

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Oggetto: Epidemia COVID-19: PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine.

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dalla P.F. “Territorio e Integrazione Ospedale Territorio” dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTO il parere favorevole del Dirigente della P.F “Territorio e Integrazione Ospedale Territorio” di cui all’articolo 16 comma 1 lettere d) della Legge Regionale 15.10.2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l’attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva, né può derivare, un impegno di spesa a carico della Regione;

VISTA la proposta del Dirigente del Servizio Sanità;

VISTO l’articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata nell’allegato “Verbale di seduta”

DELIBERA

- di approvare il “PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine.”, come da Allegato A, parte integrante e sostanziale del presente atto.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
(Deborah Giraldi)

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA
(Luca Ceriscioli)

Documento informatico firmato digitalmente

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa di riferimento

- Delibera del Consiglio dei Ministri 31/1/2020 “Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all’insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”;
- D.L. 23.02.2020, n. 6 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”, convertito con modificazioni in Legge 05.03.2020 n. 13;
- D.P.C.M. 01.03.2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23.02.2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- Decreto del Capo Dipartimento della Protezione Civile (DCDPC) n. 628/2020; - D.P.C.M. 08.03.2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23.02.2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- D.L. 09.03.2020, n. 14 “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all’emergenza COVID-19”;
- D.P.C.M. 09.03.2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23.02.2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull’intero territorio nazionale”;
- Circolare ministeriale n. 0007922 del 9/03/2020 “COVID-19. Aggiornamento della definizione di caso”;
- DGR n. 272 del 09.03.2020 “Piano Regionale per la gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- Ordinanza del Presidente della Giunta regionale n. 4 del 10.03.2020 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19”;
- D.P.C.M. 11.03.2020 “Ulteriori disposizioni attuative del D. L. 23.02.2020, n. 6 recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell’emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull’intero territorio nazionale”;
- DGR n. 320 del 12/03/2020. “Aggiornamento del "Piano regionale per la gestione dell'emergenza epidemiologica da covid-19" di cui alla DGR 272 del 09.03.2020”;
- DGR n. 345 del 16/03/2020. “Emergenza COVID-19: diagnosi molecolare per COVID-19; - DGR n. 347 del 16/03/2020: “Emergenza COVID-19: Applicazione decreto legge n.14 del 09/03/2020 – Art. 8 – Unità speciali di continuità assistenziale”;
- Circolare ministeriale n. 0009774 del 20/03/2020 Annullamento e sostituzione della Circolare del Ministero della Salute n. 0009480 del 19 marzo 2020 “COVID-19: rintraccio dei contatti in ambito di sorveglianza sanitaria e aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio di casi di infezione da SARS-CoV-2.”
- Circolare regionale n. 0333963|GRM|SAN|P del 23/03/2020 “Guida per organizzazione di punti Diagnostic Drive Through (DDT) nelle Marche”;
- DGR n. 384 del 27/03/2020 “Emergenza COVID-19 – Decreto legge n. 14/2020 (Art. 8) e DGR n. 347 del 13/03/2020 – Unità speciali di continuità assistenziale – Linee di indirizzo e uniforme attuazione”;
- Circolare regionale n. 0345060|GRM|SAN|P del 27/03/2020. Nota operativa GORES:



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Gestione della diagnostica molecolare in risposta all'emergenza COVID-19.
- DGR n. 414 del 3/04/2020 “Emergenza COVID-19 – Avvio test sierologici: modalità operative.
 - D.P.C.M. 26/04/2020 “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, applicabili sull'intero territorio nazionale”;
 - Decreto del Ministro della Salute 30/04/2020 “Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2020”;
 - DGR n. 503 del 28/04/2020 “Emergenza sanitaria connessa all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili da COVID-19 - Test sierologici: Modalità di DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 4 partecipazione allo studio regionale di siero-prevalenza”;
 - DGR n. 523 del 06/05/2020 “Epidemia COVID-19: Piano di riorganizzazione delle Attività di Ricovero ed Ambulatoriali presso le Strutture Ospedaliere Pubbliche e Private accreditate del Sistema Sanitario Regionale.”
 - Circolare ministeriale n. 0016106 del 09/05/2020 “COVID-19: test di screening e diagnostici”;
 - D.L. 16.05.2020, n. 33 “Ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”;
 - D.P.C.M. 17/05/2020 “Disposizioni attuative del decreto legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l'emergenza epidemiologica da COVID-19”..
 - DGR n. 627 del 25/05/2020 Piano operativo Prevenzione e Territorio in risposta alla pandemia da COVID-19 nelle Marche (fase 2)

Motivazione ed esito dell'istruttoria

In data 30/1/2020, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha stabilito che l'epidemia da Covid-19 è una emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale. Il Consiglio dei Ministri ha dichiarato, con apposita deliberazione del 31/1/2020, per 6 mesi, lo stato di emergenza sul territorio nazionale a causa del rischio sanitario connesso alla propagazione di agenti virali trasmissibili. Il D. L. n. 6/2020, relativo alle misure urgenti per far fronte all'emergenza epidemiologica, dispone, tra l'altro, che le autorità competenti hanno facoltà di adottare ulteriori misure di contenimento al fine di prevenire la diffusione dell'epidemia da COVID-19. Il Presidente della Giunta regionale, con successive ordinanze, ha disposto le idonee misure funzionali alla gestione e al contenimento dell'emergenza epidemiologica sul territorio marchigiano.

Al fine di consentire il ripristino delle risposte assistenziali da parte del SSN, il DPCM del 26/4/2020 aveva previsto un graduale allentamento delle misure di “lockdown”, resesi necessarie per l'attuale situazione emergenziale, implementando e rafforzando al contempo il sistema di accertamento diagnostico, monitoraggio e sorveglianza della circolazione del Covid-19, dei casi confermati e dei contatti, al fine di intercettare il più tempestivamente possibile l'eventuale ripresa della trasmissione del virus e del conseguente impatto sui sistemi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

sanitari regionali.

Al fine di consentire il ripristino delle risposte assistenziali da parte del SSN, il DPCM del 26/4/2020 ha inoltre stabilito, all'art. 2, comma 11 che "le Regioni monitorano con cadenza giornaliera l'andamento della situazione epidemiologica nei propri territori e, in relazione a tale andamento, le condizioni di adeguatezza del sistema sanitario regionale. I dati del monitoraggio sono comunicati giornalmente dalle Regioni al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e al comitato-tecnico-scientifico di cui all'ordinanza del Capo del dipartimento della Protezione Civile del 3 febbraio 2020, n. 630, e successive modificazioni".

Nello stesso comma si rimanda all'allegato 10 del DPCM che presenta i principi del monitoraggio, stabilendo che nel caso in cui dal monitoraggio emerga un aggravamento del rischio sanitario il Presidente della Regione proponga tempestivamente le misure restrittive necessarie e urgenti per le attività produttive delle aree del territorio regionale specificatamente interessate dall'aggravamento. Con Circolare del Ministero della Salute n. 015279 del 30/04/2020 sono state definite nello specifico le modalità e gli indicatori di monitoraggio di cui all'allegato 10 del DPCM 26/4/2020. Pertanto elemento strategico che guiderà le modalità e i tempi di azione e l'implementazione di parte delle indicazioni previste dal Piano, riportato nell'Allegato A alla presente deliberazione, saranno le attività regionali di monitoraggio e l'analisi dei dati da esse derivanti.

Con la DGR 627/2020 sono state definite specifiche misure organizzative da adottare nell'ambito dei sistemi di sorveglianza e dell'assistenza territoriale, per la miglior gestione della fase 2, dando l'avvio ad un incremento della capacità di intercettare i possibili casi positivi al COVID19, utilizzando un modello che svolge una attività di testing con tampone non solo ai casi sintomatici ma anche ai contatti degli stessi. L'Allegato A della DGR al punto 3 "Organizzazione della risposta del territorio" precisa che " ...i contatti stretti dei casi confermati siano tempestivamente identificati, messi in quarantena, sottoposti al tampone e a sorveglianza sanitaria attiva per un periodo di 14 giorni, qualora il tampone risultasse negativo", dando di fatto maggiori garanzie ai cittadini.

Riguardo alle caratteristiche cliniche dell'infezione da COVID 19 va sottolineato che la rapidissima diffusione della pandemia negli ultimi mesi ha portato a raccogliere una imponente mole di dati osservazionali sulla fase acuta della malattia; la letteratura sulla storia clinica successiva all'episodio acuto di malattia è per contro molto povera: poco sappiamo sui postumi della malattia e sugli esiti a medio e lungo termine.

La polmonite costituisce la manifestazione d'organo di preminente importanza in fase acuta: data la "novità" della polmonite da SARS CoV-2 non ci sono dati su quanti pazienti sopravvissuti all'episodio acuto hanno postumi ed esiti clinicamente rilevanti e tali da rendere necessaria la messa a punto di percorsi clinico-assistenziali specifici; è però probabile che il problema abbia dimensioni rilevanti: per l'infezione da MERS-CoV (virus correlato a SARS-CoV-19) la fibrosi polmonare sembra essere una complicanza frequente, interessando sino ad un 1/3 dei sopravvissuti all'episodio acuto di malattia (Choi WJ, et al. Korean J Radiol 2016;17:166-70, Karuna M, et al. Indian J Radiol Imaging 2017;27:342-49).

Oltre ai polmoni, diversi organi ed apparati possono essere interessati dalla malattia da SARS-CoV-2: sembra rilevante il coinvolgimento cardiovascolare (in parte mediato da eventi trombotici), neurologico (centrale e periferico), psichiatrico e psicologico, renale. Per i pazienti con prolungata ospedalizzazione, uso esteso di farmaci immunomodulatori, prolungati periodi



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

di degenza in terapia intensiva e/o di assistenza ventilatoria, possono essere presenti plurimi postumi ed esiti.

Nella Regione Marche dal 25 febbraio ad oggi sono stati diagnosticati n. 6.747 casi di malattia e registrati n. 991 decessi in persone con malattia da SARS-CoV-2.

Negli ultimi giorni si sono registrati un ridotto numero dei ricoveri in ogni setting assistenziale e la concomitante evidenza di un progressivo numero di pazienti dimessi in soddisfacenti condizioni di salute. Questo importante traguardo comporta la necessità di ulteriori considerazioni, relative a: quali saranno gli effetti a medio – lungo termine dell'infezione; quali saranno le evoluzioni clinico-radiologiche dei quadri iconografici di “vetri smerigliati” o “consolidazioni” osservati; quali saranno le eventuali sequele sistemiche a cominciare dagli aspetti cardiovascolari a quelli metabolici e a quelli immunitari; quale sarà l'impatto sulla dinamica respiratoria e muscolare in generale; quali saranno le ripercussioni psicologiche.

Alla luce di tali considerazioni emerge quindi la necessità di un management del paziente Covid, di ovvia nuova istituzione, basato sull'integrazione tra differenti expertise in grado di monitorare la eventuale persistenza o “ripresa” del virus, l'impatto sul sistema immunitario, nonché l'evoluzione delle complicanze d'organo e funzionali, sia già assodate sia malauguratamente osservabili a distanza di tempo.

Si ritiene pertanto utile, sulla base di quanto sopra citato, delineare le modalità operative che dovranno essere attuate presso gli Enti del SSR al fine di garantire la presa in carico dei pazienti Covid positivi in post dimissione, o gestiti sul territorio dai MMG e PLS, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale persistenza o “ripresa” del virus, le eventuali complicanze insorte e l'evoluzione nel tempo. Il presente documento è stato condiviso nel corso del Coordinamento degli Enti del SSR del 11 c.m e sono state sentite le Associazioni sindacali della Medicina Generale.

Tutto ciò premesso si propone l'adozione del presente atto.

Il sottoscritto, in relazione alla presente deliberazione, dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del D.P.R. 62/2013 e della DGR 64/2014

Il responsabile del procedimento

Claudio Martini

Documento informatico firmato digitalmente

PARERE DEL DIRIGENTE DELLA P. F. TERRITORIO E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, che in relazione al presente provvedimento non si trova in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014. Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

IL DIRIGENTE DELLA P. F.

(Claudio Martini)

Documento informatico firmato digitalmente



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA DEL DIRIGENTE DEL SERVIZIO SANITA'

La sottoscritta propone alla Giunta Regionale l'adozione della presente deliberazione, in relazione alla quale dichiara, ai sensi dell'art. 47 D.P.R. 445/2000, di non trovarsi in situazioni anche potenziali di conflitto di interesse ai sensi dell'art. 6 bis della L. 241/1990 e degli artt. 6 e 7 del DPR 62/2013 e della DGR 64/2014.

Il dirigente
Lucia Di Furia
Documento informatico firmato digitalmente

ALLEGATI

Allegato A: PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine.



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Allegato A

Epidemia COVID-19: PDTA pazienti COVID 19 positivi - Organizzazione del percorso di follow-up e di valutazione degli outcomes a medio e lungo termine.

Indice

1. Premessa
2. Obiettivi
3. Modalità di ingresso nel percorso di follow-up
4. Flow-Chart
5. Esenzione ticket

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

1 Premessa

La rapidissima diffusione della pandemia da SARS-CoV-19 negli ultimi mesi ha portato a raccogliere una imponente mole di dati osservazionali sulla fase acuta della malattia; la letteratura sulla storia clinica successiva all'episodio acuto di malattia è per contro molto povera: poco sappiamo sui postumi della malattia e sugli esiti a medio e lungo termine.

La polmonite costituisce la manifestazione d'organo di preminente importanza in fase acuta: data la "novità" della polmonite da SARS CoV-2 non ci sono dati su quanti pazienti sopravvissuti all'episodio acuto hanno postumi ed esiti clinicamente rilevanti e tali da rendere necessaria la messa a punto di percorsi clinico-assistenziali specifici; è però probabile che il problema abbia dimensioni rilevanti: per l'infezione da MERS-CoV (virus correlato a SARS-CoV-19) la fibrosi polmonare sembra essere una complicanza frequente, interessando sino ad un 1/3 dei sopravvissuti all'episodio acuto di malattia (Choi WJ, et al. Korean J Radiol 2016;17:166-70, Karuna M, et al. Indian J Radiol Imaging 2017;27:342-49).

Oltre ai polmoni, diversi organi ed apparati possono essere interessati dalla malattia da SARS-CoV-2: sembra rilevante il coinvolgimento cardiovascolare (in parte mediato da eventi trombotici), neurologico (centrale e periferico), psichiatrico e psicologico, renale. Per i pazienti con prolungata ospedalizzazione, uso esteso di farmaci immunomodulatori, prolungati periodi di degenza in terapia intensiva e/o di assistenza ventilatoria, possono essere presenti plurimi postumi ed esiti.

Nella Regione Marche dal 25 febbraio ad oggi sono stati diagnosticati n. 6.752 casi di malattia e registrati n. 993 decessi in persone con malattia da SARS-CoV-2.

Negli ultimi giorni si sono registrati un ridotto numero dei ricoveri in ogni setting assistenziale e la concomitante evidenza di un progressivo numero di pazienti dimessi in soddisfacenti condizioni di salute. Questo importante traguardo comporta la necessità di ulteriori considerazioni, relative a: quali saranno gli effetti a medio – lungo termine dell'infezione; quali saranno le evoluzioni clinico-radiologiche dei quadri iconografici di "vetri smerigliati" o "consolidazioni" osservati; quali saranno le eventuali sequele sistemiche a cominciare dagli aspetti cardiovascolari a quelli metabolici e a quelli immunitari; quale sarà l'impatto sulla dinamica respiratoria e muscolare in generale; quali saranno le ripercussioni psicologiche. Alla luce di tali considerazioni emerge quindi la necessità di un management del paziente Covid, di ovvia nuova istituzione, basato sull'integrazione tra differenti expertise in grado di monitorare la eventuale persistenza o "ripresa" del virus, l'impatto sul sistema immunitario, nonché l'evoluzione delle complicanze d'organo e funzionali, sia già assodate sia malauguratamente osservabili a distanza di tempo. Si ritiene pertanto utile, sulla base di quanto sopra citato, delineare le modalità operative che dovranno essere attuate presso gli Enti del SSR al fine di garantire la presa in carico dei pazienti Covid positivi in post dimissione, o gestiti sul territorio dai MMG e PLS, con l'obiettivo di monitorare l'eventuale persistenza o "ripresa" del virus, le eventuali complicanze insorte e l'evoluzione nel tempo.

Le soluzioni operative dovranno essere definite localmente sulla base delle risorse necessarie (spazi, strumentazione, staffing) anche in base alla numerosità di pazienti che dovranno essere presi in carico. Sarà necessario provvedere all'individuazione di una sede ambulatoriale e di percorsi specifici al fine di garantire l'esecuzione di esami previsti e la visita medica in un unico accesso.

2 Obiettivi

- Ottimizzazione della presa in carico post-dimissione del paziente Covid 19 +;
- Management integrato della polidistrettualità d'organo;

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

- Valutazione di eventuali effetti indesiderati a lungo termine dei trattamenti eseguiti.

3 Modalità di ingresso nel percorso di follow-up

Considerata la gravità clinica dei pazienti che hanno avuto accesso all'ospedale durante l'epidemia, si ritiene appropriato, come criterio di inclusione, programmare un primo controllo di follow-up per tutti i dimessi dai reparti che hanno **manifestato una Severe Acute Respiratory Illness (SARI) importante e una $PaO_2/FiO_2 < 300$** , o dimessi dal Pronto Soccorso che hanno usufruito di ossigeno-terapia ad alti flussi. Per i pazienti dimessi a partire dall'entrata in vigore del presente atto, sarà responsabilità del medico ospedaliero del reparto dimettente programmare e prenotare la prima visita di controllo post dimissione. Anche i pazienti assistiti esclusivamente sul territorio, a domicilio o in strutture residenziali, possono afferire al percorso multispecialistico di follow-up su indicazione del MMG e del PLS, qualora li ritenga meritevoli di approfondimenti clinici e strumentali, sulla base della severità dei sintomi manifestati durante la fase di malattia.

Le categorie di pazienti reclutabili sono quindi:

- Pazienti Covid positivi dimessi da strutture ospedaliere sin dall'inizio della pandemia;
- Pazienti Covid positivi assistiti sul territorio, in strutture sanitarie o al domicilio, su indicazione del MMG o del PLS.

All'interno di questo percorso si delinea come centrale la figura del Case Manager, da individuare possibilmente all'interno del personale infermieristico (es: coordinatore U.O. Malattie Infettive) o del personale medico ospedaliero che ha avuto in carico il paziente durante il ricovero.

Il Case Manager avrà i compiti di reclutare i pazienti dimessi nelle fasi iniziali dell'emergenza che soddisfano i criteri di inclusione nel percorso di follow-up, di gestire l'agenda ambulatoriale e la prenotazione delle prestazioni di controllo.

Le prime prestazioni di controllo post-ricovero vanno considerate come prestazioni di completamento dello stesso, e quindi comprese all'interno del DRG relativo al ricovero, ovviamente se dovessero essere programmate entro i 30 gg previsti dalle norme vigenti.

Le prestazioni di controllo e follow-up successive alla prima visita, seguono le regole di prescrizione e di prenotazione relativa alla presa in carico (PIC), già normata dagli atti regionali relativi al governo dei tempi di attesa.

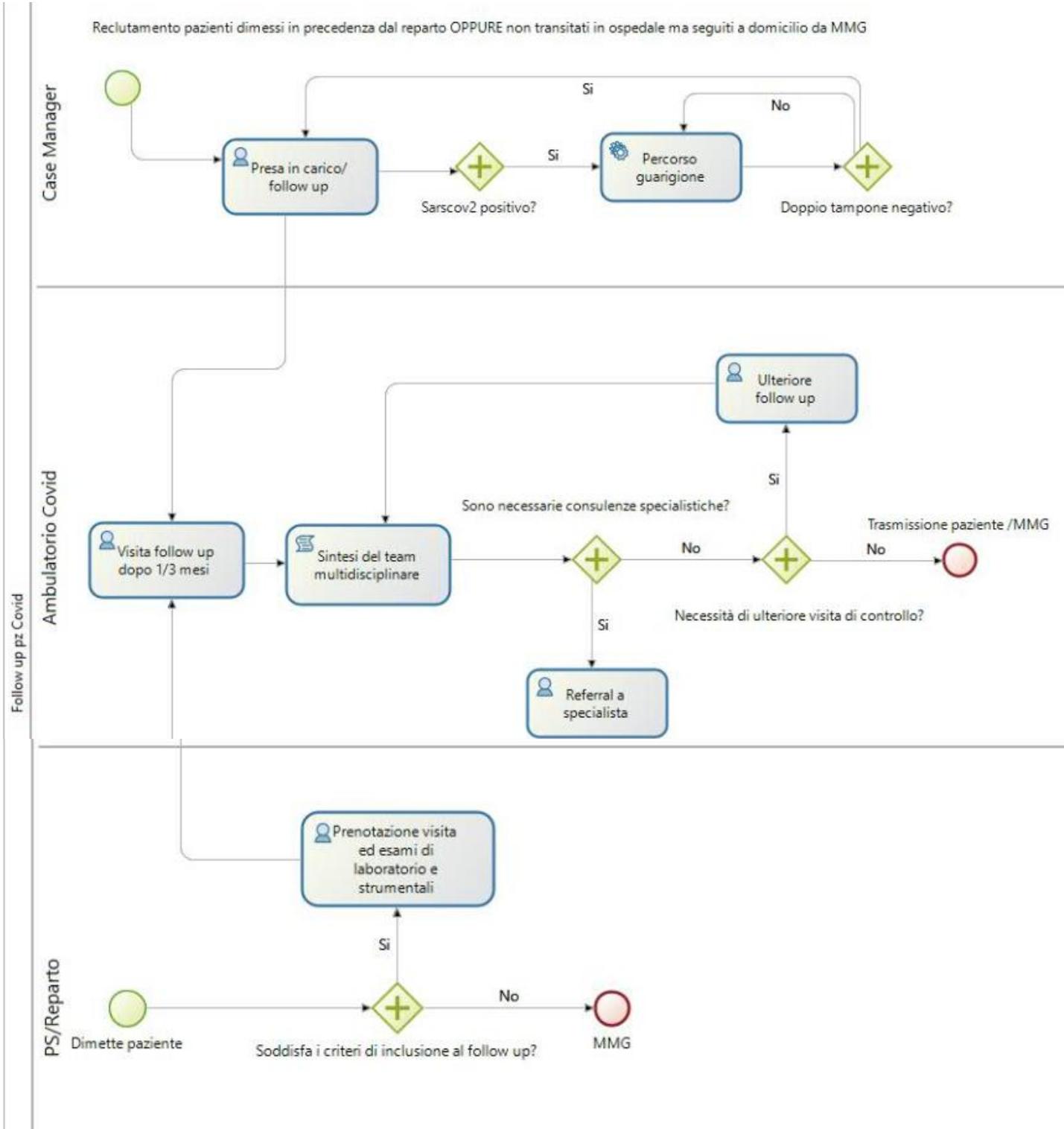
Non rientrano in tale percorso i pazienti dimessi che non hanno manifestato i criteri clinici sopra esplicitati.

Per quanto riguarda i pazienti assistiti sul territorio saranno i MMG e i PLS ad indirizzarli direttamente al Case Manager ospedaliero dell'ospedale di riferimento in base alla residenza, tramite canale telefonico o tramite mail, senza passare attraverso il CUP. I Case Manager si preoccuperanno di comunicare ai MMG e ai PLS il numero di telefono e l'indirizzo mail ai quali riferirsi per le comunicazioni.

Per questa modalità di accesso, non potendo rientrare come prestazione post ricovero, si prevede una esenzione dalla partecipazione alla spesa da parte dell'assistito.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

4 Flow Chart



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Preliminare alla programmazione del primo accesso di follow-up sarà la **verifica della avvenuta negativizzazione virologica** (due “tamponi” negativi).

L’attesa complessità della gestione del processo di follow-up, le diverse dimensioni specialistiche che potranno rendersi necessarie, la dimensione potenzialmente cronica della presa in carico, fanno ritenere appropriata l’attivazione di funzioni di **case management infermieristico o medico**, a sostegno dell’unitarietà dell’interfaccia per l’utente e del coordinamento delle diverse esigenze cliniche, organizzative e di ricerca. Sarà compito di tale figura:

- reclutare i pazienti già dimessi che rientrano nel percorso e reclutare i pazienti segnalati dal MMG
- effettuare il triage telefonico con il paziente
- verificare l’esecuzione di due tamponi negativi, indicando possibilmente la data dell’ultimo
- comunicare le modalità e la data di esecuzione degli esami e della visita
- raccogliere e trasmettere i dati per il monitoraggio e per la successiva programmazione

Per le nuove dimissioni di pazienti provenienti da reparti Covid, che abbiano manifestato durante la degenza **una SARI importante e una $PaO_2/FiO_2 < 300$** , il primo accesso di follow-up si ritiene che debba essere programmato nel periodo compreso tra 1 e 3 mesi dalla dimissione in base alla valutazione clinica. La presa in carico dei pazienti è di pertinenza del reparto che programma la visita sulla base dell’agenda interna predisposta dal case manager.

Per la prima valutazione di follow-up si ritiene che gli specialisti medici di riferimento debbano essere **infettivologi, pneumologi, internisti**.

La prima visita di follow-up, attivabile mediante richiesta interna entro 30-90 gg dalla dimissione, in base a valutazione clinica, o tramite reclutamento a posteriori, prevede l’esecuzione, possibilmente in un’unica giornata, dei seguenti esami:

- Visita medica (peso, PA, saturazione di O_2 in aa, obiettività clinica)
- Esami ematici (emocromo, ALT, AST, bilirubina diretta, fosfatasi alcalina, attività protrombinica, ptt, glucosio, creatinina, albumina, elettroliti, ck, VES, PCR, protidogramma, profilo lipidico, urea, acido urico, lipasi, LDH, interleuchina 6, fibrinogeno, procalcitonina, ferritina, NTproBNP, glicemia, se diabetico HB glicata, sierologia SarsCOV2, esame urine).
- ECG/ECGcardio (se complicanze trombo-emboliche)
- TAC torace senza o con mdc(se complicanze trombo-emboliche)
- Spirometria più diffusione di CO

In attesa dell’esecuzione del primo accesso di follow up, e successivamente a quest’ultimo, potrà essere garantita la continuità delle cure e dell’assistenza attraverso il monitoraggio con l’ausilio di tecnologie digitali e di telecomunicazione (videochiamate, chat, etc), focalizzando l’attenzione circa l’evoluzione dello stato di convalescenza, dell’impegno multiorgano e delle comorbidità, nonché l’aderenza al trattamento. Inoltre, verranno forniti informazioni e consigli utili all’autogestione della patologia, educando il paziente a cogliere in fase iniziale situazioni di peggioramento che potrebbero richiedere livelli maggiori di assistenza da effettuarsi in ambiente ospedaliero.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Il team dedicato al percorso di follow up, nel contesto di una valutazione multidimensionale dei bisogni dell'assistito, potrà avvalersi, attraverso percorsi condivisi e definiti, di professionisti che possono risultare strategici per la corretta presa in carico del paziente, e pertanto:

- considerato il possibile rilevante impatto psicologico della malattia, in particolare nelle fasi più drammatiche dell'epidemia, si ritiene appropriato prevedere l'inserimento nella prima valutazione di follow-up di strumenti validati di **assessment psicologico e la predisposizione di un'offerta di supporto psicologico** per persone per le quali ne emerga la necessità.
- Considerato il decorso lungo e complicato di una parte rilevante dei ricoveri, si ritiene appropriato nella prima valutazione di follow-up rilevare **eventuali necessità riabilitative** (respiratorie, motorie, cardiologiche, ...), necessarie per la predisposizione di un'**offerta di trattamento riabilitativo** per persone per le quali ne emerga la necessità;
- Considerato la frequente associazione al preminente impegno respiratorio di complicanze d'organo differenti, si ritiene necessario che nel percorso di follow-up siano previste procedure di screening e di **referral per gli ambiti specialistici di più frequente occorrenza** (cardiologico, di chirurgia vascolare, ematologico, neurologico) oltre che del farmacista e dei Medici di Medicina Generale.

Dopo la prima valutazione di follow-up ospedaliero specialistico alcuni pazienti potrebbero essere riaffidati per tutte le loro necessità cliniche ai MMG; per altri potrebbero rendersi necessarie ulteriori valutazioni; in alcuni casi potrebbe risultare necessaria una presa in carico cronica da parte di centri specialistici ospedalieri (ad esempio, pazienti con insufficienza respiratoria cronica di gravità ed evolutività tali da aprire prospettive di trapianto di polmone). Si ritiene pertanto necessario al momento opportuno proporre un modello dettagliato per la prima valutazione e per la presa in carico del paziente, con la programmazione di ulteriori accessi e la prescrizione di eventuali approfondimenti diagnostici.

Considerato quanto rilevato in premessa in merito alla scarsità di conoscenze sulla storia naturale della malattia e sui postumi e gli esiti a medio e lungo termine, si ritiene che il percorso di follow-up debba costituire occasione per raccogliere in modo standardizzato dati utili a definire l'impatto globale della malattia ed i bisogni clinici, e per programmare l'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria. A tal fine è stato condiviso un "minimum set di informazioni da alimentare in modo uniforme e da utilizzare per la programmazione sanitaria.

Considerata, infine, la fragilità delle condizioni attese per molti dei pazienti in valutazione, e la complessità del percorso iniziale, si ritiene che sarebbe appropriato articolare l'offerta della prima prestazione di follow-up con un'organizzazione "compatta" (day-service ad esempio) che riduca al minimo il numero degli accessi richiesti agli utenti.

5 COVID-19 - ESENZIONE TICKET

A seguito della dichiarazione dello stato di emergenza, avvenuta con DPCM 31.01.2020, si stabilisce in via straordinaria, che gli assistiti residenti nella Regione Marche contagiati da COVID-19, qualora non in possesso di una esenzione generale dalla compartecipazione alla spesa sanitaria (ticket), possano usufruire dell'esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

necessarie al monitoraggio del decorso della malattia. L'esenzione ha validità dal 1° febbraio 2020 al 31 dicembre 2020.

Il medico prescrittore dovrà inserire nella ricetta SSN (cartacea/dematerializzata) relativa alle prestazioni di specialistica ambulatoriale necessarie al monitoraggio del decorso della malattia effettuate in favore degli assistiti con diagnosi COVID-19 le annotazioni di seguito individuate:

- soggetti dimessi a seguito di un ricovero ospedaliero;
- soggetti individuati dal proprio MMG e PLS.

lo specifico codice regionale di esenzione **RMCOV2**.

Gli assistiti rientranti nelle condizioni sopra individuate e che, a far data dal 1° febbraio 2020, hanno versato il ticket per l'effettuazione delle prestazioni inerenti il monitoraggio del decorso della patologia da SARS-CoV-2, possono presentare richiesta di rimborso agli uffici competenti dell'Area Vasta territorialmente competente esibendo l'attestazione, da parte del proprio medico di fiducia (MMG, PLS), che le prestazioni sono state eseguite in esito alla suddetta patologia.

Come già specificato si ribadisce che le visite e le prestazioni strumentali o di laboratorio eseguite entro i 30 gg dalla dimissione dell'assistito da un reparto ospedaliero, indispensabili per la diagnosi finale o per il completamento della cura prestata, sono da considerare a completamento dell'episodio di ricovero. Queste prestazioni saranno prenotate direttamente dagli specialisti del reparto di dimissione, senza richiedere la prescrizione né il pagamento del ticket da parte dell'assistito.