



SIMG

SOCIETÀ ITALIANA DI
MEDICINA GENERALE
E DELLE CURE PRIMARIE

ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E ASSISTENZA IN MEDICINA GENERALE NELLA FASE II POST COVID

Gruppo di lavoro: Damiano Parretti, Alessandro Rossi, Pierangelo Lora Aprile, Gerardo Medea, Maurizio Cancian, Raffaella Michieli, Gaetano Piccinocchi, Alberto Magni, Tecla Mastronuzzi, Ignazio Grattagliano, Gaetano D'Ambrosio, Italo Paolini, Francesco Paolo Lombardo, Andrea Zanchè, Alessandra Medolla, Lorenza Busco, Maria Grazia Bonesi, Alessandro Guerroni, Annarita Saponara, Edoardo Di Maggio, Maria Giovanna Amoroso, Chiara Villani.

INTRODUZIONE

Lo scopo di questo documento vuole essere quello di riaffermare le peculiarità dell'approccio alla persona in Medicina Generale, e al tempo stesso di condividere alcune raccomandazioni di carattere organizzativo, gestionale e clinico su alcune condizioni e situazioni cliniche, che possano permettere di affrontare la fase della post emergenza da COVID 19, in condizioni di sicurezza e di efficacia.

La necessità di riaprire alla vita sociale e agli spostamenti delle persone convivendo con la presenza del virus in una coda endemica che durerà fino a quando non sarà possibile effettuare una vaccinazione, presuppone una serie di comportamenti e di misure atte a garantire la massima sicurezza possibile, anche e soprattutto nelle attività professionali dei medici e nella gestione e modalità di accesso negli ambulatori: accesso consentito solo con mascherine e guanti dopo triage telefonico, mantenimento di un distanziamento sociale, scaglionamento e selezione delle presenze, organizzazione di una assistenza che preveda una modalità integrata di visite in presenza insieme ad interventi proattivi di telemonitoraggio e teleassistenza.

Utilizzare al meglio la tecnologia esistente e gli strumenti che possono essere autogestiti al domicilio dagli assistiti può essere un valido supporto per una nuova gestione dell'assistenza in medicina generale, che potrà dare indicazioni su nuove modalità organizzative ed operative che dovranno proseguire nel tempo, secondo nuovi e più moderni modelli assistenziali.

L'insieme di schede di percorso per specifici problemi del paziente che mettiamo a disposizione non significa privare la medicina generale della sua unicità di approccio globale alla persona, che resta e anzi si rafforza con nuovi strumenti e nuovi modelli, ma si propone di dare uniformità di gestione di alcuni piccoli segmenti dell'attività legati a problemi o condizioni specifiche. Tutto quanto poi deve essere riconsiderato e ricomposto nell'ambito della visione globale della persona.

A seguito delle limitazioni imposte dalle misure adottate per contenere il contagio della pandemia in corso, la tradizionale attività clinica del Medico di Medicina Generale risulta profondamente rivoluzionata: da un lato la necessità di mantenere misure di sicurezza atte a proteggere gli assistiti ed i medici, evitando in particolare che i medici stessi possano diventare fonte di contagio, dall'altro la necessità di promuovere attività di medicina di iniziativa e di assistenza in remoto verso le molte persone che necessitano di cure continue non collegate direttamente alla pandemia.

Nei prossimi mesi, verosimilmente fino a quando sarà possibile attuare una campagna di vaccinazione, assisteremo ad una bassa incidenza di nuovi casi ma con la possibilità di nuovi focolai di riaccensione epidemica.

Si rende pertanto necessario mantenere condizioni di lavoro improntate alla massima sicurezza dei sanitari e degli assistiti:

- Accesso programmato e limitato allo studio
- Accesso dei pazienti con mascherina
- Distanza in sala d'attesa
- Incontro con il MMG o con il personale dopo essersi lavati le mani/indossato guanti
- Igienizzazione degli ambienti di lavoro (superfici, strumenti, ambienti)
- Indossare i DPI

I carichi di lavoro: quelli a contatto diretto con i pazienti risulteranno limitati, sia per i rallentamenti indotti dalle misure di sicurezza che per la necessità di monitorare un numero variabile di pazienti COVID correlati che richiedono comunque tempo per loro e per i familiari, e che necessitano non solo di cure ma anche di istruzioni, informazioni, certificati, etc.

I medici di Famiglia conoscono molto bene i propri assistiti, come documentato dal livello di assidua frequentazione e dai flussi informativi regionali e nazionali, ma soprattutto la relazione di fiducia costruita nel tempo e il metodo incrementale permettono che ogni problema clinico venga affrontato senza perdere di vista la vita personale e la storia familiare, i livelli di stress, la dieta, le abitudini e come tutti questi aspetti si intrecciano e determinano bisogni diversi per ogni persona e di conseguenza richiedono soluzioni che vanno continuamente adattate e tarate sulle caratteristiche di ciascuno. Questa relazione di cura che, accanto alla valutazione tecnica della malattia promuove salute e si fa carico della sofferenza nel senso più ampio, va salvaguardata anche in una fase di limitazione dei contatti diretti tradizionali.

Le priorità nelle attività dei Medici di Medicina Generale nei prossimi 6 mesi possono essere riassunte come di seguito:

- 1 Identificare tempestivamente i nuovi casi sospetti per COVID 19, a partire dai sintomi e dall'anamnesi di possibile esposizione, auspicando la pronta disponibilità e l'accesso tempestivo agli strumenti diagnostici.
- 2 Monitorare pazienti COVID correlati (pazienti assistiti a domicilio, dimessi, in isolamento), fornendo oltre al monitoraggio clinico anche il supporto personalizzato con istruzioni, informazioni, certificati, etc.

Processare le richieste di appuntamenti o visita domiciliare, risolvendo tutto

- 3 quanto possibile in remoto, al fine di contribuire a limitare la circolazione ed i contatti degli individui, in particolare adottando e aggiornando i vari strumenti utili a garantire continuità terapeutica o scambio di informazioni e documenti in remoto (Fascicolo sanitario, posta elettronica, telefono, teleconsulto etc.)

- 4 Selezionare i pazienti con programmi di cura a lungo termine che per stabilità clinica, autonomia funzionale e cognitiva, documentata aderenza ai percorsi di cura e alla terapia farmacologica e non, possano essere monitorati in questa fase esclusivamente in remoto. Una volta identificati tali pazienti le schede per patologia proposte di seguito nel capitolo dedicato alla cronicità si propongono come strumento sintetico di rapida consultazione, utile a focalizzare parametri e strumenti per il monitoraggio.

- 5 Individuare, tra i molti pazienti con malattie cronico degenerative, coloro che presentano un elevato rischio di scompenso sia per le caratteristiche del quadro clinico che per situazioni di limitata autosufficienza e per i quali prioritariamente va organizzato un programma di monitoraggio (in remoto, prevalentemente, evitando per quanto possibile accessi e contatti che li esponcano al rischio COVID) attraverso la medicina di iniziativa, prevedendo che i pazienti vengano attivamente contattati al fine di monitorarne l'andamento clinico e di rilevare eventuali bisogni che richiedano soluzioni integrate con attività infermieristiche domiciliari o con interventi dei Servizi Sociali, della rete informale, del volontariato.

Questi pazienti possono essere individuati prima di tutto in base alla conoscenza del Medico di Famiglia ma anche a partire da alcune condizioni:

La patologia (scompenso cardiaco, BPCO, malattie oncologiche in fase attiva, ● diabete instabile, etc.)

La terapia in corso, di per sé oggetto di periodico monitoraggio: terapia ● anticoagulante, trattamenti immunodepressivi, terapie con steroidi a lungo termine, insulina, etc.

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

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

Alcuni gestionali in uso nella Medicina Generale, in particolare in forme

organizzative sperimentali o avanzate che prevedono attività di medicina di iniziativa ma anche da gruppi di MMG o da MMG singoli, dispongono di funzioni che possono risultare di grande utilità nell'identificare rapidamente un elenco di pazienti ad elevato rischio complessivo di scompenso clinico.

- 6 Dedicare particolare attenzione ai pazienti con limitata prospettiva di vita ed ai pazienti che comunque necessitano di un approccio palliativo e di cure palliative a bassa intensità. In questa situazione, pur limitando gli accessi diretti, un monitoraggio in remoto con familiari e care giver risulta prezioso per ridurre il rischio di accessi impropri ai Servizi di emergenza, a ricoveri sproporzionati fonte di sofferenza ulteriore, a decessi in isolamento senza il conforto e la vicinanza dei propri cari.

LA GESTIONE DELLE PRESTAZIONI NON DIFFERIBILI

Definizione: tutte quelle prestazioni che necessitano di essere valutate con urgenza dal MMG (eventi acuti, scompensi di patologie croniche, eventi iatrogeni)

Competenze: gestionali, cliniche, relazionali
Applicazione di algoritmi (gestionale/decisionale/operativo)

Fasi di intervento:

1. Gestionale:

- Triage telefonico (segretaria/infermiera): primo filtro per valutazione urgenza e motivazione accesso in studio. Definizione di standard minimi di triage per PND.
- Triage telefonico (medico): applicazione algoritmo decisionale per visita. Definizione di "red flags" per singola PND.
 - Prima opzione: visita domiciliare da parte del MMG o attivazione USCA (in caso di sospetto COVID). Definizione di standard di sicurezza per visita domiciliare.
 - Seconda opzione: appuntamento in studio in modalità da decidere, preferibilmente con orari e spazi dedicati a PND. Prescrizione diagnostica/terapia.
 - Terza opzione: invio al PS (o 112/118). Il MMG deve rimanere il punto di riferimento dell'eventuale percorso di emergenza urgenza anche in gestione indiretta (USCA, CA, PS), anche tramite utilizzo di eventuali strumenti di comunicazione dedicati (App?)
 - Quarta opzione: monitoraggio telefonico in orario dedicato
- Predisposizione DPI finché necessario
- Diagnostica di primo livello in studio (POCUS, saturimetria, ECG, otoscopia, ...)
- Intervento infermieristico per somministrazione terapia parenterale

2. Clinica:

- Stratificazione di gravità/urgenza con applicazione di scores e scale di valutazione specifiche per singola PND

3. Relazionale:

- Empowerment del paziente: automedicazione, educazione all'utilizzo dell'urgenza.
- Educazione al lavoro in team tra colleghi

Strumenti:

- training formativo per personale medico, infermieristico e segretariale
- DPI
- dotazione di strumentazione diagnostica di primo livello nello studio
- collegamento database informatico con USCA (se persistenti), CA e AFT
- Mail ricetta dematerializzata/NRE
- Piattaforma per videoconsulto

Triage telefonico assistente studio/infermiere:

- Qual è il suo problema? (valutare se rientra in uno di quelli sottoelencati definiti come PND)
- Da quanto tempo ne soffre? (potremmo definire che è urgente se la risposta è 1- / 2 gg al massimo o meno)
- Se ritenuta non essere urgenza, fissa appuntamento in studio oppure farà richiamare dal medico (informa e discute il caso col medico)
- Controllare anagrafica, mail, telefono, indirizzo e consenso FSE

Indice delle schede di percorso

- 1 Paziente con disuria
- 2 Paziente con febbre
- 3 Paziente con menometrorragia
- 4 Paziente con dolore addominale
- 5 Paziente con dolore precordiale
- 6 Paziente con dolore acuto
- 7 Paziente con dispnea acuta
- 8 Paziente con riacutizzazione di asma o BPCO
- 9 Paziente con vertigini

PAZIENTE CON FEBBRE		
Obiettivi		• Valutare l'entità del disturbo • Valutare presenza di fattori di rischio eventualmente associabili (soprattutto nei maschi) • Togliere il disturbo • Monitorare le recidive
Azioni		• Teleconsulto con domande specifiche e circostanziate per valutare il problema • Febbre • Dolore fianco/schiena • Pollachiuria • Ematuria • Stranguria • Alterazioni alvo • Comorbilità • Precedenti simili • Terapie già eseguite • Prescrizione terapia • Prescrizione norme igienico comportamentali (anche attraverso infermiere)
Strumenti	Generali	• FSE per invio ricette dematerializzate e ritorno esami • Cartella clinica computerizzata x • Invio prescrizioni esami • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • Registrazione dati di telemonitoraggio e di follow-up • Piattaforma per tele-video consulto comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video)
	Diagnostici/clinici	• Esame urine • Eco addome inferiore e vie urinarie
	Feedback	2 giorni

PAZIENTE CON MENOMETRORRAGIA

Obiettivi		• Valutare l'entità del problema • Accertare un'eventuale gravidanza • Ridurre/arrestare l'emorragia • Diagnosticare eventuale anemia
Azioni		• Teleconsulto con domande valutative (specifiche e circostanziate): • Da quanti giorni • Ogni quante ore cambia assorbente • Ultima mestruazione precedente • Entità delle precedenti mestruazioni • Uso di farmaci ormonali e non, incluso anticoagulanti • Presenza di dolore • Perdite anche da distesa • Prescrizione terapia • Emocromo • Ev. visita ginecologica in PS
Strumenti	Generali	• FSE per invio ricette dematerializzate e ritorno esami • Cartella clinica computerizzata x • Invio prescrizioni esami • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • Registrazione dati di telemonitoraggio e di follow-up • Piattaforma per tele-video consulto comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video)
	Diagnostici/ clinici	• Emocromo • Ev. visita ginecologica in PS
	Feedback	12/24 giorni

PAZIENTE CON DOLORE ADDOMINALE

Obiettivi		Diagnosi differenziale con particolare riferimento a: • patologia gastro-duodenale • ulcera peptica • patologia bilio-pancreatica • colecistite acuta • pancreatite acuta • patologia intestinale • appendicite acuta • diverticolite acuta • colon irritabile • patologia pelvica • patologia ovarica • gravidanza extra-uterina • patologia vie urinarie • calcolosi • infezione acuta • ritenzione acuta d'urina • patologia vascolare • infarto intestinale • rottura aneurisma aorta addominale • herpes zoster
Azioni		• Valutazione: • caratteristiche del dolore • tipo: puntorio, gravativo, sordo, urente, compressivo • gravità: lieve, grave, violento • localizzazione • modalità d'insorgenza • durata • presenza di segni / sintomi d'accompagnamento (vomito, diarrea, stipsi, febbre) • disuria • manifestazione cutanea da H. Zoster • Se intensità severa invio in PS tramite chiamata al 118 • Se intensità lieve-moderata terapia sintomatica e feed-back a 12h ed ev. programmazione visita ed indagini di imaging e bio-umorali
Strumenti	Medico Scala VAS	• Storia clinica del paziente (fattori di rischio) • Applicazione Scala VAS

PAZIENTE CON DOLORE PRECORDIALE

Obiettivi		Diagnosi differenziale con particolare riferimento a: • patologia cardiaca • evento ischemico acuto • pericardite acuta • aritmie • patologia extracardiaca • malattia da reflusso gastro-esofageo • costo-condralgie • patologia polmonare e mediastinica • pleurite acuta
Azioni		• Valutazione: • caratteristiche del dolore • tipo: puntorio, gravativo, sordo, urente, compressivo • gravità: lieve, grave, violento • localizzazione • irradiazione • modalità d'insorgenza: a riposo, dopo sforzo, a seguito di tensione emotiva • durata • ricerca di segni e sintomi d'accompagnamento (sudorazione, cardiopalmo, eruttazioni, nausea, vomito, febbre) • conta atti respiratori/minuto; saturazione O₂ se in possesso di pulsossimetro • Calcolo CHEST PAIN SCORE: • >4 chiamata al 118 per invio in PS • <4 gestione dolore con antalgici in assenza • di dispnea e feed-back a 12 ore, se dispnea (vedi scheda dispnea)
Strumenti	Medico CHEST PAIN SCORE	• Calcolo del CHEST PAIN SCORE • Saturimetro • Sfigomanometro • Cartella clinica (fattori di rischio)

PAZIENTE CON DOLORE ACUTO

Obiettivi		• Gestione del sintomo • Diagnosi differenziale in particolare nei distretti: • cranio facciale • toracico • rachideo • Esclusione di urgenza-emergenza • Gestione eventuali comorbidità
Azioni		• Valutazione: • caratteristiche del dolore • durata del dolore • tipo: puntorio, gravativo, sordo, urente, compressivo • gravità: lieve, grave, violento • localizzazione • modalità d'insorgenza • durata • presenza di segni / sintomi d'accompagnamento • Identificare i red flags • Se intensità severa invio in PS tramite chiamata al 118 • Se intensità lieve-moderata terapia sintomatica e feed-back a 12h ed ev. programmazione visita ed indagini di imaging e bio-umorali
Strumenti - scala VAS - Smartphone (fotografia delle eventuali alterazioni cutanee, messaggistica immediata per i dati numerici e per le informazioni testuali) e per il video-consulto	Medico Scala VAS	• Storia clinica del paziente (fattori di rischio) • Applicazione Scala VAS • Piattaforma per tele-video consulto • Registrazione e aggiornamento in cartella della scheda dolore

PAZIENTE CON DISPNEA ACUTA

Obiettivi		• Diagnosi differenziale con particolare riferimento a: • patologia vie aeree superiori (edema glottide, patologie laringee, corpo estraneo) • patologie polmonari (PNX, TEP, ARDS, CAP, riacutizzazione BPCO, asma, ab ingestis) • patologie cardiache (scompenso, IMA) • anemia acuta (vie digestive, urinarie)
Azioni	Medico	• Triage telefonico, domande chiave: Da quanto tempo è insorta? A riposo o dopo sforzo? Associata a dolore toracico? Associata a cardiopulmo, sudorazione? Assunzione regolare dei farmaci? Ha avuto perdite evidenti di sangue? Indagare i fattori di rischio per TEP: gonfiore arti, familiarità, intervento chirurgico recente, immobilità, contraccettivi orali, neoplasie) • Rilievo dei valori pressori, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, saturazione, peso • Valutazione vie aeree e presenza allergie • Rilievo aderenza alla terapia (in particolare diuretici e broncodilatatori) • Eventuale Walking test • Capacità di formulare frasi complete, incapacità a svolgere attività abituali • Eventuale visita domiciliare (vedi scheda)
	Paziente/ caregiver	• Automisurazione della pressione, frequenza e ritmo cardiaco • Automonitoraggio della saturazione O₂ • Automonitoraggio su farmaci ed orari di assunzione
Strumenti		• Cartella clinica elettronica per dati anamnestici, valutazione aderenza alla terapia, registrazione e invio dati di telemonitoraggio • Sfigmomanometro per controllo P.A. e frequenza cardiaca • Pulsossimetro • Piattaforma per televideoconsulto • Score di gravità (red flags)

PAZIENTE CON RIACUTIZZAZIONE DI ASMA O BPCO

Principali aspetti comuni:

Sono elementi importanti nella storia clinica di entrambe le patologie.
 Nell'Asma la riacutizzazione è indice di scarso controllo, nella BPCO rappresenta uno dei principali fattori (insieme all'abitudine tabagica) dell'aggravamento della patologia.
 La valutazione della gravità della riacutizzazione è facilitata dalla conoscenza della corretta diagnosi e della gravità dell'Asma e della BPCO

Principali differenze:

Le cause scatenanti sono molteplici nell'Asma (virus, allergeni, esercizio fisico, alimenti ecc...) nella maggioranza dei casi la riacutizzazione della BPCO riconosce una causa infettiva.
 La riacutizzazione della BPCO è a rischio di insufficienza respiratoria acuta o riacutizzata su cronica nei pazienti con grave ostruzione bronchiale, nell'Asma invece anche nei soggetti con forme ritenute "lievi" può essere grave con rischio di morte.

Obiettivi		- Prevenire le riacutizzazioni - Gestire le riacutizzazioni (valutazione in ambiente ospedaliero) - Verificare e migliorare le capacità di auto-gestione del paziente e dei familiari nella gestione di una riacutizzazione potenzialmente grave
Azioni		Asma - Valutazione Red Flags per richiesta intervento 118 e invio in Ospedale (cianosi, grave dispnea o tachipnea, se contatto telefonico impossibilità del paziente a terminare una frase durante la respirazione, confusione mentale) saturimetria < 92% (se video call è più facile valutare questi elementi) - In assenza di sintomi d'allarme consigliare terapia e rivalutazione a breve termine per eventuale visita in genere ambulatoriale. BPCO - Valutazione Red Flags per richiesta intervento 118 o invio in ospedale (essenzialmente gli stessi dell'Asma) - In presenza di riacutizzazione è di fondamentale importanza conoscere la gravità dell'ostruzione bronchiale o se il paziente è già in ossigenoterapia per insufficienza respiratoria. - In assenza di sintomi d'allarme consigliare terapia e rivalutazione a breve termine per eventuale visita ambulatoriale o domiciliare
Strumenti	Medico (Comunicazione)	- Educazione sanitaria del paziente e dei familiari alla valutazione ed iniziale intervento in caso di riacutizzazione - Tele/videoconsulto
	Medico (Diagnostici/Score)	- Valutazione indicatori all'invio in Ospedale - Valutazione controllo ambulatoriale o domiciliare per migliore valutazione o insorgenza complicanze
	Paziente/ Care giver	- Già istruito alla valutazione dei Red Flags, chiamerà il MMG o direttamente il 118 per intervento urgente. - Misuratore di picco di flusso: in assenza di sintomi d'allarme, in Asma se inferiore al 20% del personal best, (maggiore limitazione maggiore potenziale gravità) comunicare al MMG - Pulsossimetro per il monitoraggio della saturazione ossiemoglobinica - Valutazione della frequenza respiratoria - Tele o video consulto col MMG e rivalutazione periodica, se insorgenza red flags richiesta di intervento del 118
	Feedback	24-72h in base alla gravità della riacutizzazione e della patologia di fondo (comparsa di red flags)

PAZIENTE CON VERTIGINI

Obiettivi		• Diagnosi differenziale con particolare riferimento a: • patologia neurologica su base vascolare (deficit vascolare acuto) • labirintopatie tossiche (alcool, farmaci: aminoglicosidi, diuretici dell'ansa) • labirintopatie metaboliche (diabete, nefropatie, ipotiroidismo) • labirintopatia traumatica • vertigine posturale • Valutare la presenza di elementi di valutazione clinica neurologica • Valutazione del controllo pressorio mediante ABPM • Valutare la terapia in corso e la sua aderenza per eventuali patologie in atto • Gestione eventuali comorbidità
Azioni		• trasferimento periodico programmato per via telematica (email, app per lo scambio di messaggi ed immagini tipo WhatsApp, app o piattaforme dedicate) dei parametri monitorati; valutazione dei dati (medico), registrazione in cartella (collaboratore di studio) • monitoraggio telefonico programmato in voce e/o video (periodicità variabile in funzione della severità della patologia,) con il paziente e/o i familiari per la comunicazione dello stato del paziente (compreso del tono dell'umore, della compliance alla terapia. • tele-consulto occasionale su richiesta del paziente e/o del familiare in caso di sintomi di allarme • visita domiciliare o attivazione servizio di emergenza territoriale in caso di rapido peggioramento dei sintomi (medico) • visita ambulatoriale programmata in relazione alle caratteristiche del paziente
Strumenti di valutazione		
- Sfigmomanometro automatico con rilevamento delle anomalie del ritmo - Pulsossimetro - Smartphone (fotografia delle schede cartacee, messaggistica immediata per i dati numerici e per le informazioni testuali) e per il video-consulto.	Medico	• Registrazione dati pressori domiciliari (attenzione all'ipotensione ortostatica) • Registrazione e valutazione elementi aggiuntivi (nausea, vomito, accentuazione delle vertigini con movimenti del capo, astenia arti, disturbi del linguaggio) • Diario prescrittivo per la stima dell'aderenza alla terapia farmacologica e appropriatezza della terapia prescritta per eventuali patologie in atto • Registrazione in cartella dato alcool (con eventuale test alcool audit) • Piattaforma per tele-video consulto (esame della postura e della deambulazione, nistagmo spontaneo)
	Paziente/ Caregiver	• scheda cartacea o supporti elettronici (app per smartphone, piattaforme web dedicate) per il monitoraggio della regolare assunzione della terapia continuativa ed eventuali effetti collaterali della terapia • Sfigmomanometro automatico per il monitoraggio della PA, della frequenza e ritmo cardiaco • Pulsossimetro per il monitoraggio della saturazione emoglobinica • Scheda istruzioni su farmaci ed orari di assunzione se presenti farmaci continuativi

LA GESTIONE DELLE CRONICITÀ

Competenze: gestionali, cliniche, relazionali

Strumenti:

- training formativo per personale medico, infermieristico e di segreteria
- DPI
- dotazione di strumentazione diagnostica di primo livello nello studio
- disponibilità e utilizzo da parte dei pazienti/care givers di bilancia pesa persone e di strumenti quali sfigmomanometro, saturimetro, coagulometro, glucometro
- Disponibilità di Mail per ricezione ricetta dematerializzata
- Piattaforma per televideoconferenza

Contesto:

L'impatto della gestione delle patologie croniche in MG è molto impegnativo e determina un notevole carico di lavoro. Il buon controllo di questi pazienti è fondamentale nell'ottica della riduzione di eventi, disabilità e mortalità, considerando anche la complessità derivante dalle comorbidità presenti.

Per quanto riguarda gli aspetti epidemiologici, i dati di prevalenza sono consultabili nei rapporti Health Search (https://report.healthsearch.it/Report_XII.pdf oppure entrando in Health Search Dashboard). In sintesi, riportiamo come esempio che ogni medico, per 1000 assistiti, deve attendersi circa 300 ipertesi, 80 diabetici, 13/15 pazienti con scompenso cardiaco, 30/35 pazienti con fibrillazione atriale, 30/40 pazienti con BPCO, e a seguire molti pazienti oncologici, o portatori di demenza, depressione, artropatie, patologie gastrointestinali

In questo periodo di pandemia da COVID, all'improvviso i medici di medicina generale si sono trovati il problema di dover gestire questo grande carico di lavoro, con le ricadute che ne conseguono, perdendo per gran parte il contatto diretto con gli assistiti, con la necessità di continuarne il monitoraggio attraverso nuovi canali di comunicazione, prevalentemente da remoto, con la impellente urgenza di costruirsi nel giro di pochi giorni nuovi modelli assistenziali, in una situazione in cui, oltre alla perdita del contatto diretto, si è verificata una notevole difficoltà agli accessi a visite specialistiche, esami di laboratorio e strumentali e ricoveri ospedalieri.

Per questo motivo, con il passaggio alla fase 2 post COVID, abbiamo condiviso alcune piste di percorso integrato nella gestione assistenziale dei pazienti cronici, che possa prevedere una integrazione tra il telemonitoraggio di questi pazienti e le visite "in presenza" che necessariamente dovranno essere riconsiderate in una misura gradualmente più allargata rispetto al primo periodo di questa emergenza.

Indice delle schede di percorso

- ➊ Paziente con ipertensione arteriosa
- ➋ Paziente scompenso cardiaco
- ➌ Paziente con fibrillazione atriale
- ➍ Paziente con cardiopatia post SCA
- ➎ Paziente con diabete mellito di tipo 2
- ➏ Paziente con BPCO
- ➐ Paziente con asma
- ➑ Paziente con celiachia
- ➒ Paziente con cirrosi scompensata
- ➓ Paziente con epatopatia cronica non cirrotica (virale e non)
- ➔ Paziente con MICI
- ➕ Paziente con MRGE
- ➖ Paziente con artropatia cronica infiammatoria e/o degenerativa
- ➗ Paziente con demenza

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA IPERTENSIONE ARTERIOSA

Obiettivi		• Valutare presenza elementi di valutazione livello di rischio CV e condizioni cliniche associate • Valutazione del controllo pressorio mediante corretto uso ABPM • Predisporre follow-up interno in base alle caratteristiche professionali ed organizzative (variabili) • Predisporre follow-up esterno • Ottimizzazione terapeutica • Capacità di autogestione del paziente e scambio dati per valutazione • Peso • HBPM (eseguita con istruzioni) • Frequenza cardiaca • Livello attività fisica
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • comunicare immediatamente riscontro valori pressori elevati con PAS >180 e PAD >110 in particolare se associati a sintomi • modalità di misurazione: automisurazione domiciliare con apparecchio validato con specifiche istruzioni per misurazione biquotidiana, per una settimana/mese (inviare modello di registrazione e specifiche istruzioni per le modalità di misurazione pressoria). Invio mensile dato • registrazione peso corporeo ed invio dato trimestrale • media ore di attività fisica settimanale, invio dato trimestrale • Teleconsulto periodico programmato secondo piano assistenziale (variabile per livello di rischio CV o in base a necessità anche con esito esami di follow-up (invio ricetta dematerializzata). • Video consulto necessario per rinforzo compliance e verifica modalità misurazione pressoria • Esecuzione "protetta" esami in office con o senza personale infermieristico • Ecg • Holter pressorio • POCUS (aorta addominale-carotidi) • Fundus oculi digitale • Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di: • Pressione arteriosa • Frequenza cardiaca • Peso corporeo • Livello attività fisica (media settimanale) • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG per monitoraggio concordato da piano assistenziale individuato
Strumenti	Medico CHEST PAIN SCORE	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • Registrazione dati di telemonitoraggio e di follow-up • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video)
	Medico (Diagnostici/ Score)	• Elettrocardiografo • Holter pressorio • apparecchio per l'ABI • ecografo con doppler/colore • retinografo
	Paziente/ caregiver	• sfigmomanometro automatico validato per il monitoraggio della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del ritmo cardiaco • Bilancia • Strumento per rilevazione passi (contapassi o app smartphone) • Scheda di rilevazione dati o invio telematico dati qualora disponibile (es. millebook) • Istruzioni MMG su misurazione pressoria corretta • Scheda istruzioni su farmaci ed orari assunzione

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA SCOMPENSO CARDIACO

Obiettivi		• monitorare i sintomi e i parametri funzionali • prevenire / diagnosticare precocemente le riacutizzazioni • titolare la terapia prescritta alla dimissione in caso di ricovero • verificare e migliorare le capacità di auto-gestione del paziente e le competenze del caregiver
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • sintomi di allarme da comunicare immediatamente (aritmia, dispnea ingravescente, aumento rapido del peso corporeo, dolore toracico, edemi) • modalità di misurazione ed invio dei parametri • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • Esecuzione "protetta" esami in office da parte del personale infermieristico se disponibile • elettrocardiogramma • Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di: • Peso corporeo • Pressione arteriosa • Frequenza cardiaca • Peso corporeo • Frequenza respiratoria • Saturazione emoglobinica (se disponibile) • Diuresi 24h (se paziente cateterizzato) • Traccia ECG (se disponibile) • Tele/ Videoconsulto programmato e/o richiesto per valutare: • sintomi e segni • tono dell'umore • compliance alla terapia • rispetto delle norme comportamentali concordate • esami di laboratorio / consulenze specialistiche
Strumenti	Medico (Comunicazione)	• Materiale educativo (in formato elettronico) • Smartphone in grado di eseguire videochiamate. Eventuale piattaforma per tele-video consulto
	Paziente/ caregiver	• Scheda cartacea o supporti elettronici (app per smartphone, piattaforme web dedicate) per la registrazione dei dati rilevati, il diario dei sintomi e le eventuali variazioni della terapia • Smartphone in grado di effettuare video-chiamate, eseguire delle foto, inviare messaggi di testo e immagini • Sfigmomanometro automatico validato per il monitoraggio della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del ritmo cardiaco • Bilancia pesa-persone di buona qualità per il controllo quotidiano del peso corporeo • Pulsossimetro per il monitoraggio della saturazione emoglobinica e della frequenza cardiaca (fortemente consigliato) • Strumenti portatili o indossabili per la registrazione di una traccia elettrocardiografica (se disponibili)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA FIBRILLAZIONE ATRIALE

Obiettivi		• Stratificare la popolazione affetta da fibrillazione atriale al fine di programmare un piano assistenziale personalizzato tenendo conto di: • Rischio cardiovascolare globale ed eventuale presenza di comorbidità • capacità del paziente di seguire un programma terapeutico/presenza di un care giver • Incoraggiare stili di vita sani • Monitorare parametri predittivi per decorso clinico e qualità della vita • Ottimizzare il controllo dei fattori di rischio cardiovascolari • Individuare pazienti candidati alla terapia anticoagulante ed effettuare sorveglianza terapeutica (valutazione del rischio trombotico/emorragico, sorveglianza ADR, follow-up laboratoristico) • Verificare aderenza terapeutica • Garantire l'Ottimizzazione terapeutica e il controllo dell'aderenza
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • sintomi di allarme da comunicare immediatamente • modalità di misurazione ed invio dei parametri (PA, FC, Peso corporeo) • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • Esecuzione "protetta" esami in office da parte del personale infermieristico se disponibile • Ecg (diagnosi diretta o in telemedicina) • Holter ECG • INR capillare • Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di: • Peso • HBPM (eseguita con istruzioni) • Frequenza e ritmo cardiaco "pulse palpation" • Minuti di attività fisica quotidiana/settimanale • INR capillare • Programmazione ed invio telematico di richieste di esami ematobiochimici di monitoraggio, per il paziente in NAO e ricezione risultati in cartella informatizzata • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Monitoraggio in assenza di variazioni cliniche/laboratoristiche • Rilevazione di peggioramento di parametri clinici e/o laboratoristici ricevuti • Peggioramento delle condizioni generali
Strumenti	Generali	• Materiale educativo (in formato elettronico) • Smartphone in grado di eseguire videochiamate. Eventuale piattaforma per tele-video consulto
	Cliniche	• Fonendoscopio • ABPM • Coagu Check • ECG • Score di valutazione dei sintomi (EHRA)
	Paziente/caregiver	• sfigmomanometro automatico per il monitoraggio della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del ritmo cardiaco • Bilancia pesapersone • Scheda di rilevazione dati o invio telematico dati qualora disponibile (es. millebook)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARDIOPATIA POST-SCA

Obiettivi		• Stratificazione prognostica • Paziente ad alto rischio clinico (con disfunzione ventricolare sinistra e/o scompenso cardiaco) • Paziente a rischio trombotico elevato (età avanzata, elevato rischio cardiovascolare residuo, DM, IR, PAD, una storia di angina o di pregresso IMA, malattia multivasale, mancata o incompleta rivascolarizzazione) • Paziente a basso rischio • Modifica degli stili di vita inadeguati (consueto alimentazione, fumo, attività fisica) • Assicurarsi che i seguenti trattamenti raccomandati siano stati iniziati alla dimissione e mantenuti in terapia • DAPT (doppia antiaggregazione piastrinica) • Statina ad alta efficacia • Beta-bloccante (o ivabradina, se controindicato) • ACE-inibitore (o ARB se controindicato) • Omega-3 • Anti-aldosteronico (se disfunzione ventricolare sinistra o scompenso cardiaco) • Verificare il raggiungimento dei target terapeutici • Frequenza cardiaca a riposo < 60 bpm • Pressione arteriosa ≤ 140/90 mmHg (eventualmente ≤ 130/80 mmHg) • Colesterolo LDL < 55 g/dL • HbA1c < 7% • Valutare l'aderenza alla terapia farmacologica (DAPT in particolare) • Introdurre nuovi farmaci, se necessario (Diuretici per dispnea, Ranolazina se dolore toracico etc.)
Azioni		• Trasferimento periodico programmato per via telematica (email, app per lo scambio di messaggi ed immagini tipo WhatsApp, app o piattaforme dedicate) dei parametri monitorati e degli eventuali esami di laboratorio (PAZIENTE O CAREGIVER); valutazione dei dati (MEDICO), registrazione in cartella (COLLABORATORE DI STUDIO) • Monitoraggio telefonico programmato in voce e/o video (periodicità variabile in funzione dello score prognostico) con il paziente e/o il caregiver per la valutazione dei sintomi anginosi, di eventuali segni di scompenso cardiaco e/o disfunzione ventricolare sinistra, del tono dell'umore, della compliance alla terapia e alle norme comportamentali (INFERMIERE O, IN ASSENZA, MEDICO) • Visita domiciliare o attivazione servizio di emergenza territoriale in caso di rapido peggioramento dei sintomi (MEDICO)
Strumenti	Medico	• Smartphone • Cartella clinica computerizzata • Piattaforma per teleconsulto • Medico con particolare interesse • ABPM • ECG
	Paziente/ caregiver	• Smartphone • SmartWatch • Sfigmomanometro digitale (protocollo con 3 misurazioni, rilevazione disturbi del ritmo) • Bilancia • Pulsossimetro • Contapassi • Scheda di rilevazione dati o invio telematico dati qualora disponibile (App dedicate, Millebook etc.)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA CARDIOPATIA POST-SCA

Obiettivi		• Stratificazione prognostica • Paziente ad alto rischio clinico (con disfunzione ventricolare sinistra e/o scompenso cardiaco) • Paziente a rischio trombotico elevato (età avanzata, elevato rischio cardiovascolare residuo, DM, IR, PAD, una storia di angina o di pregresso IMA, malattia multivasale, mancata o incompleta rivascolarizzazione) • Paziente a basso rischio • Modifica degli stili di vita inadeguati (consueto alimentazione, fumo, attività fisica) • Assicurarsi che i seguenti trattamenti raccomandati siano stati iniziati alla dimissione e mantenuti in terapia • DAPT (doppia antiaggregazione piastrinica) • Statina ad alta efficacia • Beta-bloccante (o ivabradina, se controindicato) • ACE-inibitore (o ARB se controindicato) • Omega-3 • Anti-aldosteronico (se disfunzione ventricolare sinistra o scompenso cardiaco) • Verificare il raggiungimento dei target terapeutici • Frequenza cardiaca a riposo < 60 bpm • Pressione arteriosa ≤ 140/90 mmHg (eventualmente ≤ 130/80 mmHg) • Colesterolo LDL < 55 g/dL • HbA1c < 7% • Valutare l'aderenza alla terapia farmacologica (DAPT in particolare) • Introdurre nuovi farmaci, se necessario (Diuretici per dispnea, Ranolazina se dolore toracico etc.)
Azioni		• Trasferimento periodico programmato per via telematica (email, app per lo scambio di messaggi ed immagini tipo WhatsApp, app o piattaforme dedicate) dei parametri monitorati e degli eventuali esami di laboratorio (PAZIENTE O CAREGIVER); valutazione dei dati (MEDICO), registrazione in cartella (COLLABORATORE DI STUDIO) • Monitoraggio telefonico programmato in voce e/o video (periodicità variabile in funzione dello score prognostico) con il paziente e/o il caregiver per la valutazione dei sintomi anginosi, di eventuali segni di scompenso cardiaco e/o disfunzione ventricolare sinistra, del tono dell'umore, della compliance alla terapia e alle norme comportamentali (INFERMIERE O, IN ASSENZA, MEDICO) • Visita domiciliare o attivazione servizio di emergenza territoriale in caso di rapido peggioramento dei sintomi (MEDICO)
Strumenti	Medico	• Smartphone • Cartella clinica computerizzata • Piattaforma per teleconsulto • Medico con particolare interesse • ABPM • ECG
	Paziente/ caregiver	• Smartphone • SmartWatch • Sfigmomanometro digitale (protocollo con 3 misurazioni, rilevazione disturbi del ritmo) • Bilancia • Pulsossimetro • Contapassi • Scheda di rilevazione dati o invio telematico dati qualora disponibile (App dedicate, Millebook etc.)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DIABETE MELLITO DI TIPO 2

Obiettivi		• Valutare il compenso metabolico e dei fattori di rischio eventualmente associati (raggiungimento target) • Effettuare la prevenzione secondaria delle complicanze micro e macrovascolari per quanto possibile nello studio del MMG con una diagnostica di base per le persone con maggiori difficoltà agli spostamenti e per ridurre gli accessi in ospedale • Garantire la prosecuzione del follow-up periodico • Garantire l'Ottimizzazione terapeutica e il controllo dell'aderenza
Azioni		• Esecuzione "protetta" esami in office da parte del personale infermieristico se disponibile • Ecg (diagnosi diretta o in telemedicina) • Holter pressorio • Fundus oculi digitale (in telemedicina) • ABI • Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di: • Peso • Autocontrollo domiciliare della glicemia • HBPM (eseguita con istruzioni) • Frequenza cardiaca • Minuti di attività fisica quotidiana/settimanale • Autoispezione dei piedi • Teleconsulto periodico programmato secondo piano assistenziale o in base a necessità anche con esito esami di follow-up (invio ricetta dematerializzata). Video consulto necessario per l'ispezione dei piedi
Strumenti	Medico Generali	• Cartella clinica computerizzata x • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • Registrazione dati di telemonitoraggio e di follow-up • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video)
	Medico Diagnostici /clinici	• Elettrocardiografo • Holter pressorio • Doppler o apparecchio per l'ABI • retinografo
	Paziente/ Caregiver	• ABPM • Glucometro • Bilancia • Contapassi • Interfaccia telematica di scambio dati

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA BPCO

Obiettivi		• Verifica diagnosi spirometrica, stadiazione gravità • Valutare prevalenza BPCO: rischio sottodiagnosi: Case finding • Valutare appropriatezza terapia e aderenza terapeutica • Prevenire le riacutizzazioni • Gestire le riacutizzazioni (valutazione invio in ambiente ospedaliero) • Gestione comorbidità e insufficienza respiratoria in fase avanzata di gravità • Verificare e migliorare le capacità di auto-gestione del paziente e le competenze del caregiver (utilizzo device, attività fisica, segnalazione sintomi possibile riacutizzazione)
Azioni		• Comunicazione immediata al MMG di sintomi di allarme (dispnea, aumento e/o mucopurulenza dell'espettorato) indicativi di Riacutizzazione BPCO • Esecuzione, (trascorsa l'emergenza Coronavirus), in office di spirometria con test di BD (se competenze e organizzazione di studio, da infermiere, se disponibile, o medico), sia per conferma diagnosi che monitoraggio. • Visita periodica di controllo in office da stabilire in base a gravità e tipologia paziente BPCO • Registrazione in cartella dato fumo, controllo prescrizione antibiotici e corticosteroidi orali (possibile riacutizzazione BPCO non registrata) • Registrazione in cartella punteggio questionari: mMRC, CAT BPCO (presenti in MW per stadiazione gravità GOLD) • Registrazione in cartella stadiazione gravità spirometrica (presente in MW) • Diario prescrittivo per la stima dell'aderenza alla terapia farmacologica e appropriatezza della terapia prescritta • Registrazione in cartella di accessi in PS o ricoveri ospedalieri per riacutizzazione • Valutazione e monitoraggio comorbidità • Prescrizione esami di monitoraggio (in relazione anche alle comorbidità) in particolare valutare eosinofilia (indicazioni terapeutiche GOLD) • Prescrizione di esami, farmaci, visite di controllo, consulenze specialistiche, tramite invio di ricetta dematerializzata • Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di: • Punteggio questionari CAT BPCO e mMRC • Referti esami diagnostici, eosinofilia • Saturimetria • Comunicazione immediata, richiesta tele/video consulto in caso di sintomi indicativi di riacutizzazione • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG per monitoraggio concordato da piano assistenziale individuato (variabile in relazione a gravità e tipologia paziente BPCO)
Strumenti	Medico (Comunicazione)	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • GPG o software equivalenti per Audit • Registrazione dati di telemonitoraggio e di follow-up (assistente di studio o medico) • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video) • Device placebo per istruire il paziente BPCO al corretto uso
	Medico Diagnostici / score	• Questionari mMRC, CAT BPCO • Spirometro (se competenze MMG e organizzazione di studio dedicata, trascorsa l'emergenza coronavirus) • Device placebo per istruire il paziente asmatico al corretto uso
	Paziente/ Caregiver	• Smartphone (messaggistica, trasmissione foto, Tele/videoconsulto) • Saturimetro • Questionari mMRC, CAT BPCO (formato cartaceo o elettronico) • Conoscenza dei sintomi di possibile riacutizzazione di BPCO e di riacutizzazione grave

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA ASMA

Obiettivi		• Verifica diagnosi (sospetto clinico, anamnesi familiare e personale, spirometria), stadiazione gravità • Fenotipizzazione paziente asmatico (esami e/o consulenza pneumologica e/o allergologica) • Monitoraggio della patologia asmatica secondo quando indicato nelle azioni • Valutare appropriatezza terapia prescritta e aderenza terapeutica • Prevenire le riacutizzazioni • Gestire le riacutizzazioni (valutazione invio in ambiente ospedaliero) • Gestione comorbidità • Identificare i pazienti Asmatici sospetti per Asma Grave • Verificare e migliorare le capacità di auto-gestione del paziente ed eventualmente dei familiari (caregiver) (utilizzo device, attività fisica, segnalazione sintomi possibile riacutizzazione)
Azioni		• Comunicazione immediata al MMG di sintomi di allarme (dispnea, sintomi evocativi di riacutizzazione asmatica) • Esecuzione, (trascorsa l'emergenza Coronavirus), in office di spirometria con test di BD (se competenze e organizzazione di studio, da infermiere, se disponibile, o medico), sia per conferma diagnosi che monitoraggio, in assenza di spirometro, misura del picco di flusso • Visita periodica di controllo in office da stabilire in base a gravità e tipologia paziente BPCO • Registrazione in cartella dato fumo, controllo prescrizione corticosteroidi orali (Rischio Asma Grave) • Diario prescrittivo per la stima dell'aderenza alla terapia farmacologica e appropriatezza della terapia prescritta • Registrazione e valutazione eosinofilia (terapia con biologici se sospetto Asma Grave) • Registrazione in cartella di accessi in PS o ricoveri ospedalieri per riacutizzazione • Valutazione comorbidità • Se sospetto Asma Grave, (previa valutazione terapia adeguata e aderenza terapeutica) invio allo specialista • Prescrizione di esami, farmaci, visite di controllo, consulenze specialistiche, tramite invio di ricetta dematerializzata • Telemonitoraggio periodico (autocontrollo da parte del paziente e trasmissione dei dati auspicabile in formato elettronico) di: • Sintomi diurni e notturni, utilizzo di farmaco al bisogno, con Asma Control test (ACT) presente in Millewin (punteggio ACT indica scarso controllo se < 20). • Monitoraggio (diario) del Picco di flusso (significativa di instabilità dell'Asma, una variabilità > 20% fra valore serale e al risveglio) • Eosinofilia e altri esami di routine • Saturimetria (soprattutto in riacutizzazione Asma)
Strumenti	Medico (Comunicazione)	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • GPG o software equivalenti per Audit • Registrazione dati di telemonitoraggio e di follow-up (assistente di studio o medico) • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video))
	Medico Diagnostici / score	• Questionario ACT (sintomi, utilizzo farmaco al bisogno) • Valore di Picco di Flusso (o FEV1 se disponibile spirometria) Device placebo per istruire il paziente asmatico al corretto uso • Device placebo per istruire il paziente asmatico al corretto uso • Utilizzo corticosteroidi orali • Eosinofilia • Gestione comorbidità
	Paziente/ Caregiver	• Smartphone (messaggistica, trasmissione foto, Tele/videoconsulto) • Saturimetro • Misuratore picco di flusso • Asma Control Test (formato cartaceo o elettronico) • Conoscenza dei sintomi di scarso controllo dell'Asma, e dei sintomi indicativi di riacutizzazione grave dell'Asma

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA CELIACHIA

Obiettivi		• Follow up del paziente celiaco in terapia con dieta senza glutine • Precoce individuazione di complicanze metaboliche o intestinali
Azioni		• Condivisione con il paziente di un progetto di follow-up circa: • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • prescrizione di esami di laboratorio 1 vv all'anno o se compaiono variazioni peso o dell'alvo • Teleconsulto/Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG per monitoraggio concordato ogni tre mesi
Strumenti	Medico	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale e della aderenza alla dieta • Registrazione dati antropometrici • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati audio o audio-video)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA CIRROSI SCOMPENSATA

Obiettivi		• Follow up • Precoce individuazione di scompenso • Gestione di terapia farmacologica (lattulosio, rifaximina, diuretici)
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • variazioni di peso o edemi arti inferiori da comunicare immediatamente • condivisione online di scheda con peso e diuresi • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • prescrizione esami di laboratorio ed ecografia secondo programma personalizzato • valutare visita domiciliare in presenza di peggioramento dei segni di scompenso • contattare lo specialista ogni tre mesi e subito se peggioramento non gestibile • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG 1 volta alla settimana
Strumenti	Medico (Comunicazione)	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale • Valutazione compliance farmacologica • Registrazione CHILD PUGH (albumina, PT, bilirubina, ascite, encefalopatia) • Registrazione peso, alvo, ed eventualmente diuresi • Verifica effetti indesiderati dei farmaci • Valutazione edema arti inferiori, gonfiore addominale • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video)) • CHILD PUGH SCORE

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA EPATOPATIE CRONICHE NON CIRROTICHE (VIRALI E NON)

Obiettivi		• Follow up • Precoce individuazione di scompenso
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • sintomi di allarme da comunicare immediatamente (gonfiore addominale, edemi arti inferiori, melena, ematemesi) • invio ogni 2-3 mesi via mail di scheda con registrazione di peso corporeo e alvo • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • prescrizione esami di laboratorio ed ecografia addominale ogni 6 mesi • contatto con lo specialista se necessario • valutare visita ambulatoriale in presenza di segni di scompenso • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG ogni 6 mesi per monitoraggio concordato da piano assistenziale individuato
Strumenti	Medico (Comunicazione)	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale • Valutazione compliance farmacologica • Registrazione CHILD PUGH (albumina, PT, bilirubina, ascite, encefalopatia) • Registrazione peso e alvo • Verifica effetti indesiderati dei farmaci • Valutazione edema arti inferiori, gonfiore addominale • CHILD PUGH SCORE

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA INFIAMMATORIA CRONICA INTESTINALE

Obiettivi		• Follow up • Gestione della terapia farmacologica • Precoce riconoscimento di riacutizzazione
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • sintomi di allarme da comunicare immediatamente (variazioni del peso, dell'alvo, rettorragia, dolore addominale, febbre) • invio mensile di scheda con rilevazione mensile del peso corporeo e storia dell'alvo • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • prescrizione di esami di laboratorio ogni 6 mesi o in presenza di segni di riacutizzazione • contatto con lo specialista • valutare visita ambulatoriale per esame obiettivo addominale e/o anorettale in presenza di PMS >6 • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG per monitoraggio concordato ogni 2 mesi da piano assistenziale individuato
Strumenti	Medico	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale • Valutazione compliance farmacologica • Registrazione PMS (frequenza evacuazioni, presenza di sangue, giudizio medico) • Registrazione peso e alvo • Verifica effetti indesiderati dei farmaci • PARTIAL MAYO SCORE (PMS)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA MALATTIA DA REFLUSSO GASTROESOFAGEO

Obiettivi		• Diagnosi clinica • Gestione della terapia farmacologica e non • Rilevare precocemente red flags per • contatto con lo specialista • prescrizione della EGDS
Azioni		• Condivisione con il paziente di un progetto di follow-up circa: • comunicazione immediata di sintomi di allarme (disfagia, calo ponderale >10% in pochi mesi, ematemesi e/o melena) • compilazione score RSI durante teleconsulto • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG per monitoraggio clinico e discussione dei risultati RSI 1 volta/2 mesi poi ogni 6 mesi
Strumenti	Medico	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • Registrazione dati clinici, antropometrici e RSI • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video)) • REFLUX SCORE INDEX (RSI)

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA ARTROPATIA CRONICA INFIAMMATORIA E/O DEGENERATIVA

Obiettivi		• Verificare i criteri diagnostici • Valutare sintomi • Valutazione mobilità e tumefazione articolare • Valutazione controllo stato infiammatorio • Valutazione funzione renale ed epatica • Ottimizzazione terapeutica • Verifica della tolleranza alla terapia in corso (soprattutto se DMARDs tradizionali o biologico/biosimilare) • Precoce individuazione di riacutizzazione • Precoce individuazione di coinvolgimento extra-articolare • Terapia del dolore
Azioni		• Condivisione con il paziente di un progetto di follow-up circa: • sintomi di allarme da comunicare immediatamente (segni di riacutizzazione articolare, effetti indesiderati dei farmaci) • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • prescrizione esami di laboratorio secondo programma pianificato con lo specialista • Funzione articolare valutata mediante applicazione score DAS 28 nelle forme infiammatorie poliarticolari • Circonferenza articolare nelle forme mono-oligoarticolari • Teleconsulto/ Videoconsulto richiesto e/o programmato dal MMG per monitoraggio 1 volta/2 mesi • Valutare visita ambulatoriale in presenza di difficile controllo del dolore
Strumenti	Medico	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale e della compliance farmacologica • Registrazione VAS del dolore • registrazione DAS 28 • Registrazione esami di laboratorio • verifica effetti indesiderati dei farmaci • riconoscimento riacutizzazioni articolari e coinvolgimento extra-articolare • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video) • Scala VAS del dolore • DAS 28 - Disease Activity Score Calculator for Rheumatoid Arthritis
	Paziente/ caregiver	• Moduli per valutazione score articolari (con immagini) e il rilievo del grado di dolore riferito dal paziente espresso su scala visuo-analogica (VAS dolore) • bilancia • misuratore pressione e frequenza cardiaca validato • metro flessibile per circonferenza articolare • Scheda istruzioni su farmaci ed orari assunzione

CLASSIFICAZIONE MALATTIA ARTICOLARE CRONICA

ARTRITE REUMATOIDE (CRITERI ACR-EULAR 2010)

SPONDILOARTRITE (CRITERI ASAS):

- SpA prevalentemente Assiali (axSpA) –
 - Radiografiche (Spondilite Anchilosante)
 - Non-radiografiche (nr-axSpA) SpA
- prevalentemente periferiche (pSpA)
 - Artrite Psoriasica
 - Artriti reattive e Sindrome di Reiter
 - SpA associate a malattie infiammatorie intestinali
 - Spondiloartriti Indifferenziate
 - Spondiloartrite Giovanile

GOTTA E MALATTIA DA DEPOSIZIONE DI MICROCRISTALLI

MALATTIA DA DEPOSIZIONE DI PIROFOSFATO DI CALCIO: CRITERI DI MCCARTY

PATOLOGIA DEGENERATIVA/MECCANICA: SINTOMI E SEGNI TIPICI PIÙ IMAGING A SUPPORTO (RX, ECO, RM, TC).

MONITORAGGIO DEL PAZIENTE AFFETTO DA DEMENZA

Obiettivi		• Follow up con particolare riguardo segni di malnutrizione, decubiti (allettati) • Precoce individuazione di scompenso del Care giver
Azioni		• Condivisione di un progetto di follow-up circa: • Sintomi/segni di allarme (irrequietezza, disturbi comportamentali, disfagia, decubiti) da comunicare immediatamente • modalità di misurazione ed invio dei parametri • programmazione di consulti telefonici, visite di controllo e prestazioni richieste tramite invio di ricetta dematerializzata • prescrizione esami di laboratorio ogni 3-6 mesi • contatto con neurologo/geriatra ogni 3-6 mesi • Verifica trimestrale del carico di lavoro del care giver e sua tolleranza • Valutare visita domiciliare presenza di peggioramento quadro demenziale ed autonomia, comparsa di malnutrizione, decubiti • Teleconsulto/ Videoconsulto programmato e/o richiesto • Programmato dal MMG per monitoraggio concordato contatto telefonico con paziente e care giver ogni mese come da piano assistenziale individuato
Strumenti	Medico	• Cartella clinica computerizzata: • Valutazione clinica generale • Valutazione comportamentale • Valutazione compliance farmacologica • Registrazione CDR • verifica effetti indesiderati dei farmaci • verifica e registrazione stato nutrizionale (MNA-short form) • Verifica del carico di lavoro del care giver (CBI) • comparsa di decubiti • comparsa di disfagia • Piattaforma per tele-video consulto (comprensivo di Sistema appuntamenti per teleconsulti programmati (audio o audio-video) sul paziente • Clinical Dementia Rating (CDR); MNA-short form sul Care giver • Caregiver Burden Inventory (CBI)

FRAGILITA' / MULTIMORBIDITA'/DISABILITA'/CURE PALLIATIVE CARICO DI LAVORO E NUOVI MODELLI

Gruppo di lavoro: Pierangelo Lora Aprile, Alberto Magni, Lorenza Busco, Maria Grazia Bonesi, Alessandro Guerroni, Annarita Saponara, Edoardo Di Maggio

È noto che l'età media dei pazienti deceduti e positivi a SARSCoV-2 è 79 anni (mediana 81), più alta di oltre 15 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione (62 anni) e che oltre il 70 % dei deceduti presenta 3 o più patologie. Tuttavia né l'età di per sé, né la presenza di più patologie possono spiegare il dato della maggiore mortalità. I "grandi vecchi" (centenari) si sono dimostrati particolarmente resistenti al virus e soggetti comorbidi ma "fit" non sembrano esposti al virus come invece i soggetti fragili.

La **Fragilità**, stimata nell'ambito della MG a circa il 23 % della popolazione over 65, correla sia alle gravi infezioni da Covid, sia alla aumentata mortalità.

La **Comorbilità**, benché non riesca a definire in modo puntuale la complessità clinica del malato, ha il grande vantaggio di poter essere facilmente misurata: oltre il 10% della popolazione ha più di 5 patologie concomitanti in Health Search.

Le persone con **Disabilità** e le loro famiglie già di per sé sono esposte ai maggiori rischi sanitari e sociali. Peraltro la disabilità più che la comorbilità correla con un maggior rischio di mortalità negli over 80 e questi momenti di incertezze per il futuro sono fonte di preoccupazione e di ansia anche per le carenze assistenziali dei servizi sociali. Essi, spesso già di difficile fruizione in questo periodo pandemico, sono insufficienti e lo stato di povertà e il rischio di impoverimento che spesso accompagnano la disabilità sono condizioni che richiedono una tempestiva identificazione e immediato intervento. Secondo l'ultimo rapporto ISTAT i disabili sono il 5.2% della popolazione.

I **bisogni di Cure Palliative** sono stimati dall'OMS essere presenti nel 1-1.4 % della popolazione over 18. Il 60% di questi malati sono portatori di malattie croniche evolutive mentre solo il 40 % sono malati oncologici. La maggior parte di questi malati (60-70%) necessita di un approccio palliativo erogabile da un'assistenza ordinaria (medico di famiglia e infermiere territoriale), mentre un terzo circa necessita di assistenza dedicata da équipe specialistiche (Reti di Cure Palliative). Il mondo delle Cure Palliative è stato completamente "spiazzato" dalla pandemia da COVID. Tutti noi abbiamo fatto esperienze di testimonianze drammatiche di persone che sono morte a casa o più spesso in ospedale senza il conforto delle persone care anche per diverse settimane. Lo stato di emergenza connesso alla pandemia da SARS-CoV-2

ha prodotto una repentina modifica nella modalità di comunicazione con i familiari dei malati a causa delle misure di completo isolamento sociale. Il carico di enorme sofferenza psicologica si manifesta con una paura diffusa. È noto che i malati e i loro familiari hanno bisogni nelle quattro dimensioni: clinici, ma anche di umanità, vicinanza, sostegno psicologico e spirituale. L'autentica partecipazione umana alla vicenda di malattia sarà particolarmente importante e potrà influenzare il processo di elaborazione del lutto.

La **complessità** è la risultante della sovrapposizione delle aree della comorbidità, della fragilità e della disabilità. Analisi condotte sulla popolazione generale che hanno correlato fragilità e comorbidità stimano che il 6% della popolazione generale necessiti di cure complesse. L'identificazione dei soggetti fragili, comorbidi, disabili e con bisogni di cure palliative diventa rilevante per il Medico di Medicina Generale per fornire alla autorità sanitaria dati sulla popolazione a cui raccomandare le restrizioni e il confinamento nella fase post acuta (restrizioni che non possono essere applicate ai cittadini solo sulla base dell'età anagrafica).

Diventa rilevante, quindi, conoscere la popolazione fragile/disabile/comorbida per attuare un comportamento proattivo nel proporre a tutti loro la vaccinazione per influenza, pneumococco, herpes zoster. Non da ultimo l'identificazione precoce in queste popolazioni dei soggetti con sospetto COVID permette di programmare un più stretto monitoraggio, un tempestivo intervento terapeutico e assistenziale (importante nel periodo pandemico influenzale) dove sarà determinante intervenire per ridurre mortalità, costi di assistenza ricoveri in ospedale soprattutto in terapia intensiva dove peraltro, in carenza di posti, si pongono delicati problemi etici.

IDENTIFICAZIONE E MONITORAGGIO DEL ASSISTITO FRAGILE – COMORBIDO- DISABILE

Obiettivi		• Stratificare la popolazione fragile/comorbida/disabile • Valutare i bisogni multidimensionali e il setting di cura • Redigere un Piano di Assistenza Individuale (PAI) • Monitorare e adattare nel tempo gli obiettivi di cura • Segnalare ai servizi preposti gli assistiti con bisogni sociali • Verificare raggiungimento degli obiettivi ed eventualmente riformulare il PAI • Condividere i dati relativi ai bisogni clinici, psicologici e socio-assistenziali dell'assistito con gli Operatori coinvolti nella assistenza (USCA se COVID+ o operatori di altri setting)
Azioni		• <u>Identificazione* (vedi strumenti medico)</u> • Elaborare nella propria cartella gestionale un registro di soggetti con fragilità/ comorbidità/disabilità • Programmare contatto iniziale con appuntamento telefonico ed eventualmente visita in studio per definire i bisogni clinici, psicologici, sociali-assistenziali • <u>Valutazione:</u> • Redigere un PAI che tenga conto dei bisogni sul piano clinico (scheda vaccinale; monitoraggio delle patologie croniche; bisogni psicologici e sociali) • Rivalutazione periodica del PAI: visita programmata, passaggi di setting (es. ricovero). • <u>Assegnazione del Setting di cura e della frequenza di contatto o visita:</u> • Ambulatoriale/Domiciliare (ADI/ADI-COVID)/RSA • <u>Segnalazione:</u> • Servizi Sociali Comune (SAD, Assistente Sociale, etc), Reti Cliniche specifiche (Oncologiche, Geriatriche etc), Reti informali (associazioni volontariato, cittadini) • <u>Sorveglianza attiva nella Fase-2 post-COVID* (vedi strumenti medico):</u> rilevazione stato di salute e sintomi sospetti per conferma diagnostica con tampone/sierologia e in caso di positività isolamento domiciliare se possibile o inserimento in idonea struttura, monitoraggio telefonico dei contatti e dei conviventi • <u>Inizio tempestivo del telemonitoraggio stretto a domicilio* (vedi strumenti paziente)</u> con eventuale coinvolgimento se necessario di équipe specificatamente dedicate ad agire in sicurezza ed a riconoscere red flags per l'ospedalizzazione (es USCA dotate di strumenti utili alla valutazione domiciliare di progressione della malattia es. POCUS). • <u>Dimissione protetta:</u> telemonitoraggio * (vedi strumenti paziente) fino a guarigione • <u>Condivisione delle informazioni con Operatori coinvolti</u>
Strumenti	Medico	• Smartphone in grado di eseguire videochiamate. Eventuale piattaforma per tele-video consulto. • Frailty Index: Un sistema automatico di classificazione della popolazione fragile (Frailty-Index) utilizzando proxy di fragilità presenti in ogni data base dei medici di medicina generale è attualmente in fase di validazione per alcuni programmi gestionali della Medicina Generale (Millewin). Questo strumento permetterebbe di ridurre la lista dei soggetti da sottoporre a screening per la conferma di fragilità/disabilità/comorbidità • La Scheda Fragilità adottata dalla Regione Toscana ha in sé alcuni importanti determinanti di fragilità: Indice di Charlson (comorbidità), determinanti non cliniche (ambiente familiare, autonomia, problemi sociali). In aggiunta la Scala di Rokwood, strumento validato in italiano di rapida e facile compilazione e già presente in alcuni programmi gestionali (Millewin) può completare il quadro relativo alle funzioni presenti/assenti che definiscono uno stato di disabilità.
	Paziente/ caregiver	• Scheda cartacea e/o scheda elettronica unica supporti elettronici (app per smartphone, piattaforme web dedicate) per la registrazione dei dati rilevati, il diario dei sintomi e le eventuali variazioni della terapia (in rete) • Smartphone in grado di effettuare video-chiamate, eseguire delle foto, inviare messaggi di testo e immagini • Sfigmomanometro automatico validato per il monitoraggio della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e del ritmo cardiaco • Glucometro (nei paz. a cui indicato il monitoraggio glicemico) • Bilancia pesa-persone di buona qualità per il controllo quotidiano del peso corporeo • Pulsossimetro per il monitoraggio della saturazione emoglobinica e della frequenza cardiaca (fortemente consigliato) • Strumenti portatili o indossabili per la registrazione di una traccia elettrocardiografica (se disponibili) • DPI per conviventi ed istruzioni per isolamento e sanificazione

APPROCCIO PALLIATIVO E CURE PALLIATIVE DOMICILIARI

Obiettivi		- Stratificare la popolazione con bisogni di cure palliative - Valutare i bisogni multidimensionali e il setting di cura - Stendere un Piano di Assistenza Individuale (PAI) - Riconoscere le fasi di malattia e verificare raggiungimento degli obiettivi ed eventualmente riformulare il PAI - Identificare il malato complesso con necessità di PIC della Rete di Cure Palliative (RLCP)
Azioni		<u>Identificazione*</u> (vedi strumenti medico) - Elaborare nella propria cartella gestionale un registro di soggetti con bisogni di cure palliative - Programmare una visita iniziale (in studio o domiciliare) per definire con colloquio strutturato i bisogni clinici, psicologici, sociali-assistenziali-spirituali e parlare delle attese prognostiche <u>Valutazione:</u> * (vedi strumenti medico) - Riconciliazione terapeutica in un'ottica di sospensione di terapia non più utile (farmaci ad esclusiva azione preventiva, farmaci di dubbio beneficio in questa fase di malattia e/o ad elevato rischio di effetti collaterali o interazioni farmacologiche) - Stendere un PAI che tenga conto dei bisogni clinici (particolare attenzione ai sintomi), psicologici (raccogliere desideri, preferenze e DAT), sociali (idoneità casa/caregiver, ISEE), spirituali - Valutazione della complessità di cure <u>Assegnazione del Setting di cura e della frequenza di visita:</u> - Approccio Palliativo (Ambulatoriale o Domiciliare) - Cure Palliative che necessitano di RLCP <u>Segnalazione:</u> per malati complessi segnalare alla Rete Locale di Cure Palliative per valutazione collegiale* (vedi strumenti) <u>Nella Fase-2 post-COVID*</u>: rilevazione sintomi sospetti e conferma diagnostica con tampone/sierologia e in caso di positività isolamento domiciliare per preservare care giver e famigliari. <u>Se malato in approccio palliativo:</u> Inizio tempestivo e telemonitoraggio stretto a domicilio* (vedi strumenti paziente) con eventuale coinvolgimento se necessario di équipe specificatamente dedicate ad agire in sicurezza ed a riconoscere red flags per l'ospedalizzazione o inserimento idonea struttura <u>Se malato in fase terminale:</u> inserimento in Hospice <u>Tele comunicazione con malato e familiari</u>
Strumenti	Medico (Comunicazione)	- Smartphone in grado di eseguire videochiamate. Eventuale piattaforma per tele-video consulto. NECPal/Spict: sono due strumenti molto simili e intercambiabili, il secondo validato in italiano e royalty free, facilmente compilabili in pochi minuti. Tali strumenti permettono di selezionare la popolazione con bisogni di cure palliative anche al fine di costruire un registro che potrebbe essere costituire una fonte di informazioni condivise con strutture di secondo livello (DEU, CA, USCA in primis). I-POS: disponibile in lingua italiana, utilizzabile gratuitamente è uno strumento che aiuta ad identificare i bisogni della popolazione NECPAL/SPICT positiva. Sonda i PROM (Patient Related Outcomes Measures, è valido in tutti i setting, è utile nella compilazione del PAI (Piano di Cura Individuale) e si compila in 10 minuti alla prima visita e successivamente ad ogni revisione del PAI. È parte della valutazione «basale» dei problemi del paziente e della famiglia, strumento rapido per stabilire le priorità e le preoccupazioni dei pazienti, facilita la comunicazione con i pazienti e le famiglie ed anche tra loro stessi e porta il paziente e la famiglia all'interno del processo di valutazione dei problemi e pianificazione delle cure. IDC-Pall: è uno strumento diagnostico della complessità nei pazienti con malattia in fase avanzata. Consta di items raggruppati in tre dimensioni, a seconda che dipendano dal paziente, dalla famiglia o dall'organizzazione sanitaria. Guida nel processo decisionale per l'ottimizzazione delle risorse coinvolte, secondo i seguenti criteri: la situazione non complessa non richiede l'intervento di risorse specialistiche di cure palliative; la situazione complessa può richiedere o meno l'intervento di risorse specialistiche, lasciando questa decisione a discrezione del medico referente; la situazione altamente complessa richiede solitamente l'intervento di risorse specialistiche di cure palliative
	Paziente/caregiver	Smartphone/Tablet in grado di effettuare video-chiamate, idoneo alla conversazione
		- Sfigmomanometro automatico validato per il monitoraggio della pressione arteriosa, frequenza cardiaca, ritmo cuore - Pulsossimetro per il monitoraggio della saturazione O2 - DPI per conviventi ed istruzioni per isolamento

L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO E DELL'ASSISTENZA: SUGGERIMENTI ORGANIZZATIVI.

L'ORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ

Di seguito vengono riportati alcuni suggerimenti sul piano dell'organizzazione e dell'assistenza con l'obiettivo di fornire una linea di indirizzo per il riassetto dell'attività professionale in considerazione della necessità di riorientare la professione nella fase post-emergenziale. I suggerimenti vanno adattati alla realtà strutturale e organizzativa di ciascuno studio medico in considerazione che i medici possono operare singolarmente o in forma associativa (Rete, Gruppo, AFT)

- 1 ELEMENTI ORGANIZZATIVI DI BASE:** alcuni elementi organizzativi di base sono da considerare come trasversali alle diverse realtà ma devono essere adattati al contesto epidemiologico locale che è in continua evoluzione. L'impiego di DPI da parte dei Medici, del Personale di Segreteria e Infermieristico, il distanziamento tra utenti che accedono allo studio medico, la riorganizzazione degli orari di ambulatorio per ridurre il numero di operatori e di utenti che accedono contemporaneamente allo studio e una corretta informazione degli utenti sulle nuove modalità organizzative sono gli elementi base che devono guidare la riorganizzazione dell'attività.
- 2 ACCESSO PROGRAMMATO:** l'accesso all'ambulatorio programmato di pazienti che NON presentano sintomatologia compatibile con COVID deve prevedere dei criteri di triage telefonico tesi a rendere possibile le visite mediche in regime ambulatoriale secondo le regole che permettano il distanziamento tra assistiti; l'attività di triage telefonico dovrebbe essere incorporata dall'attività assistenziale qualora il medico operi singolarmente (es. fascia oraria dedicata al contatto telefonico, prima dell'attività ambulatoriale). In presenza di personale di Segreteria e/o Infermieristico lo stesso deve essere formato ad avere criteri per identificare gli assistiti che devono essere contattati direttamente dal Medico di Medicina Generale che valuterà sulla base dell'intervista telefonica se procedere alla valutazione presso lo studio medico; il carico di lavoro diretto dovrà essere infatti limitato in considerazione dei rallentamenti indotti dalle misure di sicurezza.
- 3 APPUNTAMENTO PER TELECONSULTO:** L'emergenza ha reso necessaria una disponibilità diretta dei Medici di Medicina Generale per il contatto da parte dell'assistito; tale approccio non codificato in fasce orarie o in percorsi strutturati (contatto del servizio di segreteria per triage telefonico e successivo contatto da parte del medico) dovrebbe essere rimodulato in modo tale da prevedere un tempo dedicato all'assistito in una specifica fascia oraria. Al pari di un accesso in ambulatorio, l'appuntamento per teleconsulto ha come obiettivo quello di dedicare uno tempo specifico e codificato per la valutazione del paziente evitando

che diversamente non solo il medico ma anche l'assistito stesso sia impegnato in altre attività al momento del contatto. L'appuntamento deve essere registrato in Agenda sia per ragioni organizzative che di rendicontazione anche futura. Il triage telefonico ha come obiettivo quello di selezionare il motivo del teleconsulto affinché questo rientri tra i criteri di selezione individuati. Il teleconsulto dovrebbe seguire le stesse modalità con cui viene abitualmente praticata una visita medica in ambulatorio con cartella clinica aperta, in modo da contestualizzare e personalizzare eventuali decisioni avendo tutto il set informativo a disposizione. Il tipo di contatto andrebbe evidenziato in diario clinico, riportando schematicamente quanto emerso, come viene valutato e quanto viene deciso ed il programma di eventuali controlli sempre in teleconsulto o tramite accesso diretto dell'assistito per visita medica.

- 4** **STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE ASSISTITA:** il particolare momento che ha affrontato il Sistema Sanitario Nazionale e la popolazione assistita anche a livello sociale e psicologico può aver esposto gli assistiti con un quadro clinico di cronicità, comorbidità, complessità o fragilità a una possibile comparsa di scompenso del quadro clinico e/o problemi di natura psicologica e socioassistenziale non intercettati dal MMG. La stratificazione della popolazione assistita ha come obiettivo quello di identificare i soggetti più vulnerabili e promuovere una chiamata attiva della popolazione con un ordine di priorità. La chiamata attiva di questi pazienti ha come obiettivo quello di intercettare l'eventuale necessità di intervento su più piani in relazione alla valutazione multidimensionale dei bisogni. Gli strumenti per stratificare la popolazione possono essere molteplici e le informazioni derivante dagli stessi devono essere valutate al fine di produrre un elenco per priorità e motivi specifici per la chiamata attiva degli assistiti:
- a.** utilizzo di software di analisi dei dati del gestionale di studio per la valutazione dei pazienti affetti dalle principali patologie croniche al fine di poter intervenire per valutare situazioni di criticità clinico-gestionali e condizioni di potenziale rischio clinico.
 - b.** Elenchi di stratificazione forniti dalle Agenzie/Aziende sanitarie (quando forniti)
 - c.** Registri presenti sul gestionale di studio precedentemente creati dal Medico oppure specifiche query per l'estrazione di determinate categorie di assistiti.

In assenza di strumenti o elenchi descritti nei punti precedenti è suggerito che il medico individui tra i propri assistiti i pazienti a rischio per patologia o terapia maggiore che correlano con un aumentato rischio di scompenso del quadro clinico (pazienti in terapia anticoagulante o terapia oncologica attiva, scompenso cardiaco, insufficienza respiratoria, demenza, patologie psichiatriche maggiori e altre condizioni di maggior rilievo)

Proposta di check-list per la visita domiciliare in medicina generale al paziente NON-COVID

Razionale

Le misure stabilite a livello nazionale a partire dall'8 marzo 2020 per il contenimento della diffusione del virus SARS-CoV2 e i conseguenti provvedimenti emanati dalle aziende sanitarie e dagli Ordini Professionali delle professioni sanitarie, hanno indotto ad uno stravolgimento dell'attività clinica di tutti i professionisti della cura. Ciò ha riguardato anche i medici di medicina generale e continuità assistenziale impegnati sul territorio, portando, seppur in modo spesso approssimativo ed empirico, ad una ridefinizione delle modalità di erogazione e, in parte, degli aspetti metodologici (strutturali e di processo) connessi alle attività della assistenza primaria.

Nella prima fase di attuazione delle misure di contenimento dei contatti, nuove modalità di valutazione clinica a distanza, quali il teleconsulto, la televisita, l'uso della scheda di triage telefonico promossi dalle società scientifiche di riferimento in sinergia con il Ministero della Salute e l'ISS, hanno sostituito la valutazione clinica ambulatoriale e domiciliare, svolgendo un ruolo importante nell'assistenza dei pazienti potenzialmente infetti e non, allo scopo di non esporre né questi ultimi né il personale medico all'immotivato rischio di un reciproco contagio. Tuttavia tali modalità di approccio, adatte nell'ambito di strategie a breve termine, considerate le competenze informatiche talvolta insufficienti di alcuni medici di famiglia e quelle del tutto carenti dei pazienti anziani soli, non possono considerarsi alternative alla visita standard e risultano pertanto inapplicabili o insufficienti nella presa in carico sul medio-lungo periodo dei pazienti cronici abituati ad essere monitorati soprattutto a domicilio. La fase che si sta per affacciare vedrà il progressivo allentarsi delle misure di contenimento ed è in questo contesto che l'assistenza domiciliare dei pazienti cronici e fragili dovrà riprendere.

A fronte di una circolazione seppur ridotta del virus, sarà quindi fondamentale definire procedure in modo rigoroso gli accessi al domicilio dei pazienti valutati asintomatici per COVID-19 in seguito a triage telefonico, per minimizzare il rischio di contagio operatore-paziente e quello di contaminazione nell'ambiente domestico. Alla luce delle incertezze riguardo all'impatto della trasmissione in fase pre-sintomatica e ancor più della contagiosità dei pazienti asintomatici sulla dinamica complessiva dell'epidemia e in attesa di ulteriori studi che chiariscano in modo univoco questo aspetto, appare evidente la necessità di non sottostimare il potenziale di trasmissione del virus da parte dei soggetti che si presume non infetti.

Dinanzi a prove crescenti che persone con sintomi lievi o del tutto assenti possano contribuire alla diffusione di COVID-19 l'uso di check-list (previsto in altri settori della medicina ospedaliera e anche in ambiti non sanitari) che favoriscano l'osservanza di standard essenziali di sicurezza può minimizzare il rischio di errore e nel contempo dotare gli operatori di un protocollo schematico di comportamento che tuteli loro stessi e i pazienti.

Senza, pertanto, avere la pretesa di sostituirsi alle indicazioni delle autorità politiche e sanitarie, ma con la volontà di integrare con riflessioni e consigli maturati sul campo i vuoti normativi e la carenza di riferimenti dati dall'eccezionalità delle contingenze, tale documento si propone di fornire uno strumento di pratica utilità per reimpostare le modalità di accesso in sicurezza al domicilio del paziente cronico NON- COVID e una traccia da seguire nell'inatteso contesto in cui i MMG sono chiamati a operare.

Check-list visita domiciliare paziente NON-COVID

Concordare sempre telefonicamente la visita col paziente e istruirlo su come preparare l'ambiente domestico.

Istruzioni per il paziente (da applicarsi anche in caso di accesso al domicilio di infermiere/a di studio).

- Far predisporre per la visita una stanza dotata di finestre (se il paziente può agevolmente muoversi o essere spostato in casa) e arieggiare per 30 minuti prima del vostro arrivo.
- Far preparare su di una superficie di appoggio della stanza adibita alla visita, vicino a dove si collocherà il paziente e previa disinfezione con soluzione alcolica 70%, l'eventuale occorrente se sono previste manovre infermieristiche (es: cotone idrofilo e disinfettante), eventuale documentazione clinica da visionare e un sacco per indifferenziata.
- Chiedere di venire a contatto col minor numero possibile di persone (comunque tutte munite di mascherina chirurgica): nella stanza predisposta per la visita non deve essere presente nessun altro oltre al paziente e all'eventuale caregiver se serve aiuto per le manovre semeiotiche.
- Poco prima del proprio arrivo far lavare le mani e far indossare mascherina chirurgica (istruire paziente e caregiver su come indossarla).

Istruzioni per il/la medico/a.

Prima della visita

- 1 Utilizzare preferibilmente abiti da lavoro da lasciare in ambulatorio (o svestirsi appena rientrati a casa se non possibile tornare in ambulatorio).
- 2 Portare con sé solo gli strumenti di lavoro strettamente necessari, preferibilmente in una busta (che chiameremo busta 1) dove riporli dopo l'utilizzo, prima della disinfezione. Se si porta la classica borsa da medico si ricordi telino usa e getta/ carta su cui riporla una volta al domicilio.
- 3 Portare in una busta a parte, che denominiamo busta 2, da lasciare sul pianerottolo, il gel mani igienizzante, una soluzione a base di ipoclorito di sodio 0,5% o soluzione alcolica al 70% e cotone idrofilo che serviranno per la disinfezione degli strumenti post visita.
- 4 Tenendo sempre a mente il principio di limitare le superfici toccate direttamente o indirettamente con i propri effetti personali, non portare in visita nulla di non necessario: borse da donna, giacche e qualunque altro effetto personale superfluo che presupponga di essere poggiato. Il cellulare, se indispensabile, va tenuto in una tasca per la durata della visita.
- 5 Rimuovere i monili (bracciali soprattutto con ciondoli e collane pendenti che possano venire a contatto col paziente durante la visita). Rimuovere preferibilmente anche anelli e fedi.
- 6 Raccogliere i capelli: è indispensabile minimizzare il rischio di portare le mani al viso con gesti inconsapevoli. In generale prestare la massima attenzione ad evitare di toccarsi accidentalmente occhi, naso, bocca.
- 7 Munirsi di due paia di guanti (di misura idonea e di cui controllare sempre l'integrità prima di indossarli), mascherina chirurgica o filtrante respiratorio FFP2 senza valvola.

Primo check: si consiglia di ripercorrere la check-list alla fine di questa fase, spuntando le attività eseguite.

- 8 Previa disinfezione delle mani con soluzione idroalcolica indossare mascherina chirurgica/FFP2 senza valvola, primo paio di guanti, secondo paio di guanti.

Durante e dopo la visita

- 1 La visita deve durare lo stretto necessario, ricordando di mantenere la distanza di 2 metri per tutta la sua durata eccetto che per le manovre semeiologiche che richiedono l'avvicinamento al paziente.
Secondo check: prima di accedere al domicilio assicurarsi al citofono che siano state eseguite tutte le istruzioni fornite telefonicamente.
- 2 Appena finita la visita, rimuovere il primo paio di guanti e buttarli nella busta per indifferenziata predisposta dal paziente.
- 3 Una volta sul pianerottolo, col secondo paio di guanti puliti potete provvedere ad una rapida disinfezione degli strumenti prima di riporli nella borsa medica/busta2.

- 4 Rimuovere e buttare il secondo paio di guanti nella busta 1 che verrà lasciata sul pianerottolo, igienizzare le mani col gel, rimuovere la mascherina/facciale filtrante dagli elastici o dai lacci a seconda del modello (in caso di lacci prima l'inferiore e poi il superiore) e buttarla nella busta 1. Igienizzare nuovamente le mani col gel alcolico .
- 5 Eventuali prescrizioni andranno effettuate una volta rientrati in studio.
Terzo check: al termine ripercorrere la check-list per verificare di aver eseguito tutti i passaggi correttamente.
- 6 Sanificare a fine giornata il veicolo facendo particolare attenzione alla disinfezione di: volante, cruscotto, freno a mano, cambio, leve laterali e interno portiera.

- 1 FFP2 da preferirsi in base alla disponibilità di DPI, del triage telefonico effettuato, del numero dei conviventi e della possibilità che il paziente non possa sopportare la mascherina chirurgica, es. pazienti affetti da demenza non in grado di tollerarla.
- 2 Il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) inserisce tra le definizioni di contatto stretto di un caso COVID un "contatto che avviene tra due persone a meno di 2 metri e per almeno 15 minuti".
- 3 Come da indicazioni ECDC.
- 4 Metodi di sterilizzazione e decontaminazione dei respiratori che siano stati validati non sono ancora disponibili, pertanto il loro riutilizzo non è raccomandato (ECDC).

Bibliografia

1. DPCM 8 Marzo 2020 recante "Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19", GU n. 59 del 08-03-2020.
2. European Centre for Disease Prevention and Control- sezione COVID.
3. Istituto Superiore di Sanità- sezione COVID.
4. Li et al. "Substantial undocumented infection facilitates the rapid dissemination of novel coronavirus (SARS-CoV2)", March 2020, Science.

CONCLUSIONI

Da troppo tempo il Servizio Sanitario in Italia è privo di linee guida nazionali per lo sviluppo della Medicina Generale, alcune indicazioni contenute nella Legge Balduzzi sono rimaste tali, in assenza di un vero Piano di attuazione con indicazioni di tempi e modi, piani di attuazione, risorse e indicatori.

In tale contesto varie iniziative sono state intraprese in alcune Regioni, non collegate tra loro e talora con indirizzi divergenti e contraddittori.

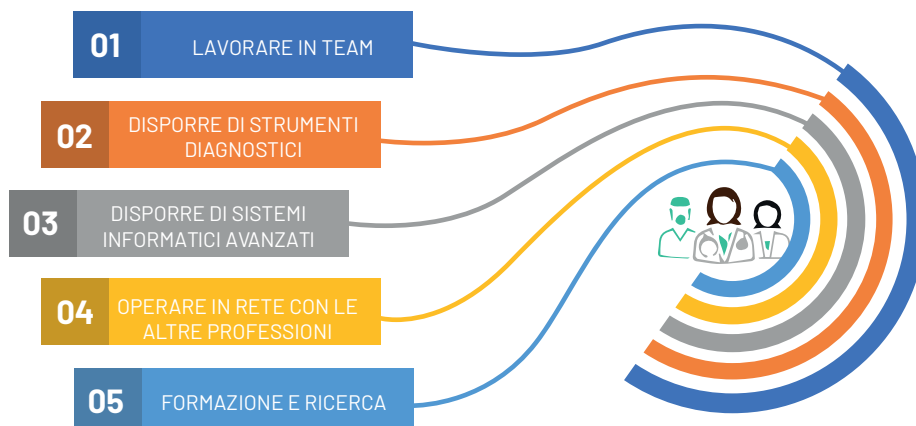
La Medicina di Famiglia offre una assistenza:

- personalizzata e multidimensionale, che a partire da evidenze scientifiche supera l'orizzonte della singola patologia per affrontare il tema complessivo della sofferenza
- continua nel tempo, con il progressivo coinvolgimento dell'individuo nel mantenere e migliorare il proprio stato di salute, rispettando inclinazioni e desideri,
- integrata con altre professionalità e discipline

Vi sono chiare evidenze scientifiche che la Medicina Generale e le Cure Primarie migliorano la salute della popolazione, aiutano a prevenire le malattie e riducono la mortalità e, inoltre, si associano ad una distribuzione più equa della salute nella popolazione.

L'epidemia in corso ha reso evidenti le carenze denunciate da tempo e frutto di 20 anni senza investimenti di pensieri, progetti, risorse umane ed economiche, di norme regole e contratti, formazione specifica e continua, strumenti ed organizzazione, indicatori di processo e di esito non esclusivamente centrati sulla singola patologia. Il Congresso Nazionale S.I.M.G. 2019 si è concluso indicando chiaramente la strada da seguire, sintesi di un costruttivo dibattito e confronto tra MMG esperti e nuove generazioni della professione.

LA MEDICINA DEL FUTURO



Ora in tempi brevi si rende necessaria una analisi precisa ed una proposta articolata da parte della Società Scientifica, affinché tutto non torni come prima.