Covid-19. L'ospedale non basta. USCA e dintorni

Di fronte all'improvvisa necessità di assistere anche al di fuori dell'ospedale i pazienti colpiti dal virus SARS-CoV-2, come si è mosso il nostro Paese? Come si sono organizzate le regioni? Franco Pesaresi offre un quadro della riorganizzazione dell'assistenza territoriale.

Di Franco Pesaresi *(Direttore ASP "Ambito 9" Jesi, Ancona, e Network Non Autosufficienza)*

Tutto il mondo era impreparato di fronte all'emergenza Covid-19. Anche l'Italia. La prima risposta è stata quasi esclusivamente ospedaliera. L'importanza dell'intervento sanitario territoriale è stato sottovalutato e questo è stato un grave errore. Il presente articolo si occupa della riorganizzazione dell'assistenza territoriale al fine di assistere i pazienti Covid-19 non collocati in ospedale.

Il D.L. 14/2020 – L'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA)

Dopo due settimane dai primi casi italiani sono venute dal Governo le prime indicazioni dedicate all'attivazione del territorio con il D.L. 14 del 9/3/2020.

L'art. 8 del D. L. 14/2020 ha previsto l'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) in tutte le regioni entro il 20 marzo 2020.

Tutte le regioni devono istituire presso una sede di continuità assistenziale già esistente una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, e ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro ad ora. I medici dell'unità speciale per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale, di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.

Il governo precisa nella legge che si è deciso di istituire una nuova unità organizzativa al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria.

Le Unità speciali sono attivate dal medico di medicina generale o dal pediatra di libera scelta o dal medico di continuità assistenziale che, a seguito del triage telefonico, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero.
Le norme contenute nel D.L. 14/2020 sono poi confluite nella legge di conversione del D.L. 18/2020.

La circolare del Ministero della Salute del 25/3/2020

Due settimane dopo, il 25 marzo 2020 il Ministero della Salute ha aggiornato con una nuova circolare le linee di indirizzo organizzative dei servizi in corso di emergenza Covid-19 fornendo indicazioni organizzative, finalmente, anche per i servizi territoriali.

Il Ministero, attraverso la circolare, esprime la consapevolezza della necessità di iniziative immediate di carattere straordinario ed urgente, soprattutto con riferimento alla necessità di realizzare una compiuta azione di previsione e prevenzione, monitoraggio e presa in carico, a livello territoriale, così da contribuire ad una riorganizzazione dell'assistenza sanitaria, sia al fine di contenere la diffusione del contagio, sia con funzione di filtro, necessario a frenare l'afflusso negli ospedali. La circolare si concentra su due aspetti:

a. La presa in carico territoriale dei pazienti Covid-19;
b. Le Residenze sanitarie assistite (RSA). Questo secondo tema non viene trattato in questo articolo. Si rinvia il tema ad un successivo articolo.

a. Presa in carico pazienti COVID-19

I messaggi di questa parte della circolare sono essenzialmente quattro:

1. Il ruolo essenziale delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) nella gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. I MMG, i pediatri di libera scelta (PLS) e i medici di continuità assistenziale (MCA), mediante la sorveglianza sanitaria attiva operata con triage telefonico di iniziativa, comunicano il nominativo e l'indirizzo dei pazienti all'unità speciale di continuità assistenziale che opera le valutazioni dei soggetti con sintomatologia che devono essere considerati come sospetti casi Covid-19. I medici dell'Unità Speciale per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettari del SSN e idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte. Per le attività dell'USCA possono essere coinvolti i medici di specialistica ambulatoriale. I MMG, PLS e MCA inviano ai Dipartimenti di salute pubblica le segnalazioni riguardanti l'insorgenza dei sintomi nei propri assistiti. I distretti valutano l'opportunità di istituire un riferimento/centrale che coadiuvi i MMG, PLS, MCA, per individuare il percorso più appropriato dei pazienti fra ospedale e territorio.

2. Potenziare la presa in cura e la sorveglianza territoriale attiva per i pazienti in isolamento domiciliare obbligatorio affetti da Covid-19, dimessi, o paucisintomatici non ricoverati e per i pazienti in isolamento fiduciario per i contatti di caso o i pazienti sintomatici senza evidenza di contatto, nonché i pazienti fragili, cronici e affetti da patologie invalidanti che a seguito dell'emergenza in corso costituiscono la parte più vulnerabile della popolazione.

3. Garantire l'assistenza alle persone in isolamento sole e a quelle che non possono rimanere a casa. Qualora le condizioni relazionali, abitative e sociali dei pazienti al domicilio non risultino idonee a garantire l'isolamento, i servizi di sanità pubblica territorialmente competenti, in raccordo con i MMG e l'Unità speciale di continuità assistenziale, garantita la necessaria assistenza sanitaria, mediante coprogettazioni, con i servizi sociali delle amministrazioni comunali e le associazioni di volontariato, adottano specifici protocolli che definiscano tutte le misure necessarie per assicurare la massima tutela e il supporto per le necessità della vita quotidiana per le persone sole e prive di caregiver. Inoltre, le Regioni sono tenute a impostare sistemi di sorveglianza e monitoraggio volti al contenimento del contagio e del rischio connesso alle situazioni intrafamiliari, istituendo una gestione per coorti, presso strutture residenziali e/o alberghiere rivolte a quei soggetti che, a causa di ragioni logistiche, strutturali, socio-economiche, non possono essere accolti in isolamento presso il proprio domicilio. Analoghe soluzioni di alloggiamento possono essere rivolte al personale sanitario e socio sanitario maggiormente esposto, ai fini di tutelare i medesimi e i rispettivi nuclei familiari. Per il reperimento di queste nuove strutture il Prefetto può

disporre la requisizione in uso di strutture alberghiere, ovvero di altri immobili aventi analoghe caratteristiche di idoneità, per ospitarvi le persone in sorveglianza sanitaria e isolamento fiduciario o in permanenza domiciliare, laddove tali misure non possano essere attuate presso il domicilio della persona interessata.

4. Per i non-Covid, l'ADI è la modalità privilegiata di intervento. L'emergenza Covid, la sospensione di tante attività ordinarie, hanno determinato di fatto un depauperamento dell'assistenza, aggravando i rischi della popolazione anziana, comorbida o, comunque, affetta da patologie invalidanti o dai loro esiti, nonché l'attuale situazione di ridotta mobilità della persona e degli eventuali caregivers, comportano la necessità di un'implementazione di servizi assistenziali specifici, erogati in forma individuale (es. consegna dei dispositivi, presidi e ausili per popolazioni fragili che necessitano di frequenti sostituzioni e/o approvvigionamenti di materiale specifico). Nell'ambito di tale riorganizzazione dei servizi è necessario rimodulare i rapporti contrattuali in essere con i soggetti erogatori, specializzati nella gestione di servizi di assistenza sanitaria e sociale. L'assistenza domiciliare integrata è, quindi, la modalità privilegiata di intervento per rispondere ad esigenze complesse soprattutto degli anziani affetti da patologie croniche, poiché permette l'erogazione di prestazioni sanitarie favorendo il mantenimento del paziente nel contesto abitativo e familiare di vita quotidiana.

Come hanno risposto le regioni?

Tute le regioni hanno istituito le USCA (tabella 1).

Caratteristiche	Descrizione
Definizione	Per struttura intermedia si intende una struttura sanitaria a valenza territoriale, anche basata su moduli diversificati, di ricovero e di assistenza. Una di queste è l'ospedale di comunità.
Posti letto	Obiettivo: 0,4 p.l. ogni 1000 abitanti. Modulo da 15-20 posti letto.
Assistenza medica	E' assicurata dai medici di medicina generale o dai pediatri di libera scelta o da altri medici dipendenti o convenzionati con l'SSN.
Responsabilità igienico-organizzativa e gestionale	Fa capo al distretto ed è gestita dal personale infermieristico.

Standard di personale	L'assistenza viene garantita sulle 24 ore dal personale infermieristico ed addetto all'assistenza, dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai medici di continuità assistenziale.
	La dotazione di personale deve rispettare i seguenti parametri minimi:
	- 1 coordinatore infermieristico;
	- 0,625 unità di personale di assistenza per ogni ospite, pari a:
	  - 1 infermiere ogni 8 ospiti;
	  - 1 OSS ogni 2 ospiti;
	- 1 fisioterapista/logopedista o altra figura professionale ogni 20 ospiti.

Pazienti	- Pazienti in dimissione dai reparti per acuti degli ospedali, per i quali è necessario:
	  - consolidare le condizioni fisiche;
	  - continuare il processo di recupero funzionale;
	  - accompagnare il paziente con fragilità individuale o sociale nella prima fase del post-ricovero.
	- Pazienti provenienti dal territorio per i quali il MMG richiede un ambiente protetto per attuare/proseguire le proprie terapie al fine di evitare o preparare il ricovero in struttura ospedaliera.
	- Pazienti che necessitano di interventi sanitari erogabili a domicilio, che non dispongono di un domicilio idoneo (strutturale e familiare).
	- Pazienti che necessitano di sorveglianza infermieristica continuativa.

Modalità di remunerazione	Il costo giornaliero ha un valore intermedio tra la lungodegenza ospedaliera e quello delle strutture Residenziali. Il costo può essere suddiviso in una quota sanitaria ed una alberghiera la quale può essere o meno a carico dell'utente.
Durata del ricovero	La degenza media prevedibile è di 15/20 giorni.
Accesso	L'accesso potrà avvenire dal domicilio o dalle strutture residenziali su proposta del medico di famiglia titolare della scelta, dai reparti ospedalieri o direttamente dal pronto soccorso. L'ingresso è regolato attraverso l'Unità di Valutazione Multidimensionale, attivata dal medico selettore cui partecipano Medico Curante, Caposala, Responsabile UVMD, infermiere delle Cure Primarie titolari del percorso Dimissioni Protette, Assistente Sociale del Comune di residenza del paziente, eventualmente la Famiglia. L'ingresso è subordinato alla compilazione: - della scheda di Valutazione Multidimensionale; - della scheda di sintesi delle problematiche rilevate, completa della descrizione del Progetto Assistenziale e della tempistica dello stesso (data d'ingresso, durata prevista del ricovero, rientro previsto al domicilio); - del piano di assistenza personalizzato (PAI) che prevede il successivo rientro a domicilio o la collocazione in altra struttura.
Lavoro multidisciplinare e multidimensionale	Presso la struttura vengono usati sistematicamente strumenti di valutazione multidimensionale. Per tutti i pazienti la definizione del PAI, la sua rivalutazione e la gestione clinica e assistenziale sono gestiti dalla struttura e prevedono un approccio multidimensionale e multidisciplinare.
Esplicitazione dei risultati attesi	Alla dimissione viene nuovamente compilata la scheda di Valutazione Multidimensionale per valutare il raggiungimento degli obiettivi indicati in ingresso (dalla UVMD).
Sede fisica	Allocata presso presidi ospedalieri riconvertiti e/o presso strutture residenziali.

Tabella 1 – L'Istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (USCA) nelle regioni

Stavolta le regioni sono state veloci, rispetto ai tempi soliti per gli adempimenti richiesti da norme nazionali. La maggioranza delle regioni riesce sorprendentemente a deliberare le USCA entro i tempi stretti indicati dalla legge nazionale (20 marzo). Ma stavolta occorreva essere velocissimi. Ogni giorno conta per attivare un sistema di assistenza e di sorveglianza territoriale. I ritardi ingiustificabili si sono invece registrati dopo: soprattutto dopo con i tempi degli avvisi, con la volontarietà delle adesioni che non sempre ha permesso la copertura tempestiva di tutti i territori, con la mancanza dei DPI per le USCA che ne ha impedito la tempestiva partenza, con l'assenza in qualche caso dei mezzi di trasporto ad essi dedicati. In generale le USCA sono arrivate tardi quando già cominciava a ridursi la pressione presso gli ospedali.

Le funzioni

Le USCA si occupano della gestione domiciliare dei pazienti affetti/sospetti/sintomatici/paucisintomatici/in isolamento a causa del Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, con due obiettivi principali: rendere possibile ai pazienti Covid-19 di godere della necessaria assistenza specifica extraospedaliera presso il domicilio, e alleggerire la domanda e il ricorso al ricovero ospedaliero. Ma non vi è dubbio che un altro degli scopi è quello di alleggerire dall'impegno relativo ai pazienti Covid-19 dei medici di medicina generale.

Spesso, ma non sempre, l'USCA garantisce: 1) l'esecuzione dei tamponi a domicilio; 2) l'utilizzo di strumenti innovativi per il monitoraggio dei casi sospetti in isolamento, dei pazienti sintomatici con indici respiratori non critici e dei soggetti dimessi dalle strutture ospedaliere.

La Regione Emilia-Romagna, a scopo esemplificativo, ha prodotto una utile tabella con le indicazioni dei percorsi e dei referenti per i pazienti Covid-19 affidati all'assistenza territoriale che si riporta nella successiva tabella 2.

Regione	Totale decessi	Decessi Covid-19 positivi	Decessi con sintomi simil-influenzali	Decessi Covid-19 + sintomi	% deceduti Covid-19 + sintomi sul totale	Tasso di mortalità* Covid-19 + sintomi. %
Lombardia	3.045	166	1.459	1.625	53,4	6,7
Emilia-Rom.	520	58	242	300	57,7	4,0
Veneto	1.093	38	188	226	20,7	1,3
Piemonte	684	18	154	172	25,1	1,9
Marche	33	2	7	9	27,3	1,7
Toscana	465	24	135	159	34,2	2,1
Campania	33	1	7	8	24,2	1,5
Liguria	82	13	10	23	28,0	1,9
Lazio	147	1	25	26	17.7	0,6
Friuli V.G.	174	6	33	39	22,4	1,3
Sicilia	73	0	11	11	15,1	1,0
Puglia	89	0	2	2	2,2	0,1
Trento	99	33	45	78	78,8	6,9
Bolzano	28	3	10	13	46,4	3,1
Abruzzo	47	1	0	1	2,1	0,2
Umbria	30	0	12	12	40,0	1,8
Sardegna	65	0	17	17	26,2	3,0
Molise	24	0	2	2	8,3	0,9
Calabria	42	0	1	1	2,4	0,1
TOTALE	**6.773**	**364**	**2.360**	**2.724**	**40,2**	**3,3**

Note: *Tasso di mortalità espresso per 100 residenti nelle strutture.

Fonte: ISS (2020)

Tabella 2 - Regione Emilia-Romagna. Percorso dei pazienti affidati all'assistenza territoriale

Composizione

Nelle Marche, ogni USCA è costituita, preferibilmente da tre operatori (due Medici e un Infermiere), ma obbligatoriamente almeno da due operatori (due Medici oppure un Medico ed un Infermiere), per permettere alla Unità di mantenere un adeguato livello di sicurezza (vestizione/svestizione, utilizzo DPI, ecc.) per accedere alla domicilio del paziente Covid positivo e/o sintomatico.

Nella maggior parte delle altre regioni (Emilia-Romagna, Toscana, Veneto) le indicazioni sono più generiche. In genere, si dice, viene previsto un numero di medici proporzionale al bisogno.

Il Veneto, invece di una USCA ogni 50.000 abitanti, ha previsto delle sub-dimensioni ogni 8.500 abitanti per favorire un rapporto più stretto con i MMG e le loro articolazioni.

Uno dei forti limiti dell'iniziativa è dato dalla esigua retribuzione garantita fissata in 40 euro per ogni ora di attività svolta.

Il panorama regionale è abbastanza differenziato ma ad aderire sono soprattutto i medici di continuità assistenziale (medici di guardia medica) ed altri medici che stanno spesso completando il loro percorso formativo.
La regione Marche ha previsto la figura di un MMG coordinatore referente delle USCA con il compito di collegare le richieste dei MMG/PLS e i dipartimenti di prevenzione, curandone il trasferimento alla USCA e la facilitazione delle attività domiciliari

delle medesime.

La formazione

Molte regioni hanno ovviamente previsto dei corsi di formazione intensivo per il personale delle USCA. Così sino espresse l'Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Veneto. Gli argomenti sono: 1) Modalità di infezione da Covid-19; 2) Mezzi di prevenzione; 3) Mezzi di protezione; 4) Uso dei dispositivi di protezione individuale da utilizzarsi nel contatti con i soggetti malati e loro successiva gestione fino allo smaltimento.

Le altre attività previste dalla circolare del 25/3/2020

Il **Veneto** ha deliberato una strategia per la sorveglianza a domicilio dei pazienti Covid-19. L'attuale strategia operativa sul territorio prevede che il soggetto con diagnosi di Covid-19 (saggio diagnostico positivo) venga posto in isolamento domiciliare fiduciario con tutto il proprio nucleo famigliare, si procede alla ricerca dei contatti (contact tracing) sia contatti stretti, sia contatti sociali ed occasionali. Tutti i contatti vengono posti in isolamento fiduciario domiciliare e/o in quarantena. Per tutti i soggetti in "isolamento domiciliare fiduciario" è prevista la Sorveglianza Attiva con contatto telefonico giornaliero per valutare lo stato di salute del soggetto.

Sorveglianza Attiva rivolta ai soggetti "asintomatici:

- Sorveglianza Attiva rivolta ai soggetti "asintomatici" passerà gradualmente ed in parte dall'attività dei Servizi Igiene e Sanità Pubblica (SISP) al Servizio di Telesoccorso che si occuperà di chiamare giornalmente tutti i soggetti asintomatici, con l'utilizzo di strumenti operativi forniti dal SISP (Servizio Igiene e Sanità Pubblica). Nel momento in cui viene rilevato che un soggetto presenta sintomi, questo deve essere segnalato al SISP di riferimento per l'attivazione delle azioni conseguenti.
- La Sorveglianza Attiva verso gli asintomatici può essere condotta anche tramite "APP" già attiva con altre finalità, di proprietà intellettuale regionale e già in uso ai nostri cittadini, che potrebbe essere facilmente integrata con le funzionalità per "l'auto monitoraggio" dei pazienti in isolamento domiciliare fiduciario.

Sorveglianza Attiva rivolta ai soggetti "sintomatici":
Per tutti i soggetti "sintomatici", segnalati da parte del SISP o che si rivolgono telefonicamente direttamente al MMG o PLS di riferimento, questi ultimi per la gestione del caso si potranno avvalere delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziale). Questo comporterà la valutazione a domicilio del paziente per l'eventuale effettuazione del saggio diagnostico e valutazione dell'applicazione di protocolli terapeutici sperimentali per evitare il peggioramento delle condizioni cliniche del paziente stesso.

La **Lombardia** ha previsto il mantenimento per tutto il 2020 di un sistema di sorveglianza sindromica affidato ai MMG le cui funzioni, in parte si sovrappongono a quelle delle USCA. La Lombardia ha però previsto l'ADI COVID per i pazienti Covid positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità, ed il monitoraggio domiciliare della saturazione d'ossigeno per i pazienti con sintomatologia ILI e SARI, che potrebbe essere dovuta a un'infezione da coronavirus che potrebbe non giustificare il ricovero in ospedale, in assenza di condizioni importanti di comorbilità. In tale eventualità viene raccomandato isolamento domiciliare e attivato, tramite MMG, un servizio di monitoraggio domiciliare della saturazione di ossigeno. Al paziente sono fornite: istruzioni comportamentali, un pulsossimetro con le relative istruzioni d'uso e il contatto di riferimento per restituire l'esito delle misurazioni e comunicare lo stato delle condizioni cliniche.

Al di là di queste ed altre iniziative (il sistema di sorveglianza dell'Emilia-Romagna, l'albergo sanitario previsto dalla Toscana e dalle Marche, ecc.) occorre rilevare che le altre iniziative previste dalla circolare del Ministero della Salute (oltre

all'USCA) sono decisamente più trascurate. Solo alcune regioni si misurano con gli altri temi e qualche volta in modo parziale.

Conclusioni

Il Covid-19 richiede risposte sanitarie differenziate in relazione alle diverse tipologie di pazienti coinvolti dal virus. I pazienti asintomatici, i pazienti sintomatici precoci e non gravi e i pazienti sintomatici gravi hanno necessità assistenziali diverse che coinvolgono tutte e tre le grandi aree di intervento sanitario – prevenzione, territorio, ospedali – in un'ottica di filiera assistenziale integrata e dedicata.

Se la risposta è solo ospedaliera, come in gran parte è accaduto, si mette in fortissima crisi l'ospedale, non si creano le condizioni per la riduzione del contagio e si ha una posizione attendista di chi è positivo e non si è ancora aggravato. Con tutto quello che ciò significa.

Gli indirizzi nazionali e regionali sul potenziamento dell'assistenza territoriale sono stati tardivi ed ancora oggi sono incompleti, pur con lodevoli eccezioni regionali.

Il contrasto del Covid-19 può essere efficace solo se utilizziamo tutte e tre le leve sanitarie che abbiamo a disposizione. Non solo l'ospedale. Le altre aree di intervento, che sinora sono state trascurate, vanno attivate totalmente e potenziate. Quello che occorre oggi è:

1. la realizzazione di un potente sistema di sorveglianza delle infezioni sul territorio potenziando i dipartimenti di prevenzione (individuare i casi con la sorveglianza, confermarli con il test, individuare i contatti, testarli e isolarli);
2. garantire l'assistenza territoriale dei casi Covid-19, senza attendismo, sin dal loro primo manifestarsi, senza attendere il loro aggravarsi in attesa dell'unica risposta ospedaliera.

Foto di leo2014 da Pixabay

BIBLIOGRAFIA

Banchieri G., Vannucci A. (2020), *Dalla pandemia Covid-19 nuovi modelli di assistenza, di appropriatezza e di accreditamento*, Quotidiano Sanità, 16 aprile.
D'Argenio P. (2020), *Potenziare i servizi territoriali per preparare l'isolamento selettivo*, Sos Sanità, 6 aprile.
Decreto Legge 9 marzo 2020, n. 14: Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.
Fassari L. (2020), *Coronavirus. Le Unità speciali di continuità assistenziale sono attive solo in 12 Regioni. A loro il compito di assistere i positivi a casa*, Quotidiano Sanità, 12 aprile.
Jorio E. (2020), *Coronavirus. La sfida delle Unità speciali di continuità assistenziale*, Quotidiano Sanità, 24 marzo.
Ministero della Salute, Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali per Covid-19.

Regione Lombardia, DGR XI/2986/ del 2373/2020, "Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da covid-19 – area territoriale".

Regione Marche, D.G.R. 384 del 27/2/2020, “Emergenza COVID-19 – Decreto legge n. 14/2020 (Art. 8) O NC e DGR n. 347 del 16/03/2020 Unità speciali di continuità assistenziale Linee di indirizzo e di Prot. Segr. uniforme attuazione”.