of coronavirus disease 2019: a model-based analysis. *Lancet Infect Dis.* 2020;
3. Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. Critical Care Utilization for the COVID-19 Outbreak in Lombardy, Italy: Early Experience and Forecast during an Emergency Response. *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2020.
4. Giordano G, Blanchini F, Bruno R, Colaneri P, Di Filippo A, Di Matteo A, et al. Modelling the COVID-19 epidemic and implementation of population-wide interventions in Italy. *Nat Med.* 2020;
5. Bai Y, Yao L, Wei T, Tian F, Jin DY, Chen L, et al. Presumed Asymptomatic Carrier Transmission of COVID-19. *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2020.
6. Onder G, Rezza G, Brusaferro S. Case-Fatality Rate and Characteristics of Patients Dying in Relation to COVID-19 in Italy. *JAMA - Journal of the American Medical Association.* 2020.
7. Palmore T, Sexton D, Bloom A, Mitty J. Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19): control de infecciones en la atención médica y en el hogar. *J Chem Inf Model.* 2019;
8. Driggin E, Madhavan M V., Bikdeli B, Chuich T, Laracy J, Biondi-Zoccai G, et al. Cardiovascular Considerations for Patients, Health Care Workers, and Health Systems During the COVID-19 Pandemic. *Journal of the American College of Cardiology.* 2020.
9. Remuzzi A, Remuzzi G. COVID-19 and Italy: what next? *The Lancet.* 2020.

Un sentito grazie alla Professoressa Prospero, alle dottoresse Pelusi, Gasperini e Sarti, per avere sostenuto questo progetto. Grazie alla mia famiglia, senza la quale non sarei riuscito a raggiungere questo obiettivo, all'amico Roberto per i preziosi consigli. Grazie ai miei colleghi, al 12 Maggio, a tutti gli infermieri e al loro sacrificio versato durante questa pandemia.