

COVID-19, VADEMECUM CLINICO, PRATICA AMBULATORIALE E CAMPAGNA VACCINALE 2020-2021

Fimmg Lazio

A cura di Maria Corongiu (2020)

INTRODUZIONE

La pandemia di COVID-19 ha ormai colpito tutto il mondo, il 30 gennaio 2020 l'OMS ha definito l'epidemia da COVID-19 come un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale e l'11 marzo 2020 l'epidemia da COVID-19 è stata valutata come pandemia. È una situazione molto dinamica e con quadri clinici molto variabili. Talvolta il decorso della malattia è severo e fatale come testimoniato dall'alto numero di decessi in Italia.¹

Il rischio permane molto elevato per i pazienti più fragili, particolarmente gli anziani e fra questi soprattutto coloro che risiedono in case di riposo e/o RSA. La probabilità di malattie gravi aumenta con l'età e le patologie croniche esistenti. Dai dati italiani il rischio varia da regione a regione e di ciò si deve tener conto nella fase di transizione, la capacità di tenuta del sistema sanitario dipenderà in larga parte dalla diffusione regionale dell'infezione, dalle contromisure avviate, quali l'isolamento e il distanziamento fisico, e dalla potenzialità del sistema sanitario regionale di trovare sinergie relazionali tra ospedale e territorio, aspetto questo ultimo drammaticamente evidenziato in negativo in alcune regioni italiane e che ha contribuito alla deflagrazione dei casi.

Il fatto che il numero di casi attuali sia in crescita dopo le vacanze estive indica come il rilassamento delle misure di contenimento sanitario potrebbe essere pericoloso per la recrudescenza dell'epidemia. Dal momento che non esiste allo stato attuale un trattamento specifico o un vaccino è ancora più stringente continuare ad applicare le misure di contenimento sia pure in un contesto di riapertura delle attività che inevitabilmente porterà all'emergere di nuovi casi. L'abilità del SSR si valuterà proprio dall'identificare in modo precoce l'emergere di nuovi focolai e dalla loro veloce circoscrizione per evitare una ripresa di trasmissione sostenuta nella popolazione generale. La considerazione che i pazienti possono permanere positivi anche per più di 50 giorni e che con l'allentamento delle restrizioni, aumentando i contatti, sia per lavoro che per relazioni sociali, anche i contagi siano destinati ad aumentare impone che debbano essere ampliate le strategie di comunicazione nei confronti della popolazione atte a motivare un comportamento responsabile tramite la conoscenza basata sulle evidenze scientifiche.

¹ https://www.istat.it/it/files//2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf

L'ECDC pubblica regolarmente gli aggiornamenti necessari in una situazione così dinamica per una valutazione del rischio² fornendo obiettivi che sono:

- **Obiettivi di sanità pubblica**
 - Ridurre la morbilità, le malattie gravi e la mortalità nella popolazione attraverso contromisure proporzionali non mediche, con particolare attenzione alla protezione di gruppi vulnerabili (ad alto rischio), fino a quando non saranno disponibili vaccini, trattamenti e medicinali efficaci.
 - Limitare e controllare la circolazione e la trasmissione dei virus nella popolazione generale ora (appiattendolo la curva) e per gli anni a venire per mantenere il numero di nuove infezioni SARS-CoV-2 a livelli gestibili per il sistema sanitario, e forse consentire l'acquisizione graduale di immunità della popolazione.
- **Una solida strategia di sorveglianza** basata su test avanzati, che monitora l'intensità e la diffusione geografica, rileva focolai nosocomiali, identifica e monitora i cambiamenti nelle fasce di rischio, fornisce informazioni sulla popolazione specifica per età, immunità, misura l'impatto sui sistemi sanitari, monitora i cambiamenti virali e misura l'impatto delle misure di mitigazione e di distanziamento fisico (e dei relativi adeguamenti) attraverso appropriati indicatori e criteri epidemiologici.
- **Una capacità di sperimentazione estesa e con metodologie armonizzate** ai fini della sorveglianza epidemiologica, diagnosi precoce e isolamento dei casi, gestione clinica, tracciabilità dei contatti, protezione dei gruppi a rischio, valutazione dell'immunità della popolazione, strategie di ritorno al lavoro. Ciò include l'allineamento delle metodologie di test, lo sviluppo e il potenziamento della capacità diagnostica COVID-19 sostenuta, la creazione di schemi di test adeguati, la validazione e l'implementazione dei test sierologici.
- **Un framework per la tracciabilità dei contatti**, basato su test approfonditi, individuazione attiva dei casi, individuazione precoce dei casi, isolamento dei casi, quarantena e follow-up dei contatti, eventualmente supportato da strumenti e applicazioni elettronici.
- **Capacità di assistenza sanitaria sufficiente**, compresa la capacità generale recuperata (non correlata a COVID-19) e letti ospedalieri e di terapia intensiva (ICU) sufficienti. Il monitoraggio e la stima del fabbisogno di risorse è fondamentale per garantire che i sistemi sanitari abbiano la capacità di rispondere a una nuova ondata di casi. La priorità dovrebbe essere data per sviluppare le capacità relative alle apparecchiature mediche, di laboratorio e di tracciamento dei contatti nonché alle risorse umane.
- **Una forte strategia di comunicazione del rischio** per informare e coinvolgere il pubblico e i gruppi vulnerabili, spiegando la logica alla base dell'eliminazione graduale delle politiche di "soggiorno a casa" e dell'adeguamento delle misure comunitarie.

Recependo queste indicazioni il ministro della Salute, **Roberto Speranza**, ha firmato in data 30 aprile 2020³ il decreto con cui vengono definiti i criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario nell'attuale contesto evolutivo pandemico.

² <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic-ninth-update>

In particolare il Decreto cita che “sulla base delle stime dell’ECDC, per garantire in modo ottimale questa attività essenziale dovrebbero essere messe a disposizione nelle diverse articolazioni locali non meno di 1 persona ogni 10.000 abitanti includendo le attività di indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, il monitoraggio dei quarantenati, l’esecuzione dei tamponi, preferibilmente da eseguirsi in strutture centralizzate (drive in o simili), il raccordo con l’assistenza primaria, il tempestivo inserimento dei dati nei diversi sistemi informativi.”

PRESENTAZIONE COVID-19

Il presente documento, per forza di cose dinamico e implementabile via via che si sviluppano le conoscenze, ha lo scopo di sostenere il Medico di Medicina Generale nella sua attività di cura e prevenzione del COVID-19, nell’ambito della popolazione residente non ricoverata in ambito ospedaliero e che necessita di isolamento domiciliare fiduciario.

SINTOMI:

Febbre (dall'83 al 98%.) temperatura mediana = 37,5-38,3 ° C), tosse (da 59 a 82 %) di solito secca, dispnea (dal 31 al 55%), mialgia (dall'11 al 44%), confusione (9%), mal di testa (dal 6 al 13%), mal di gola (dal 5 al 17%), rinorrea (4%) , dolore toracico (2%), diarrea (dal 3 al 10%), nausea, vomito (dall'1 al 13%).

altri segni clinici potrebbero suscitare il sospetto diagnostico:

Sintomi oculari⁴ quali prurito, sensazione di corpo estraneo, lacrimazione, arrossamento, secchezza oculare, secrezioni oculari. I sintomi oculari possono essere presenti da uno a sette giorni prima dell'inizio della febbre o dei sintomi respiratori.

Prurito faringeo

Anosmia (**non prescrivere corticosteroidi per via locale o generale** per evitare la diffusione del virus).

Ageusia

Nausea

Senso di costrizione toracica, miocarditi

Sono state segnalate espressioni dermatologiche quali eruzioni cutanee e *livedo reticularis*⁵

³

<http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73963&parte=1%20&serie=null>

⁴ [Nan Hong](#) et al

DIAGNOSI DIFFERENZIALE infezioni respiratorie (OMS)

Symptoms	Coronavirus <small>Symptoms range from mild to severe</small>	Cold <small>Gradual onset of symptoms</small>	Flu <small>Abrupt onset of symptoms</small>
 Fever	Common	Rare	Common
 Fatigue	Sometimes	Sometimes	Common
 Cough	Common* (usually dry)	Mild	Common* (usually dry)
 Sneezing	No	Common	No
 Aches and pains	Sometimes	Common	Common
 Runny or stuffy nose	Rare	Common	Sometimes
 Sore throat	Sometimes	Common	Sometimes
 Diarrhea	Rare	No	Sometimes for children
 Headaches	Sometimes	Rare	Common
 Shortness of breath	Sometimes	No	No

Sources: World Health Organization, Centers for Disease Control and Prevention

GRAVITÀ

Forme gravi = 14% (dispnea, frequenza respiratoria ≥ 30 / min, SaO₂ $\leq 93\%$, infiltrato polmonare $> 50\%$ in 24-48 ore)
Forme critiche = 5% (sindrome da distress respiratorio, shock settico e / o insufficienza multiorgano)

⁵ [https://www.jaad.org/article/S0190-9622\(20\)30558-2/pdf](https://www.jaad.org/article/S0190-9622(20)30558-2/pdf)

TRASMISSIONE

Trasmissione per inalazione di goccioline dopo starnuti o tosse.

Superfici contaminate: sopravvivenza da 3 ore (superfici inerti asciutte) a 6 giorni (ambiente umido).

Trasmissione fecale non documentata. Virus presenti nelle feci anche dopo la scomparsa dei sintomi.

Trasmissione da parte di persone asintomatiche

Si stima che i soggetti asintomatici sarebbero l'86%.

Le trasmissioni asintomatiche e presintomatiche svolgono un ruolo importante nel processo di infezione SARS-CoV-2. Ciò può essere visto anche dal fatto che la più alta infettività, il 44% della trasmissione, potrebbe verificarsi il giorno prima dell'inizio dei sintomi⁶,

Gandhi et al riportano che: "Le persone asintomatiche svolgono un ruolo importante in la trasmissione di SARS-CoV-2. Lo studio di Arons et al. ha evidenziato come in un focolaio di Covid-19 in una struttura per anziani nello Stato di Washington tra 76 residenti 48 (63%) hanno avuto risultati positivi per rRT-PCR, con 27 (56%) essenzialmente asintomatici, sebbene i sintomi si siano successivamente sviluppati in 24 di questi residenti (entro una mediana di 4 giorni) e sono stati riclassificati come presintomatici. Le cariche virali quantitative di SARS-CoV-2 erano analogamente elevate nei quattro gruppi di sintomi (residenti con sintomi tipici, quelli con sintomi atipici, quelli che erano presintomatici e quelli che erano rimasti asintomatici). È da notare che 17 campioni su 24 (71%) di persone presintomatiche presentavano virus vitale in coltura da 1 a 6 giorni prima dello sviluppo dei sintomi. La trasmissione asintomatica di SARS-CoV-2 è il tallone d'Achille del controllo pandemico di Covid-19 attraverso le strategie di salute pubblica attuali. La chiara evidenza della trasmissione di SARS-CoV-2 da persone asintomatiche⁵ e l'eventuale necessità di allentare le attuali pratiche di distanziamento sociale sostengono l'ampliamento della SARS-CoV-2 test per includere persone asintomatiche in contesti prioritari. Questi fattori supportano anche l'utilità per il grande pubblico di indossare maschere per il viso in spazi affollati all'aperto o al coperto. Questa pandemia senza precedenti richiede misure senza precedenti per raggiungere la sua sconfitta finale."⁷

In uno studio sulla popolazione di Vo', un piccolo comune vicino a Padova, una grande parte della popolazione è stata intervistata e testata a intervalli relativamente brevi durante la situazione di zona rossa. Il risultato è stato che il 43,2% delle infezioni SARS-CoV-2 confermate in laboratorio erano asintomatiche⁸

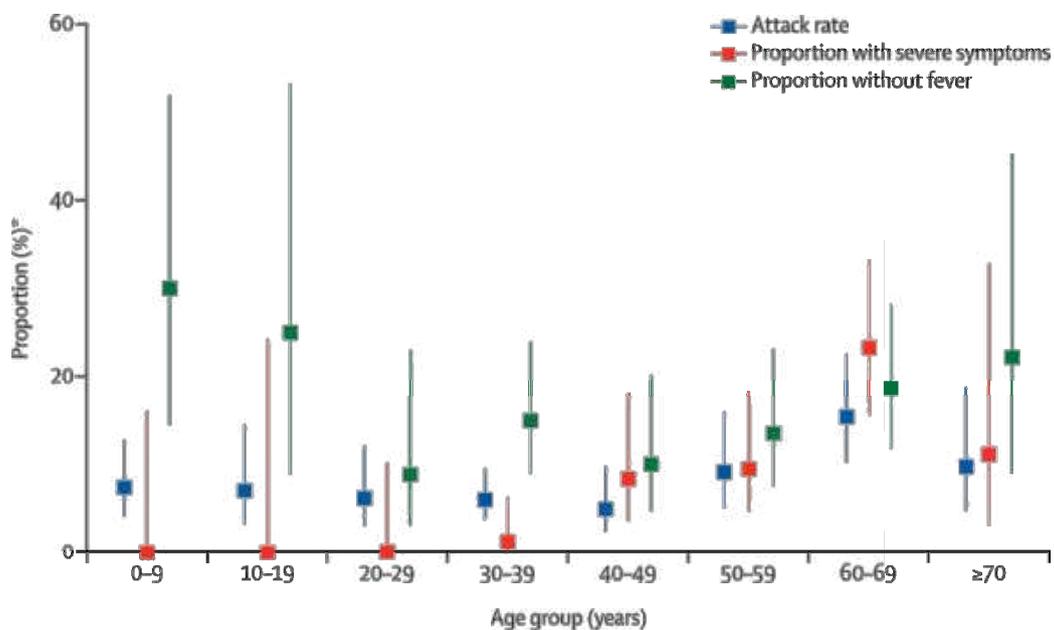
Inoltre Lancet ha pubblicato uno studio di Qifang Bi⁹ et al. che oltre a mostrare che l'isolamento e il tracciamento di contatto riducono i casi infettivi in comunità, riducendo così la R . ha evidenziato come i bambini hanno un rischio simile di infezione rispetto alla popolazione generale, sebbene meno probabilità di avere sintomi gravi; quindi dovrebbero essere considerati nelle analisi di trasmissione e controllo.

⁶ Xi He et al, <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.15.20036707v2>

⁷ <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMe2009758>

⁸ Lavezzo et al, <https://doi.org/10.1101/2020.04.17.20053157>

⁹ [https://doi.org/10.1016/S1473-3099\(20\)30287-5](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(20)30287-5)



<https://t.co/1vRfa2pjis?amp=1>

EVOLUZIONE NATURALE

<p>Incubazione da 4,9 giorni a 6,4 giorni.</p> <p>Tempo mediano di guarigione clinica:</p> <p>Due settimane per le forme lievi Da 3 a 6 settimane per le forme gravi</p> <p>Sindrome da distress respiratorio:</p> <p>Si verifica nel 17,6-29% dei casi. Tempo di occorrenza = 9-10 giorni</p>	<p>Da segnalare :</p> <p>un recente allarme sia in Gran Bretagna¹⁰ che in Italia¹¹ riguardante casi nei bambini che hanno in comune caratteristiche sovrapposte di sindrome da shock tossico e malattia atipica di Kawasaki con parametri ematici coerenti con grave COVID-19. Attualmente la malattia sembra configurarsi come una Sindrome da Infiammazione Multisistemica (Mis-C) secondo uno studio dell'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù e dell'Istituto Karolinska di Stoccolma.¹²</p>
---	---

¹⁰ <https://www.hsj.co.uk/acute-care/exclusive-national-alert-as-coronavirus-related-condition-may-be-emerging-in-children/7027496.article>

¹¹ <https://www.open.online/2020/04/28/infiammazioni-che-colpiscono-i-bambini-la-lettera-dei-pediatri-italiani-attenzione-malattie-forse-legate-al-coronavirus/>

¹² [https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674\(20\)31157-0](https://www.cell.com/cell/fulltext/S0092-8674(20)31157-0)

DECESSO 8-10 GIORNI¹³ Forme complicate

Peggioramento intorno al 7-9 ° giorno con coinvolgimento parenchimale, sepsi, infezioni batteriche o fungine.

Clinicamente: dispnea e difficoltà respiratoria

TC: polmonite a vetro smerigliato, unilaterale sul lobo inferiore destro, quindi bilaterale.

Comorbidità: (ipertensione, patologia cardiovascolare, diabete, malattia cerebrovascolare, obesità¹⁴).

Clinica: dispnea, anoressia, dolore faringeo, vertigini, dolore addominale.

Prestare particolare attenzione ai segni delle basse vie respiratorie: tosse, espettorato, dispnea, dolore toracico, respiro sibilante, segni auscultatori a focolo o diffusi.

(al contrario di segni respiratori alti = segni di rinite, faringite, angina, sinusite, otite).

Laboratorio: possono risultare elevati i parametri di Di dimero, come espressione dell'interessamento vascolare, LDH e transaminasi come segni di necrosi tissutale, leucociti più alti, polinucleosi neutrofila e linfopenia più pronunciata sono prognostici di peggioramento progressivo.

Tabella 2. Patologie preesistenti osservate più frequentemente

Patologie	Donne		Uomini		Totale	
	N.	%	N.	%	N.	%
Cardiopatía ischemica	164	21,5	498	31,4	662	28,2
Fibrillazione atriale	179	23,4	339	21,4	518	22,0
Scompenso cardiaco	150	19,0	236	14,6	386	16,4
Ictus	85	11,1	170	10,7	255	10,8
Ipertensione arteriosa	551	72,1	1076	67,8	1627	69,2
Diabete mellito-Tipo 2	240	31,4	507	31,9	747	31,8
Demenza	166	21,7	191	12,0	357	15,2
BPCO	97	12,7	301	19,0	398	16,9
Cancro attivo negli ultimi 5 anni	119	15,6	264	16,6	383	16,3
Epatopatia cronica	19	2,5	75	4,7	94	4,0
Insufficienza renale cronica	143	18,7	351	22,1	494	21,0
Dialisi	14	1,8	32	2,0	46	2,0
Insufficienza respiratoria	35	4,6	84	5,3	119	5,1
HIV	0	0,0	6	0,4	6	0,3
Malattie autoimmuni	49	6,4	40	2,5	89	3,8
Obesità	97	12,7	175	11,0	272	11,6
Numero di patologie	N.	%	N.	%	N.	%
0 patologie	18	2,4	72	4,5	90	3,8
1 patologia	104	13,6	236	14,9	340	14,5
2 patologie	166	21,7	338	21,3	504	21,4
3 o più patologie	476	62,3	941	59,3	1417	60,3

¹³ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_23_aprile.pdf

¹⁴ Zheng, Kenneth I and al China Obesity as a risk factor for greater severity of COVID-19 in patients with metabolic associated fatty liver disease <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0026049520301086> **BMI > 25 was related to more severe COVID 19.**

TERAPIA

Trattamenti specifici: nessun dato di efficacia e sicurezza dagli studi clinici.

<https://www.aifa.gov.it/aggiornamento-sui-farmaci-utilizzabili-per-il-trattamento-della-malattia-covid19>

Schede informative sui farmaci utilizzati per emergenza COVID-19 e relative modalità di prescrizione

PDF [Eparine a basso peso molecolare nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 \[0.24 Mb\]](#) >

PDF [Aзитromicina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 \[0.13 Mb\]](#) >

PDF [Darunavir/cobicistat nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 \[0.22 Mb\]](#) >

PDF [Idrossiclorochina nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 \[0.25 Mb\]](#) >

PDF [Lopinavir/ritonavir nella terapia dei pazienti adulti con COVID-19 \[0.26 Mb\]](#) >

TERAPIA DI SUPPORTO

- In caso di febbre: uso di antipiretici, paracetamolo, secondo buona pratica clinica, l'uso dei FANS è controverso.
- Reidratazione preferibilmente per via orale, in considerazione delle condizioni generali e delle patologie in atto.
- Considerare uso di terapia antibiotica ad ampio spettro; la terapia andrà pesata in base al quadro clinico del paziente, alle comorbidity ed alle possibili interazioni farmacologiche (nella maggior parte dei casi andrà istituita una terapia empirica come per trattamento della polmonite comunitaria).
- Il paziente adulto affetto da polmonite lieve non necessita di O₂ terapia, che deve essere garantita qualora si dovesse verificare un deterioramento delle condizioni cliniche.

Aerosol

Evitare gli aerosol

Il paziente in terapia con ACE-inibitore

SARS-CoV-2 utilizza l'enzima di conversione dell'angiotensina (ACE) di tipo 2 come recettore cellulare. Raccomandazioni europee consigliano di mantenere i trattamenti con ACE-inibitori o antagonisti del recettore dell'angiotensina 2

Corticosteroidi e altri immunosoppressori

Non interrompere il trattamento, se non diversamente indicato.

GUARIGIONE

NB. può persistere tosse secca e stizzosa.

Popolazione generale:

Almeno 8 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi E almeno tre giorni dopo la scomparsa della febbre
E almeno tre giorni dopo la scomparsa della dispnea. Per altri 7 giorni, evitare uno stretto contatto con persone fragili.

Immunodepressi:

Almeno 10 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi E almeno tre giorni dopo la scomparsa della febbre
E almeno tre giorni dopo la scomparsa della dispnea. Isolamento per altri 14 giorni, indossando la maschera chirurgica quando si riprendono le attività professionali.

ORGANIZZAZIONE STUDIO

L'assistenza ambulatoriale nella fase 2 di allentamento delle restrizioni deve essere organizzata dai MMG in base alle raccomandazioni seguenti e secondo quanto già previsto dalle Linee regionali di indirizzo del 28 02 2020¹⁵

SALA D'ATTESA:

Contingentare gli accessi in studio tramite appuntamenti in modo che in sala d'attesa non vi siano più di una-due persone per volta osservando il distanziamento > 1 m con altri pazienti.

- ✓ **Eeguire sempre il triage telefonico.**
- ✓ **In caso di sintomi suggestivi** di Covid-19, il medico deve essere contattato telefonicamente tranne in caso di gravità in cui rimarrà la raccomandazione di chiamare il 112-118.
- ✓ Si raccomanda di offrire **teleconsulto**, quando possibile, utilizzando la APP LazioDrCOVID, anche per i pazienti cronici.
- ✓ **Garantire consultazioni su appuntamento** o organizzando ambulatorio dedicato ai pazienti senza sintomi respiratori e senza apparenti condizioni di rischio, (NON ESSERE CONVIVENTE DI PAZIENTE POSITIVO, NON ESSERE OPERATORE SANITARIO, NON ESSERE VISITATORE DI RSA O CASE DI CURA)
- ✓ i Medici di Medicina Generale, i Pediatri di Libera Scelta e i Medici di Continuità Assistenziale garantiscono l'assistenza all'utenza **privilegiando, per ragioni di sanità pubblica, la permanenza degli assistiti a domicilio, anche attraverso strumenti e tecnologie di teleconsulto e tele monitoraggio.**¹⁶
- ✓ Dotarsi di **termo scanner**.

¹⁵ http://fimmgroma.org/images/stories/documenti/Allegato_01_Linee_Indirizzo_Revisione_1.1.pdf

(Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani territoriali di preparazione e risposta all'emergenza COVID-19)

¹⁶ http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/wp-content/uploads/sites/72/Ordinanza_Z00003_06_03_2020.pdf

QUANDO IL PAZIENTE È PRESENTE IN STUDIO:

- ✓ Lavare con acqua e sapone o una soluzione a base alcolica le superfici dopo ogni passaggio di pazienti e lavare le mani o disinfettarle dopo la manipolazione di oggetti appartenenti al paziente (tessera sanitaria, documenti, evitare di toccare telefoni), disinfettare le maniglie delle porte.
- ✓ Ventilare e pulire regolarmente gli ambienti il più possibile, in modo particolare i servizi igienici devono essere sanificati dopo ogni uso.
- ✓ Disinfettare le superfici da 2 a 3 volte al giorno con ipoclorito di sodio (0.1%-0,5%), etanolo (73-74%) o perossido di idrogeno (0.5%), dopo pulizia con un detergente neutro.
- ✓ Rimuovere tutti gli oggetti non necessari (libri, riviste e giornali, vasi, tavolini, giochi per bambini, etc)
- ✓ Limitare il numero di accompagnatori, solo se necessario, a 1 persona.
- ✓ Alla fine della visita disinfettare gli strumenti adoperati.
- ✓ Rispetto di una distanza di almeno 1 metro e utilizzo di dispositivi di protezione per il personale di studio (possibilmente protezione con plexiglass).¹⁷
- ✓ A tal proposito il BMJ ha pubblicato **una tabella** che stima le variabili del rischio di **trasmissione** di SARS-CoV-2 da persone asintomatiche in contesti diversi e per diversi tempi di esposizione, ventilazione, livelli di affollamento e uso della mascherina. In verde a sinistra le attività a basso rischio quando effettuate all'aperto o in silenzio e con l'uso della mascherina, a destra in rosso le attività a maggior rischio, quali cantare in luogo chiuso e non ventilato. Incrociando i fattori della **Trasmissione aerea, del tempo di esposizione, del numero di individui presenti, e del tipo di ventilazione dell'ambiente se ne deduce il rischio.**

**E' auspicabile la TOTALE DE MATERIALIZZAZIONE DELLE PRESCRIZIONI
comprese quelle dei farmaci in fascia C.**

¹⁷ <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3223> Two metres or one: what is the evidence for physical distancing in covid-

19? Distanza e rischio di trasmissione: Lo Scientific Advisory Group for Emergencies (SAGE) del Regno Unito stima che il rischio di trasmissione di SARS-CoV-2 a 1 m potrebbe essere 2-10 volte superiore a 2 m. Una revisione sistematica commissionata dall'Organizzazione mondiale della sanità ha tentato di analizzare misure di distanza in relazione alla trasmissione del coronavirus. È stato riportato che una distanza fisica <1 m comporta un rischio di trasmissione del 12,8%, rispetto al 2,6% a distanze ≥ 1 m, supportando regole di distanza fisica di 1 m o più. **Vedasi tabella**

Type and level of group activity	Low occupancy			High occupancy		
	Outdoors and well ventilated	Indoors and well ventilated	Poorly ventilated	Outdoors and well ventilated	Indoors and well ventilated	Poorly ventilated
Wearing face coverings, contact for short time						
Silent	Low	Low	Low	Low	Low	Medium
Speaking	Low	Low	Low	Low	Low	Medium
Shouting, singing	Low	Low	Medium	Medium	Medium	High
Wearing face coverings, contact for prolonged time						
Silent	Low	Low	Medium	Low	Medium	High
Speaking	Low	Medium*	Medium	Medium*	Medium	High
Shouting, singing	Low	Medium	High	Medium	High	High
No face coverings, contact for short time						
Silent	Low	Low	Medium	Medium	Medium	High
Speaking	Low	Medium	Medium	Medium	High	High
Shouting, singing	Medium	Medium	High	High	High	High
No face coverings, contact for prolonged time						
Silent	Low	Medium	High	Medium	High	High
Speaking	Medium	Medium	High	High	High	High
Shouting, singing	Medium	High	High	High	High	High

Risk of transmission
Low ■ Medium ■ High ■

* Borderline case that is highly dependent on quantitative definitions of distancing, number of individuals, and time of exposure

VISITE A DOMICILIO PER PAZIENTI CRONICI NON COVID

- Il medico chiama il paziente prima della visita, esegue il triage telefonico e chiede di preparare un posto pulito, possibilmente disinfettato, dove riporre il necessario. Per maggior sicurezza portare in borsa un telo di carta per potervi appoggiare le strumentazioni in modo sicuro. Usare le precauzioni standard e i dispositivi di sicurezza, (camice, mascherina e visiera, occhiali se confacenti al caso).
- L'apparecchiatura usata viene disinfettata dopo la visita.

ATTREZZATURA

Materiale utile:

- Maschere chirurgiche e maschere filtranti.
- Soluzioni idroalcoliche per disinfettare le mani
- Guanti monouso
- Visiera
- Occhiali protettivi (indicati in situazioni esposte a prodotti biologici)
- Camici monouso

- Grembiuli usa e getta, se necessario in caso di previsione di esposizione a prodotti biologici (precauzioni standard)
- Tuta, solo in caso di esposizione al rischio infettivo, per sicurezza predisporre almeno due per medico.
- Contenitori Rifiuti sanitari a rischio infettivo
- Termometro senza contatto
- Pulso ossimetro
- Diagnostica rapida di laboratorio se possibile.

MISURE DI PREVENZIONE PRIMARIA

Sorveglianza della Popolazione a rischio

- Età ≥ 65 anni
- Patologie cardiovascolari: ipertensione arteriosa, ictus, malattia coronarica, cardiocirurgia, Insufficienza cardiaca.
- Diabete mellito in particolare se insulino-dipendente complicato
- Patologia respiratoria cronica, BPCO, Enfisema,
- Insufficienza renale
- Cancro in trattamento
- Immunosoppressione
 - Farmaci
 - Infezione da HIV non controllata o con CDA <200 / mm³
 - Trapianto di organo solido o di cellule staminali ematopoietiche
- Malattie degli organi emopoietici
- Cirrosi
- Obesità BMI > 25
- Donne in gravidanza
- In considerazione dell'elevato numero di pazienti che nell'attuale contesto hanno manifestato destabilizzazione psicologica, quale insonnia, ansia, somatizzazione e attacchi di panico è consigliabile seguirli telefonicamente o tramite APP al fine di sorvegliare aderenza alla terapia ed eventuali crisi evolutive.

Occorre vincere le paure dei pazienti che diffidano delle strutture sanitarie, a tal fine è necessario sorvegliare telefonicamente l'aderenza alla terapia già in atto, continuare a trattare come di solito e monitorare anche via APP LazioDrCOVID.¹⁸

E' inoltre auspicabile una integrazione dei Servizi Specialisti con l'ausilio della stessa APP.

E' richiesto in tale fase un impegno maggiore delle Istituzioni a garanzia che vengano eseguiti i tamponi in tutti i soggetti esposti a rischio e ai MMG.

¹⁸ http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/wp-content/uploads/sites/72/Ordinanza_Z00009_2020.pdf..pdf

In considerazione della lunga coda epidemica durante la quale occorrerà prestare ancora più attenzione si ritiene indispensabile una accelerazione della sanità digitale utilizzando gli strumenti finora disponibili quali device, piattaforme informatiche e APP.

In particolare l'Istituto Superiore di Sanità ha individuato **quattro tipologie di persone che, dovendo restare in isolamento, necessitano di controlli sanitari nel luogo adibito a domicilio:**

- 1) **asintomatici** che sono venuti in contatto con caso COVID-19 positivo (quarantena fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso);
- 2) **paucisintomatici che sono venuti in contatto con caso COVID-19** positivo, con test COVID-19 negativo (isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso);
- 3) **paucisintomatici con test COVID-19 positivo** (isolamento fino a negativizzazione del test e scomparsa dei sintomi);
- 4) dimessi dall'ospedale clinicamente guariti, ancora COVID-19 positivi.

“Tuttavia, afferma l'ISS, i risultati assistenziali che sono possibili con la telemedicina, in tutte le sue differenti declinazioni pratiche, sia pure in condizioni non ottimali a causa dello stato emergenziale, sono più ampi e comprendono il controllo a distanza dei trattamenti medico-chirurgici in molteplici situazioni cliniche, quali pazienti affetti da patologie croniche o che richiedano trattamenti di lungo periodo, normalmente gestiti in parte o del tutto da servizi territoriali o da strutture residenziali (si pensi a mero titolo di esempio: diabete, patologie cardiovascolari croniche, BPCO, terapie del dolore, chemioterapie, patologie psichiatriche, disabilità), comprendendo anche le persone affette da malattie rare e condizioni di fragilità che richiedono costanti contatti con le strutture sanitarie e gli operatori sanitari di riferimento, oppure persone che necessitano di particolare assistenza e/o supporto non ospedalieri, ma non differibili (ad esempio: gestanti, puerpere, persone con problematiche psicologiche).”¹⁹

Tale obiettivo di setting domiciliare sarà comunque realizzabile solo in sinergia con gli altri servizi territoriali quali il SISP per l'inserimento nella APP LazioDrCOVID di pazienti positivi e i medici specialisti per la consulenza in telemedicina.

¹⁹ https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+12_2020+telemedicina.pdf/387420ca-0b5d-ab65-b60d-9fa426d2b2c7?t=1587107170414

PRATICA CLINICA

Sintomi di gravità che richiedono ospedalizzazione:

- Polipnea (frequenza respiratoria > 22/min)
- Ossimetria (SpO₂) < 91% in aria ambiente²⁰
- Pressione arteriosa sistolica < 90 mmHG
- Alterazione di coscienza, confusione, sonnolenza
- Disidratazione
- Alterazione brusca dello stato generale nel soggetto anziano

La seguente tabella NEWS, anche on line su

<https://www.mdcalc.com/national-early-warning-score-news#why-use>

e il calcolo per il rischio TEV forniscono indicazioni sulla valutazione clinica e successivo percorso:

Valutazione Score NEWS per la gestione a domicilio							
Parametro	Punteggio						
	3	2	1	0	1	2	3
SpO ₂	≤91	92-93	94-95	≥96			
Polso	≤40		41-50	51-90	91-110	111-130	≥131
Temperatura	≤35			36.1-36.8		≥39.1	
Pressione sistolica	≤ 90	91-100	101-110	111-219			≥220
OLT		SI		NO			
Frequenza Respiratoria	≤ 8		9-11	12-20		21-24	≥25
Stato di allerta	letargico	soporoso	Rallentato	Orientato	Ansioso		Stato confusionale

Per valori di score tra 3 e 5 il paziente deve essere inviato presso un centro Covid19

RISCHIO TEV :	NO SI	Eta>70 aa	Allettamento Non autonomia
Neoplasia attiva :	tev precedente	Trauma recente	IMA o Stroke
Obesità:	Infezione acuta o patologia reumatica	Data/ora:	trombofilia nota

²⁰ Il sistema e' sensibile a diversi fattori di disturbo:

- interferenze elettriche: allontanarsi dalle fonti.
- movimento, difficile da contrastare nei soggetti anziani, provare a bloccare la mano.
- luce esterna, coprire eventualmente con un panno scuro l'estremita' su cui e' applicato il sensore.
- scarsa perfusione, massaggiare l'estremita'.
- presenza di smalto

Valori compresi tra il 95 e il 90% indicano una parziale assenza dell'ossigeno (lieve ipossia), mentre valori al di sotto del 90% indicano una severa deficienza di ossigeno (grave ipossia).

Il valore di 100 misurato "in aria ambiente" (cioè senza somministrazione artificiale di ossigeno) può essere sintomo di **iperventilazione**, che può essere dovuta, per esempio, ad attacchi di panico.

A volte anche valori intorno al 92-93% possono risultare normali: è il caso di persone affette da BPCO.

GESTIONE DELL'ISOLAMENTO DOMICILIARE

1. Isolamento domiciliare.

Uno dei provvedimenti che si è dimostrato più efficace nel ridurre la trasmissione del coronavirus è stato il distanziamento sociale, oltre l'accurata disinfezione delle mani e l'evitare di tossire senza aver coperto la bocca con la piega del gomito.

Per tali motivi l'isolamento fiduciario di casi di COVID-19 e di contatti è una fondamentale misura di sanità pubblica che va effettuata per evitare l'insorgenza di ulteriori casi secondari dovuti a trasmissione del virus SARS-CoV-2. La stessa misura risulta necessaria per evitare che il sovraccarico di pazienti all'interno del sistema ospedaliero possa determinare una carenza di posti letto necessari per la gestione dei casi più gravi, spesso fatali. I soggetti che vanno messi in isolamento domiciliare per 14 giorni e vanno monitorati al domicilio (o in struttura individuata dalla Regione, in caso di domicilio inadeguato) sono:

<p>a. Contatti stretti di caso (secondo la definizione C.M. 6360 del 27/2): il contatto stretto di un caso è definito come:</p>	<ul style="list-style-type: none"> - una persona che vive nella stessa casa di un caso di COVID-19; - una persona che ha avuto un contatto fisico diretto con un caso di COVID-19 (per esempio la stretta di mano); - una persona che ha avuto un contatto diretto non protetto con le secrezioni di un caso di COVID-19 (ad esempio toccare a mani nude fazzoletti di carta usati); - una persona che ha avuto un contatto diretto (faccia a faccia) con un caso di COVID-19, a distanza minore di 2 metri e di durata maggiore a 15 minuti; - una persona che si è trovata in un ambiente chiuso (ad esempio aula, sala riunioni, sala d'attesa dell'ospedale) con un caso di COVID-19 per almeno 15 minuti, a distanza minore di 2 metri; - un operatore sanitario od altra persona che fornisce assistenza diretta ad un caso di COVID-19 oppure personale di laboratorio addetto alla manipolazione di campioni di un caso di COVID-19 senza l'impiego dei DPI raccomandati ed idonei alla situazione in cui si verifica l'assistenza ad esempio presenza di aerosol, secrezioni, fluidi corporei, paziente cosciente od in stato di incoscienza o mediante l'utilizzo di DPI non idonei; - una persona che abbia viaggiato seduta in aereo nei due posti adiacenti, in qualsiasi direzione, di un caso di COVID-19, i compagni
---	---

	<p>di viaggio o le persone addette all'assistenza e i membri dell'equipaggio addetti alla sezione dell'aereo dove il caso indice era seduto (qualora il caso indice abbia una sintomatologia grave od abbia effettuato spostamenti all'interno dell'aereo, determinando una maggiore esposizione dei passeggeri, considerare come contatti stretti tutti i passeggeri seduti nella stessa sezione dell'aereo o in tutto l'aereo).</p>
b. Contatti asintomatici: isolamento	<p>Fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso e sorveglianza sindromica. Va misurata ed annotata la temperatura corporea ed il numero gli atti respiratori 2 volte al giorno. Se disponibile usare un pulsossimetro digitale annotando saturazione di ossigeno e frequenza cardiaca</p>
c. <u>Contatti paucisintomatici TAMPONE NEGATIVO</u> (sindrome simil influenzale):	<p>Isolamento fino a 14 giorni dall'ultimo contatto con il caso. Va misurata ed annotata la temperatura corporea ed il numero di atti respiratori 2 volte al giorno. Se disponibile, usare un pulsossimetro digitale annotando saturazione di ossigeno e frequenza cardiaca.</p>
d. <u>Contatti paucisintomatici con TAMPONE POSITIVO</u> (sindrome simil influenzale):	<p>(Febbre, tosse stizzosa, cefalea, diarrea, alterazione di gusto ed olfatto, crampi muscolari, dolori addominali, mal di gola, congiuntivite): isolamento fino a negativizzazione del tampone e scomparsa dei sintomi; Particolare attenzione va posta nei soggetti obesi, ipertesi, diabetici, con patologie croniche, soprattutto uomini anziani). Va misurata ed annotata la temperatura corporea ed il numero gli atti respiratori 2 volte al giorno. Se disponibile, usare un pulsossimetro digitale annotando saturazione di ossigeno e frequenza cardiaca</p>
e. <u>Pazienti che vengono dimessi dall'ospedale clinicamente guariti, ancora COVID-19 positivi.</u>	<p>Va misurata ed annotata la temperatura corporea ed il numero gli atti respiratori 2 volte al giorno. Se disponibile, usare un pulsossimetro digitale annotando saturazione di ossigeno e frequenza cardiaca. Isolamento fino a negativizzazione e scomparsa dei sintomi.</p>

2. Scenari di intervento.

Gli scenari possibili di intervento del MMG possono essere così identificati:

<p>Il contatto si rivolge direttamente al MMG e richiede indicazioni e comportamenti;</p>	<p>a. in questo caso, secondo le vigenti ordinanze regionali, il MMG avverte l'operatore di sanità pubblica e notifica la segnalazione ai servizi di sanità territoriale per gli adempimenti previsti (certificato di quarantena).^{21 22 23}</p>
<p>b. Il MMG viene notificato per iscritto anche attraverso mail, e non per telefono od a voce, dall'operatore di sanità pubblica e dai servizi di sanità territoriali, sulla necessità di avviare la sorveglianza sanitaria e l'isolamento fiduciario.</p>	<p>Sorveglianza attiva tramite APP o contatto telefonico Certificazione di malattia</p>
<p>c. Il MMG viene notificato per iscritto anche attraverso mail, e non per telefono od a voce, dall'operatore di sanità pubblica e dai servizi sanitari territoriali sulla necessità di prendere in carico l'assistito positivo per COVID-19 asintomatico/paucisintomatico</p>	<p>Monitorare la situazione clinica secondo le procedure indicate e con criteri di valutazione clinica definiti, anche in teleconsulto, se sprovvisto degli idonei DPI e sulla base del profilo di rischio del contatto, fino alla negativizzazione del tampone e risoluzione dei sintomi. Se il soggetto è un operatore sanitario si apre l'infortunio INAIL^{24 25}.</p>
<p>d. Il MMG viene notificato per iscritto anche attraverso mail, e non per telefono od a voce, dall'operatore di sanità pubblica e dai servizi sanitari territoriali per prendere in carico l'assistito clinicamente guarito da COVID-19, sulla base della negativizzazione del tampone su due campioni consecutivi e sulla base della scomparsa dei sintomi</p>	<p>e. Le procedure per la definizione di paziente clinicamente guarito sono le seguenti: assenza di sintomi dell'infezione, risultato negativo in due tamponi consecutivi, effettuati a distanza di 24 ore uno dall'altro. Qualora il paziente, guarito clinicamente, avesse ancora il tampone positivo deve continuare l'isolamento domiciliare fiduciario fino a quando i 2 controlli (a 24 ore di</p>

²¹ Se un paziente in quarantena con codice V29.0 risulta positivo al tampone il certificato di malattia deve essere continuato modificando la descrizione da "Osservazione di caso sospetto" come è il codice V29.0 a "Caso confermato di COVID-19".

²² http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/wp-content/uploads/sites/72/Ordinanza_Z00002_26_02_2020.pdf

²³ http://www.regione.lazio.it/rl/coronavirus/wp-content/uploads/sites/72/Ordinanza_Z00006_10_03_2020.pdf

²⁴ http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/SAN_NO_252291_27_03_2020.pdf

²⁵ <https://www.inail.it/cs/internet/docs/circolare-13-del-3-aprile-2020-testo.pdf>

(Dalla circolare INAIL si evincerebbe l'estensione della tutela anche ai convenzionati.)

<p>oltre ad una valutazione circa la normalizzazione dei parametri ossimetrici e, se disponibili, delle indagini diagnostiche radiologiche.</p>	<p>distanza l'uno dall'altro) risultano negativi. Qualora fossero disponibili immagini radiografiche che non escludono l'assenza di quadri patologici o si verificasse una modificazione dei parametri ossimetrici in relazione alle condizioni generali, all'età, alle patologie concomitanti, il paziente va osservato e monitorato nel tempo.</p>
<p>Nel caso di ingresso in Regione Lazio, da parte di tutte le persone provenienti da altre regioni, seguire le indicazioni contenute nel Bollettino n° 60 dell'08/05/2020 http://www.regione.lazio.it/bur/?vw=ultimibur#</p>	<p>In particolare: "i soggetti in ingresso nella regione che presentano sintomatologia respiratoria o febbre > 37,5° o hanno avuto contatti con persone affette da COVID nei 14 giorni precedenti devono osservare le seguenti misure: 1. rimanere nel proprio domicilio: nella stanza con la porta chiusa, garantendo un'adeguata ventilazione naturale, in attesa dell'attivazione della valutazione; 2. indossare la mascherina e allontanarsi dagli altri conviventi; 3. avvertire immediatamente il MMG/PLS e l'operatore di Sanità Pubblica, anche attraverso 800 118 800, che attiva la valutazione presso il domicilio; 4. scaricare la app LazioDoctor per Covid e compilare il questionario di valutazione iniziale per l'eventuale successiva telesorveglianza;"</p>
<p>Tutela dei lavoratori nelle scuole: L'art. 83 del decreto legge 19 maggio 2020 n. 34 e sua conversione in Legge 17 luglio 2020, n. 77 ha introdotto la "sorveglianza sanitaria eccezionale", assicurata dal datore di lavoro, per i "lavoratori maggiormente esposti a rischio di contagio, in ragione dell'età o della condizione di rischio derivante da immunodepressione, anche da patologia COVID-19, o da esiti di patologie oncologiche o dallo svolgimento di terapie salvavita o comunque da morbilità che possono caratterizzare una maggiore rischiosità".²⁶</p>	<p>In tal caso il datore di lavoro assicura la sorveglianza sanitaria eccezionale, a richiesta del lavoratore interessato, attraverso il medico competente.</p>
<p>Scenari di interesse del Medico di MG nel caso di focolai COVID-19 nelle scuole²⁶:</p>	<p>Oltre le misure previste nel documento ISS, i genitori devono contattare il PLS/MMG per la valutazione clinica (triage telefonico) del caso.</p> <p>Il PLS/MMG, in caso di sospetto COVID-19, richiede tempestivamente il test diagnostico e lo</p>

²⁶ https://www.iss.it/documents/20126/3857579/Rapporto+ISS+COVID+58_Scuole_21_8_2020.pdf/99d9fa57-9dc8-8e09-b52b-b833d889cdef?t=1598083761947

<p>Nel caso in cui un alunno presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di 37,5°C o un sintomo compatibile con COVID-19, in ambito scolastico</p>	<p>comunica al Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>Il Dipartimento di prevenzione provvede all'esecuzione del test diagnostico.</p> <p>Il Dipartimento di prevenzione si attiva per l'approfondimento dell'indagine epidemiologica e le procedure conseguenti.</p>
<p>Nel caso in cui un alunno presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di 37,5°C o un sintomo compatibile con COVID-19, presso il proprio domicilio</p>	<p>I genitori devono contattare il PLS/MMG per la valutazione clinica (triage telefonico) del caso.</p> <p>Il PLS/MMG, in caso di sospetto COVID-19, richiede tempestivamente il test diagnostico e lo comunica al Dipartimento di Prevenzione.</p> <p>Il Dipartimento di prevenzione provvede all'esecuzione del test diagnostico.</p> <p>Il Dipartimento di prevenzione si attiva per l'approfondimento dell'indagine epidemiologica e le procedure conseguenti.</p>
<p>Nel caso in cui un operatore scolastico presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di 37,5°C o un sintomo compatibile con COVID-19, in ambito scolastico</p>	<p>Assicurarsi che l'operatore scolastico indossi, come già previsto, una mascherina chirurgica; invitare e ad allontanarsi dalla struttura, rientrando al proprio domicilio e contattando il proprio MMG per la valutazione clinica necessaria. Il Medico curante valuterà l'eventuale prescrizione del test diagnostico.</p> <p>Il MMG, in caso di sospetto COVID-19, richiede tempestivamente il test diagnostico e lo comunica al DdP.</p> <p>Il Dipartimento di prevenzione provvede all'esecuzione del test diagnostico.</p> <p>Il Dipartimento di Prevenzione si attiva per l'approfondimento dell'indagine epidemiologica e le procedure conseguenti.</p> <p>Il Dipartimento di prevenzione provvede all'esecuzione del test diagnostico e si procede</p>

	<p>come indicato al paragrafo 2.1.1</p> <p>In caso di diagnosi di patologia diversa da COVID-19, il MMG redigerà una attestazione che l'operatore può rientrare scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 di cui al punto precedente e come disposto da documenti nazionali e regionali.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si sottolinea che gli operatori scolastici hanno una priorità nell'esecuzione dei test diagnostici.
<p>Nel caso in cui un operatore scolastico presenti un aumento della temperatura corporea al di sopra di 37.5°C o un sintomo compatibile con COVID-19, al proprio domicilio</p>	<p>L'operatore deve restare a casa.</p> <p>Informare il MMG.</p> <p>Comunicare l'assenza dal lavoro per motivi di salute, con certificato medico.</p> <p>Il MMG, in caso di sospetto COVID-19, richiede tempestivamente il test diagnostico e lo comunica al DdP.</p> <p>Il DdP provvede all'esecuzione del test diagnostico.</p> <p>Il DdP si attiva per l'approfondimento dell'indagine epidemiologica e le procedure conseguenti.</p> <p>Il DdP provvede ad eseguire il test diagnostico e si procede come indicato al paragrafo 2.1.1</p> <p>In caso di diagnosi di patologia diversa da COVID-19, il MMG redigerà una attestazione che l'operatore può rientrare scuola poiché è stato seguito il percorso diagnostico-terapeutico e di prevenzione per COVID-19 di cui al punto precedente e come disposto da documenti nazionali e regionali.</p>

<p>Alunno o operatore scolastico convivente di un caso</p>	<p>Si sottolinea che qualora un alunno o un operatore scolastico fosse convivente di un caso, esso, su valutazione del DdP, sarà considerato contatto stretto e posto in quarantena. Eventuali suoi contatti stretti (esempio compagni di classe dell'alunno in quarantena), non necessitano di quarantena, a meno di successive valutazioni del DdP in seguito a positività di eventuali test diagnostici sul contatto stretto convivente di un caso.</p>
---	--

3. Attività del medico di Medicina Generale

L'attività del MMG preposto alla cura ed assistenza dei contatti/pazienti affetti da COVID-19 e in isolamento domiciliare deve essere indirizzata su vari livelli:

a) verifica telefonica delle condizioni abitative, presenza di conviventi in condizioni di fragilità od alto rischio in caso di infezione da SARS-CoV2 anche sulla base dell'elenco dei pazienti fragili fornito dal DEP Lazio, che vanno possibilmente spostati in altra situazione logistica più sicura (eventuale seconda casa con *caregiver* disponibile, albergo, casa alloggio) mantenendo la continuità assistenziale;

b) monitoraggio clinico quotidiano del contatto/paziente da COVID-19.

Si elencano le seguenti raccomandazioni, intese come intermedie e soggette a continua evoluzione in relazione all'implementazione della conoscenza sull'andamento dell'infezione e dell'epidemia.

- a. Verificare le condizioni abitative e dei comportamenti del contatto/paziente.
 - Stanza dedicata ben areata con bagno riservato (se possibile). Gli altri componenti del nucleo familiare devono vivere negli spazi rimanenti limitando al massimo gli spostamenti. Verificare se possibile evitare la coabitazione durante i pasti e soprattutto NON scambiarsi o toccare stoviglie o cibo.
 - E' fondamentale mantenere la distanza di almeno 1 metro evitando ogni contatto fisico.
 - Verificare le condizioni igieniche sanitarie del contatto/paziente, richiedendo un'attenta igiene delle mani e la pulizia del bagno basata sull'utilizzo di candeggina (concentrazione di cloro attivo allo 0,5%), oppure di alcol al 70%. La pulizia va riservata anche per le superfici dei locali utilizzati e toccate frequentemente dalla persona.
 - La persona, naturalmente, non può ricevere visite nè allontanarsi dal domicilio secondo le vigenti disposizioni in vigore e sino a nuove disposizioni.
 - Se la persona lamenta disturbi respiratori anche lievi per spostarsi deve utilizzare la mascherina chirurgica. Va misurata ed annotata la temperatura corporea ed il numero gli atti respiratori 2 volte al giorno. Se disponibile, usare un pulsossimetro digitale annotando saturazione di ossigeno e frequenza cardiaca.
 - Qual è la mascherina chirurgica? E' la più semplice e consiste in un insieme di strati di tessuto-non-tessuto che formano una barriera impenetrabile alle goccioline liquide ma

permeabile all'aria. Essa tipicamente viene agganciata alle orecchie con una piccola banda elastica. Le mascherine non possono essere riutilizzate ma debbono essere eliminate in un sacco impermeabile doppio. Vanno cambiate se umide.

- Verifica del rispetto dell'isolamento. Questa attività da parte del MMG è fondamentale per tutelare l'incolumità della persona e della salute pubblica, attraverso video consulto, telefonata od altro strumento idoneo.

Per ulteriori indicazioni si rimanda al documento: "*Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19*" Gruppo di lavoro Istituto Superiore di Sanità Prevenzione e Controllo delle Infezioni 7 marzo 2020. <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/rapporto-covid-19-1-2020.pdf>

- b. **Monitoraggio clinico del contatto/paziente da COVID-19.** Il MMG si metterà in contatto telefonico od attraverso l'app LAZIODoctorCOVID con la persona che effettuerà un automonitoraggio dei parametri clinici appresso riportati:

- Rilevazione della temperatura corporea (TC). La persona deve misurare 2 volte /ogni giorno ed al bisogno la TC. Analogamente vanno misurati i parametri vitali come la frequenza cardiaca e la pressione arteriosa (dispositivo esclusivamente in uso per la persona)
- Test del cammino (solo per i pazienti con riferiti sintomi simil influenzali, anche senza disturbi respiratori, soprattutto, se possibile per le condizioni generali, per i malati con comorbidità, obesi, pazienti fragili).

Che cos'è il test del cammino? Il test del cammino o 6MWT (*Six minute walking test*) misura la distanza che un soggetto può percorrere camminando il più celermente possibile su una superficie piana in sei minuti, comprese tutte le interruzioni che il soggetto ritiene necessarie. Esso serve a valutare la capacità di percorrere una certa distanza e rappresenta una misura rapida ed economica per valutare la capacità di svolgere le normali attività quotidiane o, di converso, il grado di limitazione funzionale del soggetto. Il paziente è invitato a camminare alla massima velocità per lui possibile per sei minuti su una superficie di marcia piana, lungo un percorso rettilineo. Il paziente può fermarsi ogni volta che lo ritenga necessario. Al termine dell'esame viene compilato un breve questionario per valutare il grado di dispnea, cioè di affaticamento della respirazione.

Il test del cammino prevede **controindicazioni di due tipi**:

- I) assolute: in presenza di angina instabile nel mese precedente; infarto miocardico acuto nel mese precedente.
 - II) relative: frequenza cardiaca a riposo maggiore di 120 battiti/minuto; ipertensione arteriosa severa (Pressione arteriosa sistolica maggiore di 180 mmHg, Pressione arteriosa diastolica maggiore di 100 mmHg); condizioni di impedimento motorio.
- In alternativa, se disponibile far utilizzare il pulsossimetro digitale.
 - Rilevazione di nuovi sintomi o peggioramento di nuovi sintomi o sintomi pre-esistenti.

Nel caso di peggioramento della situazione clinica, (aumento del numero dei respiri minuto, fame d'aria, difficoltà respiratorie, diminuzione della saturazione a valori al di sotto di 91, aumento della

frequenza cardiaca oltre 100 battiti minuto) la persona od un familiare devono valutare, se informare il MMG che valuta a sua volta se necessario organizzare il ricovero tramite 118 oppure direttamente il 118 qualora non sia possibile al momento valutare la situazione con la necessaria oggettività. Nell'attesa del trasferimento in ospedale, la persona deve indossare la mascherina chirurgica e allontanarsi dai conviventi rimanendo nella propria stanza con la porta chiusa.

Il MMG, tramite l'app LazioDoctor per Covid (LAZIODrCOVID) e secondo le procedure indicate nelle vigenti ordinanze regionali, può disporre di una lista aggiornata dei contatti in isolamento fiduciario domiciliare aggiornata e può verificare per singolo contatto l'eventuale positività del tampone naso-faringeo e l'evoluzione clinica. In modo analogo, per ogni paziente COVID-19 aprirà un file ove viene riportata la storia clinica del paziente le eventuali comorbidità e le terapie che sta assumendo. Inoltre attraverso l'autocompilazione del questionario di autovalutazione da parte del paziente e tramite la piattaforma Lazio Advice può gestire l'eventuale accesso domiciliare in caso di necessità, **solo se dotato degli idonei dispositivi di protezione individuale confacenti al caso di specie.**

Ogni giorno la piattaforma Lazio Advice registra i parametri che vengono inseriti nell'app LazioDrCOVID e il medico valuterà secondo scienza e coscienza cosa fare in relazione alle condizioni cliniche del paziente.

In particolari ed eccezionali casi, di seguito descritti, il MMG può richiedere l'intervento dell'USCAR.

Le USCAR (Unità Speciali di Continuità Assistenziale Regionale) sono nate in seguito all'Ordinanza del Presidente della Regione Lazio n. Z00003 del 06.03.2020 "Programma di potenziamento cure primarie – Emergenza Covid 19" con l'intento di affrontare la fase 1 dell'Emergenza Covid del Lazio in modo sinergico tra rete Ospedaliera e rete dei servizi territoriali, utilizzando i medici di medicina generale, i pediatri di libera scelta, i medici specialisti ambulatoriali e i medici frequentatori del triennio di formazione in medicina generale nella logica della rete relazionale tra diverse competenze.

La supervisione tecnico-scientifica da parte dell'INMI Spallanzani assicura un'elevata qualità organizzativa e di consulenza, anche per via telematica, a favore dell'utenza.

Le USCAR svolgono la propria attività, prevalentemente, in favore di strutture sanitarie e socio-sanitarie, RSA, case di riposo, comunità di anziani, comunità religiose, carceri, campi nomadi, residenze per pazienti psichiatrici, disabili ecc. costituenti le fasce "fragili" più a rischio di vulnerabilità, per motivi epidemiologici, per l'infezione da Covid 19.

Non è però precluso il loro impiego in ordinari accessi domiciliari individuali, in situazioni straordinarie di bisogno non soddisfatto dalle ordinarie modalità organizzative, avvalendosi di proficue sinergie operative con i SISP e le Centrali Operative Distrettuali di recente istituzione.

In considerazione della importanza di prevenire l'accensione di nuovi focolai si auspica che il MMG possa richiedere l'attivazione rapida del Dipartimento di Prevenzione con intervista entro massimo 48 ore del caso segnalato e tracciatura dei contatti. La scheda di segnalazione al SISP compilabile elettronicamente è disponibile al link: https://www.inmi.it/wp-content/uploads/2020/02/Allegato-3_Scheda-segnalazione-PDF-compilabile.pdf

La tracciatura dei contatti contribuirà a rallentare la diffusione di infezione e se, in media, si verifica meno di un nuovo caso per ciascun caso, l'epidemia può essere contenuta. In tale scenario, come raccomandato da ECDC²⁷, la tracciatura dei contatti e il follow-up debbono essere prioritari nei contatti ad alto rischio compresi gli operatori sanitari²⁸ o il personale che lavora con popolazioni vulnerabili, seguito dal maggior numero possibile di contatti di esposizione a basso rischio.

Poiché i casi di soggetti positivi a COVID 19 sono in costante aumento²⁹, caratterizzando l'attuale fase come **una fase epidemiologica di transizione con tendenza ad un progressivo peggioramento**, anche se molti sono "d'importazione" sempre più si possono immaginare soggetti asintomatici e positivi in giro per l'Italia aiutati in questo da interpretazioni negazionistiche dell'opinione del momento.

Secondo il Bollettino dell'ISS dell'8 settembre 2020³⁰:

- Si conferma, **per la sesta settimana consecutiva**, un aumento nei nuovi casi segnalati in Italia con una incidenza cumulativa negli ultimi 14 giorni (periodo 24 agosto – 6 settembre 2020) di 27,89 per 100.000 abitanti, in aumento dal periodo 6-19 luglio.
- **Il virus oggi circola in tutto il paese.**
- La maggior parte dei casi diagnosticati si è infettata sul territorio nazionale (risultano importati da stato estero il 15% dei nuovi casi diagnosticati nella settimana tra il 31 agosto e il 6 settembre); in particolare si osserva una percentuale non trascurabile di casi importati da altra Regione/PA (11,1% nella settimana corrente, in diminuzione rispetto alla settimana precedente).
- Anche in questa settimana sono stati diagnosticati nuovi casi di infezione da SARS-CoV-2 in tutte le Regioni/PPAA. Nella settimana tra il 31 agosto e il 6 settembre il 37% dei nuovi casi diagnosticati in Italia è stato identificato tramite attività di screening, mentre il 31% nell'ambito di attività di contact tracing. I rimanenti casi sono stati identificati in quanto sintomatici (27%) o non è riportata la ragione dell'accertamento diagnostico (5%). Quindi, complessivamente, il 68% dei nuovi casi sono stati diagnosticati grazie alla intensa attività di screening e alla indagine dei casi con identificazione e monitoraggio dei contatti stretti. **Questo conferma l'importante e crescente impegno dei servizi territoriali per far sì che i focolai presenti siano prontamente identificati ed indagati.**
- Nel periodo 20 agosto – 2 settembre 2020 l'Rt, calcolato sui casi sintomatici, è pari a 1.14 (95%CI:0.71 – 1.53).
- In Italia, come in Europa e globalmente, si è verificata una transizione epidemiologica dell'epidemia da SARS-CoV-2, con un forte abbassamento dell'età mediana della popolazione che contrae l'infezione. Tuttavia, **l'età mediana dei casi diagnosticati nell'ultima settimana è di 35 anni, in aumento rispetto alla settimana scorsa. Sebbene la circolazione nel periodo estivo sia avvenuta con maggiore frequenza nelle fasce di età più giovani, in un contesto di avanzata riapertura delle attività commerciali (inclusi luoghi di aggregazione) e di aumentata mobilità, ci**

²⁷ https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/COVID-19-resources-for-contact-tracing-2-March-2020_0.pdf

²⁸ <http://fimmgroma.org/news/news/lazio/20427-coronavirus-al-via-300-mila-test-sierologici-indagine-di-sieroprevalenza-a-livello-nazionale-da-lunedì-indagine-su-tutti-gli-operatori-sanitari-forze-dell-ordine-e-rsa>

²⁹ <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-dashboard>

³⁰ https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Bollettino-sorveglianza-integrata-COVID-19_8-settembre-2020.pdf

sono ora segnali di una maggiore trasmissione sul territorio nazionale in ambito domiciliare/familiare con circolazione anche in persone con età più avanzata.

RACCOMANDAZIONI

- *Al momento i dati confermano l'opportunità di mantenere le misure di prevenzione e controllo già adottate dalle Regioni/PPAA e essere pronti alla attivazione di ulteriori interventi in caso di evoluzione in ulteriore peggioramento.*
- *Il numero di nuovi casi di infezione rimane nel complesso inferiore rispetto a quello di altri paesi europei, ma con un aumento da sei settimane consecutive. Il rispetto delle misure di prevenzione e della quarantena raccomandate dalle autorità sanitarie resta un elemento cruciale ed ineludibile per contrastare la diffusione dell'infezione. D'altro canto, l'aumento delle capacità di offerta diagnostica deve essere accompagnato dal potenziamento dei servizi territoriali per la ricerca dei casi e la gestione dei contatti, inclusa la quarantena dei contatti stretti e l'isolamento immediato dei casi secondari. La riduzione nei tempi tra l'inizio della contagiosità e l'isolamento resta un elemento fondamentale per il controllo della diffusione dell'infezione.*
- *È necessario mantenere elevata la resilienza dei servizi territoriali, continuare a rafforzare la consapevolezza e la compliance della popolazione al rispetto delle misure di controllo, realizzare la ricerca attiva ed accertamento diagnostico di potenziali casi, l'isolamento dei casi, la quarantena dei loro contatti stretti. Queste azioni sono fondamentali per controllare la trasmissione ed eventualmente identificare rapidamente e fronteggiare recrudescenze epidemiche.*
- *È essenziale mantenere elevata l'attenzione e continuare a rafforzare le attività di "contact tracing" (ricerca dei contatti) in modo da identificare precocemente tutti i potenziali focolai di trasmissione e continuare a controllare l'epidemia. Per questo rimane fondamentale mantenere una elevata consapevolezza della popolazione generale circa il peggioramento della situazione epidemiologica e sull'importanza di continuare a rispettare in modo rigoroso tutte le misure necessarie a ridurre il rischio di trasmissione quali l'igiene individuale, l'uso delle mascherine e il distanziamento fisico.*
- *L'aumento dell'età dei casi diagnosticati nella settimana di monitoraggio riflette la trasmissione del virus dalle fasce di età più giovanili a quelle più anziane, soprattutto all'interno della famiglia. Si raccomanda quindi di adottare tutte le opportune precauzioni anche in ambito familiare.*
- *Si ribadisce la necessità di rispettare i provvedimenti quarantenari e le altre misure raccomandate dalla autorità sanitarie sia per le persone che rientrano da paesi per i quali è prevista la quarantena, e sia a seguito di richiesta dell'autorità sanitaria essendo stati individuati come contatti stretti di un caso. Questo comporta un sempre maggiore impegno dei servizi territoriali nelle attività di ricerca dei contatti che sono riusciti finora a contenere la trasmissione locale del virus.*

Il fatto che il virus nel 77.8% dei casi è contratto localmente indica una persistente ed ampia diffusione del patogeno sul territorio nazionale.

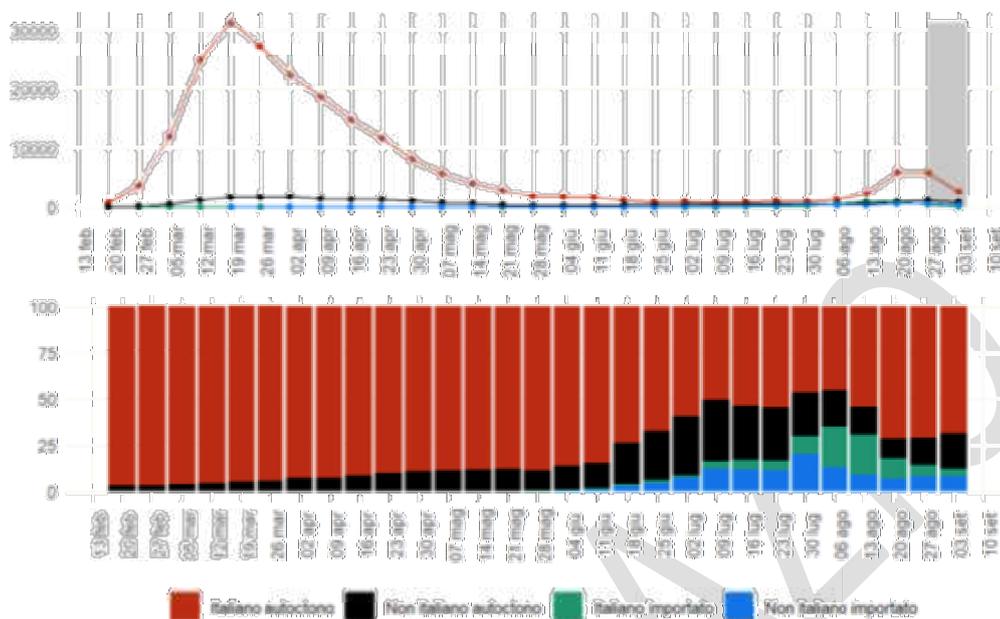


FIGURA 16 – NUMERO E PERCENTUALE DI CASI DI COVID-19 DIAGNOSTICATI IN ITALIA PER SETTIMANA DI DIAGNOSI, PER NAZIONALITA' E PER LUOGO DI ESPOSIZIONE

Prodotto dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), Roma, 8 settembre 2020

Nell'immediato futuro si delineano quattro scenari³¹ secondo quanto delineato dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con il Ministero della Salute e il Coordinamento delle Regioni e Province Autonome nel documento "Elementi di preparazione e risposta a COVID-19 nella stagione autunno-invernale":

- 1) **Situazione di trasmissione localizzata (focolai) sostanzialmente invariata rispetto ad oggi**, con R_t regionali sopra soglia per periodi limitati (inferiore a 1 mese) e bassa incidenza, nel caso in cui la trasmissibilità non aumenti sistematicamente da qui alla fine dell'estate, le scuole abbiano un impatto modesto sulla trasmissibilità e i sistemi di sanitari regionali riescano a tracciare e tenere sotto controllo i nuovi focolai, inclusi quelli scolastici.
- 2) **Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa ma gestibile dal sistema sanitario**, con valori di R_t regionali sistematicamente e significativamente compresi tra $R_t=1$ e $R_t=1.25$ (ovvero con stime che superino 1 anche nell'intervallo di confidenza inferiore), nel caso in cui non si riesca a tenere completamente traccia dei nuovi focolai, inclusi quelli scolastici, ma si riesca comunque a limitare di molto il potenziale di trasmissione di SARS-COV-2 con misure di contenimento/mitigazione straordinarie già utilizzate con successo nelle prime fasi.

³¹ <http://www.fimmgroma.org/new/20575-ministero-della-salute-documento-elementi-di-preparazione-e-risposta-a-covid-19-nella-stagione-autunno-invernale>

3) **Situazione di trasmissibilità sostenuta e diffusa con rischi di tenuta del sistema sanitario**, con valori di R_t regionali sistematicamente e significativamente compresi tra $R_t=1.25$ e $R_t=1.5$ (ovvero con stime che superino 1.25 anche nell'intervallo di confidenza inferiore) ed in cui si riesca a limitare solo modestamente il potenziale di trasmissione di SARS-COV-2: incidenza elevata, mancata capacità di tenere traccia delle catene di trasmissione e iniziali segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali in seguito all'aumento di casi ad elevata gravità clinica (con aumento dei tassi di occupazione dei posti letto ospedalieri - area critica e area non critica), riconducibile ad un livello di rischio elevato o molto elevato in base al sistema di monitoraggio rilevato ai sensi del DM Salute del 30 aprile 2020.

4) **Situazione di trasmissibilità non controllata con criticità nella tenuta del sistema sanitario**, con valori di R_t regionali sistematicamente e significativamente maggiori di 1.5 nel suo intervallo di confidenza inferiore per periodi lunghi (almeno 1 mese). Anche se una epidemia con queste caratteristiche porterebbe a misure di mitigazione e contenimento più aggressive nei territori interessati, uno scenario di questo tipo potrebbe portare rapidamente a una numerosità di casi elevata e chiari segnali di sovraccarico dei servizi assistenziali, senza la possibilità di tracciare l'origine dei nuovi casi. A questo proposito, verranno valutate, oltre alle misure menzionate nell'allegato (scenario 3 e 4), quelle già adottate con successo nella fase più intensa dell'epidemia, proporzionate alla gravità della situazione contingente.

Ne deriva che se la situazione dovesse mantenersi con questi numeri e soprattutto con queste scarse manifestazioni cliniche si potrà ragionevolmente continuare con il distanziamento sociale e le procedure di profilassi fin qui adottate. Tuttavia appare possibile anche uno scenario diverso con un forte aumento dei positivi e il conseguente incremento dei casi sul territorio e dei casi gravi che necessitano di ricovero. La Medicina Generale pertanto dovrà essere pronta ad affrontare tutti i possibili scenari e la disponibilità di test sierologici e tamponi rapidi presso alcuni studi organizzati può diventare estremamente utile sia in termini di gestione clinica e profilattica del problema COVID 19 che in termini di sicurezza oltre che dei pazienti anche del personale medico e del personale di studio. La possibile acquisizione di un centinaio di macchinari per il test sierologico, da assegnare ad altrettante UCP, a richiesta e volontarie, potrà consentire una rapida diagnosi e l'invio all'esecuzione di un tampone in tempi rapidissimi. La messa in commercio dei tamponi rapidi, che dimostra come ci sia una evoluzione continua della diagnostica su questa ancora per molti aspetti misteriosa pandemia potrà consentire ancora di più un rapido isolamento dei pazienti positivi. L'effettuazione del tampone rapido, ovviamente indossando i DPI previsti e agendo nel rispetto delle procedure di sanificazione, **dovrà essere effettuata sul soggetto positivo al test sierologico** mentre il paziente febbrile seguirà il consueto iter di sorveglianza domiciliare e di eventuale ricovero se dovesse aggravarsi.

La Campagna vaccinale per Influenza e Polmonite 2020-2021

Strategie per alti livelli di immunizzazione

1)

- Obbligo REGIONALE di vaccinazione per tutti i Medici
- Promemoria ai Medici
- Promemoria e richiamo ai pazienti
- Riduzione delle opportunità mancate
- Riduzione degli ostacoli all'immunizzazione
- Sistemi di promemoria e richiamo sulle ricette implementando le capacità dei sistemi gestionali di studio. A tal fine occorre dematerializzare la ricetta oppure, a cura delle SW, riuscire ad apporre un messaggio di avviso alla popolazione nella trasmissione del codice NRE.
- Trovare i potenziali eleggibili membri familiari dei soggetti già abituati alla vaccinazione antinfluenzale e antipneumococcica.
- Identificare i soggetti mai vaccinati o che rifiutano la vaccinazione, annotare in tal caso in cartella il rifiuto.
- Identificare popolazione straniera
- Eseguire laddove possibile tampone e sierologia sui Medici vaccinatori
- Stoccaggio di DPI in funzione del fabbisogno mensile. Il recente accordo delle maggiori organizzazioni professionali con la Regione Lazio sulla Campagna vaccinale 2020-2021 ha introdotto la novità assoluta del riconoscimento della funzione vaccinale del Medico di MG e la relativa quota concorsuale pro capite per l'approvvigionamento dei dispositivi di sicurezza.³²

:

2) Preparazione della seduta

Indossare i DPI.

Il personale addetto deve organizzarsi per calendarizzare gli appuntamenti e per identificare le persone con la febbre previo triage e termometro a distanza.

I pazienti con febbre devono essere posti in osservazione domiciliare tramite l'App LazioDoctor per Covid e per essi la vaccinazione sarà posposta a guarigione clinica avvenuta, dopo le eventuali valutazioni del Medico.

Calcolare il numero di vaccini da preparare per la seduta vaccinale quotidiana.

Predisporre i materiali necessari, tovagliette, batuffoli di cotone, alcool, in modo da non toccare più eventuali altre superfici, e i vaccini necessari.

3)

Fornire un ambiente sicuro e efficace per evitare l'affollamento, quali stanza dedicata e sessione dedicata.

- consentire pratiche di controllo delle infezioni per cui è necessario indossare guanti, camice monouso, occhiali protettivi o visiera, mascherina chirurgica e filtrante durante la somministrazione del vaccino; per ottimizzare a pieno l'uso dei DPI si consiglia di dedicare delle sessioni congrue alla vaccinazione per evitare il cambio continuo dei DPI. Si consiglia di non usare i propri abiti ma indossare una divisa, pantaloni,

³² <http://www.fimmgroma.org/images/stories/documenti/Potocollo%20INFLU2020-21.pdf>

camice corto sulla quale aggiungere il camice monouso e zoccoli da medico. Il tutto da lavare a sessione conclusa con varechina. E' consigliabile avere due divise di ricambio.

- Indossare sempre i guanti quando si maneggiano siringhe, aghi o flaconcini;
- Dopo aver somministrato il vaccino, maneggiato fiale o qualsiasi altro materiale, il personale deve togliere i guanti, lavarsi le mani e indossare un nuovo paio di guanti per la successiva somministrazione;

I vaccini antinfluenzali e antipneumococcici sono co-somministrabili, ovviamente in arto differente.

4) Osservazione del paziente per un tempo congruo a seguito della vaccinazione;

5) Per evitare assembramenti nella sala di attesa si consiglia la registrazione dei dati a fine della seduta vaccinale, se una persona eleggibile rifiuta il vaccino, il motivo deve essere registrato nel proprio data base, se possibile.

- Le sedi di vaccinazione dovrebbero mantenere un alto livello di organizzazione, sicurezza e controllo della sala d'attesa per evitare assembramenti

6) Selezione per eleggibilità

La presenza di test rapidi per SARS-CoV-2 e/o di tamponi rapidi potrebbe aiutare nell'individuare potenziali portatori asintomatici prima dell'inizio della seduta vaccinale. Ciò consentirebbe di portare al rapidissimo isolamento del caso, alla tracciatura delle persone presenti, alla messa in sicurezza immediata dello studio con adeguata sanificazione.

Il personale medico (o anche il collaboratore di studio se formato) determina chi è idoneo alla vaccinazione controllando se esistano segni e sintomi di infezione respiratoria acuta.

Quando vengono identificate delle persone che soddisfano i criteri di cui sopra, è necessario assicurarsi che siano isolate e trattate secondo il piano di risposta per casi sospetti di COVID-19

Il personale identificato:

- sarà presente all'ingresso dello studio con termometro a distanza per selezionare la popolazione target che si presenta per la vaccinazione, se possibile prima della sala d'aspetto;
- determina chi è idoneo alla vaccinazione controllando la presenza di segni di COVID-19 .
Si suggerisce che una persona non sia ammissibile alla vaccinazione nelle seguenti circostanze:
- La temperatura (misurata dal termometro a infrarossi) è superiore a 37.5 ° C, meglio ancora valutare il parametro di 37,1 °C.

OPPURE

- È stato segnalato un episodio di febbre nelle ultime 24 ore e uno o più dei seguenti sintomi

siano presenti:

- Tosse
- Debolezza
- Anosmia
- Diarrea

Se una persona non può essere vaccinata viene utilizzato un approccio di vaccinazione a bozzolo dei conviventi.

7) I pazienti che superano lo screening vengono indirizzati nell'area di attesa, il MMG valuterà il numero delle persone presenti, si suggerisce comunque di far mantenere la distanza di circa due metri, un possibile comportamento di cautela potrebbe valutare:

La presenza in sala d'attesa di **un** paziente in attesa di vaccinazione, **un** paziente dentro lo studio, **un** paziente in sala d'attesa per rispettare i minuti di osservazione post vaccinazione. Per cui un appuntamento ogni 10 minuti potrebbe essere realistico. La capacità stimata di vaccinazioni per seduta di tre ore è di circa 18-20.

Se lo studio è organizzato per eseguire i test rapidi questi verranno eseguiti all'inizio della seduta vaccinale.

Tutte le dosi di vaccino somministrate devono essere completamente documentate, il personale addetto alla registrazione documenterà quando i pazienti rifiutano il vaccino nonostante la raccomandazione regionale;

Riferimenti

<http://www.cdc.gov/vaccines/hcp/adults/downloads/standards-documentation.pdf>

8) Gestire la febbre dopo la vaccinazione

1. Ambito di applicazione

Indagine e gestione della febbre nelle persone che hanno ricevuto il vaccino.

2. Motivazione

In una persona che ha ricevuto un vaccino, la febbre può essere un effetto collaterale della vaccinazione ma può anche essere dovuto ad altre cause.

Quando la febbre è tipicamente correlata al vaccino si verifica nelle prime 24-48 ore dopo la vaccinazione.

3. Procedure

Se un vaccinato o un suo contatto ha la febbre verificata come $> 37.5^{\circ} \text{C}$:

- Febbre più uno dei seguenti sintomi aggiuntivi: Tosse, mialgie, debolezza, diarrea, anosmia
-> considerarlo sospetto, isolamento domiciliare, consultare immediatamente il SISP o il 112 o altra linea dedicata.

Scenario 1:

- Febbre senza altri sintomi e senza presenza di infezione respiratoria acuta in un contatto o altra persona vaccinata. Indagare con test rapidi per COVID-19
- Se tampone negativo tenere sotto osservazione, fornire consulenza e revisione del quadro entro le 48 ore.
- Se il test è positivo o la febbre persiste senza un focolaio di infezione, consultare SISP o centro di riferimento.

Scenario 2:

- Febbre con evidente focalizzazione dell'infezione nel vaccinato o in un suo contatto o in un altro soggetto vaccinato convivente -> indagare, rinviare al 112.

9)

Gestione dei rifiuti

I principi fondamentali della gestione dei rifiuti per gli attuali vaccini sono

- corretta contabilità del vaccino durante l'intero ciclo, dal rilascio dai contenitori allo scarto e lo smaltimento corretto del vaccino, flaconcini e siringhe, usati.

1. Ambito di applicazione

Al fine di ridurre il rischio di contatto con rifiuti contaminati generati durante la vaccinazione, il personale deve garantire una gestione dei rifiuti adeguata e sicura, indossando protezioni come guanti, camice, occhiali protettivi. Il prodotto dovrebbe essere immagazzinato in spazi ventilati e lontano da una fonte di calore;

- I rifiuti generati durante la campagna di vaccinazione devono essere smaltiti come descritto sotto.

Misure di sicurezza

- Smaltimento dopo sessioni di vaccinazione e visite post-vaccinazione: tutto il materiale che sia stato potenzialmente contaminato (materiale iniettabile, cerotti, guanti ecc.) viene smaltito in appositi contenitori con coperchio.
- Decontaminazione di superfici potenzialmente contaminate: superfici potenzialmente contaminate vengono disinfettate con l'uso appropriato di disinfettanti;
- Box di sicurezza per aghi e siringhe, dischetti di cotone, fiale aperte / scartate e tutte le attrezzature che sono state potenzialmente contaminate (abiti, biancheria, ecc.), dovrebbe essere raccolto correttamente e smaltito in conformità con la politica nazionale per i rifiuti sanitari.

Fonte: Management of Waste from Immunization Campaign Activities, WHO

http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/phe_wsh_immunizationcampaign.pdf

http://www.who.int/water_sanitation_health/medicalwaste/phe_wsh_immunizationcampaign.pdf

FONTI

- Istituto Superiore di Sanità <http://www.iss.it/coronavirus>
- <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/>
- Organizzazione mondiale della sanità (OMS): <https://www.who.int/>
- Commissione sanitaria nazionale della Repubblica popolare cinese (NHC): http://www.nhc.gov.cn/xcs/yqtb/list_gzbd.shtml
- China CDC (CCDC): <http://weekly.chinacdc.cn/news/TrackingtheEpidemic.htm>
- CDC statunitense: <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/index.html>
- Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC): <https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>
- Ministero della Salute: <http://www.salute.gov.it/nuovocoronavirus>
- Worldometers: <https://www.worldometers.info/coronavirus/>
- <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd40299423467b48e9ecf6>