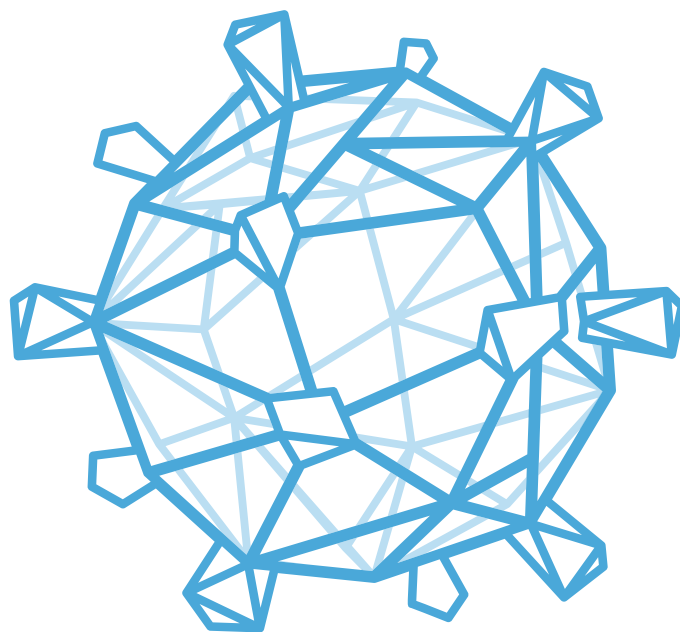


7 MAGGIO 2020

FASE II COVID-19

Focus Territorio

ANTICIPARE E GESTIRE IL CAMBIAMENTO



INTRODUZIONE DI SCENARIO

Le competenze e le tecnologie sono essenziali per affrontare l'emergenza sanitaria ma non sono sufficienti se non si ha a disposizione una rete in grado di interfacciare tutti coloro che devono costruire una risposta efficace ed efficiente. Per rispondere all'emergenza sanitaria in tempo reale bisogna derogare a quelle regole amministrative/burocratiche che rallentano tutte le azioni. Al Rapid Risk Assessment deve corrispondere una rapida risposta dell'IPCR (Integrated Political Crisis Response) che deve tener conto di tutta la filiera sanitaria. Per tale motivo, non si può prescindere dal confronto fra gli attori coinvolti a tutti i livelli istituzionali sia essi nazionali che regionali, anche coinvolgendo chi ha direttamente il governo del territorio (comuni, medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, farmacista territoriale).

QUADRO EPIDEMIOLOGICO DEL COVID-19

Dopo la fase emergenziale della pandemia di Covid-19 è tempo di tirare le somme. Secondo gli esperti è emerso chiaramente che le Regioni italiane con un sistema sanitario territoriale più efficiente ed organizzativamente consolidato, hanno affrontato con migliori risultati l'emergenza Covid. Una maggiore efficacia che è stata riscontrata sia nelle prime fase convulse dell'emergenza che nella fase successiva di controllo.

Secondo gli esperti intervenuti sono diversi gli errori commessi nel corso degli ultimi anni nella gestione della medicina territoriale in molte regione ed emersi durante questa pandemia, come a es° Lombardia e Piemonte, dove si è più rimasti concentrati in un modello ospedalocentrico. Quindi, ora che la situazione sta ritornando sotto controllo, si deve creare un momento di riflessione da parte delle strutture di governance regionali per capire che sotto alcuni aspetti si deve cambiare rotta.

Durante il webinar non sono state lanciate accuse su quanto fatto sino ad ora ma proposte su come potrebbe e dovrebbe essere riorganizzato il futuro della medicina territoriale.

FASE 2: UNA COSTITUENTE PER LA MEDICINA TERRITORIALE

Nel precedente webinar tutti hanno rimarcato che la ripartenza passa attraverso una diversa organizzazione degli ospedali ma soprattutto da una nuova presa in carico complessiva della medicina territoriale per i pazienti che dovranno evitare l'uso inappropriato dell'ospedale. Le proposte da mettere in campo devono partire dallo storico, in primis i piani regionali per la cronicità, con l'uso di nuove proposte organizzative, della tecnologia, di una nuova relazione con i MMG e PLS, con una comunicazione e una educazione alla salute diversa (diritti/doveri). La continuità della presa in carico tra ospedale e territorio deve uscire da una noiosa ripetizione di enunciati trentennali ma deve concretizzarsi in atti specifici. Tutti gli attori di una nuova costituente devono fare tesoro della drammatica esperienza COVID e superare gli specifici, seppur comprensibili, interessi per offrire una responsabile disponibilità ad un effettivo cambiamento.

Le regioni devono mettere a fattore comune le best practices individuando limiti e proposte per una piena realizzazione dei piani regionali specifici. La coscienza di un sottofinanziamento del SSN deve essere comune, ricordando altresì che la spesa per la sanità territoriale è superiore alla spesa ospedaliera e i soldi devono intanto essere spesi bene.

Tutti gli attori, comprese le aziende del settore, devono essere parte di questa costituente. Il distretto socio sanitario e l'associazionismo rappresentano le formule organizzative base per molte realtà regionali, ma devono vedere una crescita complessiva della dirigenza di tutti i componenti coinvolgendo in primis la medicina generale e gli infermieri del territorio. I vari livelli istituzionali, compresi gli enti regolatori del sistema, devono favorire l'appropriatezza dell'ospitalizzazione con filtri territoriali che evitino l'accesso inappropriato agli ospedali (PS, 118/112, MMG associati, diagnostica di 1° livello principalmente nel territorio grazie all'offerta tecnologica e dei dispositivi ai MMG, telecontrollo, teleconsulto e tele diagnosi devono diventare realtà definendo processi e tariffe, farmacie dei servizi come parte fondamentale della rete territoriale).

La medicina di iniziativa e i processi di presa in carico cronicità/acuzie devono essere organizzati e codificati. Le strutture del territorio devono essere aperte 12h al giorno per almeno 6 giorni per favorire l'accesso con distanziamento sociale e sicurezza degli operatori ed utenti.

LA GESTIONE TERRITORIALE DELLA MALATTIA DA COVID-19

La medicina territoriale ha svolto, sia nella fase emergenziale che in quella attuale, un ruolo fondamentale nella lotta alla infezione. Però essendo la medicina del territorio gestita in maniera diversa tra le singole Regioni si è visto anche come questa abbia reagito alla crisi in maniera differente. Dai dati epidemiologici si evince come ci sia stato un maggiore controllo dell'epidemia e una migliore gestione della medicina "ordinaria" in regioni dove la medicina territoriale è più consolidata e soprattutto dove si è riorganizzata realizzando quanto proposto dalle recenti riforme, come in Toscana e Veneto. Secondo gli esperti intervenuti è chiaro che la medicina ospedaliera e quella del territorio non possono più essere gestite come entità separate ma devono essere gestite come due ingranaggi della stessa macchina. Gli esperti però avvertono che per riorganizzare il sistema bisogna prima assicurarsi che l'emergenza sia finita, senza trascurare per questo di prepararsi ad un possibile ritorno epidemiologico.

LA RETE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE TRA USCA, MMG E CONDIVISIONE MEDICO-PAZIENTE

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) svolgono attività domiciliari per i pazienti COVID-19. Non sono state ancora attivate in tutte le regioni e là dove lo siano state comunque le tempistiche sono diverse territorio per territorio. Le loro funzioni sono principalmente rivolte alle cure al domicilio per pazienti COVID-19 (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al domicilio e per la cura al domicilio di pazienti con sintomatologia clinica sospetta per coronavirus, di cui non è ancora nota l'eventuale positività e che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19. Un ruolo fondamentale secondo gli esperti, perché le esperienze hanno dimostrato come le migliori azioni operative per il controllo delle sintomatologie sospette siano l'isolamento, il tracciamento e laddove è possibile l'intervento rapido con terapie domiciliari. Secondo gli esperti però non è il momento di fare qualcosa di eccezionale in un momento eccezionale, ma bisogna fare qualcosa di eccezionale che rimanga nel tempo a disposizione dei cittadini, cavalcando l'onda pandemica per cambiare finalmente modello assistenziale. Se riprendiamo con forza i principi delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nelle cure primarie, otterremo un miglior controllo di determinate aree del territorio con beneficio particolare per la gestione della cronicità.

FAMILY HEALTH

Nasce un nuovo metodo per la condivisione digitale delle proprie informazioni sanitarie: *Family Health*. Il progetto di *Family Health* è orientato alla prevenzione attraverso il coinvolgimento attivo della persona. È fondamentale che il paziente si renda l'attore principale della sua salute.

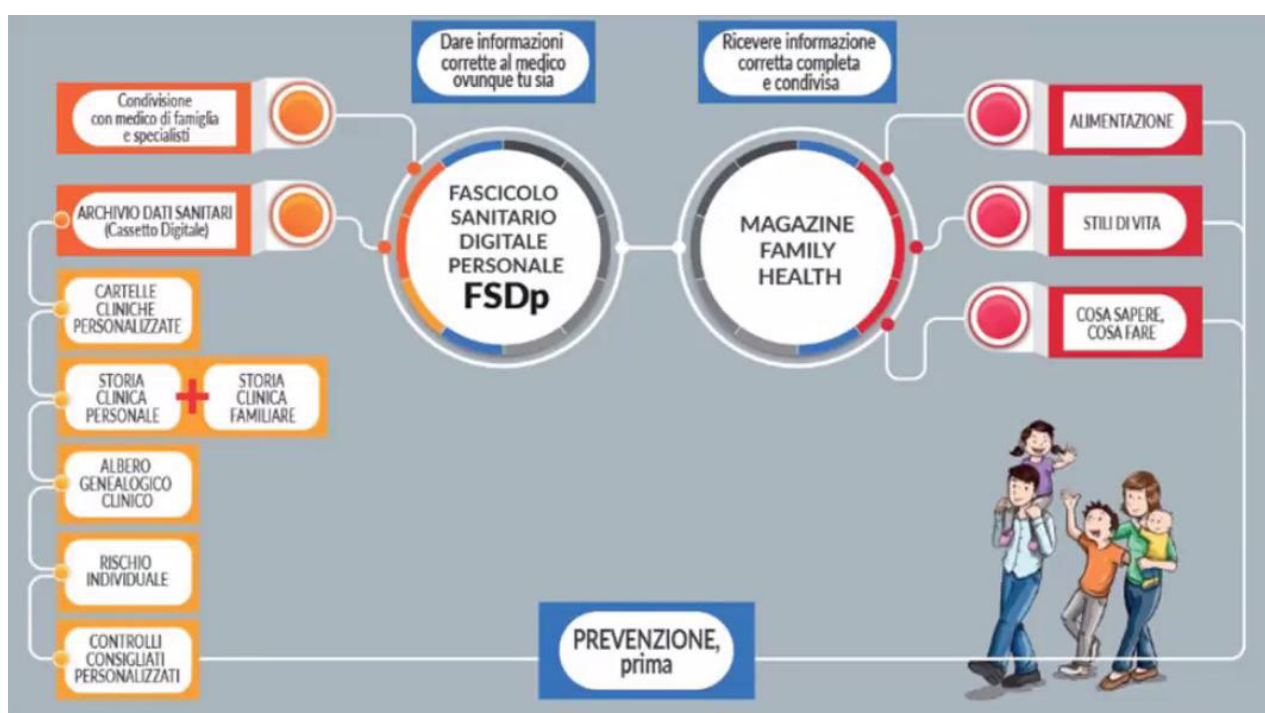
Il Ministero della Salute, per scongiurare la pandemia di Coronavirus, ha raccomandato a tutti i medici il contatto telematico con i pazienti. *Family Health* permette gratuitamente di condividere lo stato di salute con il proprio medico di famiglia.

Family Health è il progetto digitale che aiuta a prendersi cura della propria salute e di quella della propria famiglia, nella consapevolezza che il primo passo per mantenere il benessere è fare prevenzione.

Family Health consente nell'archiviazione corretta di tutti i documenti relativi alla propria salute per:

- Agevolare il rapporto medico/paziente, così da permettere una buona qualità assistenziale ai cittadini;
- Permettere ai cittadini una più facile consultazione di referti ed esami, evitando superflue prescrizioni di esami e visite.

L'obiettivo principale di questo progetto è di cercare di rendere il paziente padrone della propria storia clinica. È molto importante che il paziente possa ordinare in maniera corretta tutti i propri dati sanitari così da poterli condividere con il medico nel migliore dei modi. Il progetto propone anche delle indicazioni ben precise sulla prevenzione.



RAPID RISK ASSESSMENT E INTEGRATED POLITICAL CRISIS RESPONSE (IPCR)

Secondo gli esperti serve un sistema di monitoraggio adeguato della gestione del rischio clinico, perché evidente che l'attuale sistema di valutazione Nazionale ed Europeo abbia fallito. L'Asia che ha ottimi sistemi di questo tipo, ha reagito in maniera tempestiva e coordinata, mentre questo è accaduto meno in occidente. Ora che anche l'Europa si è dotata di strumenti adatti alla valutazione rapida del rischio, dovrà attrezzarsi anche l'Italia già nell'immediato futuro. Nell'immediato però, vista la situazione creatasi con la pandemia, bisogna innanzitutto rivalutare l'utilizzo dei DPI ed evitare il sovraffollamento delle strutture sanitarie riorganizzando attraverso giusti parametri i possibili accessi alle strutture sanitarie.

GESTIONE TERRITORIALE IN EPOCA COVID-19

Essendo l'approccio organizzativo alla medicina territoriale diverso da Regione a Regione anche l'approccio della medicina territoriale con il COVID è stato differente, in questa sessione del webinar si è quindi cercato di mettere a confronto i differenti approcci.

L'ESPERIENZA DI LATINA

Sono 12 giorni che il comune di Fondi non ha positivi ed in generale la situazione è buona, considerando che bisogna gestire 570mila abitanti su un territorio molto ampio. Le persone che sono state messe in isolamento in questi mesi sono state oltre 10mila, con l'attivazione del dipartimento di prevenzione, che ha individuato il più possibile le interconnessioni epidemiologiche. Il primo approccio è stato quello di non seguire il cosiddetto protocollo di Whuan e questo ha portato in quell'area ad avere una mortalità molto più bassa rispetto ai dati nazionali. Gli esperti dell'emergenza hanno quindi puntato molto sulla ventilazione non in terapia intensiva con grande successo. Inoltre si è cercato sia attraverso le politiche ospedaliere sia attraverso la medicina territoriale di evitare il più possibile i ricoveri in terapia intensiva. Si è fatto largo uso del telemonitoraggio dei pazienti positivi in isolamento domiciliari, svolto in collaborazione tra specialista Pneumologo e MMG. In questo modo sono stati evitati un grande numero di ricoveri offrendo comunque un servizio continuativo ai pazienti.

L'ESPERIENZA DELLA TOSCANA

L'efficacia della risposta all'epidemia è stata determinata, secondo gli esperti, essenzialmente dalla funzionalità dei servizi territoriali unita ad una grande capacità di comunicazione tra ospedale e territorio, sia in entrata che in uscita. La sola gestione ospedaliera della crisi aveva portato ad ineguatezza di gestione nelle fasi iniziali. Successivamente la necessità di salvaguardare l'ospedale ha reso centrale il ruolo del territorio sia per i pazienti Covid sia per i pazienti non Covid. Una metodologia virtuosa che secondo gli esperti deve essere punto di partenza stabile anche per il futuro. Nel territorio toscano esistono una galassia di strutture e di ruoli diversi, quindi è stato necessario un maggiore coordinamento. Un coordinamento che è servito non solo nella cura del COVID ma anche per garantire la continuità assistenziale per i moltissimi pazienti che anche in piena emergenza avevano bisogno di accedere ai servizi sanitari. L'oncologia ad es° in questa fase di crisi ha avuto una modellistica interessante con il proseguimento delle cure ospedaliere più possibile a domicilio tenendo conto di dover proteggere il paziente fragile. Con il coordinamento tra specialista ospedaliero e medicina territoriale, questo modello può essere usato come modello futuro per moltissimi ambiti specialistici.

IL MODELLO PUGLIESE

La mappa dell'infezione e le fasce di età

Tabella 4. Distribuzione per fasce di età e sesso dei casi di infezione da COVID-19.

Fasce Età	Maschi	Femmine	Totale	%
0-35	40	43	83	16
36-49	46	46	92	19
50-69	85	82	167	34
70-79	25	28	53	11
80-89	23	42	65	13
>=90	8	31	39	8
Totali	227	272	499	100

Figura 6. Distribuzione per fasce di età dei casi di infezione da COVID-19.

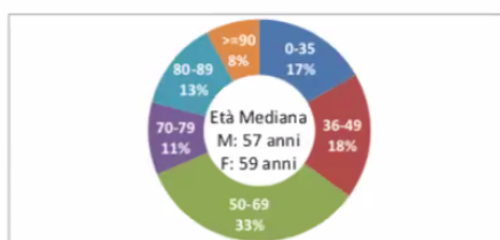
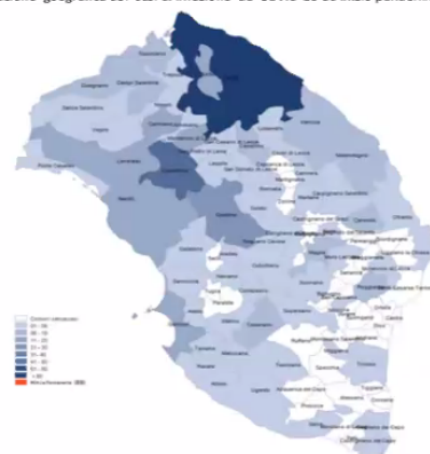


Figura 2. Distribuzione geografica dei casi di infezione da COVID-19 da inizio pandemia ad oggi.



All'inizio della crisi si è deciso di puntare tutta la cura specialistica nell'area di Lecce potendo in questa maniera lasciare libere le medicine territoriali. Questo ha portato poi un beneficio agli ospedali nelle altre aree che erano no-covid e che quindi hanno potuto continuare le proprie attività a pieno regime. Adesso però secondo l'esperto bisogna spingere per riorganizzare la medicina del territorio. Bisogna creare nuove strutture sui modelli che in Regione esistono, ma bisogna riempirli di contenuto con nuovi servizi territoriali da affiancare a quelli ospedalieri.

L'ESPERIENZA LIGURE

Fra i principali scogli che la governance regionale ha dovuto affrontare vi sono stati la gestione dell'organizzazione e la gestione dei dati. Senza riuscire a gestire queste due cose combattere il covid sarebbe stato praticamente impossibile. Per questo il SSR ha individuato nel 112 l'unico punto di accesso dei pazienti, che in comunicazione con il territorio è riuscito a gestire molto bene la situazione.

A.Li.Sa.

- Coordinamento e sorveglianza

Dipartimento Prevenzione

- Collettore dei flussi informativi
- Regista delle azioni sul territorio

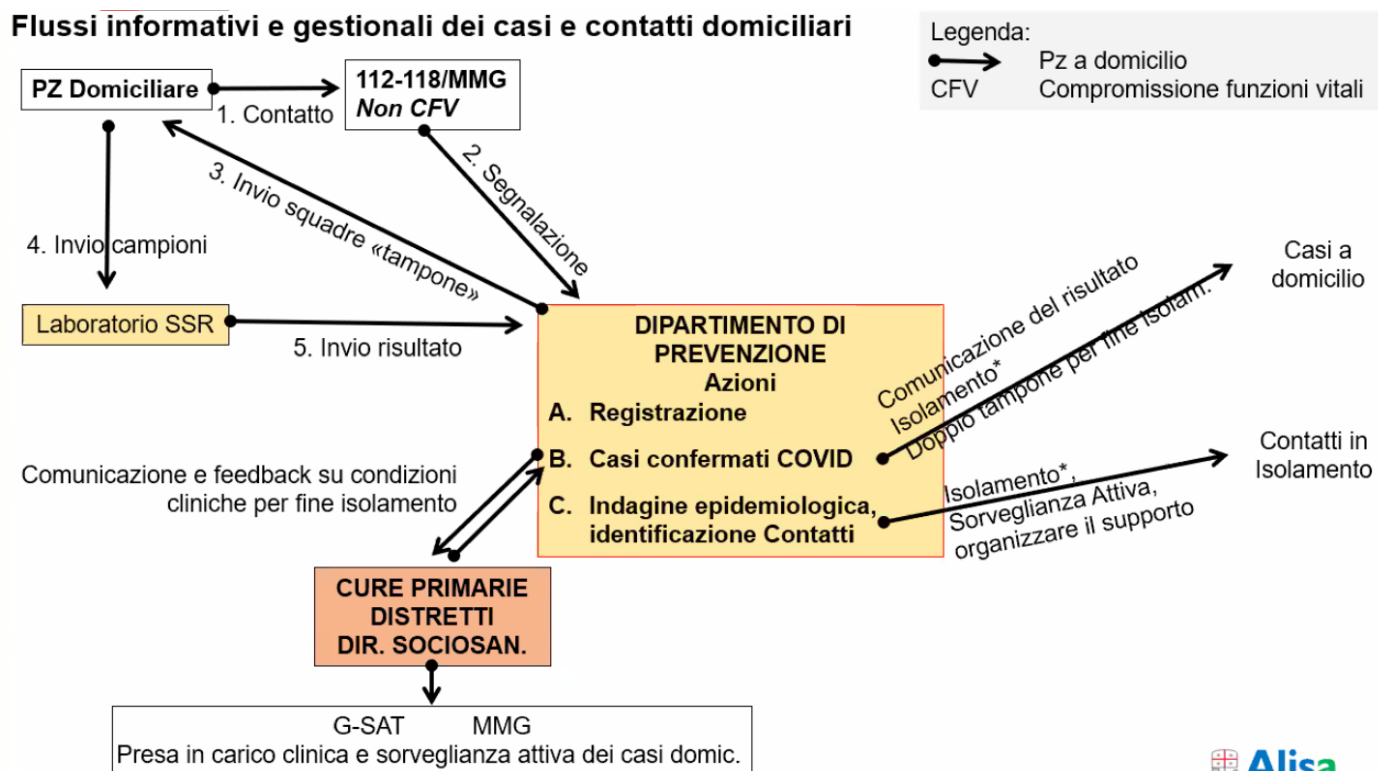
Direttore Sociosanitario e articolazioni dell'area sociosanitaria

- Presa in carico clinica dei casi domiciliari
- Sorveglianza dei casi domiciliari
- Coordinamento sorveglianza e azioni di contrasto nelle strutture sociosanitarie

Direttore Sanitario delle strutture sociosanitarie (o suo delegato)

- Referente per la prevenzione e controllo delle ICA
- Referente per l'implementazione delle precauzioni standard e specifiche per trasmissione droplet/da contatto
- Referente del programma di medicina occupazionale per la protezione e la sicurezza degli operatori

Flussi informativi e gestionali dei casi e contatti domiciliari



COMUNICAZIONE TRA SCIENZA E POLITICA

Dopo queste vicende, secondo gli esperti di comunicazione, occorre dedicare degli spazi di informazione anche scientifica per tutta la popolazione, perché deve essere data la possibilità a tutti di capire bene cosa sta accadendo. Bisogna quindi ramificare l'informazione su più livelli, quello istituzionale, quello dei mass-media e quello scientifico.

Il Veneto è stato un modello da questo punto di vista con informazioni quotidiane date attraverso i canali televisivi regionali da tutto il team istituzionale presente (Presidente, Assessori, cinici, protezione civile). L'informazione sarà altrettanto fondamentale nella fase 2, poiché la lotta alla diffusione del COVID non è affidata unicamente alle capacità tecniche del SSN ma deve essere una responsabilità di tutti i cittadini informati correttamente.

RIORGANIZZARE LA PRESENZA DEL PERSONALE TECNICO DELLE AZIENDE DI SETTORE NEI LUOGHI DI CURA

Con questa Pandemia abbiamo tutti riscoperto il valore della salute e l'importanza del mondo della sanità, che venivano valutati oramai da troppi anni quasi solo con criteri economicistici, come costo piuttosto che come investimento. E così l'intero comparto industriale che è entrato in questa dinamica, rappresentando una forza produttiva che da lavoro a oltre 150.000 dipendenti con una produzione che ammonta a circa 47 Miliardi/annui.

Questo settore Industriale (Farmindustria, Assogenerici, Assobiomedica) legato al mondo della salute, si è rivelato nella crisi più che mai un partner di sistema insostituibile per il SSN. Un partner che ha bisogno anche di risposte, perchè molto del personale tecnico delle aziende che, in questa fase emergenziale, è stato ovviamente escluso dall'accesso alle strutture di cura, dovrà riiniziare il suo lavoro di interazione con queste. Sarà quindi necessario quanto prima individuare spazi, tempi, modalità e protocolli adatti per tornare a lavorare insieme in tutta sicurezza. Inoltre se come sottolineato da tutti gli esperti, bisognerà rendere normalità le metodologie innovative utilizzate nell'emergenza, ci sarà bisogno di un rapporto stretto tra aziende di settore, strutture ospedaliere e medicina territoriale.

L'esperienza Covid-19 ha fatto quindi maturare una scala di priorità per cui anche in questo caso si dovrà sfruttare al massimo la tecnologia da remoto per interagire con l'industria. Non si può più immaginare i molti tecnici delle aziende (Medical Monitor, Medical science liaison, Informatori scientifici, Key account Manager, etc) in attesa fuori dagli studi medici senza una buona gestione organizzativa. Deve essere, secondo gli esperti, istituita una scala di priorità di accesso e comunicazione tra industria e SSN perché la comunicazione è necessaria ora più che mai, ma va fatta con coscienza.

IMPATTO ECONOMICO E RIORGANIZZAZIONE DEL TERRITORIO POST PANDEMIA E PARTNERSHIP PUBBLICO/PRIVATO CON LE AZIENDE DEL SETTORE

L'emergenza covid ha fatto emergere l'esigenza di migliorare e implementare tutti percorsi della medicina territoriale. Ci sarà quindi un forte impatto sia per quanto riguarda l'accesso delle cure ai pazienti sia dal punto di vista economico e organizzativo. La medicina territoriale porterà anche una riduzione della mobilità passiva, con vantaggi enormi economici per le Regioni in termini di costi diretti e indiretti (la spesa out of pocket delle famiglie). Secondo gli esperti bisogna incentivare una trasformazione delle RSA verso una realtà di strutture di assistenza territoriale e questo potrebbe coincidere con una nuova gestione della cooperazione pubblico-privato attraverso le numerose strutture accreditate.

Punto focale per una riorganizzazione post pandemia sono le risorse, che sono poche. Gli esperti indicano nel MES la principale opportunità, perchè una volta ottenute dilazioni dei finanziamenti a 10 anni si potrebbero acquisire notevoli risorse per migliorare l'assistenza domiciliare e territoriale con l'acquisto delle tecnologie necessarie.

CONCLUSIONI

La medicina territoriale, se bene organizzata, in questa crisi ha dimostrato ancora una volta il suo valore non marginale ed il suo ruolo centrale insieme agli ospedali. Ora che la crisi sembra giunta alle sue fasi finali, bisogna iniziare a progettare il futuro. Bisogna quindi definire la "rete" definendo ruoli e competenze chiari; bisogna far riferimento ad una task force di esperti in grado di suggerire scelte politiche/economiche appropriate. La risposta all'emergenza sanitaria deve trovare una proficua collaborazione anche con la sanità privata e con l'industria farmaceutica e di presidi medico- chirurgici, che possono collaborare nella costruzione di un modello virtuoso. Ruolo importante riveste l'azione pubblica che deve essere rapida, focalizzata ai bisogni dei cittadini e deve usare la comunicazione con senso di responsabilità.

*Il webinar è stato realizzato da **Motore Sanità** in collaborazione con **Biomedica***

*Il progetto è realizzato grazie alla sponsorizzazione di **IPSEN***



Progetto realizzato grazie alla sponsorizzazione di:

