



AO BROTZU

**PAZIENTI AFFERENTI AL
CENTRO DISTURBI PERVASIVI
DELLO SVILUPPO IN CORSO DI
EMERGENZA DA COVID-19**

**PSQ AZ
COVID 19**



REDAZIONE - S.S.D. Centro Disturbi Pervasivi dello Sviluppo

VERIFICA - Dott.ssa M. Spissu – Dott. ssa C. Ghiani

APPROVAZIONE - GOA

REFERENTE AZIENDALE PDTA - Dott.ssa C. Ghiani

INDICE

1. SCOPO	Pag 3
2. CAMPO DI APPLICAZIONE	Pag 4
3. LUOGO DI APPLICAZIONE	Pag 5
4. RESPONSABILITA' - PROCESSO - ATTIVITA'	Pag 5
5. RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI	Pag 8
6. ALLEGATI	Pag 8

1 SCOPO

Lo scopo della presente procedura è quello di definire le modalità di gestione del paziente con Disturbo dello Spettro dell'Autismo/Sindromi correlate o con necessità di consulenza NPI urgente.

I paziente afferenti alla SSD CDPS manifestano per la patologia di base importanti deficit del funzionamento cognitivo, sociale ed adattivo e pertanto sono poco adattabili a regole di distanziamento sociale e norme igienico-sanitarie.

DEFINIZIONE CASO SOSPETTO E CONTATTO STRETTO

Nella gestione dei percorsi assistenziali dei pazienti si fa riferimento alle indicazioni ministeriali ed aziendali più recenti, tenuto conto della continua evoluzione dei protocolli di riferimento.

1 Casi sospetti

a) Criteri epidemiologici:

I. Nei 14 giorni precedenti all'inizio della malattia viaggio o permanenza nelle zone rosse o nelle sue zone limitrofe.

II. Nei 14 giorni precedenti all'inizio della malattia contatti con i pazienti SARSCov-2 positivi.

III. Nei 14 giorni precedenti all'inizio della malattia contatti con le persone provenienti dalle zone rosse o dalle sue zone limitrofe, oppure contatti con i pazienti con febbre o con sintomi respiratori che provengono da un quartiere in cui sono segnalati casi di COVID-19.

IV. Presenza di piccoli focolai (entro due settimane comparsa di più di 2 casi di febbre e/o sintomi respiratori in gruppi di persone come: famiglia, ufficio di lavoro, classe di una scuola, ecc.).

b) Criteri clinici:

I. Febbre e/o sintomi respiratori.

II. Presenza di quadri radiologici patognomonic.

III. Nella fase iniziale della malattia normale conta leucocitaria o leucopenia, normale conta

linfocitaria o linfopenia.

Casi sospetti: 1 criterio epidemiologico e 2 criteri clinici. In assenza di criteri epidemiologici, presenza di 3 criteri clinici.

2 Casi accertati

I casi sospetti che presentano anche uno dei seguenti criteri eziologici:

- a) Positività con riscontro di acidi nucleici virali all'RT-PCR.
- b) NGS positivo.
- c) Positività sierologica a IgM e IgG specifiche, positivizzazione di IgG oppure il titolo di IgG nella fase di convalescenza risulta 4 volte superiore a quello nella fase acuta.

2 CAMPO DI APPLICAZIONE

Tale percorso si applica ai pazienti afferenti alla SSD di Disturbi Pervasivi dello Sviluppo ed in caso di Consulenze NPI urgenti.

La tipologia di pazienti valutati c/o la nostra Struttura è costituita da:

- pazienti con sospetto o accertato Disturbo dello Spettro Autistico,
- pazienti con sospetto o accertato Disturbo del Neurosviluppo,
- pazienti in terapia neuropsicofarmacologica,
- pazienti valutati mediante richieste interne da altri reparti,
- pazienti valutati mediante richieste esterne da altre strutture Ospedaliere e/o Territoriali.
- pazienti in percorsi abilitativi precoci, ambulatoriali e in regime di Day Hospital riabilitativo-intensivo.

3 LUOGO DI APPLICAZIONE

SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo - PO San Michele

SSD Disturbi Pervasivi dello Sviluppo - Corpo Staccato PO San Michele (per attività abilitativa precoce, ambulatoriale)

4 RESPONSABILITA'-PROCESSO-ATTIVITA'

DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

Durante il periodo di emergenza da COVID 19 sono sospese:

- le consulenze NPI considerate non urgenti dei pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico in follow-up.
- le prime visite NPI.
- le visite ambulatoriali di controllo non urgenti e le prestazioni ambulatoriali Psicologiche.
- le attività abilitative-terapeutiche, sia ambulatoriali che in regime di Day Hospital riabilitativo-intensivo (la prestazione viene eseguita con distanziamento interpersonale inferiore ad 1 metro e con durata superiore a quindici minuti, dai 60 minuti ai 120 minuti, quotidianamente per quanto concerne i trattamenti abilitativi-terapeutici intensivi).

Proseguono:

- l'attività di consulenza urgente da remoto per i pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico in terapia farmacologica.
- l'attività di consulenza urgente e in reperibilità notturna, feriale e festiva, per i reparti dei PO San Michele e Microcitemico (1 dirigente medico della struttura SSD CDPS).
- l'attività di consulenza non urgente e da remoto per pazienti con Disturbo dello Spettro Autistico/Sindromi correlate.

Attività clinica *in remoto*.

Al fine di contenere e gestire il progressivo aggravamento della situazione clinica di numerosi pazienti con conseguente significativo aumento dei contatti telefonici con la SSD Centro Disturbi Pervasivi dello Sviluppo da parte di genitori /tutori legali, per evitare l'afflusso in urgenza di pazienti al Pronto Soccorso, sono state messe in atto **attività assistenziali *in remoto***,

Tali attività assistenziali *in remoto* vengono svolte sia dai Medici presenti in sede che direttamente dalla propria abitazione.

STAFF

Si sottolinea che in tale stato di emergenza viene contingentato ed identificato il personale che entrerà in contatto con il paziente evitando esposizione non necessaria del personale stesso al fine di ridurre il rischio di contaminazione e di spreco di DPI.

PAZIENTI ELEGGIBILI AD ACCESSO NON DIFFERIBILE

Si individuano le seguenti modalità di screening:

- Triage telefonico: il giorno prima dell'accesso per la prestazione sanitaria non più differibili e non più gestibile in remoto alla nostra Struttura, il medico incaricato contatterà la famiglia del paziente per accertare la presenza di eventuali sintomi quali la febbre, sintomatologia sistemica e/o gastroenterica, tosse e sintomatologia respiratoria, eventuali contatti con casi affetti o sospetti o spostamenti in aree a rischio, inserendo i dati nell'allegato 4. Se l'anamnesi è negativa verrà confermato l'appuntamento per la modalità assistenziale già programmata comunicando l'orario in modo tale da evitare affollamenti.
- Gli utenti (paziente ed accompagnatore) giungeranno tramite accesso al piano terra (ingresso pazienti), effettueranno pre-triage, controllo temperatura e verranno dotati di mascherina chirurgica, accompagnati dal personale sanitario c/o i nostri ambulatori al 2° piano seguendo

il percorso stabilito.

- Gli utenti (paziente ed accompagnatore) afferenti al corpo staccato del Presidio Ospedaliero giungeranno tramite accesso al piano terra (ingresso pazienti), effettueranno pre-triage, controllo temperatura e verranno dotati di mascherina chirurgica, accompagnati dal personale sanitario c/o i nostri ambulatori al 2° piano seguendo il percorso stabilito.

All'ingresso presso la nostra Struttura:

- è tassativamente prevista la presenza di un solo genitore/parente per paziente.
- è previsto l'accesso di entrambi i genitori esclusivamente per i colloqui diagnostici informativi e la firma di eventuali consensi informati
- saranno fatte rispettare le distanze di sicurezza nei rapporti interpersonali
- verrà eseguita e fatta eseguire al paziente e all'accompagnatore un'accurata igiene delle mani
- il paziente e l'accompagnatore dovranno indossare i DPI (mascherina chirurgica)
- successivamente alla visita si eseguiranno la bonifica degli spazi e degli strumenti utilizzati e ventilazione del locale.
- tutti gli operatori sanitari indossano mascherina chirurgica e guanti in lattice durante la visita (da sostituire ad ogni paziente) o altri DPI (mascherina chirurgica + visiera o FFP2 + occhiali) nei setting di contatti ravvicinati, ripetuti, continuativi e prolungati nel tempo (setting abilitativi sopra citati).

5 RIFERIMENTI NORMATIVI E DOCUMENTALI

- 1. Indicazioni utilizzo razionale DPI covid-19 - Rapporto ISS COVID-19 n. 2/2020 (aggiornato al 14.03.2020).*
- 2. Nota RAS 2607 attuazione misure di contenimento COVID 19 (documento del 09.03.2020)*
- 3. Circolare Ministero della Salute PG 5143 Aggiornamento definizione di caso COVID 19 (documento del 09.03.2020).*
- 4. Direzione Generale della sanità RAS Preparazione e risposta all'eventuale emergenza derivante da casi di COVID 19 nel territorio regionale. Quarto aggiornamento del documento operativo (documento del 07.03.2020).*
- 5. SINPIA "Attività clinico-assistenziali durante l'emergenza COVID. Indicazioni operative per i Servizi di Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e per i servizi di riabilitazione dell'età evolutiva". (documento del 29.2.2020).*
- 6. Direzione Generale, A.O.Brotzu, disposizione urgente N.5 COVID 19. (documento dell'11.05.2020).*
- 7. Direzione Generale, A.O.Brotzu, Documento sul Rischio biologico a cui sono esposti i lavoratori correlato all'improvvisa emergenza legata alla diffusione del virus Sars-CoV-2. (documento del 31 marzo 2020).*

6 ALLEGATI

Scheda primo contatto

ALLEGATO 1



REGIONE AUTONOMA DE SARDIGNA
REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Scheda 4 – All. Documento operativo Covid-19

SCHEDA PRIMO CONTATTO

Nome _____	Cognome _____	
Data di nascita ____/____/____	Luogo di nascita _____	Genere <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Residenza/domicilio: Via _____		Città: _____
Numero di telefono _____		

Data di comparsa dei sintomi ____/____/____		
Sintomi:		
<input type="checkbox"/> storia di febbre/brividi	<input type="checkbox"/> astenia	<input type="checkbox"/> tosse
<input type="checkbox"/> faringodinia	<input type="checkbox"/> congestione nasale	<input type="checkbox"/> respiro corto
<input type="checkbox"/> diarrea	<input type="checkbox"/> nausea/vomito	<input type="checkbox"/> cefalea
<input type="checkbox"/> irritabilità/confusione	<input type="checkbox"/> dolori muscolari	<input type="checkbox"/> dolori addominali
<input type="checkbox"/> dolori toracici	<input type="checkbox"/> dolori articolari	<input type="checkbox"/> febbre _____ °C
Valutazione delle condizioni di rischio note al medico o confermate al primo contatto:		
<input type="checkbox"/> malattie polmonari	<input type="checkbox"/> malattie metaboliche	
<input type="checkbox"/> malattie cardiache	<input type="checkbox"/> gravidanza	
<input type="checkbox"/> malattie renali	<input type="checkbox"/> isolamento sociale (vive solo, e/o senza fissa dimora)	
<input type="checkbox"/> malattie sistema immunitario	<input type="checkbox"/> non autosufficiente	
<input type="checkbox"/> malattie oncologiche	<input type="checkbox"/> operatore sanitario	
Valutazione dello stato vaccinale noto al medico o confermato al primo contatto:		
<input type="checkbox"/> vaccinazione antinfluenzale		
<input type="checkbox"/> vaccinazione antipneumococco		

Valutazione clinica primo contatto:
<input type="checkbox"/> Il respiro è lento (in caso di contatto telefonico, provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
<input type="checkbox"/> Il respiro è accelerato (in caso di contatto telefonico, provare a indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza respiratoria e ottenere il dato)
<input type="checkbox"/> Ha difficoltà a respirare dopo un lieve sforzo (alzarsi dalla sedia/letto), si affatica a camminare o non sta in piedi
<input type="checkbox"/> Il paziente è tachicardico (in caso di contatto telefonico, indicare al paziente/convivente come misurare la frequenza cardiaca)
<input type="checkbox"/> Il paziente ha segni di cianosi periferica (in caso di contatto telefonico, suggerire controllare colore letto ungueale e tempo di refill dopo digitopressione, colore cute e labbra)
<input type="checkbox"/> In caso di contatto telefonico, valutare la capacità del paziente di parlare al telefono e il coordinamento con la respirazione

1



SCHEDA PRIMO CONTATTO

Nei 14 giorni precedenti l'esordio dei sintomi il paziente:

ha viaggiato? sì no

Se sì, specificare Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____
Nazione _____ Città _____ dal _____ al _____

ha frequentato una struttura sanitaria? sì no

Se sì, quale:

ha avuto contatti stretti con una persona con infezione respiratoria acuta? sì no

Se sì, specificare:

data _____

in ambiente sanitario in famiglia in ambiente lavorativo altro _____ non sa

ha avuto contatti con casi probabili o confermati di COVID-19? sì, in data _____ no

Se sì, specificare i nominativi:

ha visitato mercati di animali vivi? sì no

Se sì, specificare:

Eventuali note:
