IL RAFFORZAMENTO DELLA MEDICINA TERRITORIALE NELL' AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

2 DICEMBRE 2020

AREZZO
Via Curtatone 54, 52100
Centralino 0575 2551

SIENA
Piazza Rosselli 26, 53100
Centralino 0577 535111

GROSSETO
Via Cimabue 109, 50100
Centralino 0564 485111

INDICE

1. INTRODUZIONE……....3
2. L'AZIENDA USL TOSCANA SUD EST IN CIFRE…….....3
3. I PRESIDI DELLA ASL TOSCANA SUD EST…….....3
4. L'ASL TOSCANA SUD EST NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID……..…....4
4.1 Dati di sintesi relativi al COVID-19 in Asl Toscana Sud Est……...….....4
4.2 IL Territorio al tempo dl Covid…….....6
4.3 Dal laboratorio al tracciamento…….....…….....6
4.4 La presa in cura territoriale: IL TEAM USCA…….....6
4.4.a Attivazione……..7
4.4.b Compiti……...……7
4.4.c Ruoli……7
4.4.d La Centrale COVID…….....9
4.4.e Telemonitoraggio……...9
5. L'INFORMATIZZAZIONE DEL PERCORSO……..…10
5.1 GECOV……....10
5.2 Cruscotto direzionale…….....11
6. I NOSTRI PUNTI DI FORZA PER UN TERRITORIO FORTE……....13
6.1 Le strutture di Cure Intermedie: potenziamento e diffusione……....13
6.2 L'Infermiere di Famiglia……13
6.3 I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali……...14
7. I RISULTATI……15
8. BIBLIOGRAFIA……....15

1. INTRODUZIONE

L'Azienda Usl Toscana Sud Est è nata a partire dal 01/01/2016 dalla fusione di 3 Asl della Toscana, ovvero quelle di Arezzo, Siena e Grosseto, come previsto dalla Legge Regionale n 84 del 28 dicembre 2015*"Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del sistema sanitario regionale. Modifiche alla l.r. 40 /2005"*.

2. L'ASL TOSCANA SUD EST IN "CIFRE"

L'Area Vasta Sud Est si estende per una superficie di 11.557 Kmq, pari alla metà della superficie regionale.

L'ambito territoriale dell'Azienda comprende i territori dei 100 comuni delle ex Aziende di Arezzo, Siena e Grosseto ed è articolato in Zone Distretto .

La popolazione residente al 01/01/2020, è 831.480 unità, di cui 428.931 di sesso femminile.

La densità abitativa dell'Area è molto inferiore alla media regionale: 72,5 abitanti per Kmq rispetto ai 162,8 del valore medio regionale.

Complessivamente la popolazione della USL Toscana Sud Est fa registrare, ormai da diversi anni, un saldo totale (saldo naturale+saldo migratorio) negativo: negli ultimi cinque anni nonostante i flussi migratori è come se si fosse completamente spopolato un comune di 9.000 abitanti.

Se la Toscana è tra le regioni più anziane in Italia, questa porzione del suo territorio si caratterizza per una quota di residenti di età superiore a 64 anni, superiore alla media regionale: una persona su quattro ha più di sessantacinque anni e il 4% della popolazione è costituito da quelli che vengono definiti i grandi anziani (85 anni e oltre).

3. I PRESIDI DELLA ASL TOSCANA SUD EST

Nell'Azienda sono presenti **13 Stabilimenti Ospedalieri** accorpati in **6 Presidi** :

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Aretino, Casentino, Valtiberina e della Valdichiana Aretina, articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Arezzo
- S.O. Bibbiena
- S.O. San Sepolcro
- S.O. Cortona *(da gennaio 2020 DG 47/2020 prima era nel PO Valdichiane ed Amiata Senese)*

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Amiata Senese, Val d'Orcia, Valdichiana Senese, articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Montepulciano
- S.O. Abbadia San Salvatore

PRESIDIO OSPEDALIERO del Valdarno

- S.O. Montevarchi

PRESIDIO OSPEDALIERO delle Colline dell'Albegna, articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Orbetello
- S.O. Pitigliano

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Amiata Grossetana, Colline Metallifere, Grossetana, articolato nei seguenti Stabilimenti Ospedalieri:

- S.O. Castel del Piano
- S.O. Grosseto
- S.O. Massa Marittima

PRESIDIO OSPEDALIERO dell'Alta Val d'Elsa

- S.O. Poggibonsi

Per quanto riguarda la **rete socio sanitaria Territoriale** punto di riferimento per oltre 830.000 abitanti, nell'Azienda sono presenti all'interno delle 8 Zone Distretto , 24 Case della Salute, e 31 AFT - Aggregazioni funzionali territoriali.

E' attiva anche 1 Centrale della Cronicità e 13 ACOT -Agenzia per la continuità Ospedale Territorio, per garantire una funzionante rete fra ospedale e territorio in aiuto ai cittadini.

Tale rete si avvale anche di 180 posti letto di Ospedale di Comunità/Mo.di.Ca, di 29 di Hospice e 117 di riabilitazione territoriale ex art.26 più 29 di Cure Intermedie presso RSA.

Sono inoltre presenti nel territorio aziendale 90 RSA con moduli base, motorio, cognitivo e stato vegetativo.

4. L'ASL TOSCANA SUD EST NEL PERIODO DI EMERGENZA COVID

L'Anno 2020 è stato caratterizzato dall'emergenza sanitaria mondiale scaturita dalla diffusione del nuovo Coronavirus Sars-CoV-2. Tale emergenza ha stravolto la programmazione, l'organizzazione, le attività sanitarie ed amministrative della Azienda. In questo periodo gli operatori, afferenti a tutte le strutture organizzative aziendali, sono stati chiamati a far fronte all'emergenza, ciascuno per il proprio settore di competenza. Il presente documento riporta una relazione sulle principali attività svolte in questo periodo prevalentemente dalle strutture aziendali territoriali.

4.1 Dati di sintesi relativi al COVID-19 in Asl Toscana Sud Est

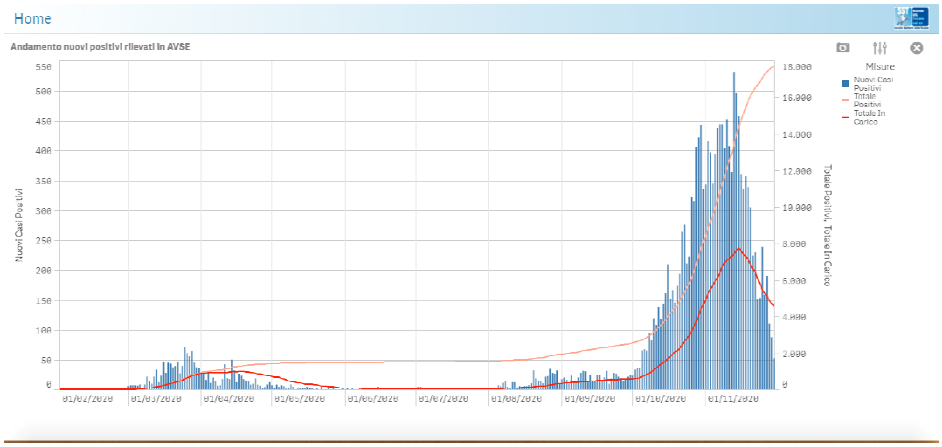
Gli effetti della pandemia da virus Sarr CoV2, si sono rivelati anche un'opportunità per affinare modelli integrati Dipartimento di Prevenzione – Territorio – Ospedale.

Nei paragrafi seguenti si riporta una breve sintesi dei dati relativi ai contagi rilevati dall'inizio del periodo pendemico alla data attuale e alcuni risultati in merito al relativo monitoraggio.

Le fonti dei dati riportati nella relazione sono:

1. SISPC (Sistema Informativo Sanitario della Prevenzione Collettiva): per i dati sui Casi ed i Tamponi
2. ADT (Ammissione Dimissione Trasferimento): per i dati di ricovero
3. LIS (3 SW Siena, Arezzo e Grosseto): per i dati dei test sierologici
4. SW del Personale: per tutti i dati relativi al personale

La Figura 1- andamento dei contagi in Asl Toscana Sud Est.



La figura 2 - andamento dei tamponi effettuati e la percentuale di positività.

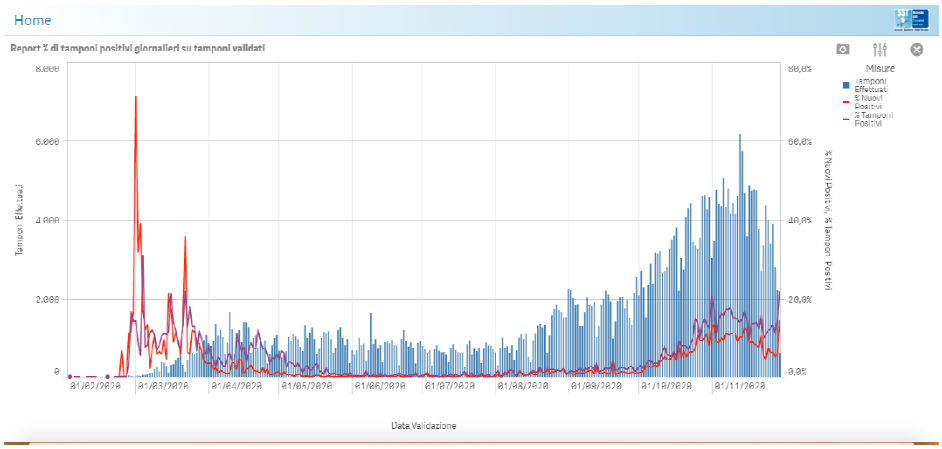


Tabella 1: dati di sintesi relativi all'epidemia Covid-19.

Dati dal 01/02/2020 al 30/11/2020	
Tamponi Effettuati nel periodo	360.863
Tamponi x 1000 abitanti	435,41
Tamponi Medi giornalieri	1.249
% Tamponi Positivi	7,75%
% Nuovi Casi/tamponi per prime diagnosi	5,29%
Totale Casi positivi trattati	17.385
Casi x 1000 abitanti	20,98
Età Media Casi	44
Guariti al 30/11/2020	12.544
% Guariti	72,15%
Deceduti al 30/11/2020	248
Letalità	1,43%
Età Media Deceduti	84
Pazienti in carico al 30/11/2020	4.543

Dati dal 01/02/2020 al 30/11/2020	
% ancora in carico	26,13%
Numero Contatti trattati	57.817
Contatti medi per ogni caso	3,33

4.2 IL Territorio al tempo dl Covid

In ottemperanza all'Articolo 8 del Decreto-Legge 9 Marzo 2020 n.14 (GU n.62 del 09/03/2020) in merito all'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (U.S.C.A.) volte ad implementare la gestione dell'emergenza sanitaria per l'epidemia da COVID-19 nell'ambito dell'assistenza territoriale, anche l'Azienda ASL Toscana Sud Est ha proceduto all'istituzione di 17 USCA, durante la prima ondata pandemica, e a 35 nella fase in corso. Inoltre nella nostra Azienda è stata istituita anche una Centrale COVID per il coordinamento del lavoro delle varie USCA.

4.3 Dal laboratorio al tracciamento

Il governo dei processi territoriali ha rappresentato un elemento cardine per il contenimento della diffusione dell'epidemia Sars-CoV-2. A partire dal laboratorio che ha visto un importante potenziamento in termini di risorse umane e tecnologiche al fine di garantire una risposta tempestiva in termini di diagnostica, attraverso tamponi e test sierologici di identificare i soggetti positivi. La presa in cura territoriale da parte del Dipartimento di prevenzione, al fine di tracciare e seguire i pazienti positivi, nonché la nascita di una Centrale di tracciamento dei contatti Covid per l'intera Asl Tse.

La centrale è costituita da circa 100 operatori tra medici, infermieri, tecnici sanitari e studenti degli ultimi anni di medicina e scienze infermieristiche.

La centrale consulta il portale SISPC e, nel caso di un referto positivo, crea la "pratica". La persona positiva, considerata adesso "caso", viene contattata e si svolge l'indagine epidemiologica con conseguente individuazione dei contatti stretti.

Il caso viene quindi assegnato all'Usca di riferimento per territorio e alla persona positiva vengono inviate le prescrizioni alle quali dovrà attenersi. Si passa quindi alla raccolta delle informazioni sui contatti stretti e anche a questi vengono inviate le prescrizioni. Al termine del periodo di quarantena, viene predisposto il tampone di controllo. Queste attività vengono svolte 7 giorni su 7 e per 12 ore al giorno, dalle 8 alle 20. Ogni settimana vengono svolte, per l'intera Asl Tse, 1.500 indagini epidemiologiche.

La centrale rappresenta un tassello importante del mosaico della battaglia anti Covid: l'attività di tracciamento rappresenta uno strumento efficiente e precoce per contrastare la diffusione del Covid"

4.4 La presa in cura territoriale: il Team USCA

Le USCA, si occupano della gestione domiciliare dei pazienti COVID+ o sospetti, che non necessitano di ricovero ospedaliero.

La nostra Azienda ha inoltre optato per un modello integrato: ciascuna USCA è di fatto costituita da un micro team che prevede la presenza di un medico e di un infermiere, si può avvalere della consulenza di medici specialisti e lavora in stretta collaborazione con il MMG/PdF per la presa in cura del paziente.

I vantaggi apportati dalla costituzione delle USCA, sia in termini di governo dell'epidemia che di gradimento per la popolazione e non ultimo di soddisfazione degli operatori coinvolti, può essere ricondotto ad alcuni aspetti fondamentali:

-lavoro in equipe (medico ed infermiere) con possibilità di attivazione di specialisti.

-chiarezza della mission

-impianto organizzativo ben strutturato

-utilizzo di strumenti ICT innovativi

4.4.a Attivazione

Il team viene attivato dalla centrale COVID su segnalazione:

- del MMG/PdF / medico della CA
- direttamente dal 118 nel caso in cui intervenga su chiamata del MMG/PdF / medico della CA, oppure su chiamata autonoma da parte del paziente o del familiare.
- dal Pronto Soccorso nel caso in cui il paziente si sia presentato autonomamente e non abbia le condizioni cliniche per accedere al ricovero.
- dai reparti ospedalieri per pazienti COVID in dimissione.

La segnalazione viene inviata alla Centrale COVID tramite indirizzo e mail e numero telefonico dedicati. La Centrale COVID, ricevuta la segnalazione:

- trasferisce la segnalazione tramite telefonata e mail alla USCA competente per territorio per la presa in carico del paziente e fornisce il numero di telefono e la mail del medico curante

- comunica al MMG/PdF la presa in cura del suo paziente dalla USCA e fornisce al medico il numero di telefono e la mail della USCA stessa.

- viene aperto un contatto sul programma ASTER relativo al paziente assegnato/preso in cura dalla USCA, dove i medici e infermieri annotano l'attività svolta.

4.4.b Compiti

Il team USCA prende in carico i pazienti COVID + segnalati compresi quelli per i quali è necessario ancora ricercarne la positività COVID19 qualora non sia stata determinata, provvede a definire un Piano Assistenziale Individuale e a valutare ogni variazione del quadro clinico del paziente.

Il monitoraggio del paziente in cura avviene tramite almeno due contatti telefonici giornalieri tra USCA e paziente. Quando necessario, tramite accesso al domicilio del paziente, secondo la valutazione da parte del Medico USCA.

In ogni momento del percorso assistenziale, qualora il medico USCA riscontrasse il superamento dei parametri vitali, dispone il trasferimento in Ospedale attivando il 118.

Quando il paziente tornerà asintomatico, l' USCA informerà il Dipartimento della prevenzione e programma 2 tamponi necessari per certificare la guarigione.

4.4.c Ruoli

Il Medico dell'USCA:

- valuta clinicamente i parametri del paziente al fine di dare indicazioni diagnostiche, terapeutiche e comportamentali nella fase di primo contatto e nella fase di gestione del follow- up.
- monitora i parametri da considerare fondamentali per poter stabilire il grado di stabilità del soggetto , ma soprattutto monitorarne nel tempo l'evoluzione, fino a predisporne il ricovero in Ospedale se ritenuto necessario.
- effettua la sorveglianza per tutti gli ospiti degli alberghi sanitari, attraverso la programmazione di accessi.
- effettua accesso quotidiano nelle strutture di Cure Intermedie e nelle RRSSSA laddove siano presenti pazienti COVID +, relazionando per iscritto al Direttore di ZD/ SdS l'attività o svolta e aggiorna il programma informatico relativo al singolo caso.

- Effettua le vaccinazioni previste a domicilio a tutti i soggetti in quarantena o già in cura in quanto COVID +.

L'infermiere dell'USCA:

- valuta le necessità assistenziali dell'assistito e provvede a verificare se l'ambiente residenziale è adatto a fornire assistenza e ad educare il nucleo familiare sui comportamenti;
- valuta se il paziente e la famiglia sono in grado di aderire alle precauzioni che saranno raccomandate come parte dell'isolamento di assistenza domiciliare.
- Fornisce le informazioni più complete sulla modalità di infezione e trasmissione di COVID-19 e le precauzioni relative all'isolamento a casa, consegnando l'opuscolo informativo dedicato su cui vi sono i riferimenti telefonici dell'USCA.
- Collabora con il medico USCA per garantire interventi assistenziali infermieristici diretti alla persona

I Rapporti con i MMG/PdF:

Il team USCA opera in stretto rapporto con il MMG/PdF. Il medico USCA si confronta con il MMG/ PdF , per condividere la storia clinica del paziente, la terapia da somministrare e la modalità di assistenza più idonea da attuare. Il medico di MG/PdF rimane il responsabile clinico del paziente preso in cura, in qualunque setting territoriale si trovi (RSA, Cure intermedie, domicilio….).

Il Rapporto Team USCA e specialistiche:

E' indispensabile mantenere la collaborazione che si è instaurata fin da subito tra il team USCA e i medici specialisti. Nello specifico:

- con la **rete della Pneumologia Territoriale** attraverso le seguenti azioni portate avanti da medici ed infermieri afferenti alla rete

- attività consulenziale nella valutazione del paziente "borderline" con reperibilità 12 ore al giorno (h. 8-20), 7 gg su 7.
- presa in cura di tutti i pazienti COVID positivi, da qualunque setting provenienti, che risultano necessitare di OTLT o CPAP.
- Consulenza specialistica telefonica con "second opinion" Medica e infermieristica con numero telefonico dedicato (ore 8-20, 7 gg su 7)
- Survey telefoniche periodiche con discussione casi clinici e criticità
- Videoconferenze di gruppo
- Teleconsulto, con email dedicata
- Teleconsulenze con i pazienti
- Telemedicina, con Unità di Telemonitoraggio domiciliare e controllo da remoto, con possibilità di intervento diretto a domicilio (operative 22 Unità gestite dalla Rete su tutto il territorio aziendale).
- Diagnostica strumentale domiciliare con alte tecnologie e strumentazione trasportabile (attualmente operativi 8 Emogasanalizzatori, 3 Fibrobroncoscopi, 1Videoendoscopio con fibre monouso, 1 Ecografo, etc.)
- Empowerment dei pazienti e dei care-givers con strumenti di comunicazione telematica per: aderenza alle terapie con verifica assunzione regolare e ponderata dei farmaci, automonitoraggio dei parametri vitali (polso, P.A., Saturimetria con strumenti palmari, etc.).

- Con le **UUOO Malattie Infettive** per consulenza specialistica , come " second opinion" medica con numero di telefono dedicato.

- Con la **rete Geriatrica Territoriale** attraverso:

- Attività consulenziale

- attuazione di sorveglianza sia sul piano clinico che organizzativo sulle RRSSAA che si integra con l'attività dei MMG e con l'USCA con l'obiettivo di mantenere un livello appropriato di cura e assistenza per gli ospiti. Ogni singolo specialista geriatra svolge la sua attività con accessi programmati presso le RRSSAA presenti nella zona distretto con l'obiettivo di rilevare e monitorare le criticità cliniche organizzative e di implementare una consulenza specialistica di supporto al MMG/ TEAM USCA.

  - Con il **Dipartimento di Emergenza-urgenza (118 – PPSS)** per tutti i casi nei quali i percorsi assistenziali dei pazienti richiedano una continuità assistenziali con i servizi territoriali.

4.4.d La Centrale COVID

Un elemento cardine dell'organizzazione territoriale è sicuramente rappresentato dalla garanzia dicontinuità assistenziale ospedale/territorio.

Nella nostra Azienda le strutture finalizzate a garantire tale processo sono la Centrale della Cronicità e le 13 ACOT zonali.

La Centrale, nella fase di dimissione ospedaliera, permette di garantire, attraverso specifici strumenti di handover standardizzati, la continuità della presa in carico a garanzia di una reale continuità assistenziale.

In particolare durante la pandemia la Centrale della Cronicità ha permesso la realizzazione di una struttura di Centrale COVID che ha garantito il punto di raccolta dei dati relativi ai pazienti presi in carico ed il continuo monitoraggio degli stessi.

La presa in carico attraverso le ACOT di zona permette di realizzare l'attivazione dei percorsi individuali calati sulle specifiche necessità/bisogni dei pazienti, in raccordo con la Medicina Generale e le altre figure professionali e con la valutazione delle risorse a disposizione presenti nella zona di residenza del paziente, il più possibile garantendo servizi di prossimità.

Il raccordo fra la Centrale e le altre strutture coinvolte nella gestione dei pazienti COVID (Ospedale, USCA, Dipartimento di Prevenzione, MMG/PdF, infermieri e Medici di Comunità) ha costituito l'elemento cardine dell'organizzazione territoriale anche in questa specifica fase.

4.4.e Telemonitoraggio

l'Azienda Usl Toscana sud est ha provveduto ad implementare ed utilizzare un sistema condiviso di monitoraggio a distanza dei parametri clinici di pazienti COVID-19 in regime di isolamento domiciliare tra i medici USCA e i professionisti del 118. Tale sistema rappresentato da un braccialetto elettronico appositamente montato consente di mantenere tali pazienti a domicilio in sicurezza o di lasciarveli per un tempo più lungo.

Sono elegibili per l'applicazione del braccialetti il paziente Covid positivo:

- in isolamento domiciliare per infezione da SARS CoV2, in carico ad USCA, sintomatico, con quadro clinico che ancora consente il mantenimento nel setting domiciliare ma con rischio evolutivo elevato

- in carico o non in carico ad USCA, che chiama il 118 per una valutazione urgente o differibile ma che sia giudicato dal sanitario 118 meritevole di mantenimento a domicilio. Tale paziente per il tipo di coorte sintomatologica o per le comorbidità, presenta un rischio evolutivo elevato.

  - che presenta criteri di isolamento domiciliare e per cui è indicato il monitoraggio.

Tale paziente può provenire da una dimissione ospedaliera o di PS (Pz con insufficienza respiratoria cronica, Pz con potenziale instabilità cardiocircolatoria). Il braccialetto potrà essere utilizzato anche per Paz. con insufficienza respiratoria cronica/potenziale instabilità cardiocircolatoria negativi al SARS CoV2, subordinatamente al numero di braccialetti disponibili.

Il Coordinatore infermieristico della CO 118 individua un sanitario esperto (o più di uno) che funge da amministratore del portale e controlla, in contatto con la ditta fornitrice, il corretto funzionamento dello stesso secondo le istruzioni ricevute.
In particolare, i dispositivi, monouso e attivi h24 per dieci giorni, inviano ogni 5 minuti a 118 e Usca i parametri essenziali: ossigenazione, frequenza cardiaca, indice di qualità del segnale della saturimetria e temperatura corporea. Le risposte terapeutiche sono diversificate in tre programmi di cura: uno standard, uno per gli over75, uno per chi è affetto da BPCO - broncopneumopatia cronica ostruttiva. Il braccialetto viene applicato dall'USCA o dai medici dell'automedica e dei mezzi attrezzati del 118. Questa tecnologia consente al paziente, anche se visto solo a domicilio (in regime ordinario da USCA o in urgenza dal 118) e senza accesso al pronto soccorso, di ricevere assistenza e presa in carico di ottimo livello.

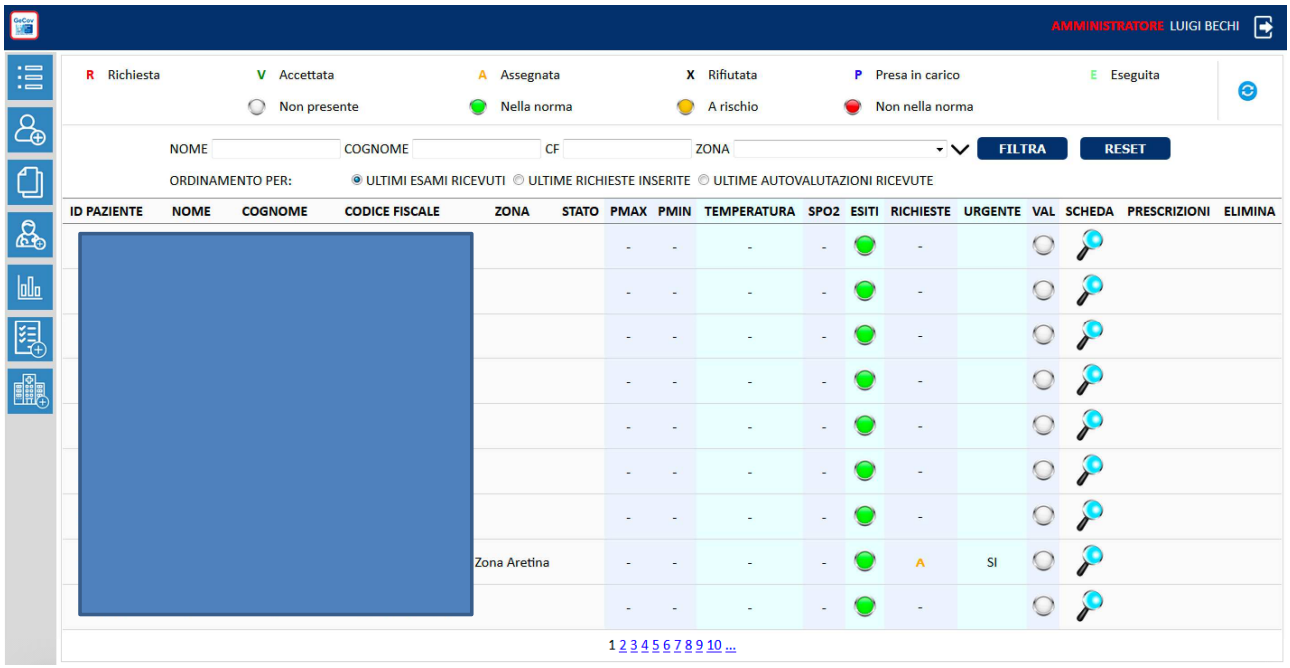
I pazienti individuati devono avere uno smartphone per rispondere alle eventuali domande dei medici, anche tramite messaggi Whatsapp. Se la persona non è in grado di farlo, il 118, in caso di problemi, non la contatterà tramite telefono, ma manderà direttamente il medico a casa.
Il monitoraggio è fatto in automatico dal sistema: nel momento in cui rileva un trend negativo, allerta la Centrale che può così contattare il paziente e valutare la situazione. Inoltre somministra un questionario predefinito al paziente, consentendo di rilevare situazioni di allarme (incapacità di alzarsi, malessere particolare, mancata assunzione di terapia, ecc.).

Questo sistema innovativo consente una migliore e più completa comprensione delle condizioni dei pazienti permettendo risposte con interventi diversificati e personalizzati. Oltre al monitoraggio costante, infatti il sistema ponedomande al paziente attraverso lo smartphone ed elabora le risposte, allertando USCA e 118 in caso di anomalia. I medici USCA e del 118 riescono pertanto ad avere aver chiara la situazione del paziente e intervenire in tempo in caso di problemi o programmare visite domiciliari solo in caso di reale bisogno.

5. L'informatizzazione del percorso

5.1 GECOV

Per l'emergenza COVID è stato sviluppato un Software apposito GeCOV per la gestione dei pazienti da seguire sia positivi che contatti. Il SW, utilizzato dalla Centrale COVID, dalle USCA e dai MMG, permette la visualizzazione dei tamponi e dei test sierologici, lo stato del paziente, la pianificazione della sorveglianza attiva (Figura 3)



Contestualmente nel sistema ASTER, sw gestionale dell'assistenza territoriale, è stata predisposta un' apposita Scheda di rilevazione USCA relativamente alla presa in cura del paziente con la possibilità di rilevazione delle caratteristiche e dei necessari parametri del paziente stesso.

L' inserimento dati è possibile anche tramite App ASTER Droid con l'utilizzo della quale attraverso dispositivi mobili l'operatore in servizio nel territorio può introdurre e rilevare le necessarie informazioni.

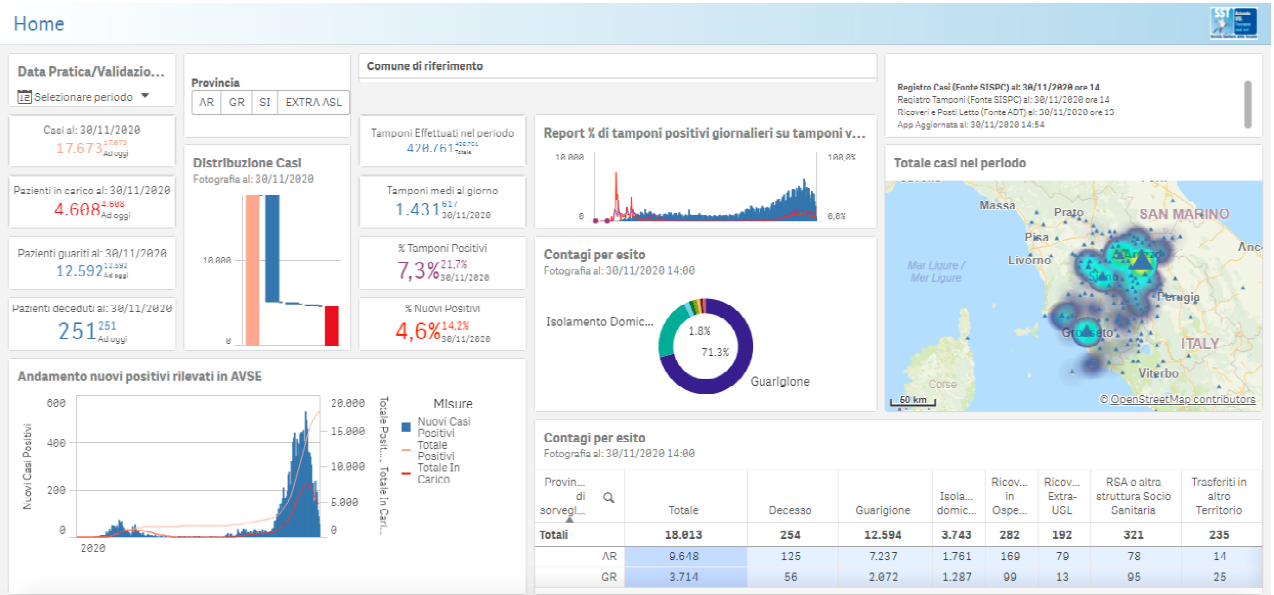
Per la riorganizzazione delle informazioni a supporto alle attività di processo quali l'individuazione e l'esposizione di liste di lavoro per fasi è stato realizzato ex novo il modulo Report Manager USCA che recupera le informazioni dalle basi dati dei tre impianti territoriali del sw ASTER mettendoli a disposizione dei vari livelli interessati, con la possibilità di rendicontazione, liste e riepiloghi personalizzati a seconda del livello gestionale dell' operatore e delle funzioni svolte.

La generazione e rielaborazione delle informazioni è possibile anche in modalità on demand ed autogestita dall' utente.

Per il supporto delle analisi di governo e decisionali è a disposizione il modulo Dashboard USCA che recupera e centralizza in istanza unica le informazioni dal sw ASTER, riportandole su dashboard e cruscotti di analisi e governo preconfigurabili e personalizzabili per i livelli decisionali coinvolti nel processo.

5.2 Cruscotto direzionale

L'Azienda si è inoltre dotata di un cruscotto direzionale per il monitoraggio dell'andamento dei contagi, Ecco la dashbord principale.



Tale strumento mette insieme più fonti dati, in particolare il valore relativo a: tamponi (molecolari e antigenicigi), sierologici, casi, contatti, ospiti e operatori RSA, Dipendenti Asl, Ricoveri, Posti letto. Questo strumento è diventato uno strumento fondamentale per monitorare l'andamento della pandemia e monitorare il processo di presa in cura dei Casi Covid positivi nonché dei contatti (dal momento del tampone fino al momento della guarigione).

Attraverso la valutazione di indicatori specifici correlati agli snodi del processo viene precocemente evidenziata l'insorgere di criticità.

Di seguito si riportano tre figure esemplificative relative al monitoraggio su:

- tamponi effettuati
- apertura delle pratiche relative ai tamponi positivi e identificazione di casi positivi

- possibili guarigioni ancora non effettuate da parte del Dipartimento di Prevenzione

Figura 5

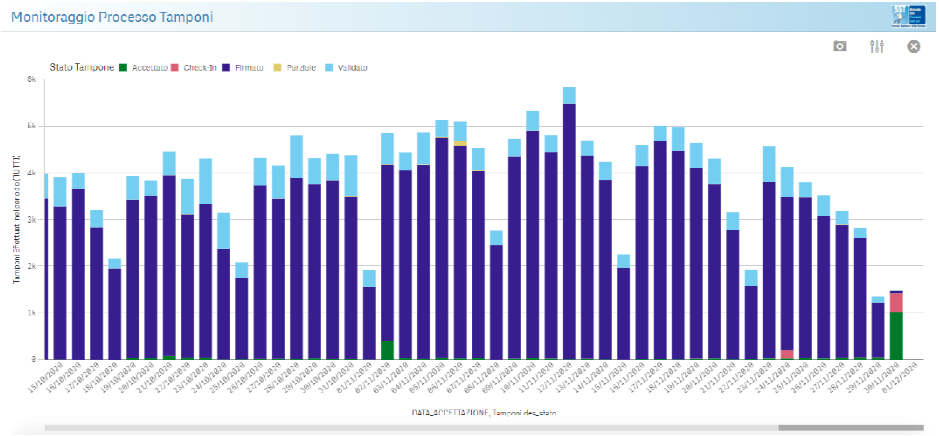


Figura 6

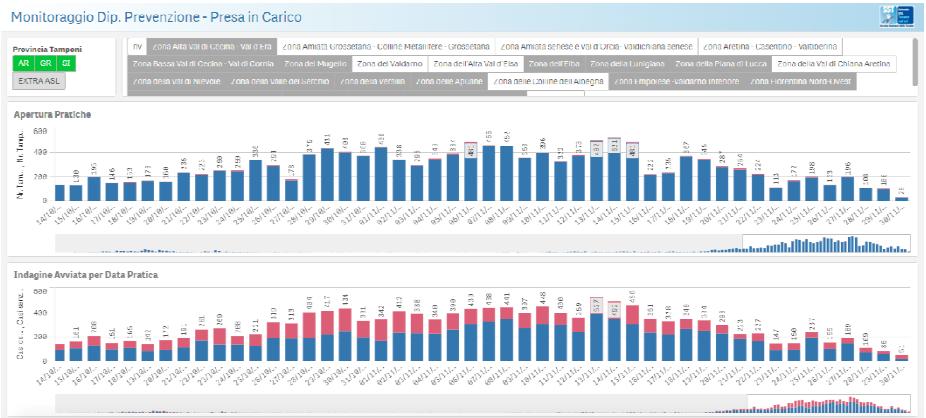
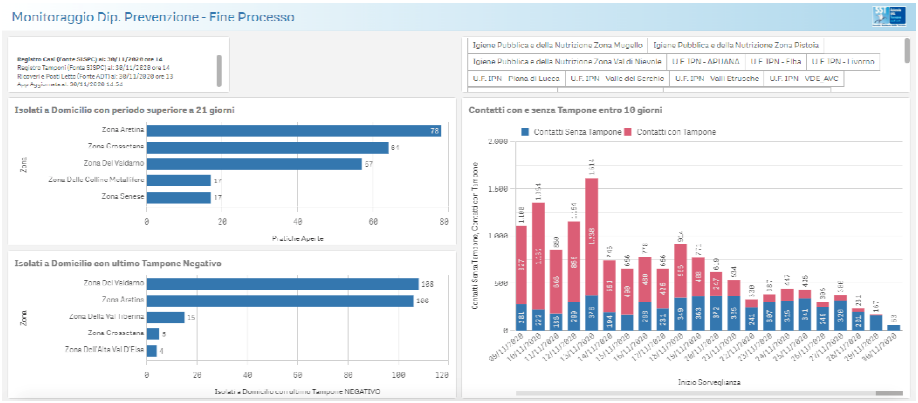


Figura 7



6. I NOSTRI PUNTI DI FORZA PER UN TERRITORIO FORTE

Il potenziamento dell'assistenza territoriale, si esplica in maniera efficace nell'ambito di un "**distretto forte**",che, sulla base dell'analisi dei bisogni e del rilievo epidemiologico , persegue la realizzazione delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) - team monoprofessionali della Medicina Generale e dei team multiprofessionali di cura, in grado di trasmettere ai cittadini fiducia circa la qualità e la sicurezza dei servizi erogati nel territorio, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una molteplicità dei servizi in grado di garantire un sistema di cure graduali.

In tale contesto, ogni Distretto ha uno stabilimento ospedaliero di riferimento, al fine di perseguire quali obiettivi strategici:

- il rafforzamento dell'assistenza domiciliare, anche attraverso lo sviluppo del ruolo dell'Infermiere di famiglia;

- lo sviluppo di strutture di ricovero intermedie necessarie per garantire un adeguato passaggio dall'Ospedale al Territorio.

- la definizione per ogni cittadino di un Piano di Cura personalizzato, realizzato attraverso l'integrazione dal Team multiprofessionale

- un approccio proattivo alla cronicità

- un importante sviluppo in termini di innovazione e tecnologia attraverso la Televisita, il Teleconsulto e il Telemonitoraggio

6.1 Le strutture di Cure Intermedie: potenziamento e diffusione

Il riordino della medicina territoriale dell'ASL Toscana sud est prevede, tra gli altri obiettivi, lo sviluppo delle **cure intermedie**. Al fine di assicurare che i pazienti COVID-19 ricevano le cure più appropriate ai loro bisogni ed evitare il sovraccarico di richieste sui reparti dedicati a Pazienti COVID in fase acuta si è provveduto a realizzare:

- strutture di cure intermedie all'interno di stabilimenti ospedalieri appositamente individuati
- una ricoversione dei pl di medicina interna in alcuni presidi
- un ampliamento dei pl nelle strutture territoriali, anche attraverso una forte alleanza con il privato accreditato

Inoltre l'aumento del turn-over dei p.l. per acuti, contribuisce a diminuire la pressione sui PP.SS. ed a regolarizzare il flusso dei servizi di emergenza sanitaria territoriale che trasportano al PS il paziente COVID destinato al ricovero.

L'attuale organizzazione della Azienda Toscana Sud Est vede pertanto un numero di pl di cure intermedie Covid pari a 164.

Tutto ciò è stato possibile attraverso una forte integrazione tra MMG, USCA, Medici Internisti.

I moduli realizzati in questo periodo sono seguiti infatti da personale infermieristico H24 (della asl o delle strutture convenzionate o di cooperative), da personale medico H24 (in presenza attiva o in reperibilità), dai mmg dei pazienti (referenti clinici), dagli specialisti per competenza (attraverso telemedicina e telemonitoraggio).

Gli interventi realizzati hanno portato ad un sostanziale potenziamento dei servizi sul territorio, con raddoppio dei posti letto disponibili per Cure Intermedie, dei quali il 60% di Low Care con un altrettanto significativo aumento del livello assistenziale

6.2 L'Infermiere di Famiglia

L'assistenza infermieristica territoriale, come anche recentemente dimostrato nella lotta alla pandemia da COVID-19, deve sempre più connotarsi per modalità di intervento di prossimità alla comunità al fine per poter governare in continuità ed integrazione intra ed interprofessionale ogni aspetto di natura educativa, preventiva, curativa e riabilitativa.

Il rafforzamento dell'assistenza territoriale, ribadito nel DL n. 34 dal 19/05/2020, passa attraverso l'elemento chiave dell'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IFC) sostenuto da finanziamenti specifici nella misura di 8 infermieri ogni 50000 abitanti (circa 133 unità nella ASL Toscana Sudest)

L'infermiere di famiglie e comunità opera proattivamente sulla presa in carico dei bisogni a tre livelli:

- **livello individuale e familiare,** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari.
- **livello di gruppo,** attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone organizzati in funzione di specifici bisogni di salute.
- **livello comunitario** attraverso azioni preventive e educative rivolte alle comunità.

La collaborazione e integrazione dell'IFC con tutte le professionalità e la rete dei servizi presenti a livello territoriale, crea i presupposti necessari per la presa in carico dei bisogni delle persone destinatarie e della comunità.
L'Azienda USL Toscana Sud est persegue il mantenimento della salute della popolazione facendosi garante per il cittadino della presenza in prossimità di un **Infermiere della Famiglia e della Comunità** e assicura la realizzazione dei presupposti necessari per l'integrazione tra i professionisti chiamati a rispondere attraverso un Piano Assistenziale Integrato.

Il progetto attuativo dell'Infermieristica di Famiglia e di Comunità, avviato già nei primi mesi del 2020, dopo il periodo dell'emergenza Covid19, si rafforza alla luce dell'esperienza fatta negli ultimi mesi, dove la professionalità degli infermieri a livello territoriale è stata motivo di orgoglio della comunità professionale per le risposte offerte, con rapidità e flessibilità.

Ad oggi sono già attivi 75 infermieri di Famiglia in 11 AFT su 31 totali.

6.3 I Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali

I Percorsi Diagnostico Terapeutico Assistenziali (PDTA) sono strumenti di governo clinico, necessari per definire gli standard assistenziali e verificare l'appropriatezza e l'equità dell'assistenza erogata.

Essi devono essere progettati in modo da assicurare la presa in carico, l'appropriatezza delle cure (la procedura corretta sul paziente giusto al momento opportuno e nel setting più adatto), la continuità assistenziale (intesa come integrazione di cure, di professionisti e di strutture) e la "standardizzazione" dei costi.

Inoltre, devono essere "personalizzati", in relazione ai bisogni di cura e assistenziali dei pazienti (con particolare attenzione alla gestione "territoriale") in una logica di "salute globale" che presti attenzione anche alla "malattia vissuta" e ai bisogni non-clinici e che porti alla stesura di un Progetto Assistenziale Individuale (PAI) per ogni paziente in cura.

Tali presupposti fondamentali hanno guidato la realizzazione dei PDTA all'interno dell'Azienda ASL Toscana sud est e hanno rappresentato gli elementi essenziali per la costruzione dei percorsi sanitari, insieme a:

- diagramma di flusso
- matrice di responsabilità
- definizione deI sistemi di monitoraggio: indicatori e audit
- empowerment del paziente e il ruolo delle Associazioni

L'utilizzo di tali strumenti, ha consentito soprattutto durante la fase iniziale dell'emergenza di trasferire rapidamente le informazioni, le indicazioni nazionali regionali, le strategie e i percorsi da seguire sia agli operatori aziendali che agli utenti.

7. I RISULTATI

Indicatori	AUSL SUD EST	ITALIA
Casi per 1.000 ab.	**20,67**	25,92
Tamponi per 1.000 ab.	**431,95**	358,48
Ricovero per 100.000 ab.	**28,50**	61,40
Letalità	**1,42%**	3,47%

Estrazione Dati al 30/11/2020

I risultati raggiunti sono stati possibili soltanto attraverso un importante lavoro di squadra che ha visto l'avvio già in epoca pre-Covid, attraverso sostanziali azioni di potenziamento della collaborazione Ospedale Territorio e del lavoro in Rete.

Punti cardini essenziali quali:

- **Integrazione multiprofessionale**
- **Flessibilità organizzativa**
- **Telemonitoraggio, televisita, teleconsulto**
- **Piattaforme digitali di connessione monitoraggio e governo**
- **Formazione sul campo**
- **Alleanze istituzionali, comunicazione, umanizzazione**

Rimarranno come "mattoni" per continuare a costruire il futuro del nostro Territorio.

8. BIBLIOGRAFIA

- **Dalla gestione della cronicità alla gestione dell'acuzie: il lavoro di trasformazione della centrale della Cronicità in centrale COVID e l'attività delle USCA durante la pandemia SARS-coV-2.**
  Massimo Alessandri, Anna Beltrano, Michele Bindi, Gloria Bocci, Carla Campolmi, Anna Canaccini, Maria Giovanna D'Amato, Roberto Turillazzi, Simona DeiFrom chronicity management to acute management: the transformation of the central of Chronicity into a COVID plant and the USCA's activity during the SARS-coV-2 pandemic. Sistema salute, Volume 64, Numero 2. aprile- giugno 2020. Pagine 222-228

- **La digital transformation del processo di continuità assistenziale ospedale – territorio e lo sviluppo della Centrale delle Cronicità: un esempio di sinergia e integrazione a livello di Area Vasta (Progetto Area Vasta Sud Est)**
  Pestelli Nicolò , Elisabetta Nigi , Maria Giovanna D'Amato, Antonio Serra ,Cecilia Quercioli, Roberto Gusino , Simona Dei rivista Mondo Sanitario settembre ottobre 2019

- **MaCroScopio (Osservatorio sulla Cronicità): Costruisci PDTA**. Piccinni et altri (M.G. D'Amato). 2020 Il Pensiero Scientifico Editore. ISBN 978-88-490-0686-5.
  Disponibile online https://macroscopio.it/guide-ai-pdta/costruisci-pdta/ Pubblicazione Bookle