

La riorganizzazione della presa in cura territoriale lombarda

Allegato 2 Dgr n. 2906/2020, Dgr n. 2986/2020, Dgr n. 3020/2020 e Dgr n. 3018/2020

Il contributo presenta, a partire dall'analisi dei provvedimenti, i principali aspetti del nuovo assetto per la presa in cura territoriale e domiciliare, a seguito della riorganizzazione avviata dal legislatore lombardo per far fronte allo stato di emergenza Covid-19.

a cura di Alice Melzi - giovedì, 09 Aprile, 2020

<http://www.lombardiasociale.it/2020/04/09/la-riorganizzazione-della-presa-in-cura-territoriale-lombarda/>

Nel mese di marzo sono stati adottati molti provvedimenti da parte di Regione Lombardia per far fronte allo stato di emergenza Covid-19 nei propri territori, tra i più colpiti in Italia dall'epidemia.

Presentiamo in questa sede, a partire dall'analisi dei provvedimenti in materia, le principali decisioni assunte dal legislatore lombardo in tema di riorganizzazione e potenziamento della presa in cura territoriale, mediante anche l'attivazione di offerte assistenziali aggiuntive, per i pazienti affetti da Covid nonché per le persone che a diverso titolo ne possono avere necessità (pazienti con isolamento domiciliare, pazienti fragili e/o cronici, pazienti no Covid dimessi dall'ospedale).

La messa a disposizione delle strutture extraospedaliere

All'interno della cornice della riorganizzazione dell'offerta ospedaliera per far fronte alla fase acuta dei pazienti affetti da Covid – effettuata con la [Dgr n. 2906 dell'08.03.2020](#) – in considerazione della necessità di liberare rapidamente posti letto di Terapia Intensiva e Sub Intensiva e in regime di ricovero ordinario degli ospedali per acuti, il legislatore lombardo delibera (allegato 2 del suddetto provvedimento) di mettere a disposizione del Sistema Regionale **i posti letto delle “Cure extra ospedaliere” (subacuti, postacuti, riabilitazione specialistica sanitaria – in particolare pneumologia -, cure intermedie intensive e estensive, posti letto in RSA).**

Decisione con conseguenze rilevanti riguardo l'utenza attualmente degente in queste strutture/reparti o in lista d'attesa.

E' stato disposto, infatti, in particolare: **il blocco da lunedì 9 marzo dell'accettazione di pazienti provenienti dal territorio verso queste strutture e l'anticipo delle dimissioni verso il domicilio dei pazienti ricoverati; il blocco del 50% del turn over delle RSA che presentano specifiche caratteristiche** (ad es. presenza di assistenza medica H24, presenza di specialisti geriatri/cardiologi/pneumologi, possibilità di effettuare indagini di laboratorio, di garantire ossigenoterapia,...).

Si prevede l'istituzione di una **“Centrale Unica Regionale Dimissione Post Ospedaliera”** che riceve le richieste di dimissione da parte degli ospedali per acuti e individua in modo appropriato la struttura di destinazione.

La delibera dispone, inoltre, alle ATS di individuare strutture autonome dal punto di vista strutturale (padiglione separato dagli altri o struttura fisicamente indipendente) e dal punto di vista organizzativo, sia di strutture non inserite nella rete dell'emergenza urgenza e POT, sia di strutture della rete sociosanitaria (ad esempio RSA) da dedicare all'assistenza a bassa intensità dei pazienti COVID positivi.

Sorveglianza e presa in cura territoriale

Potenziare e mantenere attiva per tutto l'anno 2020 la sorveglianza sindromica è la prima disposizione contenuta nella [Dgr n. 2986 del 23.03.2020](#).

A tal fine, in particolare, puntualizza in capo alle ATS tra le diverse azioni:

- **arruolare un numero di MMG/PLS uguale a quello in essere**, al fine di raggiungere per la sorveglianza sindromica almeno il 4% della popolazione di ogni distretto[1];
- sorvegliare i casi con isolamento domiciliare obbligatorio e alimentare l'elenco dei soggetti in isolamento domiciliare fiduciario che riguarda i contatti di caso e i soggetti sintomatici senza evidenza di contatto.

Per i MMG/PLS[2] stabilisce, al fine di garantire lo svolgimento della sorveglianza sul maggior numero dei propri assistiti, **di riorientare la propria attività**, riducendo le attività di apertura dello studio al minimo indispensabile (solo su prenotazione e su sua valutazione di opportunità)[3] **e concentrarsi sulle seguenti attività telefoniche**, garantendo una reperibilità dalle 8 alle 20:

- contattare i propri assistiti Covid positivi e i [soggetti contatti stretti\[4\]](#) (trasmessi da ATS), i pazienti sintomatici potenzialmente Covid per: sorveglianza attiva, predisposizioni certificati INPS, eventuale attivazione ADI Covid/USCA/servizio di tele-monitoraggio (nuove offerte assistenziali descritte nei paragrafi successivi);
- contattare i pazienti fragili e cronici (trasmessi da ATS) o i pazienti dimessi dall'ospedale non Covid per sorveglianza attiva con indicazioni sui comportamenti da tenere e follow up situazione clinica, visite domiciliari pazienti non Covid (se necessarie), attivazione ADI/Comune per supporto sociosanitario o sociale;
- ricevere telefonate entranti per richiesta pareri, prescrizioni, certificati e richieste di visita.

Istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziali (USCA)

[Ai sensi dell'art. 8 del DL n. 14/2020](#), la Dgr n. 2986/2020 istituisce le **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) finalizzate alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da Covid** (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) **e dei pazienti con sintomatologia simil influenzale considerati sospetti casi Covid**.

La Dgr fornisce alcuni orientamenti operativi, [in particolare ricorrendo all'impianto di Continuità Assistenziale \(CA\) già in essere](#), lasciando la libertà ad ogni realtà territoriale di adattare i modelli e le procedure a seconda delle risorse disponibili e attivabili.

Nello specifico viene chiesto alle ATS di individuare il numero di postazioni con la data presunta di inizio attività, provvedendo alla selezione dei medici tramite manifestazione di interesse e reperendo anche sanitari eventualmente disponibili su base volontaria e **utilizzando come sedi, in primo luogo, le postazioni di CA esistenti**, prestando attenzione a limitare, negli spazi e nei percorsi, la promiscuità tra le due attività.

Viene precisato che **l'intervento delle USCA è attivato dal MMG** (contattato dal suo assistito in quarantena disposta da ATS o da una struttura ospedaliera) che valuta attraverso un triage telefonico il bisogno di assistenza del proprio assistito e che mantiene uno stretto raccordo con esse.

La delibera ipotizza che ogni USCA possa gestire di norma 20 accessi domiciliari nelle 12 ore, salvo diversa valutazione da parte delle ATS.

Il nuovo profilo ADI Covid

La Dgr 2986/2020 fornisce, inoltre, indicazioni per l'attivazione del nuovo profilo ADI Covid^[5], che si può integrare con le attività di ADI ordinaria, destinato ai pazienti Covid positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità o pazienti con sintomatologia simil influenzale considerati sospetti casi Covid.

Possono offrire tale profilo gli enti gestori accreditati e già a contratto con ATS per ADI che garantiscano: presenza di personale infermieristico, sociosanitario e medico (consulenza, se disponibile, di specialisti geriatri, infettivologi, pneumologici) e la reperibilità telefonica 7 giorni / settimana, H12 al giorno.

L'attivazione è in capo al MMG/PLS e avviene mediante prescrizione in analogia con le modalità di prescrizione di ADI ordinaria.

L'ente erogatore accreditato deve garantire un primo accesso dell'infermiere entro 24 ore dalla segnalazione per valutazione dell'assistito e almeno un accesso alla fine della presa in carico (di norma 15 giorni). In caso di situazione incompatibili con il corretto svolgimento dell'isolamento domiciliare, procede alla segnalazione al MMG che può proporre soluzioni alternative di isolamento extradomiciliare, d'intesa con ATS. Deve inoltre, assicurare: informazioni sulle modalità di esecuzione delle misure di isolamento, addestramento uso DPI e consegna di mascherine chirurgiche per l'assistito e caregiver (1 a testa al giorno per i giorni di isolamento previsti); sorveglianza attiva anche tramite il servizio di telemonitoraggio; contatti telefonici programmati; reperibilità telefonica giornaliera h12; eventuali consulenze mediche domiciliari; eventuale esecuzione di prelievi e tampone; misurazione al domicilio della saturimetria in caso di necessità di monitoraggio.

Il supporto delle cure palliative

Considerato l'ingente incremento di pazienti complessi che devono essere assistiti al domicilio e **le potenzialità assistenziali delle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)**^[6], caratterizzate da una forte componente clinico assistenziale e da una presa in carico globale h24 365 giorni l'anno, **in modalità straordinaria e limitata al periodo emergenza epidemiologica Covid**, sempre la Dgr n. 2986/2020 stabilisce di **riorganizzare e ampliare l'offerta di tali cure domiciliari, nei seguenti ambiti:**

- **Domiciliare:** ampliamento della presa in carico a domicilio da parte delle UCP-Dom attraverso la rimodulazione dell'offerta per i pazienti con bisogni di Cure Palliative, in modo da realizzare la presa in cura di Pazienti Covid complessi, cronici e fragili in dimissione dalle strutture sanitarie, ivi compresi quelli assistiti dai Pronto Soccorso o dalle Strutture sociosanitarie.

- **Ambito Consulenziale:** erogazione, da parte delle strutture accreditate per le Cure Palliative (Hospice e UCP-Dom), di prestazioni consulenziali, prioritariamente per via telefonica e tramite tele consulto, a favore delle Strutture sanitarie e/o sociosanitarie residenziali (Ospedali, RSA, RSD, POT, PreSST), dei MMG o del Sistema ADI Covid, al fine di promuovere l'identificazione precoce e tempestiva del bisogno di Cure palliative, anche a pazienti affetti da Covid.

A fronte dell'attuale rapida riconversione funzionale del Servizio Socio Sanitario Regionale in atto per far fronte all'emergenza Covid19 vengono creati due nuovi Organismi Tecnici:

- **Il Gruppo Tecnico Centrale-CP-Covid19:** istituito c/o la DG Welfare ed opera in dipendenza dall'Unità di Crisi con finalità di definizione degli aspetti tecnici e formali necessari per avviare la fase attuativa del presente provvedimento.
- **Il Gruppo Tecnico Periferico-CP-Covid19:** istituito in ciascuna ATS operante in stretta integrazione funzionale con il Gruppo Centrale Tecnico.

Sperimentazione del servizio di tele-monitoraggio

Al fine di garantire al massimo il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti affetti da Covid o con sintomatologia simil influenzale, presso il proprio domicilio, limitando il contatto diretto tra persone, sempre la Dgr n. 2986/2020 prevede la realizzazione del **servizio di tele-monitoraggio per consentire al medico di monitorare a remoto l'andamento dello stato di salute del paziente anche tramite la dotazione di dispositivi di rilevazione dei principali parametri vitali.**

Il servizio è erogato attraverso le seguenti componenti tecnologiche:

- Piattaforma Applicativa che consenta l'acquisizione dei dati clinici del paziente in modalità manuale o automatica tramite appositi device;
- Kit di tele-monitoraggio composto dai seguenti componenti: dispositivo mobile e device per la misura dei parametri oggetto di monitoraggio.
- eventuale strumentazione per i MMG al fine di poter garantirne l'operatività (es. la lettura dei parametri di monitoraggio, video-consulti con il paziente e caregiver), anche in mobilità.

Si prevede l'istituzione: del Centro Supporto Tecnologico (incaricato di gestire, fare manutenzione della Piattaforma, fornire e configurare il Kit) e della Centrale medica (incaricato di avviare il servizio, monitorare i dati e gestire gli allarmi secondo i protocolli definiti, svolgere sorveglianza attiva; svolgere il ruolo di primo contatto per necessità dei pazienti in collaborazione con il MMG).

Il servizio può essere attivato dal MMG tramite richiesta di valutazione e visita domiciliare da parte dell'USCA o dal medico ospedaliero alle dimissioni del paziente.

Istituzione delle degenze di sorveglianza Covid

La [Dgr n. 3020 del 30.03.2020](#) istituisce un'ulteriore offerta assistenziale territoriale. Si tratta delle

degenze di sorveglianza, **rivolte ai pazienti autosufficienti con sintomatologia respiratoria lieve per infezione da Covid che richiedono quarantena fiduciaria e bassi bisogni clinico – assistenziali**. E' stato osservato, infatti, che molte situazioni con sintomi lievi evolvono in complicazioni respiratorie in tempi rapidi con necessità di ricovero ospedaliero immediato. Per questa tipologia di pazienti, laddove possibile, dunque si ipotizza, in alternativa alla quarantena domiciliare, un periodo di osservazione in ambiente protetto, con sorveglianza garantita da personale delle professioni sanitarie e personale di supporto per garantire la sicurezza nell'effettuazione dell'isolamento.

L'accesso in tali strutture può avvenire su proposta di un MMG (dopo la verifica delle condizioni cliniche diretta o effettuata dalla USCA), **di un Pronto Soccorso o di un medico di centrale AREU**. L'assistenza medica resta in capo alle diverse forme organizzative delle Cure Primarie (MMG, CA, USCA), dell'erogatore ADI-Covid o ancora attraverso l'attivazione di rapporti libero professionali.

Viene dato mandato alle ATS, tramite appositi avvisi pubblici, di individuare gli enti gestori di tali degenze che possono essere rese all'interno di reparti ospedalieri di strutture pubbliche o private, strutture sociosanitarie (anche solo autorizzate) dotati di impianti di gas medicali adeguati, ovvero, anche all'interno di altre strutture ricettive, adeguatamente rifornite dei presidi sanitari necessari.

La retta giornaliera di riferimento è fissata entro il tetto massimo previsto per le degenze non ospedaliere (150 euro/die).

Indicazioni operative per RSA e RSD

Ulteriore provvedimento adottato nei giorni scorsi è la [Dgr n. 3018 del 30.03.2020](#) che contiene indicazioni per le RSA e le RSD **per la gestione operativa degli ospiti e del loro personale per il contenimento delle infezioni correlate all'assistenza nell'ambito dell'emergenza da Covid**. Tale provvedimento non è oggetto di questo contributo, ma si ritiene utile citarlo rimandando al testo della delibera per conoscenza e approfondimenti, considerata la grave situazione in cui attualmente versano molte strutture.

La delibera contiene indicazioni in tema di sensibilizzazione, prevenzione e formazione, protezioni individuali per il personale e gestione clinica di eventuali casi Covid, sedazione palliativa, ossigenoterapia, modalità di accettazione degli ospiti nelle RSA in questo periodo di emergenza Covid, accesso alle strutture e visite.

[1] il 2% è il requisito minimo del protocollo di sorveglianza ISS. Per raggiungere l'obiettivo del 4% si intende far leva sulla consolidata rete di medici (MMG/PLS) sul territorio regionale che partecipano alla "Sorveglianza Epidemiologica e Virologica dell'influenza" prevista nell'ambito del "Accordo ai sensi dell'art. 4 del Dlgs del 28.08.1997, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sul documento – Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020 – atti n. 144 del 01.08.2019.

[2] In aggiunta alle indicazioni già fornite con nota prot. 11124 del 11.03.2020 "Indirizzi per medici di

medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di continuità assistenziale” che contiene la classificazione dei soggetti cui effettuare la sorveglianza.

[3] Più nello specifico le indicazioni riguardano: mantenere l’attività di studio esclusivamente su prenotazione e dopo triage telefonico, riducendo orari e solo per pazienti non Covid, non sintomatici, non anziani/fragili; effettuare visite domiciliari, esclusivamente su pazienti senza sintomi febbrili/respiratori, prevalentemente fragili e cronici o verso pazienti non Covid dimessi precocemente da Ospedale, che richiedono l’intervento del MMG.

[4] [Circolare Ministero della Salute 27 febbraio 2020, 0006360-27/02/2020-DGPRES-DGPRES-P “COVID-19. Aggiornamento”](#).

[5] Con riferimento [all’Allegato 2 della Dgr n. 2906 del 8/03/2020](#) e nel rispetto della nota ad oggetto “Indirizzi in merito all’isolamento domiciliare” prot. n° G1.2020.0010603 del 6/03/2020

[6] L’attuale modello erogativo fa riferimento alla [Dgr n. 5918/2016](#)