

PIANO TERRITORIALE

ATS CITTÀ METROPOLITANA DI MILANO

Redatto ai sensi della DGR n. XI/3525 del 05/08/2020

Sistema Socio Sanitario



**Regione
Lombardia**

**ATS Milano
Città Metropolitana**

Sommario

1. Premessa	3
2. L'andamento dell'epidemia in ATS Milano.....	4
3. Cosa è stato fatto in ATS e il sistema di erogazione attuale.....	5
3.1 Strumenti ATS a supporto del sistema di segnalazione e sorveglianza.....	5
3.1.1 La rete di segnalazione e sorveglianza delle cure primarie attraverso il portale Milano COR..	5
3.1.2 Il modello di presa in carico della popolazione a rischio.....	6
3.2 La capacità diagnostica: i tamponi	7
3.3 Campagne di test sierologici.....	8
3.4 Gli strumenti e gli interventi di ATS.....	9
3.4.1 USCA	9
3.4.2 Telemonitoraggio	10
3.4.3 Follow up ambulatoriale: esperienze territoriali.....	10
3.4.4 Sportello ATS per supporto psicologico alla popolazione	11
3.4.5 Interventi in ambito scolastico	11
3.4.6 Interventi negli ambienti di lavoro	12
3.5 La rete territoriale nella fase della pandemia	12
3.5.1 ADI, ADI Covid e Cure Palliative.....	12
3.5.2 Le strutture residenziali: Strutture di riabilitative, sub acute e cure intermedie.....	13
3.5.3 Le strutture residenziali: RSA.....	13
3.5.4 Le strutture di isolamento	16
3.5.5 Le Degenze di Sorveglianza	16
3.6 ATS e Farmaceutica	16
4. Elementi trasversali di metodo per la progettazione e la realizzazione degli interventi in situazione di emergenza	17
5. Possibili scenari.....	18
5.1 Scenario con previsione di seconda ondata epidemica Covid indifferenziata rispetto a marzo 2020 e epidemia influenzale sovrapponibile a quella 2019-2020.....	18
5.2 Scenario con previsione di seconda ondata epidemica Covid indifferenziata rispetto a marzo 2020 e epidemia influenzale attenuata rispetto a quella 2019-2020	19
5.3 Simulazione dei possibili scenari evolutivi	19
6. Gli interventi da realizzare.....	20
6.1 La centralità delle attività di prevenzione e il ruolo del Dipartimento di Prevenzione.....	20
6.2 Fase di segnalazione e di stratificazione del rischio	21
6.2.1 I casi sospetti	21
6.2.2 Interventi in ambito scolastico	22
6.2.3 Interventi negli ambienti di lavoro	25
6.2.4 Screening di comunità sulla base della valutazione del rischio.....	26

6.2.5	L'attività di prenotazione dei tamponi	26
6.3	Fase diagnostica	27
6.3.1	Determinazione dei fabbisogni.....	27
6.3.2	Programmazione della rete di offerta dei tamponi.....	27
6.3.3	Monitoraggio delle tempistiche del processo diagnostico.....	28
6.4	Fase di indagine epidemiologica.....	28
6.5	Gestione di casi e contatti stretti a domicilio o in strutture residenziali non ospedaliere	29
6.5.1	La sorveglianza e la possibilità di utilizzo di strumenti di telemonitoraggio e telesorveglianza 29	
6.5.2	Interventi per potenziare le Cure Primarie: la costituzione dei Centri di Riferimento Territoriale.....	31
6.5.3	USCA	31
6.5.4	Follow up ambulatoriale.....	32
6.5.5	ADI, ADI Covid e Cure Palliative.....	33
6.5.6	Strutture riabilitative, sub acute, cure intermedie, Degenze di Comunità e Hospice.....	34
6.5.7	Le Strutture Residenziali: RSA.....	35
6.5.8	Le strutture per effettuare l'isolamento	35
6.6	Interfacce per integrare la rete territoriale.....	36
6.6.1	La sperimentazione con ASST Nord Milano.....	36
6.6.2	Progettazione e attuazione di modelli di integrazione della rete territoriale.....	38
6.6.3	L'Infermiere di Famiglia e Comunità	38
6.7	Nuovo personale per la gestione della pandemia.....	39
6.8	Gestione della comunicazione verso i cittadini	40
6.9	Approvvigionamento DPI.....	40
7.	I sistemi informativi a supporto del Piano e dei percorsi di cura e assistenza.....	40
8.	Non solo Covid: nuove prospettive per la gestione del territorio.....	42
8.1	Linee di evoluzione	42
8.2	La specificità del Comune di Milano.....	43
9.	Allegati.....	44
	Allegato 1 - Proposta introduzione Infermiere di Famiglia e Comunità.....	44

1. Premessa

Il presente documento costituisce la prima versione del Piano Territoriale Operativo per il territorio di ATS Città Metropolitana di Milano (in seguito Piano), redatto come previsto dalla DGR 3525/2020, provvedimento di Regione Lombardia che ha fornito indicazioni in merito alle azioni e all'organizzazione per potenziare la rete di assistenza territoriale nell'attuale fase della pandemia Covid 19.

Regione Lombardia affida alle ATS, ancor più in una situazione di emergenza epidemica/pandemica come quella attuale, il ruolo di direzione organizzativa degli interventi previsti negli atti regionali, affinché le Agenzie garantiscano la pianificazione e l'implementazione di processi e sistemi di controllo.

Il Piano si colloca in questo alveo, con l'obiettivo di essere uno strumento al servizio dei diversi soggetti coinvolti nell'affronto della pandemia, con particolare attenzione al Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT) che ATS Città Metropolitana di Milano ha costituito il 20/08/2020 con Deliberazione n. 602.

Il Piano è inoltre uno strumento di lavoro per la stessa ATS, in quanto l'Agenzia intende declinare al suo interno le diverse attività in essere e quelle da attivare o potenziare, così da rinforzare la consapevolezza e il coordinamento tra tutti i servizi di ATS impegnati nella gestione del Covid-19.

Il documento si apre con una sezione dedicata all'andamento dell'epidemia sul territorio, seguita da una parte finalizzata a dare evidenza dell'attività messa in campo fino ad oggi per fronteggiare l'epidemia con particolare attenzione alla descrizione degli strumenti che ATS ha messo a disposizione dei diversi attori coinvolti nella gestione dell'emergenza (MMG, PLS, Prefettura e Comuni) e dei cittadini.

Prima di proporre gli interventi futuri viene fatto un duplice affondo: punti di metodo che caratterizzano la progettazione e la realizzazione, e un paragrafo dedicato ai possibili scenari.

La descrizione delle azioni per migliorare la risposta del sistema è declinata nelle diverse fasi del percorso della malattia (segnalazione, diagnostica, indagine epidemiologica, interventi a domicilio, comunicazione ai cittadini, approvvigionamento DPI). Il documento si conclude con due approfondimenti, emersi come prioritari nei lavori del Coordinamento Rete Territoriale: il sistema informativo di supporto alla gestione della pandemia e linee di indirizzo per lo sviluppo delle attività territoriali.

Il Piano presentato non copre l'intero spettro delle attività connesse alla gestione della pandemia a livello territoriale e non esprime un pari livello di approfondimento per tutti gli ambiti coinvolti. Come detto in apertura si tratta di una prima versione perché il Piano, in quanto strumento di supporto al lavoro del CRT, deve essere adattato all'evoluzione della situazione epidemiologica, sanitaria e sociale e deve adeguarsi alla disponibilità di risorse umane, infrastrutturali e anche economiche.

Seguiranno pertanto aggiornamenti, con l'obiettivo di rendere il Piano coerente ed adeguato con il contesto che cambia e con le relative necessità ed urgenze. Gli aggiornamenti potranno declinarsi nella revisione di contenuti presenti, ma non solo; potranno infatti inserirsi nuovi ambiti di azione che verranno ritenuti significativi per affrontare la pandemia a livello territoriale. Analogamente occorrerà rivedere il Piano qualora emergessero novità che impattano in maniera significativa sulla gestione della pandemia: un esempio è l'impiego dei test rapidi, se venisse verificata la loro precisione e affidabilità, e si creassero le condizioni per un utilizzo per politiche di sanità pubblica (in particolare adeguata disponibilità di kit).

Da ultimo si osserva che il Piano non si limita a declinare ipotesi di intervento; proprio per svolgere pienamente il ruolo di strumento di lavoro sulla pandemia, il Piano contiene anche l'esplicitazione delle criticità con cui si è costretti a fare i conti in questa fase di contrasto della pandemia, e soprattutto di quelle che si dovranno fronteggiare in caso di crescita dei casi e dei contatti da seguire. Alle criticità si affiancano ipotesi di soluzione, in alcuni casi forse parziali, ma che nascono dall'osservazione oggettiva della specificità di ATS Città Metropolitana di Milano, ribadita già nella LR 33/2009, a livello di territorio, di popolazione e di offerta sanitaria e sociosanitaria.

Proprio per la particolarità di alcune di queste soluzioni è fondamentale la condivisione dell'impostazione del Piano e dei suoi contenuti da parte di Regione Lombardia, affinché tutti i soggetti chiamati in causa nella gestione della pandemia possano svolgere le rispettive funzioni in modo sempre più proficuo.

2. L'andamento dell'epidemia in ATS Milano

La Lombardia è stata la prima regione a diagnosticare, il 20 febbraio 2020, un caso di Covid-19 in Italia. Il primo caso si è verificato nel territorio di ATS Città Metropolitana di Milano, a Codogno, e nell'arco di quattro giorni, la diffusione dell'infezione sul territorio ha richiesto la creazione di una zona di isolamento (zona rossa) nell'area più colpita, nel lodigiano, e di contestuali misure di limitazione degli spostamenti, delle attività che comportassero assembramenti di persone, e d'incentivazione dello smart-working in tutta la Regione. La diffusione dell'epidemia ha portato ad introdurre l'8 marzo misure di lockdown a livello nazionale, con la chiusura di tutte le attività ricreative e commerciali non essenziali, delle scuole e università, ed il divieto degli spostamenti sul territorio nazionale. Dal 21 marzo tutte le attività non essenziali sono state chiuse a livello nazionale. Dal 4 maggio è iniziato un graduale allentamento delle misure restrittive anche se fino al 4 giugno sono rimaste in vigore le norme sul distanziamento sociale, l'obbligo di utilizzo delle mascherine e la limitazione degli spostamenti su territorio nazionale, la chiusura delle scuole e dei servizi per l'infanzia. Analizzando l'andamento dell' $R(t)$ è evidente come alla fine del periodo di lockdown la popolazione del territorio coperto dalla ATS di Milano era passata da un $R(t)$ di oltre 2 a 0,5, come mostrato nella figura successiva. Tuttavia, la stessa figura mostra come in maniera lenta ma costante, una volta interrotto il lockdown l' $R(t)$ sia risalito evidenziando nuove modalità di circolazione del virus all'interno della popolazione.

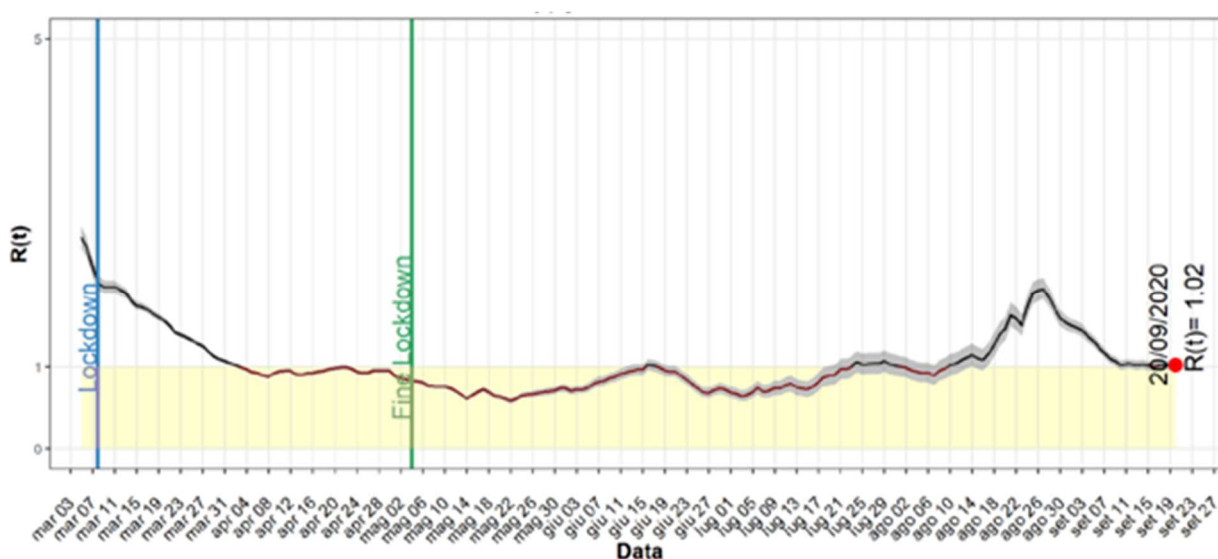


Figura 1 - $R(t)$ per data sintomi

Emerge come la scelta del modello di soppressione della circolazione del virus a livello nazionale mediante il lockdown abbia portato esiti positivi; tuttavia l'evidenza attuale è che l' $R(t)$ è tornato ai valori della fase epidemica, anche se le caratteristiche dei casi attuali sono cambiate (prevalenza di situazioni di contagio da rientri dall'estero e abbassamento dell'età dei casi). L'entità dei tamponi effettuati e le caratteristiche della popolazione condizionano la distribuzione spaziale dell'epidemia. Se prima della fine del lockdown il comune di Milano aveva una prevalenza della metà rispetto ad ATS, la figura seguente mostra come la prevalenza alla prima settimana di settembre 2020 del comune di Milano sia simile alla prevalenza dei comuni del lodigiano.

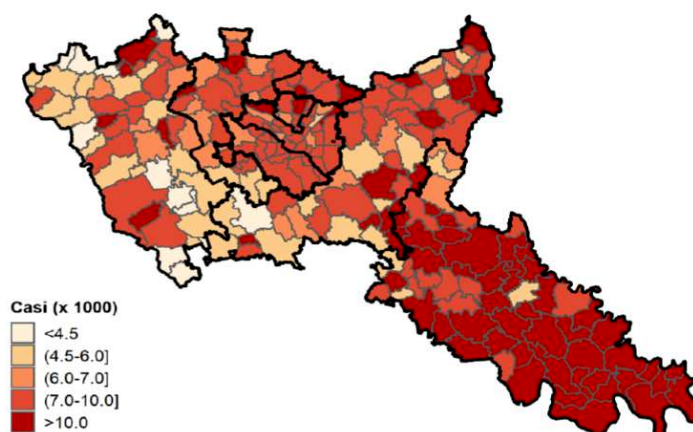


Figura 2 - prevalenza dei casi sul territorio di ATS

L'iniziale eterogeneità spaziale relativa alla diffusione dei casi sull'intero territorio di ATS (Città Metropolitana di Milano e Provincia di Lodi) nel tempo si è uniformata, e la circolazione del virus in assenza di misure restrittive ha portato ad avere una limitata variabilità nei diversi Comuni.

Occorre comunque considerare che il reale andamento dell'epidemia a livello di ATS non è derivabile in quanto fortemente influenzato dai tamponi effettuati e dalle caratteristiche cliniche della popolazione investigata.

ATS Milano ha realizzato una sezione dedicata alla valutazione dell'epidemia sul proprio sito a cura dell'Unità di Epidemiologia; in essa - raggiungibile all'indirizzo <https://www.ats-milano.it/portale/Epidemiologia/Valutazione-dellepidemia-Covid-19> - sono disponibili ai cittadini le mappe aggiornate dei casi accertati (anche con georeferenziazione) e la relativa valutazione.

ATS ha inoltre prodotto report specifici legati alla situazione nelle RSA e nelle strutture di Cure Intermedie; entrambi i documenti sono scaricabili dalla medesima sezione.

3. Cosa è stato fatto in ATS e il sistema di erogazione attuale

3.1 Strumenti ATS a supporto del sistema di segnalazione e sorveglianza

3.1.1 La rete di segnalazione e sorveglianza delle cure primarie attraverso il portale Milano COR

Nella fase epidemica, in considerazione del fatto che il tampone veniva effettuato per confermare la sintomatologia esistente e non per identificare precocemente soggetti asintomatici infetti su cui effettuare misure di confinamento, è stato necessario implementare un sistema informativo dedicato di segnalazione da parte dei medici di medicina generale di casi con sintomatologia ascrivibile ad infezione da Covid. Questo sistema attivo dal 10 marzo 2020 viene attualmente utilizzato dai medici di medicina generale per segnalare soggetti con sintomi tipici su cui effettuare un tampone diagnostico. Al sistema Web-based denominato ATS Milano COR hanno avuto accesso dal rilascio ad oggi 2.611 medici (inclusi sostituti e incaricati), solo 144 MMG non hanno mai avuto neppure un accesso al portale. Allo stesso accedono anche tutti i 193 Sindaci dei Comuni di ATS, e hanno richiesto utenze 34 operatori che afferiscono alle Prefetture di Lodi e di Milano (compresi vigili del fuoco e altri incarichi di pubblica utilità che sono stati autorizzati ad accedere alle informazioni di casi e contatti). L'accesso a queste due tipologie di utenza è finalizzato a supportare le attività di verifica/accertamento che sono in capo ai Sindaci e alle FFOO, e ha consentito ai Comuni anche di attivare interventi sociali mirati per la popolazione posta in isolamento, obbligatorio o fiduciario.

Complessivamente sono stati segnalati 62.162 casi. Di questi 8.457 ha avuto poi anche un tampone risultato positivo. Su tutti e 62.162 casi i MMG hanno indicato una quarantena cautelativa e dall'11 maggio tutti i soggetti sintomatici segnalati sono sottoposti sistematicamente a tampone diagnostico (pertanto da quella data può essere letta come una prevalenza di infezione sui soggetti sintomatici segnalati). Il grafico successivo mostra l'andamento giornaliero della segnalazione dei casi da parte degli MMG e la % di casi segnalati diventati positivi.

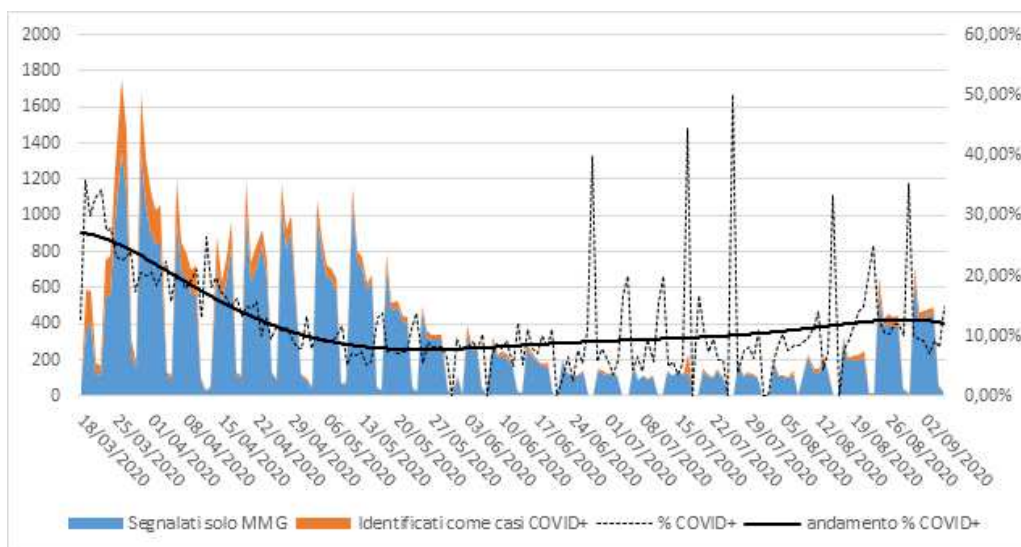


Figura 3 - andamento giornaliero della segnalazione dei casi da parte degli MMG e la % di casi segnalati diventati positivi

Le segnalazioni degli MMG hanno riguardato anche i contatti dei casi, e complessivamente sono stati segnalati 16.611 contatti stretti. Di questi 4.391 sono stati identificati, mediante intervista epidemiologica come contatti di caso. Su tutti e 16.611 casi i MMG hanno indicato una quarantena cautelativa.

In sintesi, il sistema di monitoraggio sviluppato per i casi sintomatici ha permesso la segnalazione e la segregazione con una quarantena prescritta dall'MMG di 62.162 casi sintomatici e 16.611 contatti stretti. In una epidemia poter sviluppare sistemi di identificazione precoce di soggetti sintomatici e dei contatti e prescrivere la quarantena rappresenta un'arma potente di controllo, specialmente se la disponibilità di tamponi non è proporzionale.

3.1.2 Il modello di presa in carico della popolazione a rischio

Il sistema di monitoraggio sviluppato per i casi ha permesso la segnalazione e la segregazione con una quarantena prescritta dall'MMG di quasi 80.000 tra casi e contatti.

La scelta tra l'applicazione di una politica basata sulla soppressione o sull'utilizzo di misure di mitigazione della circolazione virale rappresenta uno dei temi principali del governo dell'epidemia e all'interno di differenti nazioni sono stati utilizzati modelli differenti. La maggior parte delle nazioni europee ha scelto il modello di soppressione imponendo il lockdown. Altre nazioni europee hanno scelto di adottare modelli di mitigazione basati esclusivamente su lavaggio delle mani, distanziamento e uso di dispositivi. ATS di Milano ha sperimentato a partire dalla prima settimana di marzo un modello di presa in carico della popolazione a rischio molto elevato di decedere per Covid. Il modello ha previsto: la stratificazione della popolazione al di sopra dei 70 anni utilizzando un algoritmo basato sui primi dati disponibili al fine d'identificare le patologie che davano un rischio di decedere per Covid, l'applicazione del modello a tutta la popolazione della ATS, l'identificazione della popolazione suscettibile, la predisposizione di un sistema informativo dedicato che esponeva i soggetti al proprio MMG con tutte le informazioni possibili con la richiesta di effettuare un intervento strutturato. L'intervento era basato sul contatto telefonico in cui veniva ribadita la necessità dell'isolamento da parenti, figli, nipoti e altro, la verifica della necessità di un supporto sociale e la verifica della terapia assunta e delle condizioni cliniche del soggetto. La popolazione target era rappresentata da 623.404 soggetti di età superiore ai 70 anni, 127.735 erano quelli con condizioni a rischio: 48.624 sono stati presi in carico, 79.110 non sono stati oggetto di una presa in carico strutturata.

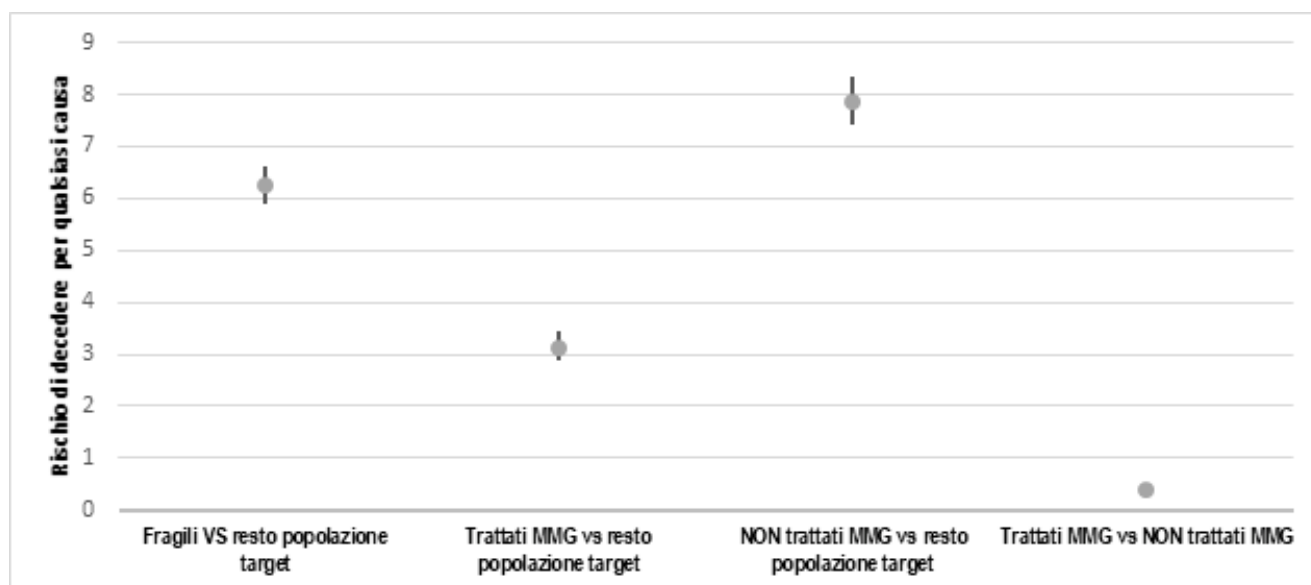


Figura 4 - confronto rischio di decesso

Il grafico mostra come la popolazione a rischio presenta un rischio di decedere di 6 volte maggiore rispetto alla popolazione target, che i soggetti trattati MMG (quelli presi in carico con il modello di sorveglianza telefonica) hanno un rischio di decedere di 3 volte superiore rispetto al riferimento e che i non trattati hanno un rischio di morire di 8 volte superiore e che i trattati hanno un rischio di decedere del 70% in meno rispetto ai non trattati. La valutazione rispetto alla mortalità generale di questo sistema evidenzia che il gruppo trattato ha un rischio più che dimezzato di decedere.

La possibilità di sviluppare nuovi modelli di contenimento degli effetti della pandemia è più che rilevante in sanità pubblica e necessita di ulteriori sviluppi e implementazioni.

3.2 La capacità diagnostica: i tamponi

La capacità di effettuazione dei tamponi ha inciso ed incide notevolmente sulla gestione dell'epidemia; nel corso delle settimane tale capacità ha subito significative variazioni per poter far fronte all'evoluzione del virus e alle mutanti condizioni dell'intero sistema. Mentre all'inizio dell'epidemia i pochi tamponi fatti erano su soggetti fortemente sintomatici con una positività oltre il 40%, attualmente a fronte di un incremento notevole del numero di tamponi (specialmente dopo la metà di agosto con i tamponi di rientro) i positivi sono intorno al 2%.

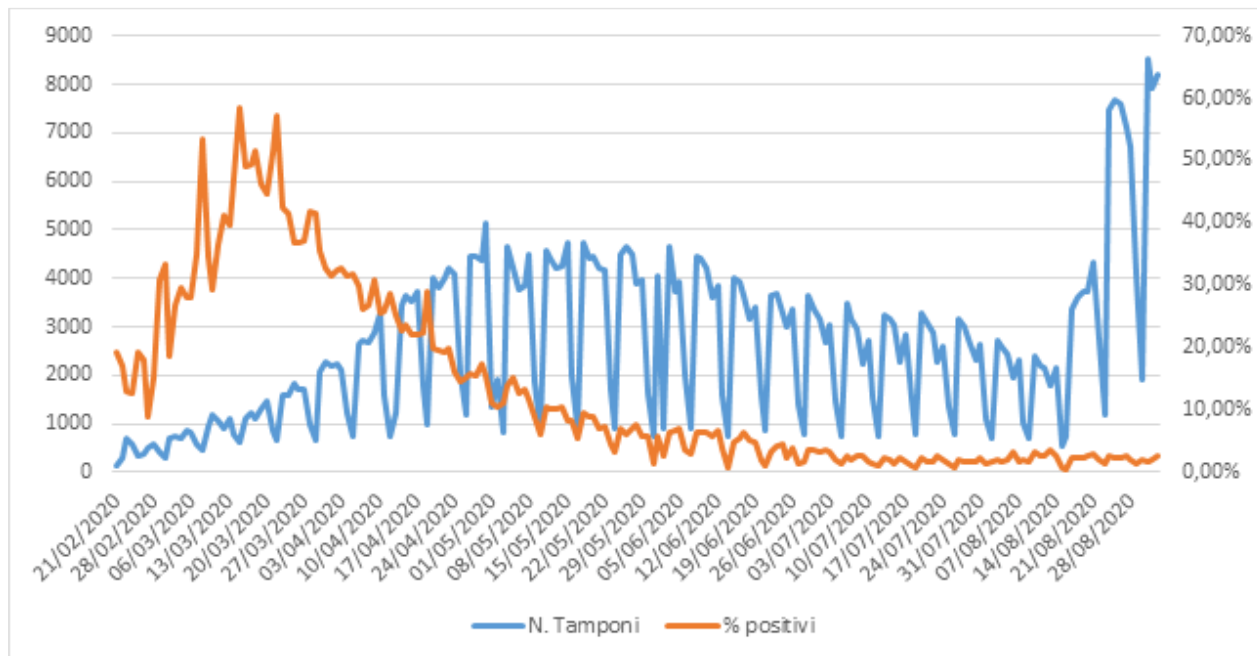


Figura 5 - andamento tamponi e percentuale di positivi sui tamponi effettuati

Ovviamente in questa situazione, e con l'iniziale ridotta disponibilità a effettuare tamponi, la valutazione dell'andamento dell'epidemia sicuramente è affetta da un bias informativo importante che ne distorce sostanzialmente sia l'entità sia la capacità di comprendere la diffusione a livello della popolazione. La capacità di effettuare tamponi diagnostici deve essere poi integrata con la capacità del sistema di effettuare i test e quindi con la lettura dei volumi trattati dal sistema laboratori (si veda figura sottostante), e con una valutazione dei tempi di refertazione e della proporzione di prelievi refertati nello stesso giorno.

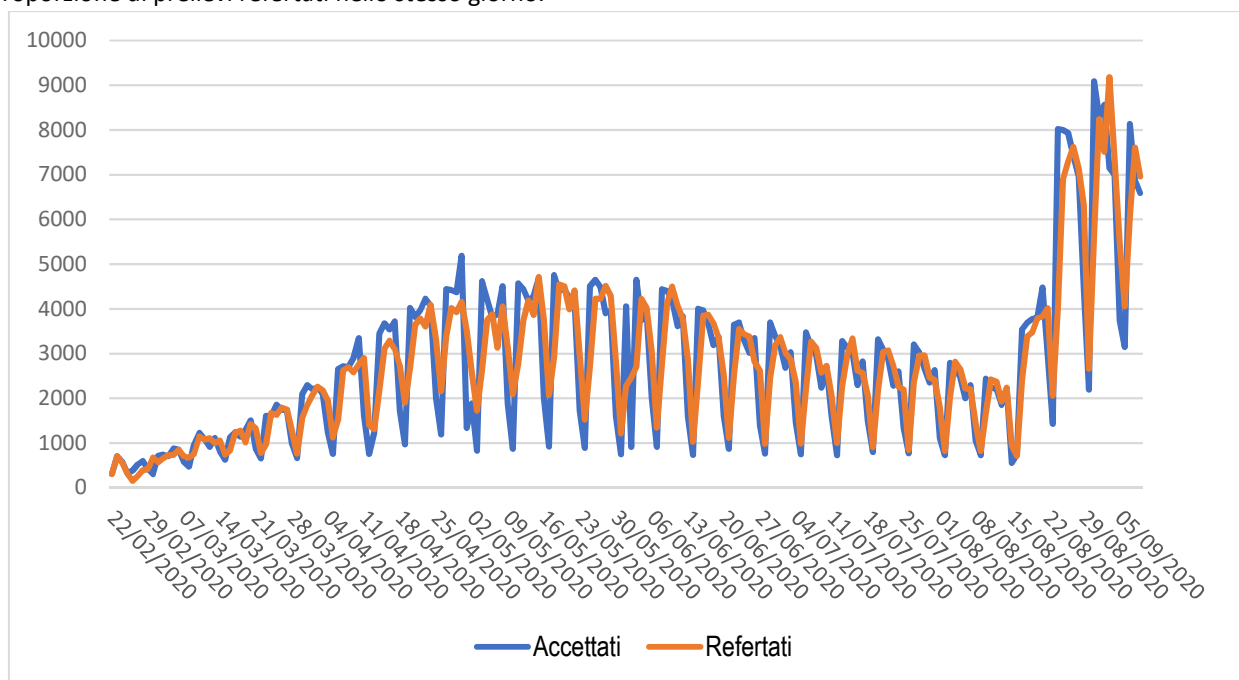


Figura 6 – andamento tamponi accettati vs tamponi refertati

Il sistema ATS Milano, considerando sia gli erogatori pubblici sia gli erogatori privati, è arrivato ad un volume giornaliero massimo di circa 7.000 tamponi per tutti i diversi setting, anche grazie all'attivazione di punti di erogazione attraverso drive-in (in particolare quello dell'ASST Santi Paolo e Carlo ha eseguito fino a 600 tamponi/die).

Se il valore di picco dell'esecuzione di tamponi/die è di circa 7.000 tamponi, la quota parte legata ad assistiti provenienti da setting "territoriali" (segnalati come sospetti, categorie a rischio ecc., tamponi di guarigione) non ha mai superato i 3.000/die (il picco è stato raggiunto in agosto, determinato dall'ordinanza che prevedeva il tampone per cittadini rientrati da alcuni paesi europei), i rimanenti sono legati a tutte le altre casistiche, compresi casi ospedalieri, aeroporti, esecuzione extra-SSR.

Per potenziare il sistema d'intervento per l'emergenza Covid su fasce di popolazione particolarmente fragile, ATS ha individuato spazi e operatori per l'esecuzione di tamponi a queste categorie di persone presso un proprio ambulatorio a Milano in via Jenner.

L'effetto dell'apertura delle scuole sul sistema territoriale non è ancora espresso, ma nelle settimane 14-21 settembre ha portato alla segnalazione di 300 bambini/ragazzi (158 dai dirigenti scolastici, 3 direttamente da genitori e 139 da parte dei medici e pediatri di base).

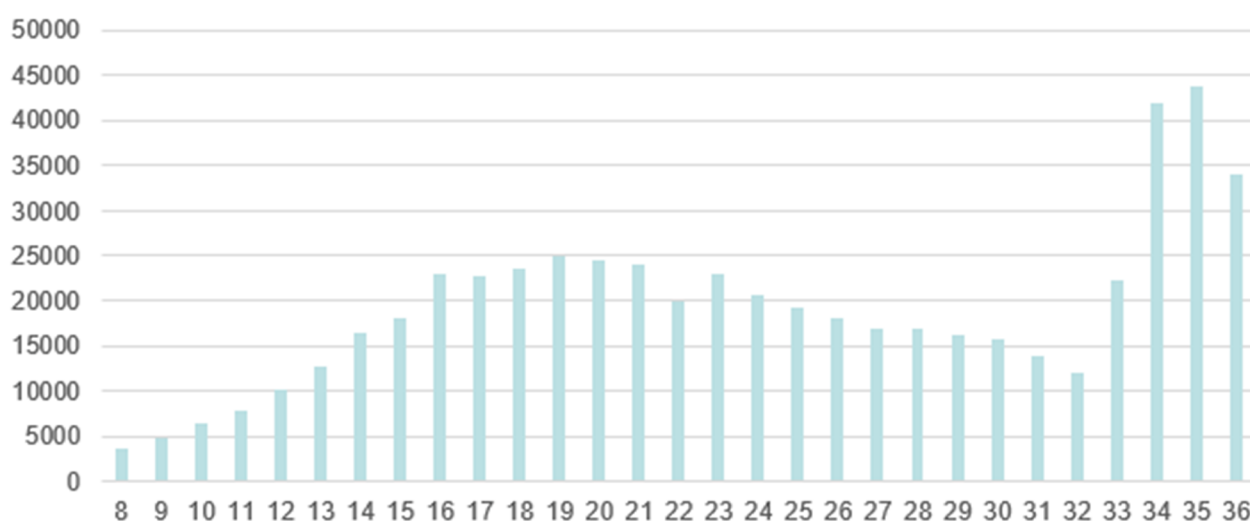


Figura 7 - n. di tamponi effettuati su residenti/assistiti ATS

3.3 Campagne di test sierologici

Regione Lombardia ha regolato l'utilizzo dei test sierologici, individuando le modalità di esecuzione degli stessi all'interno di programmi compresi nel Servizio Sanitario Regionale e al di fuori del SSR. I programmi di somministrazione dei test che rientrano nel SSR hanno visto ATS Milano coinvolta con un ruolo attivo per garantirne l'effettuazione.

ATS ha curato l'organizzazione diretta delle campagne per alcuni target: percorsi di riammissione nella vita sociale dei cittadini posti in isolamento domiciliare durante la fase del lockdown (secondo le indicazioni fornite da Regione Lombardia), professionisti delle Cure Primarie (MMG, PLS), Farmacisti e Polizia Locale di Comuni della Città Metropolitana di Milano ad esclusione di Milano (*). Di seguito il riepilogo per categorie.

	target	test fatti	positivi	% + su test
Cittadini	25.370	12.000 (**)	4.333	36,1%
Cure Primarie	2.600	570	50	8,8%
Farmacisti	5.000	250	9	3,6%
Polizia locale (*)	1.600	265	9	3,4%

(**) alcuni cittadini rientranti nella popolazione elegibile hanno deciso di svolgere il test privatamente e non sono stati conteggiati

Tabella 1 – popolazione sottoposta a screening organizzato direttamente da ATS

In ottemperanza della DGR n. XI/3131 del 12 maggio 2020 "Covid -19: indicazioni in merito ai test sierologici" ATS ha stipulato i seguenti protocolli intesa per l'estensione dei test sierologici alle categorie particolari previste dalla DGR:

- Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano/ATS della Città Metropolitana di Milano/Corte dei Conti sezione regionale;

- Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano/ATS della Città Metropolitana di Milano/Corte d'Appello, Tribunale, Tribunale di Sorveglianza, Giudice di Pace, Tribunale per i Minorenni, Procura Generale, Procura e Procura per i Minorenni di Milano;
- ASST di Lodi/ATS della Città Metropolitana di Milano/Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Lodi;
- ASST Fatebenefratelli Sacco/ ATS della Città Metropolitana di Milano/Prefettura di Milano/Provveditorato regionale Polizia Penitenziaria;
- ASST Fatebenefratelli Sacco/ATS della Città Metropolitana di Milano/Comune di Milano – Unità di Offerta Sociosanitaria;
- Fondazione IRCCS Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico di Milano/ATS della Città Metropolitana di Milano/Comune di Milano – Polizia Locale;
- ASST di Lodi/ATS della Città Metropolitana di Milano/Provincia di Lodi.

L'adesione e gli esiti sono così rappresentati:

Ente	sierologici	tamponi	tamponi +
Corte dei Conti sezione regionale	85	4	0
Corte d'Appello, Tribunale, Tribunale di Sorveglianza, Giudice di Pace, Tribunale per i Minorenni, Procura Generale, Procura e Procura per i Minorenni di Milano	1.135	61	3
Prefettura – Ufficio Territoriale del Governo di Lodi	693	98	4
Prefettura di Milano e Provveditorato regionale Polizia Penitenziaria	2.265	230	np
Comune di Milano – Unità di Offerta Sociosanitaria	500	314	2
Comune di Milano – Polizia Locale;	1.176	51	2
Screening sulla popolazione Provincia di Lodi (sperimentazione ex DGR 3323/2020)	18.000	1.800	in corso

Tabella 2 – Categorie particolari sottoposte a screening

Il riepilogo per comparto:

Vigili del Fuoco + Polizia di Stato + Polizia Penitenziaria			
sottoposti a test rapido	n. sierologici effettuati	n. sierologici positivi	n. tamponi positivi
2265	230	8	0

	n. sierologici effettuati	n. sierologici positivi	n. tamponi positivi
Tribunale di Milano	1.189	59	3
Polizia Locale di Milano	1.176	51	2
Tribunale	60	8	3
Polizia di Stato di Lodi	360	4	1
Vigili del fuoco di Lodi	273	86	0

Tabella 3 - Categorie particolari sottoposte a screening

ATS ha organizzato anche la campagna di screening con utilizzo di test rapido per il personale scolastico docente e non docente in vista della ripartenza delle attività scolastiche. Il target di persone coinvolte è stato di 80.797 operatori, e gli esiti della campagna sono di seguito riportati

Prenotati	38.572	47,8%
Erogati	36.825	45,6%
Positivi / test fatti	796	2,3%

Tabella 4 – Personale scolastico sottoposto a screening

3.4 Gli strumenti e gli interventi di ATS

3.4.1 USCA

ATS Milano ha provveduto all'attivazione delle USCA sul territorio come da indicazioni regionali; l'articolazione sul territorio delle USCA è stata progressivamente adattata alle effettive richieste in modo da garantire il servizio in maniera appropriata. Complessivamente sono stati coinvolti 70 medici, con presenze fra 10 e 25 medici, per un totale di 13.216 ore complessive di intervento. Sono stati realizzati 2.307 accessi domiciliari, 700 dei quali per eseguire tamponi al

domicilio e per sorveglianza e tamponi presso l'Hotel Michelangelo o la struttura di isolamento alternativo al domicilio presso l'aeroporto di Linate.

Ad oggi sono attive 6/7 sedi USCA che coinvolgono 2 medici per ogni sede (complessivamente 12-14 medici) e che sono posizionati sui seguenti Distretti di ATS: Milano, Ovest Milanese, Nord Milano e Melegnano Martesana. Il numero di USCA attive è in funzione delle richieste di attivazione del servizio, al momento principalmente dedicato all'esecuzione di tamponi a domicilio.

3.4.2 Telemonitoraggio

Per migliorare la presa in carico dei pazienti Covid sono state avviate sul territorio iniziative di telemonitoraggio e telesorveglianza; al fine di regolare l'offerta e per offrire a tutti i medici l'opportunità di utilizzare servizi di questo tipo, Regione Lombardia ha stabilito livelli minimi di servizio e, individuato provider autorizzati. Tra questi provider rientrano Centri Servizi di cooperative di MMG e ARIA, che offre il servizio per tutti i medici interessati.

Al programma di ARIA, attivato nell'estate, hanno ad oggi aderito 134 medici anche se sono pochi i pazienti per cui il servizio è stato attivato. Sono più numerosi i pazienti con sorveglianza effettuata da medici di cooperative (quasi 1.000 pazienti per un totale di 120 medici aderenti). ATS ha richiesto al Comitato Aziendale dei MMG proposte e suggerimenti per migliorare la compliance dei MMG verso l'utilizzo di strumenti di telemonitoraggio.

Progetto di monitoraggio territoriale per pazienti dimessi dalle strutture della città di Milano

Su iniziativa dell'ASST FBF Sacco, a cui hanno aderito ASST Niguarda e IRCCS Policlinico di Milano, ai pazienti Covid positivi dimessi da PS o da reparto viene offerta la possibilità di prendere parte alla sperimentazione COD19. I pazienti interessati ricevono un kit per il monitoraggio a distanza dei parametri necessari e entro 12 ore dalla dimissione vengono presi in carico dalla centrale operativa gestita da medici specializzandi. Gli operatori danno loro istruzioni per l'utilizzo dei device e procedono con il monitoraggio periodico dei sintomi e delle condizioni generali di salute del paziente (2 volte al giorno). Laddove necessario, il medico specializzando ha la possibilità di attivare consulenze specialistiche con pneumologo, infettivologo, psichiatra e psicologo. Sono stati seguiti complessivamente ad oggi 1.586 pazienti.

3.4.3 Follow up ambulatoriale: esperienze territoriali

ATS Città Metropolitana di Milano ha supportato la nascita e lo sviluppo di reti di servizi capillarmente diffusi nel territorio, che promuovano un approccio proattivo nella diagnostica, accertamento e sorveglianza dei pazienti Covid o sospetti tali. In quest'ottica, a partire da aprile 2020, sono state avviate le sperimentazioni brevemente descritte di seguito, che hanno consentito e consentiranno di sperimentare nuovi modelli di servizio per l'erogazione di prestazioni socio-sanitarie di tipo preventivo e diagnostico in tempi brevi, evitando accessi inappropriati nei PS e nei reparti di degenza ospedaliera

Progetto di monitoraggio territoriale TeleCovid Z-Care (ASST di Lodi)

Nel corso della Fase 1 della pandemia, presso la ASST di Lodi è stato attivato un servizio di tele sorveglianza per pazienti Covid sintomatici, che consente di valutare le condizioni cliniche dei pazienti e definire eventuali interventi mirati per la presa in carico (dotazione di ossigeno, intervento domiciliare, attivazione ricovero in urgenza, ecc.). Il servizio è gestito dalla centrale TeleCovid ZCARE, nella quale operano infermieri e un medico di centrale.

Il servizio è attivabile dagli specialisti in favore di pazienti in dimissione da Pronto Soccorso o dai reparti di degenza dall'ASST Lodi, dai medici dell'ambulatorio Covid (i.e. ambulatorio di accertamento delle condizioni del paziente mediante esecuzione del tampone e RX) o dai MMG del territorio. A questi operatori è affidata la prima fase di inquadramento clinico e la valutazione dei criteri clinici di eleggibilità del paziente per l'accesso al servizio.

Ai pazienti eleggibili viene fornito un kit di device per il monitoraggio a distanza e le necessarie istruzioni per l'utilizzo della dotazione. La centrale di telesorveglianza TeleCovid ZCARE, dotata di un portale che consente l'interfaccia con i device in utilizzo al paziente, svolge attività di sorveglianza sulla base di un protocollo condiviso, che identifica tempistiche, modalità di monitoraggio e modalità di attivazione di eventuali alert. Il servizio prevede l'interfaccia con AREU, le Unità di accesso domiciliare ASST (UAD), ADI Covid infermieristica, USCA.

Avviato il 24 marzo 2020, ha consentito il monitoraggio di circa 500 pazienti del territorio della ASST di Lodi.

Progetto Cinisello (ASST Nord Milano)

Presso la ASST Nord Milano, nel corso della Fase 1 della pandemia, è stato attivato un servizio di sorveglianza telefonica per pazienti Covid in isolamento domiciliare, al fine di monitorarne le condizioni di salute, definire l'iter clinico più

adeguato e prevenire possibili evoluzioni infauste. In totale, dal 19 marzo al 23 maggio, il Centro Servizi ha monitorato 1.045 pazienti, fungendo anche da interfaccia per le ATS lombarde e i MMG (non solo quelli del territorio di competenza della ASST Nord Milano).

Il monitoraggio è stato condotto su segnalazione dei clinici aziendali, a seguito di dimissione dai reparti di degenza e da Pronto Soccorso, ed ha riguardato lo stato di salute generale, oltre che focalizzarsi sui sintomi indicativi/suggestivi di infezione SARS-CoV-2.

Nella fase finale, a seguito dell'adesione alla "Piattaforma Regionale di Telemonitoraggio – DGR n. XI/2986" (procedura di evidenza pubblica effettuata da Aria S.p.A.) è stato attivato anche un servizio di telemonitoraggio da remoto in favore di un numero limitato di pazienti, dotati di kit di rilevazione dei parametri.

In aggiunta al monitoraggio, il Centro Servizi si è occupato, in modo particolare, di prenotare direttamente i tamponi di follow-up presso le sedi aziendali (mediante modalità "drive through"), rendendo ancora più efficiente ed incisivo il processo; ad oggi il servizio drive through consente di erogare circa 500 tamponi/settimana.

Parallelamente è stato avviato un protocollo di follow-up destinato a pazienti Covid ricoverati presso l'Ospedale Bassini e l'Ospedale Città di Sesto e presenti nel territorio della ASST Nord Milano. Il protocollo prevede tre accessi in regime MAC a 3, 6 e 12 mesi che consentono di gestire il percorso terapeutico/riabilitativo successivo al ricovero e di raccogliere informazioni cliniche su morbidità, mortalità, capacità di esercizio, quality of life, stato psicologico dei pazienti. Su un totale di 305 pazienti reclutabili, ne sono stati ad oggi valutati 200.

Ambulatori follow up COVID (ASST Niguarda)

L'ASST Niguarda ha attivato presso la sede di Villa Marelli un ambulatorio di Follow up covid allo scopo di poter valutare nell'arco temporale di un anno, le condizioni cliniche e psicologiche dei pazienti risultati positivi al covid19, dimessi dai reparti o dal pronto soccorso di Niguarda.

L'obiettivo è quello di prevedere per tutti questi pazienti un percorso definito e codificato da una equipe multidisciplinare coordinata dal direttore sociosanitario e composta da: infettivologo, pneumologo, internista, cardiologo, neurologo, psicologo, neuropsicologo, fisiatra e radiologo.

I pazienti hanno aderito al protocollo nell'ambito di una prestazione ambulatoriale complessa: tutti i pazienti sono stati rivalutati a 12 settimane e verranno rivalutati a 24 settimane oppure a un anno, a seconda dei precedenti riscontri e degli esiti dei precedenti accertamenti. Al 31 agosto sono state eseguite 403 prime visite e 210 valutazioni di controllo.

3.4.4 Sportello ATS per supporto psicologico alla popolazione

L'emergenza sanitaria ha provocato nella popolazione generale forti tensioni e preoccupazioni, portando le persone a vivere emozioni e sentimenti difficili da gestire. La costrizione all'isolamento, la restrizione dei rapporti sociali, comprese le relazioni affettive, la paura per il proprio/altrui stato di salute e il timore di conseguenze legate alla diffusione dell'infezione da Covid-19, hanno inevitabilmente portato la maggior parte delle persone ad affrontare condizioni di disagio e di stress psicofisico anche a lungo termine, accompagnate talvolta da vere e proprie esperienze traumatiche (lutti improvvisi, assenze di comunicazioni rispetto alle condizioni di salute dei propri cari, esposizione ad immagini ed esperienze emotivamente forti e coinvolgenti, ecc....).

Per far fronte a questa situazione ATS Milano ha attivato uno sportello di supporto psicologico per i cittadini.

Lo sportello – attivo dal 16 marzo al 30 giugno 2020- è stato gestito da un gruppo di 16 professionisti (psicologi e psichiatri) di ATS Milano, avvalendosi della collaborazione attiva di operatori di Consultori familiari privati accreditati e contrattualizzati con ATS Milano. Per assicurare anche una presa in carico più approfondita per la casistica con situazioni di stress post traumatico specifico è stata attivata una convenzione a titolo gratuito con l'Associazione EMDR.

Nelle situazioni in cui sono stati rilevati bisogni specifici o condizioni di particolare fragilità o rischio, l'equipe si è avvalsa della collaborazione di un'assistente sociale di ATS che ha garantito l'identificazione dei servizi più adeguati all'invio dei cittadini e facilitato le comunicazioni con i diversi interlocutori o referenti di ASST/IRCCS.

Nel periodo di attività sono state gestite le chiamate di n.744 persone, di cui 600 sono pervenute al numero di ATS e 144 ai numeri dei Consultori Familiari privati accreditati che hanno aderito al progetto.

3.4.5 Interventi in ambito scolastico

In vista della ripresa delle attività scolastiche e dei servizi all'infanzia, ATS ha individuato dall'inizio del mese di settembre specifiche figure di Referenti interni al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria, a cui i Dirigenti e/o i Referenti Covid-19 delle Scuole possono rivolgersi direttamente per comunicazioni o richieste d'informazioni di carattere generale finalizzate alla ripresa in sicurezza della attività. Il canale di comunicazione scelto è una mail dedicata ai soli referenti

degli istituti scolastici (ripartenzascuole@ats-milano.it), diffusa a tutti gli istituti e gestori di servizi all'infanzia con il supporto e il coinvolgimento degli Uffici Scolastici Territoriali e dei Comuni.

È stata inoltre creata una sezione specifica del sito web di ATS Milano dedicata alla ripresa delle attività scolastiche (<https://www.ats-milano.it/portale/EMERGENZA-CORONAVIRUS/RIAPERTURA-SCUOLE>) che, oltre alle informazioni di maggior interesse per Scuole e Famiglie continuamente aggiornate sotto forma di FAQ, permette di consultare e scaricare l'elenco dei centri per l'effettuazione dei tamponi ad accesso diretto e la relativa modulistica necessaria per l'accesso.

Per agevolare i Dirigenti scolastici e Referenti scolastici Covid è inoltre disponibile il [PORTALE "Covid-19 SCUOLA"](#) per segnalare gli allontanamenti di alunni e del personale (docenti e lavoratori nella scuola), nonché le assenze improvvise delle classi.

La chiusura dei servizi scolastici ed educativi (0-6 anni) nella fase del lockdown e sino alla riapertura a settembre ha richiesto ai genitori un impegno particolare per gestire la permanenza a casa dei figli, l'organizzazione delle loro attività cercando di garantire una continuità dei percorsi di apprendimento e formazione, le preoccupazioni e le reazioni emotive e di adattamento alle criticità della situazione di isolamento, distanziamento e interruzione delle relazioni.

Nell'ambito di un progetto già attivo in ATS e finanziato da Regione Lombardia per l'informazione e la formazione del personale educativo e dei genitori dei bambini 0-3 anni che frequentano servizi educativi per la prima infanzia, è stato realizzato il portale <https://www.nidoinsieme.it/>, sul quale sono stati pubblicati cinque video interventi di esperti, rivolti ai genitori di bambini di questa fascia d'età, per rispondere alle domande più frequenti per affrontare la situazione di emergenza con loro.

3.4.6 Interventi negli ambienti di lavoro

Gli interventi messi in atto per la prevenzione del contagio da Covid 19 negli ambienti di lavoro si sono concentrati soprattutto nella verifica dell'applicazione di misure preventive previste dalla normativa e dai protocolli sottoscritti dalle parti sociali.

Nel mese di marzo, durante la fase 1 della pandemia, è stata condotta una indagine in collaborazione con le organizzazioni sindacali, rivolta alle aziende, che per il settore di appartenenza non avevano obbligo di chiusura. Scopo dell'indagine era quello di diffondere e far conoscere le indicazioni contenute nei protocolli e allo stesso tempo mappare le modalità di applicazione degli stessi. La raccolta di oltre duemila questionari ha evidenziato una buona adesione da parte delle aziende ai suddetti protocolli.

A questa fase è seguita un'attività di verifica presso le aziende, che continua tuttora, in coordinamento con altre istituzioni e in collaborazione con le Prefetture. I controlli presso le aziende, che ad oggi sono stati oltre mille, hanno l'intento primario di assistere le imprese affinché adottino adeguatamente tutte le misure atte a prevenire i contagi da Covid 19 tra i lavoratori. Anche in questo caso, sta emergendo da parte delle aziende una buona sensibilità al problema, e solo in rari casi si è stati costretti ad imporre con atti prescrittivi le misure di prevenzione previste dalla normativa e dai protocolli.

Sono state prodotte, anche in collaborazione con associazioni di categoria, numerose schede di settore, a disposizione delle aziende perché avessero una traccia specifica che le aiutasse ad adottare le misure preventive adeguate.

Fin dall'inizio della pandemia, a disposizione del mondo del lavoro, è stata creata una casella mail dedicata (psal19@ats-milano.it) che raccoglie i quesiti di lavoratori, datori di lavoro, medici competenti, responsabili dei servizi di prevenzione e protezione, rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza. Finora si è risposto a diverse migliaia di quesiti.

Anche ai Medici Competenti è stato fornito l'accesso al portale per la segnalazione dei casi sospetti.

3.5 La rete territoriale nella fase della pandemia

3.5.1 ADI, ADI Covid e Cure Palliative

Per far fronte alla necessità di interventi di assistenza al domicilio di pazienti Covid si è creato a livello regionale un profilo specifico, ADI Covid, che è stato successivamente ricondotto all'interno delle modalità ordinarie di Assistenza Domiciliare Integrata. Anche le attività legate alle Cure Palliative, sia a livello domiciliare sia di consulenza specialistica, hanno avuto una declinazione peculiare per fronteggiare l'emergenza Covid. Nella tabella sono riportati alcuni dati di attività per queste tipologie di prestazioni:

	Erogatori	Pazienti seguiti
ADI Covid	19	600
Cure Palliative	29	3.000

Tabella 5 – dati di attività ADI Covid (stima dati al 30/06/2020)

L'attuale assegnazione di risorse regionali 2020 per l'ADI è pari a 35.251.911 €. Al primo semestre 2020 la produzione ADI è stata di circa 19 mln (flusso FE4). È quindi ipotizzabile stimare una proiezione annua di circa 37,5/38,5 mln €, al quale aggiungere i costi per l'ADI Covid.

L'attuale assegnazione di risorse regionali 2020 per le Cure Palliative Domiliari è di 14.507.023 €, parte privata e parte pubblica. Al primo semestre 2020 la produzione Cure Palliative Domiciliare è stata di circa 10,5 mln (stima elaborazione flusso CP Dom - dati non ufficiali). È quindi ipotizzabile stimare una proiezione annua di circa 18/19 mln €.

3.5.2 Le strutture residenziali: Strutture di riabilitative, sub acute e cure intermedie

Regione Lombardia ha previsto una gestione centralizzata delle dimissioni post ospedaliere verso le strutture territoriali per mettere a disposizione del Sistema Regionale i posti letto delle "Cure extra ospedaliere" quali subacuti, post acuti, riabilitazione specialistica sanitaria (in particolare pneumologica), cure intermedie intensive e estensive, nonché posti letto in RSA. Questa funzione è stata assegnata per l'intero territorio regionale all'ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stelline e Pio Albergo Trivulzio che ha costituito una Centrale operativa specifica, denominata anche Centrale Priamo dal nome della piattaforma operativa di gestione. Di seguito il quadro di quanto gestito dalla Centrale ad oggi:

	Strutture accettanti	Pazienti accettati
Pazienti Covid	21	864
Pazienti No Covid	76	2.895

Tabella 6 – Strutture coinvolte nella Centrale Priamo e pazienti accettati

Nella tabella seguente è riportata la situazione delle strutture e dei posti letto per diversi setting, mettendo a confronto il periodo precedente lo scoppio della pandemia e il momento attuale.

	Situazione Pre Covid		Post Covid	
	Strutture	Posti letto	Strutture	Posti letto
Degenza Ordinaria	52	12.216	52	9.778
Sub Acute	15	371	15	334
Cure Intermedie	10	194	10	194

Tabella 7 – Situazione Strutture e Posti Letto

Cure Intermedie	
N. totale Ospiti in struttura (dato puntuale al 09/09/2020)	628
N. Nuovi Ingressi (dato puntuale al 09/09/2020)	57
N. Ospiti deceduti per sospetto Covid (*)	97
N. Ospiti deceduti per Covid accertato, in struttura o in ospedale (*)	76
N. Ospiti deceduti per patologie non correlate a Covid (*)	96
Totale decessi dal 20/02/2020 al 09/09/2020	269

(*) dato cumulativo dal 20/02/2020 al 09/09/2020

Tabella 8 – Dati strutture di Cure Intermedie

3.5.3 Le strutture residenziali: RSA

Nel periodo di emergenza sanitaria da Covid19, ATS Città Metropolitana di Milano ha attuato un costante affiancamento e una particolare attenzione alle strutture sociosanitarie residenziali ed in particolare alle RSA, in considerazione della particolare fragilità degli ospiti e la particolare insidiosità dell'infezione.

L'attivazione di ATS ha avuto inizio con le prime segnalazioni di diffusione della epidemia nelle strutture sociosanitarie, attraverso l'avvio della sorveglianza sanitaria per la segnalazione di casi positivi. Alle segnalazioni pervenute sono seguiti confronti continui e costanti, al fine di fornire supporto per l'organizzazione interna e la predisposizione di idonee procedure per la gestione dell'emergenza, confermando la chiusura rispetto ai visitatori esterni, come previsto dalle norme nazionali e regionali e rinforzando le indicazioni al personale, nella adozione delle precauzioni comportamentali al di fuori della struttura e supportando le direzioni mediche nelle strategie di isolamento, prima individuali, poi di coorte, attraverso la riorganizzazione dei nuclei, al fine di separare gli ospiti con sintomi febbrili dagli altri in apparente benessere.

Considerata la grave emergenza sanitaria dovuta all'epidemia da Covid19, la UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie, ha avviato un monitoraggio su tutte le strutture sociosanitarie fin dalla prima settimana di marzo, attraverso azioni proattive - particolarmente assidue con le RSA che per prime hanno registrato criticità - per verificare la comparsa di sintomatologie riferibili ad infezione da Covid19, a ricoveri ospedalieri o a decessi correlabili all'epidemia. I contatti sono stati e continuano ad essere finalizzati anche all'intercettazione di criticità riferibili alla disponibilità di personale sanitario e assistenziale, nonché al fabbisogno di DPI.

ATS, intercettati i fabbisogni di DPI attraverso una apposita rilevazione, ha fornito, in modo straordinario integrazioni dei DPI acquisiti attraverso l'Unità di Crisi, ad integrazione delle scorte di cui i gestori erano già in possesso, ma che nella situazione emergenziale si sono dimostrate insufficienti.

Per il progressivo estendersi dell'epidemia, è stato predisposto un monitoraggio con un flusso informativo settimanale, il Flusso Covid19, sulle strutture residenziali che ospitano persone anziane, fragili e disabili quali RSA, RSD, Cure Intermedie e CSS, con la finalità di monitorare il numero degli ospiti con sintomi sospetti, i casi accertati Covid, gli ospiti posti in isolamento, gli ospiti deceduti e il personale assente per malattia.

Una reportistica dei dati del Flusso Covid19 settimanale, relativi a n. 160 RSA, la rete maggiormente rappresentativa delle strutture residenziali presenti sul territorio di ATS Milano, monitorate dal 01/04/2020 è disponibile sul portale di ATS e viene costantemente aggiornata

Al riguardo si rileva una deflessione del numero degli ospiti presenti, in parte per la riduzione degli ingressi ed in parte per l'incremento dei decessi. A seguito del miglioramento dell'epidemia, vi è una riduzione dei casi sospetti (da n. 1.451 del primo aprile a n. 16 del 26 agosto), degli ospiti posti in isolamento e dei ricoverati in ospedale. I casi accertati incrementano dalla fine del mese di aprile (n. 3.309) con picchi di n. 3.825 unità verso la metà del mese di maggio, a seguito della disponibilità dei tamponi e dei laboratori in grado di processarli, per ridursi progressivamente dal mese di giugno per il miglioramento dell'andamento dell'infezione. Nella tabella viene riportata la situazione rilevata nell'ultimo mese.

Data	Ospiti in struttura	Ospiti con sintomi sospetti per Covid	Ospiti accertati Covid	Ospiti collocati in stanze di isolamento, stanze singole o di coorte per nucleo	Ospiti ricoverati in ospedale per sospetto Covid	Totale ospiti sospetti o accertati Covid	% ospiti sospetti o accertati Covid/ totale ospiti in struttura
12/08/20	13.289	8	75	730	12	95	0,71
19/08/20	13.374	9	59	750	13	81	0,61
26/08/20	13.431	16	55	725	15	86	0,64

Tabella 9 - Analisi del Flusso Covid19 RSA: "Gli ospiti"

Il dato complessivo dei decessi considerato dall'inizio dell'emergenza sanitaria ovvero dal 20/02/2020, vede un progressivo incremento dall'8,56% (n. 1.401) registrato al 01/04/2020, a valori del 45,3% (n. 6.132), con valori lievemente maggiori per i decessi per patologie non correlate all'infezione da Covid19 (n. 3.283), rispetto ai decessi dei casi sospetti e accertati Covid (n. 2.849).

Di seguito si riporta l'aggiornamento della situazione degli ospiti nelle Unità di Offerta RSA, relativa all'ultimo monitoraggio disponibile del 16 settembre 2020 (Fonte dati: Flusso Covid19):

RSA	
N. totale Ospiti in struttura (dato puntuale al 16/09/2020)	13.537
N. Nuovi Ingressi (dato puntuale al 16/09/2020)	2.732
N. Ospiti deceduti per sospetto Covid (*)	1.514
N. Ospiti deceduti per Covid accertato, in struttura o in ospedale (*)	1.335
N. Ospiti deceduti per patologie non correlate a Covid (*)	3.283
Totale decessi dal 20/02/2020 al 16/09/2020	6.132

(*) dato cumulativo dal 20/02/2020 al 16/09/2020

Tabella 10 - situazione degli ospiti nelle Unità di Offerta RSA

L'andamento dei dati relativi alle assenze degli operatori, vede una percettibile deflessione nei mesi di aprile e maggio ed un incremento nei mesi successivi, I valori percentuali degli operatori assenti rispetto al totale degli operatori, decresce dal 18,19% allo 0,43%, con picchi di assenze di circa il 30% nella seconda metà del mese di aprile. Attualmente la situazione è tornata a una sostanziale normalità (si registrano ancora 47 operatori casi accertati su 9.490). La riduzione

del numero di addetti (da n. 11.026 unità del 01/04 a n. 9.731 unità del 26/08) è quindi collegata alla contestuale riduzione del numero di ospiti.

Per l'emergenza sanitaria da Covid19 sono state predisposte specifiche check list di controllo straordinarie, diffuse a RSA, RSD e CSS, non previste nelle verifiche routinarie di controllo sul mantenimento dei requisiti di accreditamento, con l'obiettivo di intercettare le principali procedure predisposte dai gestori in relazione alle norme nazionali e regionali inerenti l'emergenza Covid19 e le azioni volte a fronteggiare la diffusione dell'epidemia.

I medici e i responsabili delle strutture hanno trasmesso le check list predisposte, descrivendo e documentando le procedure straordinarie da loro predisposte e messe in atto per l'emergenza e le modalità di applicazione. La documentazione acquisita agli atti ed oggetto di una attenta analisi, è apparsa coerente con le disposizioni nazionali e regionali diffuse puntualmente da ATS e raccolte anche in un vademecum periodicamente aggiornato "Vademecum Coronavirus" che viene diffuso a tutti i gestori, sulla gestione dell'emergenza, al fine di facilitare la consultazione per argomenti delle numerose disposizioni normative nazionali e regionali che venivano pubblicate in un breve lasso di tempo, integrate da indicazioni di ATS.

L'analisi delle checklist di autocontrollo compilate, del flusso settimanale Covid19 e delle numerose segnalazioni pervenute inerenti in particolare le RSA (oltre 200 segnalazioni inoltrate alla UOC Vigilanza e Controllo da parte di cittadini e istituzioni Regionali e Locali, inerenti diverse problematiche assistenziali occorse durante il periodo di emergenza) hanno permesso di individuare le principali criticità: carenza di DPI, consulenti infettivologi, personale sanitario e di assistenza, difficoltà nell'effettuazione dei tamponi e test sierologici. La rilevazione delle criticità, ha consentito ad ATS di attuare interventi a supporto, quali il reperimento di DPI, personale e farmaci specifici, la distribuzione dei tamponi. L'analisi dei dati emersi dalle check list di autocontrollo, del flusso Covid19 e dei contenuti delle segnalazioni pervenute, ha consentito di determinare una graduazione dei rischi basata in particolare sul numero di casi sospetti e accertati, sul numero dei decessi e sul numero di operatori assenti per malattia.

In base alla graduazione dei rischi sono stati attuati sopralluoghi di vigilanza mirata nelle RSA presenti sul territorio di ATS e nelle RSD, nel periodo compreso tra aprile e giugno, al fine di verificare gli aspetti legati all'approvvigionamento e corretto utilizzo dei DPI, la correttezza delle procedure di igiene generale e sorveglianza sanitaria, la regolamentazione degli ingressi in struttura, i rapporti con i familiari, le strategie alternative alla chiusura degli accessi ai visitatori, la predisposizione delle aree di isolamento con zone filtro e percorsi sporco/pulito, le azioni messe in atto per compensare le assenze degli operatori e reperire il personale, l'attivazione del medico competente e la predisposizione del DVR, la sanificazione ordinaria e straordinaria degli ambienti, la formazione degli operatori, la riorganizzazione delle attività, l'effettuazione dei tamponi agli ospiti e agli operatori, attuati seguendo le indicazioni normative.

Durante i sopralluoghi in RSA e RSD sono state inoltre effettuate verifiche sulla documentazione sociosanitaria degli ospiti (FASAS), al fine di rilevare la tracciabilità del percorso assistenziale, il monitoraggio di parametri quali temperatura, saturazione di ossigeno, stato di idratazione e alimentazione e le comunicazioni ai familiari sulle condizioni di salute dei propri congiunti, l'attivazione di attività alternative alle visite in struttura.

Al fine di favorire il rientro in servizio del personale che era stato escluso dal lavoro per sintomatologia sospetta o accertata da Covid19, al termine del periodo di isolamento, ATS ha avviato l'esecuzione dei prelievi con tampone per attestare la guarigione ed il rientro nei turni di lavoro. Si è indirizzata e favorita inoltre l'attivazione di rapporti di consulenza con medici specialisti in malattie infettive/pneumologi e palliativisti, al fine di gestire gli ospiti casi sospetti e accertati e la fase di terminalità, seppur tali progettualità siano da perfezionare per via della risposta non uniforme da parte delle ASST.

In particolare ATS ha rilevato la necessità di offrire al personale che lavora in RSA, un supporto da parte di specialisti con maturata esperienza nella gestione delle cure palliative, sia in termini di consulenze sulle terapie, che sulla gestione degli aspetti emotivi e psicologici che investono il personale che opera all'interno delle strutture e i familiari impossibilitati ad assistere i propri cari nella fase terminale della vita. Per le sue drammatiche caratteristiche, l'infezione da Covid19 determina nelle persone fragili un rapido declino della funzione respiratoria, con aspettativa di vita molto breve dall'insorgenza di sintomatologia febbrile e di insufficienza respiratoria.

Per tali ragioni ATS ha ritenuto importante attivare, con la Rete Locale di Cure Palliative (RLCP), un progetto di consulenze specialistiche per le cure palliative, al fine di offrire supporto su decisioni e piani terapeutici in quadri clinici complessi correlabili ad infezione da Covid19.

ATS prosegue con il monitoraggio della situazione di emergenza da Covid19 con le verifiche relative alla Fase 2 e successive, previste dalle norme vigenti, con il controllo documentale dei Piani Organizzativo Gestionali (POG), gli Audit con i gestori e le vigilanze in loco, effettuati in base a criticità evidenziate dalla valutazione dei POG, dall'andamento delle verifiche attuate in fase emergenziale di FASE 1 e di indicatori di rischio quali presenza di ospiti e operatori casi accertati, segnalazioni pervenute.

L'analisi della mortalità nel sistema delle RSA è stata oggetto di analisi epidemiologiche, rese pubbliche sul portale di ATS (<https://www.ats-milano.it/portale/Epidemiologia/Valutazione-dellepidemia-Covid-19>), che hanno operato un confronto fra la mortalità della popolazione generale e quella specifica: lo studio è stato completato con un'analisi della

letteratura internazionale sull'aumento di mortalità nelle strutture di lungodegenza, che in tutto il mondo hanno manifestato problematiche sovrapponibili.

3.5.4 Le strutture di isolamento

Per i soggetti Covid positivi o sospetti tali è necessario attivare un isolamento. La condizione più semplice da gestire ed attuare è l'isolamento domiciliare, in alcuni casi si ha però difficoltà ad attuare questa misura a causa della non idoneità dell'alloggio, per assenza di rete sociale, per ridotta autonomia del soggetto e/o necessità di un presidio di sorveglianza sanitaria di base.

Nella fase critica dell'emergenza sanitaria, in circa 100 giorni a cavallo tra marzo e luglio, è stato realizzato "Il progetto Michelangelo", concepito per mettere a disposizione di soggetti Covid + e Covid – una residenza qualora il proprio domicilio non garantisse condizioni idonee all'isolamento domiciliare: lo scopo fondamentale è stato quello di isolare casi che avrebbero potuto essere fonte di contagio se rimandati in casa o in strada o in una struttura collettiva.

Il progetto è stato promosso dal comune di Milano, in qualità di capofila e di responsabile degli aspetti di gestione della struttura e dei servizi alberghieri, e ha visto la partecipazione di Prefettura, ATS e ASST Nord e l'utilizzo della struttura hotel Michelangelo in piazza Luigi di Savoia a Milano. In particolare il personale sanitario della ASST Nord si è occupato della sorveglianza sanitaria degli ospiti.

Nei cento giorni di attività, l'Hotel Michelangelo ha ospitato 511 ospiti in isolamento: in 280 stanze su 16 piani sono stati accolti 348 uomini e 163 donne per più del 50% provenienti da ospedali, per il 23,5% da strutture collettive di accoglienza, per circa il 15% da caserme delle forze dell'ordine e per il restante 10% da contatti tramite canali del Comune di Milano e di ATS Città Metropolitana (quindi sono state accolte anche persone provenienti da fuori il capoluogo). L'età media degli ospiti è pari a 42 anni: sono state circa la metà delle persone ospitate avevano tra i 40 e i 60 anni (45%), seguite dalla fascia d'età tra i 20 e i 30 anni (18,8%), tra i 30 e i 40 (15,5%), tra i 60 e i 70 (9,8%) e tra i 70 e gli 80 (5,5%). Il tempo medio di permanenza è stato di 28 giorni: la maggior parte degli ospiti (265) si è fermata tra i 15 e i 30 giorni, mentre in 121 casi la permanenza è stata uguale o inferiore a due settimane; sono poi 76 le persone che hanno dovuto fermarsi tra i 30 e i 40 giorni, 37 tra i 40 e i 50, 10 tra i 50 e i 60 e 2 per più di due mesi.

Sono stati redatti protocolli di assistenza per tutte le necessità di sussistenza e di emergenza sanitaria; inoltre l'ATS Milano, rilevata l'esigenza, ha disposto, all'interno del Progetto ConVOI, Sportello di ascolto e supporto psicologico telefonico di ATS Milano, uno specifico intervento di supporto psicologico per la gestione degli stress emotivi degli ospiti della struttura. L'attività ha preso avvio ai primi di aprile e si è conclusa contestualmente alla chiusura della struttura.

Oltre all'hotel Michelangelo, che ha concluso la propria attività all'inizio di luglio, sono attive le strutture di Baggio, gestita dall'Ospedale Militare, e di Linate, gestita da CRI sulla base di una concessione della Aeronautica Militare. La struttura di Linate può ospitare fino a una quarantina di ospiti, e attualmente ne sono presenti circa 35.

3.5.5 Le Degenze di Sorveglianza

Sulla base delle disposizioni contenute nella DGR n. XI/3020 del 30/3/2020, sono stati avviati fin dal mese di aprile i servizi di degenza di sorveglianza per pazienti Covid paucisintomatici.

L'ATS a tale scopo ha predisposto un bando di manifestazione di interesse per poter accogliere le disponibilità da parte degli Enti a mettere a disposizione strutture ricettive idonee alla tipologia di ospite e/o a garantire i livelli organizzativi/assistenziali previsti. Complessivamente sono state presentate 15 domande di partecipazione e di queste, a seguito di valutazione della Commissione di valutazione, 12 sono risultate idonee. Con i soggetti coinvolti sono stati sottoscritti specifici contratti di scopo. I posti letto attivati in totale sono risultati essere 178, distribuiti su 6 presidi che coprivano il territorio delle province di Milano e Lodi. Complessivamente nel periodo tra aprile e giugno, mese in cui tale servizio è stato sospeso attenuandosi la criticità epidemica, sono stati assistiti 238 soggetti.

Nel corso della loro attivazione è stato avviato a livello di ATS un coordinamento e monitoraggio giornaliero dei servizi erogati registrando per queste un picco di attività nel corso dell'ultima settimana di aprile con una punta di 104 assistiti presenti giornalmente.

3.6 ATS e Farmaceutica

Nel periodo pandemico ATS ha svolto un'attività di supporto alle farmacie ospedaliere per garantire l'accesso ai farmaci file F durante l'emergenza. Questa attività si è declinata nel coordinamento dell'erogazione straordinaria dei farmaci da parte di strutture fuori territorio per quei pazienti impossibilitati per ragioni oggettive a raggiungere il consueto ospedale lombardo (gestiti n. 879 pazienti). Si è inoltre attivata una distribuzione domiciliare per i pazienti impossibilitati per ragioni oggettive a raggiungere l'ospedale sito sul territorio di ATS Milano e cittadini residenti fuori regione bloccati in Lombardia (effettuate n. 2.206 consegne)

Si è poi operato per contrastare la carenza di ossigeno gassoso e per potenziare i canali erogativi dell'ossigeno liquido; l'azione principale è stata la realizzazione della possibilità di prescrizione tempestiva da parte del MMG attraverso il

portale ATS con invio automatico ad ATS e contestuale attivazione diretta del fornitore. Tale modello, risultato virtuoso, è stato esteso a livello regionale.

ATS ha operato la completa informatizzazione dei piani terapeutici dei farmaci e dei presidi per diabetici.

Relativamente ai farmaci si è attivata una nuova funzionalità sulle piattaforme esistenti per consentire l'invio automatico al MMG/PDF del Piano Terapeutico inserito dal medico specialista a favore del proprio assistito, arrivando a realizzare un percorso totalmente dematerializzato.

Per quanto riguarda i Piani Terapeutici per i diabetici si è realizzata l'attivazione diretta del rinnovo manuale dei piani in proroga nel canale DPC, a fronte della riduzione delle attività dei poli territoriali delle ASST e delle numerose segnalazioni provenienti dalle farmacie al pubblico, impossibilitate ad erogare i presidi, si è proceduto a ripianificare alcuni processi. Sono stati gestiti oltre 3.000 Piani Terapeutici.

ATS ha inoltre curato l'erogazione dei farmaci donati al livello regionale a favore delle RSA e delle RSD, in particolare azitromicina e idrossiclorochina, ripartiti in base alle periodiche rilevazioni dei casi (circa n.300 consegne), come stabilito da Regione anche a seguito delle "Indicazioni sulle terapie dei pazienti affetti da Covid-19 in RSA/RSD" redatte a cura della Rete per la valutazione farmacologica e terapeutica nei pazienti Covid-19.

Il Servizio Farmaceutico ATS rimane punto di riferimento a supporto dei prescrittori per i quesiti relativi a ricette farmaceutiche dematerializzate.

4. Elementi trasversali di metodo per la progettazione e la realizzazione degli interventi in situazione di emergenza

La progettazione e la realizzazione degli interventi futuri sono fortemente legate all'effettiva disponibilità di risorse umane, le quali purtroppo non possono essere reperite unicamente mediante la disponibilità di arruolamento, che comunque resta condizione necessaria e che sta già trovando risposta nei provvedimenti regionali.

Infatti in questi mesi sono affiorate difficoltà a reperire i profili adeguati allo svolgimento delle attività territoriali (in primis assistenti sanitari e infermieri) e a superare vincoli legati alle normative (arruolamento, mobilità interna, lavoro agile, relazioni sindacali) pensate per situazioni ordinarie e non realistici per una condizione di emergenza.

Allo stesso tempo dall'esperienza di questi mesi è emerso chiaramente come non esistano soluzioni applicabili in assoluto e in ogni momento, ma che il sistema è soggetto a limiti oggettivi legati ai livelli di diffusione e di gravità dell'epidemia.

Nei mesi passati ATS Milano ha adottato iniziative per fronteggiare le situazioni più critiche di personale nei settori maggiormente coinvolti nella gestione della pandemia, coinvolgendo oltre 200 dipendenti, pari a circa il 12% del personale dipendente, nello svolgimento di attività differenti da quelle svolte ordinariamente.

In forza dell'esperienza maturata e in previsione di quanto potrà avvenire nei prossimi mesi, è pertanto opportuno, se non necessario, strutturare una modalità di risposta che sia in grado di adattarsi alla situazione contingente; il sistema deve dotarsi di una capacità di 'scalare' in funzione dei volumi, capacità che deve essere prevista e che ATS Milano intende esplicitare.

Nel progettare piani di intervento graduati per livelli di contagio e potenziamenti di risorse organizzative, ATS Milano sta definendo una specifica procedura per costituire una task force composta da personale ATS già in servizio.

Ciascun dipartimento aziendale sarà chiamato a collaborare per individuare proprio personale che verrà preventivamente addestrato in merito alle procedure e ai software utilizzati da ATS in caso di emergenza, affinché sia immediatamente pronto e disponibile in caso di necessità.

La procedura prevede l'identificazione, da parte dei Direttori di Dipartimento, delle attività considerate "comprimibili", ovvero non essenziali, programmabili o che possono essere in parte svolte da altri dipendenti dell'Unità Operativa e la conseguente individuazione del personale che può essere messo temporaneamente a disposizione.

In via ordinaria tali dipendenti continueranno a svolgere le proprie attività istituzionali ma saranno a disposizione in caso di emergenze per le strutture aziendali che sono chiamate in prima linea nelle attività di contrasto al Covid 19.

La riduzione di personale e delle attività di competenza dovrà essere comunque considerata in sede di valutazione degli obiettivi istituzionali delle UOC di assegnazione originaria dei dipendenti.

L'istituzione preventiva di una specifica task force è stata valutata quale soluzione più funzionale e appropriata rispetto ad altri strumenti già utilizzati nei mesi scorsi quali procedure interne di manifestazione di interesse, ordini di servizio per assegnazioni temporanee, nuove assunzioni, che per motivi differenti non sono riusciti a dare un'adeguata risposta alle necessità aziendali nel contesto emergenziale.

ATS Milano procederà all'approvazione formale delle modalità sopra descritte e alla successiva comunicazione a Regione Lombardia così da segnalare implicazioni nella erogazione delle prestazioni che sono state valutate "comprimibili" per eventuali ricadute su alcuni LEA.

Inoltre si dovrà avere attenzione affinché soluzioni/interventi possano essere applicati uniformemente in tutto il territorio: iniziative anche innovative ma non estendibili generano aspettative che non possono essere soddisfatte e che

rischiano di arrecare danno al sistema. Per questo occorre un forte coordinamento di ATS, Coordinamento Rete Territoriale, Erogatori e DG Welfare.

Allo stesso tempo è fondamentale che si mantenga una visione integrata di processo in quanto ogni intervento produce impatti su tutte le fasi, anche quelle apparentemente non connesse.

5. Possibili scenari

La possibilità di prevedere quali saranno i volumi di soggetti con patologia simil-influenzale e prevedere l'entità di nuovi casi Covid, che presentano una sintomatologia indistinguibile dai precedenti, e di sintomatici segnalati dai medici di medicina generale rappresenta un elemento necessario al fine di effettuare una pianificazione dell'impatto a livello di medicina territoriale, di sistema ospedaliero e di sistema che provvede alla diagnosi confermatrice di Covid mediante l'effettuazione di test e del test diagnostico basato su PCR.

I casi sintomatici sono attualmente oggetto di un sistema di sorveglianza, sia a livello di ATS, ma soprattutto a livello regionale e nazionale, basato sull'indicatore $R(t)$ che presenta andamenti specifici ma che attualmente oscilla intorno a 1, con movimenti ascrivibili a specifici interventi che incrementano il numero di tamponi erogati (rientri dall'estero, riapertura delle scuole e prevedibilmente circolazione dei primi virus parainfluenzali a cui seguirà l'epidemia influenzale stagionale). Tale sistema, ormai consolidato, nel caso in cui evidenziasse incrementi dell' $R(t)$ al di sopra di 1,5-2,0 innescarebbe meccanismi di controllo della diffusione dell'epidemia che vedono come minimo un livello regionale (se non nazionale), e che quindi esulano da un piano territoriale se non per l'entità di casi giornalieri che possono essere tempestivamente intervistati al fine di identificare tutti i contatti stretti e disporre le opportune misure di quarantena.

La definizione di scenari sui soggetti sintomatici, invece, è sicuramente più confacente alla definizione di strategie territoriali e quindi rientra a pieno all'interno del piano territoriale finalizzato a fornire indicazioni in merito alle azioni e all'organizzazione per potenziare la rete di assistenza territoriale nell'attuale fase della pandemia Covid 19.

A partire dalla valutazione della attuale situazione epidemica e delle sue caratteristiche (elevata prevalenza di soggetti asintomatici / paucisintomatici e giovani), della prevalenza stimabile della popolazione della ATS (con stime dal 10-20%) e delle evidenze che suggerirebbero che l'infezione circola nella popolazione già da dicembre 2020 (tracce del materiale genetico di Sars-CoV-2 nelle acque di scarico di Milano raccolte a dicembre: La Rosa G, Iaconelli M, Mancini P, et al. First detection of SARS-CoV-2 in untreated wastewaters in Italy. Science of The Total Environment 2020; 736: 139652), della organizzazione della campagna vaccinale antinfluenzale, è possibile costruire alcuni scenari evolutivi finalizzati alla stima della popolazione con sintomi che necessiterebbe della verifica mediante tampone dello stato rispetto alla infezione Covid.

5.1 Scenario con previsione di seconda ondata epidemica Covid indifferenziata rispetto a marzo 2020 e epidemia influenzale sovrapponibile a quella 2019-2020

Il grafico successivo rappresenta i casi stimati sulla popolazione attuale della ATS di Milano utilizzando:

1. i tassi specifici per età e per settimana delle sindromi influenzali 2019-2020;
2. i tassi specifici per età stimati dei casi Covid+ a marzo nella fase di massima incidenza dell'epidemia Covid;
3. i tassi specifici per età stimati dei casi sintomatici segnalati dai MMG (depurati dei casi accertati come Covid+ successivamente) a marzo nella fase di massima incidenza dell'epidemia Covid.

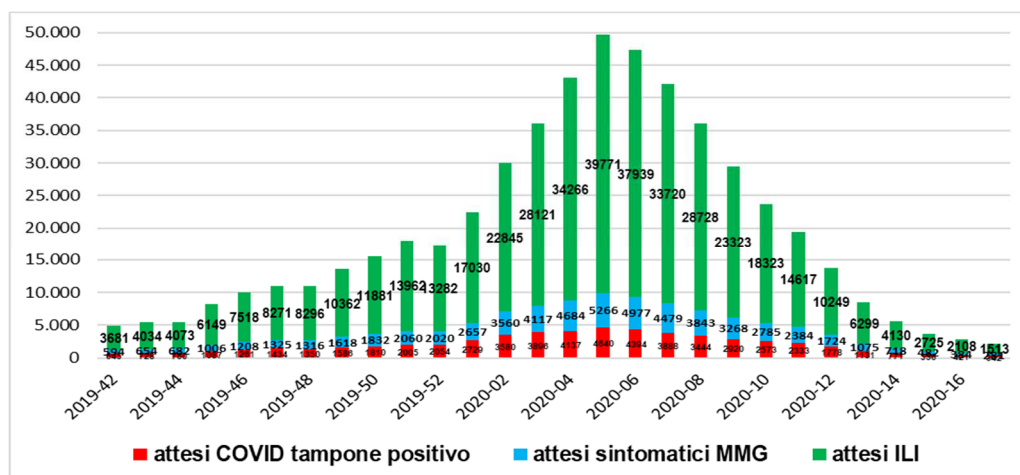


Figura 8 - stima della domanda di tamponi a partire dall'andamento influenzale dello scorso anno

Si tratta dello scenario con il massimo carico stimabile di casi in quanto le misure di contenimento della diffusione del Covid hanno effetto anche sulla diffusione dell'epidemia influenzale classica, ed in quanto si è ipotizzato un livello

epidemico Covid massimo di 4000 casi/settimana che corrisponde a quello avvenuto nel picco dell'attività epidemica. Resta il fatto che solo questa casistica, dalla terza settimana di gennaio e fino alla 4 di febbraio, sarebbero attesi oltre 45.000 soggetti/settimana sospetti e quindi da sottoporre a tampone e a successivo test basato su reverse PCR.

5.2 Scenario con previsione di seconda ondata epidemica Covid indifferenziata rispetto a marzo 2020 e epidemia influenzale attenuata rispetto a quella 2019-2020

Occorre considerare che se la popolazione generale adotta correttamente le misure di distanziamento sociale e di protezione individuale (mascherine e lavaggio frequente delle mani) questo porterà ad una minore circolazione del virus influenzale. Tale quadro è potenzialmente possibile in quanto l'epidemia 2020 in Australia, che essendo nell'emisfero australe generalmente inizia ad aprile per concludersi in settembre, per le politiche di lockdown e per le misure di mitigazione imposte non ha praticamente registrato casi (poche centinaia a fronte di decine di migliaia attesi).

In questo scenario il sistema sarebbe quasi esattamente nella stessa situazione attuale dove la circolazione del Covid si propaga grazie a focolai specifici e l'attesa è quindi di un massimo di 25.000 soggetti/settimana sospetti e quindi da sottoporre a tampone e a successivo test basato su reverse PCR.

5.3 Simulazione dei possibili scenari evolutivi

Non essendo possibile definire scenari intermedi è stata prodotta una simulazione che opera sull'intera popolazione della ATS e applica differenti prevalenze di infezione combinata Covid e di sindrome simil-influenzale.

La tabella riporta la numerosità di soggetti per settimana riportando una numerosità minima nello scenario più favorevole dell'1% di prevalenza congiunta sull'intera popolazione nelle 28 settimane a 50.000 soggetti per settimana con una prevalenza congiunta del 20%.

	1%	2%	3%	4%	5%	6%	7%	8%	9%	10%	11%	12%	13%	14%	15%	16%	17%	18%	19%	20%
1%	2.500	3.750	5.000	6.250	7.500	8.750	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250
2%	3.750	5.000	6.250	7.500	8.750	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500
3%	5.000	6.250	7.500	8.750	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750
4%	6.250	7.500	8.750	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000
5%	7.500	8.750	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250
6%	8.750	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500
7%	10.000	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750
8%	11.250	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000
9%	12.500	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250
10%	13.750	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500
11%	15.000	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750
12%	16.250	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000
13%	17.500	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250
14%	18.750	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500
15%	20.000	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500	43.750
16%	21.250	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500	43.750	45.000
17%	22.500	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500	43.750	45.000	46.250
18%	23.750	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500	43.750	45.000	46.250	47.500
19%	25.000	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500	43.750	45.000	46.250	47.500	48.750
20%	26.250	27.500	28.750	30.000	31.250	32.500	33.750	35.000	36.250	37.500	38.750	40.000	41.250	42.500	43.750	45.000	46.250	47.500	48.750	50.000

Tabella n. 11 – combinazioni di prevalenza

La tabella riporta combinazioni di incidenza di soggetti sintomatici che agiscono sulla stessa popolazione e che vengono stimate in casi generati in una settimana, per cui sostanzialmente rappresentano il massimo atteso. La curva seguente combina le incidenze in una unica stima rappresentata dalla somma. Questo ci aiuta a definire come monitorando la progressione dei casi sintomatici, il sistema attuale di erogazione dei test basati su reverse-PCR è in grado di operare fino ad una somma di incidenza della infezione Covid e influenzale del 20% (rappresentata dalle varie combinazioni delle due incidenze che portano ad una stima complessiva di 20 casi sintomatici ogni 100 abitanti della popolazione in una settimana).

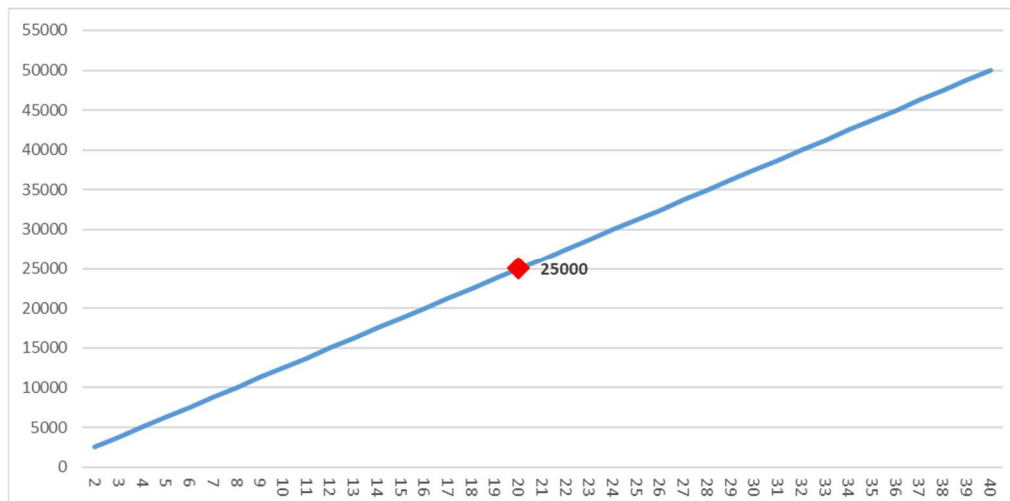


Figura n. 9 – combinazioni di prevalenza

Il piano territoriale della ATS di Milano, finalizzato a fornire indicazioni in merito alle azioni e all'organizzazione per potenziare la rete di assistenza territoriale, approfondisce nei capitoli successivi:

- le azioni necessarie per condurre l'inchiesta epidemiologica, la prescrizione della quarantena per casi e contatti stretti, la verifica delle condizioni rispetto alla infettività a fine quarantena, in uno scenario paragonabile a quello attuale con le oscillazioni rispetto alla identificazione dei casi;
- le azioni di identificazione precoce di possibili focolai basate sull'utilizzo di tamponi e test PCR ipotizzate su una potenzialità di erogazione di 25.000 tamponi a settimana, con massimi attesi nello scenario peggiore e nel periodo di gennaio-febbraio di 50.000 tamponi a settimana.

L'evidenza di scenari peggiorativi presentati in questa sezione rispetto al numero di casi accertati e ai casi con sintomatologie respiratorie simil-influenzali, tutti ascrivibili e non differenziabili dall'infezione da Sars-CoV-2, è attualmente monitorata da parte dei sistemi di sorveglianza attivi in ATS, ma necessiterà di azioni di sistema che saranno governate prioritariamente:

- da Regione Lombardia per quanto riguarda le azioni conseguenti all'incremento di casi accertati;
- da ATS e Regione Lombardia per quanto riguarda le azioni conseguenti all'incremento di casi sintomatici rispetto alle scelte strategiche relative alla riorganizzazione dell'offerta (prospettata in questo piano) e alla disponibilità di risorse, non solo economiche.

6. Gli interventi da realizzare

6.1 La centralità delle attività di prevenzione e il ruolo del Dipartimento di Prevenzione

L'esperienza fin qui condotta ha consentito di evidenziare alcuni fattori caratterizzanti il complesso delle attività di prevenzione e di contrasto che occorre considerare nel progettare il potenziamento e la riorganizzazione delle attività di questa ulteriore fase.

Uno di questi elementi consiste nel riconoscere la centralità delle azioni di prevenzione.

Fin dalle prime settimane di pandemia si è sviluppata (e ancora persiste) la convinzione che l'offerta di test diagnostici molecolari costituisca l'azione principale di contenimento del contagio. Questa idea, che si traduce in una pressante richiesta di potenziamento dell'offerta diagnostica da parte del sistema, non è sostenuta da robuste dimostrazioni di efficacia e produce, invece, preoccupanti fenomeni di falsa rassicurazione che incidono negativamente sui comportamenti di prevenzione da parte della popolazione.

Lo scarso impatto profilattico (e il pesante impatto organizzativo) che ha avuto il controllo a tappeto sui viaggiatori provenienti da alcuni paesi europei questa estate dimostra proprio la dubbia efficacia di questa strategia. Questa esperienza ha confermato, invece, la necessità di mirare l'offerta diagnostica in base alla conoscenza dei fattori di rischio che, in quel caso, erano i comportamenti individuali e non la provenienza geografica.

Inoltre i comportamenti successivi alla campagna di controlli hanno evidenziato una preoccupante tendenza a non rispettare l'isolamento fiduciario e le norme di cautela (in particolare gli assembramenti) producendo un innalzamento dell'età dei casi a causa della trasmissione intra-famigliare del contagio.

Della centralità della prevenzione sono buona testimonianza i risultati (mostrati in premessa) ottenuti con la presa in carico dei soggetti più fragili e, più in generale, con una ripresa di attività prudentemente guidata da regole e procedure improntate alla protezione individuale e al distanziamento fisico e con la sanità pubblica fondamentalmente impegnata nella tracciatura dei contatti.

Questa centralità va riconosciuta perché le azioni di prevenzione e il tracciamento dei casi costituiranno, probabilmente ancora per lungo tempo, la base delle azioni efficaci di contenimento.

Si tratta di azioni che richiedono, innanzitutto, l'adesione e la responsabilità delle persone. Adesione e responsabilità di cui ci sarà bisogno anche se arriveranno nuove metodiche rapide di diagnosi. Precauzioni e cautele che tendono, invece, a venir trascurate quando le strategie puntano tutto sulla somministrazione indiscriminata di test ed esami.

Per incrementare l'efficacia delle attività di prevenzione, anche ad ampio raggio, sarà cura di ATS individuare i diversi stakeholder da coinvolgere, con l'obiettivo di realizzare campagne mirate ove necessario (ad esempio in ambito scolastico o lavorativo, come già avvenuto) e declinare azioni e iter da percorrere.

Partendo da questa constatazione si ipotizza di utilizzare le azioni di riorganizzazione e potenziamento del presente piano territoriale anche al fine di rimodulare i rapporti di collaborazione interni ad ATS assegnando, per quanto possibile, alle attività del DIPS il ruolo di asse portante di tutte le azioni di prevenzione con lo scopo di superare alcune delle criticità oggi presenti.

Occorre completare il percorso di unificazione di ATS ed in particolare del Dipartimento di Prevenzione: la frammentazione di alcune attività ha infatti evidenziato alcuni limiti durante l'emergenza (difficoltà di coordinamento

tra le varie entità create per fronteggiare le varie emergenze, problemi di comunicazione interna ed esterna, difficoltà a motivare operatori per supplenze e potenziamenti), anche per poter coinvolgere in modo omogeneo le varie unità organizzative di cui si compone.

In particolare la funzione di controllo delle infezioni – che nel corso dell’epidemia si è molto concentrato sulle attività core delle inchieste epidemiologiche - va meglio integrata con il resto del dipartimento, che ha surrogato la UOC per altre funzioni comunque legate alla gestione dei casi, con qualche incoerenza o insufficienza.

Oltre a ridistribuire le responsabilità delle diverse linee di attività, il DIPS sarà il principale dipartimento che dovrà essere, se necessario, coinvolto nelle azioni di controllo infettivo, secondo quanto previsto dal paragrafo 4.

Nel progettare piani di intervento graduati per livelli di contagio e potenziamenti di risorse organizzative realizzate attraverso il congelamento progressivo di attività differibili o sacrificabili si ipotizza di operare per cerchi concentrici collocando le strutture del DIPS nel primo cerchio e collocando gli altri dipartimenti a distanza crescente dall’operatività. Per identificare le attività differibili o sacrificabili si ritiene di coinvolgere tutte le strutture del DIPS ma operando, anche in questo caso, secondo una stratificazione per priorità.

Sono stati già realizzati con successo interventi di assistenza e di verifica sui protocolli di prevenzione in svariati contesti da parte, soprattutto, dell’unità di Prevenzione Salute negli Ambienti di Lavoro (PSAL).

Il servizio di promozione della salute ha messo a disposizione il proprio tessuto di relazioni interne al sistema scolastico per realizzare la rete di referenza che accompagna le azioni di ripartenza delle attività scolastiche.

Il Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) potrebbe essere maggiormente coinvolto, in prima battuta, operando un congelamento di alcune attività nel settore dell’igiene edilizia. Si ipotizza inoltre di inserire nel piano di riordino il previsto trasferimento al dipartimento di Programmazione, Accreditamento e Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS) delle attività di vigilanza sulle strutture sanitarie e sociosanitarie, dotandolo delle competenze necessarie, sia per trasferimento che, ove possibile, attraverso nuovi arruolamenti

Escludendo le Unità Operative Complesse specialistiche (Laboratorio, Impiantistica e Malattie Sessualmente Trasmissibile) tutte le Unità Operative Complesse verranno coinvolte nei seguenti step:

1. mappatura delle funzioni differibili e loro relazione con i LEA;
2. quantificazione delle risorse professionali recuperabili col congelamento delle funzioni;
3. quantificazione e valutazione della fungibilità delle figure necessarie per le unità direttamente coinvolte nella gestione dell’epidemia;
4. quantificazione del fabbisogno residuo da recuperare per le UOC coinvolte, con analogo processo presso altri dipartimenti e/o attraverso arruolamento;

Nel corso della pandemia si sono presentati e continuamente si presentano occasioni di attenzione particolare ad aspetti nuovi e talvolta imprevedibili che hanno non poco impegnato ATS, e in particolar modo il Dipartimento di Prevenzione. A solo titolo di esempio si ricordino i contributi dati per la ripartenza di intere comunità: il contenimento del contagio nella prima fase e poi la ripresa delle attività dato al Tribunale di Milano; la collaborazione con la Curia per la ripartenza delle attività liturgiche e oratoriane; il grande lavoro preparatorio all’apertura dei centri estivi prima e delle scuole poi, in accordo con numerosi stakeholder, l’intensa attività in definizione di protocolli con la Prefettura per la recente tornata elettorale.

Agli eventi programmabili si uniscono gli estemporanei, che richiedono una gestione rapida e per quanto possibile efficace: la gestione dell’arrivo di una intera troupe di Bollywood da un paese martoriato dal Covid come l’India ne è l’esempio più importante. In tutte queste occasioni l’approccio alle problematiche è sempre avvenuto e continuerà ad avvenire mediante una trasparente e efficace collaborazione con l’interlocutore di turno e con la Prefettura, con la quale si sono stabiliti quotidiani importanti reciproci contatti.

6.2 Fase di segnalazione e di stratificazione del rischio

Il portale realizzato da ATS Milano si interfaccia con i sistemi in utilizzo da Regione Lombardia per la gestione e il monitoraggio dell’epidemia ed è stato ammesso da Regione Lombardia come strumento utilizzabile poiché in grado di assolvere ai debiti informativi e di fornire supporto operativo a diversi attori coinvolti nel processo. Il confronto operato in DG Welfare ha portato a condividere il consolidamento di questo sistema anche per la gestione dei processi di segnalazione e di gestione dell’inchiesta epidemiologica e della sorveglianza dei pazienti e dei soggetti fragili. Si valuterà la modalità con cui rendere disponibili ai Comuni la piattaforma “cruscotto di sorveglianza” sviluppata da Regione Lombardia (si veda paragrafo 7).

6.2.1 I casi sospetti

Se l’epidemia si manterrà anche nei prossimi mesi con le proporzioni attuali fra casi sospetti che accedono in ospedale e casi sospetti segnalati dal territorio (compresi gli assistiti non sintomatici ma appartenenti a gruppi a rischio), la quota territoriale di segnalazioni sarà preponderante.

Per questo motivo e in previsione dell'imminente stagione influenzale è fondamentale che le segnalazioni di casi sospetti siano appropriate; riveste quindi priorità assoluta dotare MMG/PLS/MCA di indicazioni/linee guida validate scientificamente per la stratificazione del rischio e diagnosi differenziale. L'azione di primo triage della medicina del territorio sarà un elemento fondamentale per la gestione della pandemia.

All'elaborazione delle linee guida potranno concorrere team dedicati composti da specialisti ospedalieri, MMG e PLS, al fine di favorire la raccolta di esperienze territoriali e la condivisione delle priorità di intervento.

Assume rilievo a tale proposito il progetto *'Protocollo di gestione integrata ospedale territorio per i pazienti in diagnosi differenziale per infezione SARS-CoV-2'*¹, elaborato da un gruppo di lavoro che ha visto la partecipazione di medici di medicina generale e specialisti ospedalieri, che hanno condiviso a partire dalla loro esperienza sul campo dei criteri in grado di stratificare il rischio dei pazienti e quindi indirizzare agli accertamenti diagnostici più adeguati, anche in funzione dei livelli di diffusione dell'epidemia. Il progetto sperimentale, inoltre, prevede una specifica formazione per la standardizzazione di ecografie toraciche da parte degli MMG/USCA in modo da identificare precocemente pazienti da avviare ad un secondo livello in funzione dello specifico quadro ecografico. Il documento è stato sottoposto al Comitato Tecnico Scientifico regionale, per valutarne la sua applicabilità: nei prossimi aggiornamenti di questo piano si riporteranno quindi eventuali interventi specifici in funzione di quanto verrà deciso.

Attualmente il progetto non presenta alcun sistema validato di predizione degli outcome in funzione degli specifici sintomi alla presentazione: è in corso uno studio specifico finalizzato ad implementare nel portale ATS-Milano NCOV un algoritmo previsionale al fine di offrire al MMG uno strumento di supporto decisionale che permetta di inquadrare il rischio di essere ospedalizzato o decedere del paziente. In base a tale valutazione il MMG potrà decidere tra: a) gestione a domicilio senza esecuzione di tampone tramite ATS; b) gestione a domicilio con effettuazione del tampone tramite ATS; c) invio presso Pronto Soccorso.

Il documento introduce inoltre una quarta possibile linea decisionale, di approfondimento diagnostico che richiede un contatto diretto fra medici ospedalieri e MMG per definire possibili percorsi di approfondimento ambulatoriali per i casi con sintomatologie borderline fra quelle che meritano il ricovero ospedaliero e quelle trattabili a domicilio.

Si tratta di un'ipotesi meritevole di approfondimenti e che può assumere modalità differenti a seconda dei contesti: in alcuni territori potrebbe essere attuata attraverso il setting delle degenze di comunità (6.5.6), in altri nell'ambito della gestione di Pronto Soccorso o infine in ambiti poliambulatoriali. Qualunque sia il setting assistenziale da attivare, è comunque necessario che il sistema di cure primarie possa avere in ogni territorio un riferimento territoriale, che comprenda anche un clinico, per indicare quale sia percorso più adeguato adattato alla singola realtà locale (nel progetto citato viene indicato come "medico flussista"). Questa possibilità viene affrontata nel paragrafo Interfacce per integrare la rete territoriale (6.6).

6.2.2 Interventi in ambito scolastico

L'ambito scolastico, nel quale si intendono inclusi per semplicità anche i servizi dell'infanzia, costituisce uno dei fronti a cui prestare maggiore attenzione nei prossimi mesi. Nell'intero territorio di ATS sono presenti oltre 3.000 plessi scolastici, frequentati da oltre 700.000 persone (fra utenti/studenti e operatori). Lo sforzo di ATS, in tutte le iniziative messe in campo è quello di puntare alla piena corresponsabilità nella gestione di questa delicata fase in primis con i Dirigenti Scolastici e le comunità scolastiche, e attraverso questi con le Famiglie. L'approccio, ben testimoniato dalle iniziative già intraprese fin dalle prime fasi dell'emergenza, assume ora contorni specifici e forme organizzative, che pur inevitabilmente in progress, assumono caratteristiche e modelli operativi che possano essere utili anche in futuro a rafforzare la sinergia con il mondo della Scuola, facendo proprio e valorizzando il Modello lombardo della Scuola che Promuove salute (www.scuolapromuovesalute.it). In questo senso, l'esperienza della gestione delle fasi più critiche dello stato di emergenza della scorsa primavera ha permesso di avere a disposizione esempi virtuosi di integrazione ora generalizzabili in tutta la ATS.

¹ *Protocollo di gestione integrata ospedale territorio per i pazienti in diagnosi differenziale per infezione SARS-CoV-2* (submitted to the European Journal of Internal Medicine"), realizzato attraverso il contributo di Fondazione Veronesi, Centri partecipanti: ASST Lecco (Dr.ssa Stefania Piconi), ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda (Dr Massimo Puoti, Dr Andrea Bellone, Dr Luca Bonacchini, Dr Filippo Galbiati, Dr.ssa Valeria Tombini, Dr Fabrizio Colombo, Dr Oscar Massimiliano Epis, Dr Paolo Tarsia) ASST Rhodense Presidi di Rho e Garbagnate (Dr.ssa Barbara Omazzi) ASST FBF Sacco (Dr.ssa Chiara Cogliati, Dr.ssa Anna Maria Brambilla, Dr Spinello Antinori) ASST Lodi (Dr Stefano Paglia) ASST Melegnano e della Martesana (Dr Filippo Ottani) Istituto Clinico Humanitas Rozzano (Dr Antonio Voza) Policlinico San Matteo Pavia (Dr Sergio Leonardi). Referenti per la Medicina Generale: Dr Riccardo Bottelli, Dr.ssa Carla Brambilla, Dr.ssa Francesca Di Marco, Dr Davide Lauri, Dr Marco Magri, Dr.ssa Maria Grazia Manfredi, Dr Andrea Mangiagalli, Dr Mauro Martini, Dr Michele Marzocchi, Dr Nicolò Minghetti, Dr Cristian Pellegrini, Dr.ssa Maria Teresa Zocchi. Coordinamento: Dr. Stefano Savonitto, ASST Lecco; Dr.ssa Nuccia Morici, ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda.

In accordo con gli Uffici Scolastici Territoriali (UST), sono stati individuati come principali riferimenti per il coordinamento e la condivisione delle informazioni i Dirigenti delle scuole Capofila degli 8 Ambiti Territoriali, e sono stati programmati Incontri riservati a tutti i Dirigenti Scolastici di ciascuna Rete d'Ambito, che diverranno la forma stabile di raccordo e coordinamento, unitamente ad altri meccanismi di comunicazione social (chatbot) in corso di perfezionamento, per permettere la capillare e istantanea/tempestiva informazione fra ATS e Scuole. Per favorire il rafforzamento di sinergie e raccordi a livello territoriali, a questi periodici incontri partecipano i Distretti ATS e gli Ambiti scolastici di Zona.

Per rendere fluida ed efficace l'attività di segnalazione di casi sospetti rimasti a casa e di quelli allontanati dalle scuole occorre prevedere un forte coinvolgimento dei MMG/PLS e degli istituti scolastici, per quanto di rispettiva competenza. Pertanto, oltre alla continua interazione fra diversi Dipartimenti ATS coinvolti, il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria attraverso l'Unità Operativa di Promozione della Salute coordina l'azione complessiva sintetizzando i principali contributi attraverso FAQ/Flow chart interattive che saranno via via messe a disposizione di Scuole e Famiglie sul sito web di ATS (www.ats-milano.it), con possibilità di accesso diretto ai diversi approfondimenti/documenti necessari e con sezioni specifiche per Dirigenti Scolastici e genitori. Sarà compito di ATS proseguire nell'informazione e nell'aggiornamento costante degli istituti scolastici e dei Referenti Covid su provvedimenti, circolari, misure di prevenzione, best practice e segnalazione di comportamenti non appropriati nel contrasto alla pandemia.

ATS, per il tramite del gruppo di lavoro del Dipartimento Prevenzione dedicato alla Scuola e del Dipartimento di Cure Primarie, opererà per facilitare la collaborazione a livello territoriale fra istituti scolastici e PLS/MMG.

Un'attenzione specifica è data alla comunicazione con i diversi stakeholders e alla popolazione, attraverso un quotidiano aggiornamento riservato ai Direttori UST, e la diffusione di un "punto per la stampa" a cadenza settimanale.

Con particolare riferimento ai servizi educativi per la prima infanzia (0-6 anni), lo staff dedicato di ATS sarà integrato con risorse professionali di area sociale e/o esperti nel lavoro di rete con l'obiettivo di gestire in modo integrato le seguenti specifiche linee di attività:

- favorire/facilitare il flusso di informazioni riguardanti i servizi per la prima infanzia a tutti i soggetti interessati;
- chiarire eventuali quesiti/dubbi interpretativi e promuovere l'implementazione di una pagina web con FAQ;
- stimolare, in casi emergenziali, azioni coordinate tra il sistema sanitario e quello socioassistenziale;
- promuovere e diffondere modelli operativi funzionali nella riorganizzazione dei servizi di prima infanzia.

Questa sinergia fra aree di competenza sociale e sociosanitaria, permetterà di innovare il modello di intervento preventivo e di promozione della salute della ATS relativamente ai servizi educativi e scolastici 3-14 anni, laddove gli istituti comprensivi scolastici comprendono anche la Scuola dell'Infanzia. Relativamente alla fascia 0-6 questo si realizzerà attraverso un'attenzione alla salute e alla continuità educativa dei bambini coerentemente con le indicazioni internazionali. Tutto ciò – coerentemente con le indicazioni regionali di promozione della salute – permetterà anche di rafforzare l'area specifica del Piano Integrato Locale di Promozione della Salute di ATS relativa alla popolazione 0-14 anni, ai loro familiari e ai contesti comunitari nel loro complesso. Con l'obiettivo di monitorare e studiare l'evoluzione nel tempo della sieroprevalenza nella popolazione scolastica, ATS raccorderà le diverse iniziative di studio messe in campo a livello territoriale in collaborazione con i Centri di ricerca promotori, gli UST, i Comuni e le Direzioni delle istituzioni scolastiche coinvolte; con un approccio laboratoriale, sarà possibile valorizzare le conoscenze via via acquisite e sperimentare tempestivamente i vantaggi delle nuove metodiche di test che prevedibilmente la ricerca renderà disponibili nell'arco dell'anno scolastico.

Tutte le azioni messe in atto puntano, all'interno di una cornice di fiducia e corresponsabilità fra ATS e Istituzioni Scolastiche, a gestire correttamente i diversi aspetti correlati alla fase di "convivenza con il virus" e a definire preventivamente, in modo coordinato e condiviso i diversi possibili scenari che potrebbero concretizzarsi, fino alla possibilità – prevista anche da WHO nel suo recente *"Schooling in the time of Covid-19 - Towards a consensus on schooling in the European Region during the Covid-19 pandemic"* del 14 September 2020² – di chiusura mirata (per territorio e/o per ordine) delle sedi scolastiche, nel caso di picchi epidemici. In funzione dei diversi scenari di cui al cap. 5, ATS si riserva di applicare interventi mirati e di proporre al livello regionale e nazionale interventi più generali

² WHO, *"Schooling in the time of Covid-19 - Towards a consensus on schooling in the European Region during the Covid-19 pandemic"* - 14 September 2020. Il testo sarà a breve disponibile anche in una versione italiana, curata da UOS Prevenzione Specifica nell'ambito delle attività di supporto a DG Welfare nell'area Promozione della Salute e Stili di vita.

Livello di diffusione	Indicatori	Misure nel contesto scolastico*
Nessun caso accertato	A livello locale non si individuano casi - Sul territorio non vi sono casi accertati in laboratorio % di positivi nel sistema di monitoraggio globale (tasso di test >1/1000/settimana) = 0%	- Educazione alla salute - Promuovere il lavaggio regolare delle mani - Mettere a disposizione il materiale necessario (igienizzante per le mani o acqua e sapone, fazzoletti, cestini con coperchio, segnali per il mantenimento delle distanze e per i posti a sedere) - Promuovere l'igiene respiratoria - Monitorare le assenze del personale e dei bambini - Studenti e personale ammalati devono rimanere a casa - Garantire pulizie regolari - Aprire le finestre ogni ora per migliorare la ventilazione degli spazi chiusi - Istituire dei sistemi per fornire supporto psicosociale - Mantenersi in contatto con i genitori e la comunità tutta attraverso una comunicazione chiara e coerente, e garantire l'ingaggio della comunità in tutti i processi; mettere in atto meccanismi di condivisione delle informazioni - Garantire informazioni aggiornate sulla pandemia di Covid-19
Casi sporadici	Uno o più casi, importati o individuati localmente. Una o più delle seguenti: - Uno o più casi individuati localmente - Casi tutti collegati ad un unico focolaio % di positivi nel sistema di monitoraggio globale (tasso di test >1/1000) <5%	Come sopra, PIÙ: - Minimizzare gli assembramenti scaglionando entrate e uscite, numerando gli ingressi sulla base dei gruppi classe/fasce d'età, assegnare sedie/postazioni e mettere segnali sui pavimenti che garantiscano il distanziamento fisico di almeno un metro tra i bambini - Non sospendere l'educazione fisica e le attività doposcuola ma, quando possibile, scegliere sedi all'aperto anziché spazi chiusi – se al chiuso, assicurarsi che l'area sia ben ventilata
Cluster di casi/ Focolai circoscritti	Presenza di casi circoscritti nel tempo, per localizzazione geografica e/o per fonte di esposizione comune. Almeno due fra: % di casi confermati collegata a focolai specifici >80% % di positivi nel sistema di monitoraggio globale (tasso di test >1/1000) <5% per almeno 2 settimane % di positivi in monitoraggi sentinella <5% per almeno 2 sett - Indice di trasmissibilità significativamente <1 - Continua riduzione del numero di casi probabili o accertati ospedalizzati e ricoverati in terapia intensiva per almeno 2 settimane - Riduzione del numero di decessi tra i casi probabili e accertati per almeno 3 settimane	Come sopra, PIÙ: - Promuovere il distanziamento fisico nelle classi (>1 metro tra bambini, bolle/cluster di classi) - Mantenere uno stretto coordinamento con le autorità sanitarie locali - Individuare e fare indagini sui casi sospetti e sui focolai - Se un caso viene confermato, tracciare e mettere in quarantena i contatti - Se vi è evidenza di una trasmissione più vasta nella scuola, considerare la chiusura temporanea e la didattica a distanza
Trasmissione su scala comunitaria	Presenza di ondate di contagi a livello locale più ampie, definita valutando una serie di fattori che includono, ma non si limitano, ai seguenti: elevato numero di casi non riconducibile a specifiche catene di trasmissione; elevato numero di casi individuati da monitoraggi di laboratorio sentinella; e/o cluster non collegati tra loro in diverse aree del paese/territorio/area. Almeno due delle seguenti: % di casi confermati riconducibile a specifici cluster <80% % di positivi nel sistema di monitoraggio globale (tasso di test >1/1000) >5% per almeno 2 settimane % di positivi in monitoraggi sentinella >5% per almeno 2 settimane - Indice di trasmissibilità significativamente >1 - Continuo incremento del numero di casi probabili o accertati ospedalizzati e ricoverati in terapia intensiva per almeno 2 settimane - Continuo incremento del numero di decessi tra i casi probabili e accertati per almeno 3 settimane	Come sopra, PIÙ: - Considerare l'uso di mascherine da parte di tutto il personale e di tutti i bambini (come da indicazioni OMS) - Continuare ad implementare strategie di distanziamento sociale multiple e adeguate alle fasce d'età: per classe, spostamenti nell'edificio scolastico, assemblee e attività doposcuola - Tenere in considerazione il contesto comunitario e le modalità per andare incontro ai bisogni del personale, dei bambini e delle famiglie ad alto rischio - Se vi è evidenza di una trasmissione più vasta nella scuola, valutare chiusure locali ed a breve termine degli istituti, come parte di un più ampio pacchetto di misure sociali e di sanità pubblica per contenere la trasmissione su base comunitaria, in particolare nelle aree in cui i casi, i ricoveri ed i decessi per Covid-19 sono in aumento

* N.B.: Le presenti misure devono essere adattate sulla base delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione, con particolare riferimento alle fasce d'età (scuola materna, primarie, secondarie), allo status socioeconomico e alle differenze etniche.

Tabella 12 - la scuola ai tempi del Covid-19: considerazioni operative per ogni scenario di diffusione dell'epidemia di Covid-19³

³ Questa "matrice" rappresenta una bozza del quadro di lavoro presentata agli Stati Membri nel contesto di una consultazione tenutasi il 31 Agosto 2020, pertanto fotografa la situazione del momento e verrà aggiornata all'emergere di nuovi dati ed evidenze. Gli indicatori sono stati adattati sulla base delle "Considerazioni sulle misure di sanità pubblica riguardanti la scuola nel contesto del Covid-19" pubblicato dall'OMS il 14 Settembre <https://www.who.int/publications/i/item/considerations-for-school-related-public-health-measures-in-the-context-of-covid-19>

Il coinvolgimento puntuale e attivo dei dirigenti scolastici e dei referenti Covid delle scuole, unitamente alle strategie di comunicazione pubblica di ATS e UST, puntano a raggiungere e informare correttamente tutte le famiglie degli studenti (oltre a tutto il personale della/nella scuola). In collaborazione con Prefetture e Enti locali sono previste campagne di sensibilizzazione, con il coinvolgimento di testimonial mirati ai diversi target (ad es. per gli under 13 Geronimo Stilton), oltre all'attivazione – attraverso la struttura di comunicazione a cascata messa a punto già nella scorsa primavera - degli oltre 1200 studenti Educatori tra pari attivi nelle scuole secondarie di secondo grado. Queste azioni saranno integrate con quelle già in corso e programmate nell'attuazione dei Programmi preventivi regionali LST Lombardia e Unplugged Lombardia (già riprogettati per potersi integrare nella DAD e per veicolare indicazioni preventive puntuali) e del Piano territoriale di contrasto al Gioco di Azzardo Patologico.

In una prospettiva di medio lungo periodo e di “ritorno a una normalità che non sarà mai più quella di prima”, si va definendo un dispositivo di presenza e di intervento nel setting scolastico, che integrando il concetto di “medicina scolastica”, sia in grado di

- decodificare la domanda, spesso immediata e “semplice” della scuola e dei suoi attori, la complessità dei bisogni sottostanti (attraverso in team stabili e competenti su specifici territori/Ambiti scolastici, composti da diversi professionisti e ben integrati con Cure Primarie), e rispondere in modo integrato e rafforzando l'empowerment (competenze, resilienza) della Scuola e delle Famiglie;
- rinforzare l'alleanza educativa fra scuola – famiglie- territorio-comunità;
- favorire il ruolo di catalizzatore socio-culturale di un nuovo modo di guardare la salute prima ancora della malattia, seppur a partire dall'attuale fase di emergenza sanitaria.

La figura del medico di famiglia e del pediatra è, anche per la comunità scolastica, centrale. Ci troviamo infatti in un contesto in cui va tenuto insieme il compito di tutelare la salute individuale dello studente sintomatico e quella collettiva della comunità scolastica. Per questo va ridotto quanto più possibile il tempo fra la comparsa dei sintomi, il confronto con il proprio MMG/pediatra per valutare l'indicazione ad un approfondimento attraverso il tampone, l'esecuzione e la refertazione dello stesso, la possibilità della scuola di avere certezze sul fatto che questo percorso sia effettivamente avvenuto e con quale esito, al fine di prendere gli opportuni provvedimenti sul resto della comunità scolastica seguendo le indicazioni di ATS.

Un processo complesso, che si fonda sulla tenuta del patto di responsabilità fra genitori e scuola, che richiede come detto investimenti formativi, ma anche sul pieno coinvolgimento e la reperibilità del sistema di Cure Primarie. Per mantenere il processo integrato e tracciabile, ATS:

- ha realizzato moduli di segnalazione delle malattie degli studenti, da parte delle famiglie e delle scuole, integrato con il portale di pediatra/MMG, per accelerare la fase di valutazione. Il medico può decidere di indicare il tampone (fruibile ad accesso diretto), prenotarlo qualora più indicato o registrare sul sistema la mancanza di indicazioni; le informazioni raccolte permetteranno di offrire anche ai comuni informazione aggiuntive per poter tracciare eventuali focolai e poterli meglio circoscrivere e gestire;
- intende rendere disponibili criteri per la diagnosi differenziale che consentano l'individuazione appropriata dei casi sospetti Covid rappresenta una necessità ancor più impellente per l'ambito pediatrico e non appena rese disponibili dal gruppo di esperti regionali insediato;
- intende mantenere un numero congruo di disponibilità di slot ad accesso diretto presso il sistema di erogazione. A questo proposito le ASST e gli erogatori privati accreditati hanno predisposto piani per facilitare l'accesso diretto agli ambulatori tamponi con percorsi dedicati alle situazioni legate all'ambito scolastico; sul sito di ATS è disponibile l'elenco di tali punti. Particolare attenzione deve essere dedicata ai punti di esecuzione di tamponi pediatrici per bambini in età prescolare. Ad oggi l'offerta vede attivi circa 40 Punti Tampone, con una disponibilità di accessi pari a 1.200 tamponi/die dal lunedì al venerdì e quasi 400 il sabato, che potrà essere opportunamente ampliata/regolata – con la messa in campo di strumenti di lettura del livello di accessi/saturazione dell'offerta in tempo reale, analogamente a quanto già avviene per il PS - coerentemente con l'andamento della situazione epidemiologica generale (vedi paragrafo 6.3.2);
- ha stabilito criteri di priorità nella processazione dei tamponi e nelle indagini epidemiologiche per dare il più rapidamente possibile risposte al sistema scolastico;
- attivare forme di controllo e vigilanza per garantire che il ricorso a questo sistema sia appropriato, ma riguardi tutti coloro che ne hanno bisogno.

6.2.3 Interventi negli ambienti di lavoro

I luoghi di lavoro sono una parte importante delle possibili origini di sviluppo di cluster di contagi e occorre dedicare particolare attenzione a quei luoghi in cui il rischio di contagio è risultato particolarmente elevato e il controllo del

contagio particolarmente critico. A titolo di esempio, oltre ai comparti sanitario e sociosanitario, si possono indicare il comparto agricolo (anche per le condizioni abitative temporanee con elevata promiscuità sociale), la filiera agroalimentare, gli stabilimenti di produzione di alimenti di origine animale, i macelli, ecc. i poli logistici di distribuzione e logistica i grandi cantieri, dove si incrociano lavoratori di varia provenienza.

In questi settori va richiesta, incentivata e sostenuta la collaborazione delle aziende e delle figure aziendali della prevenzione. In particolare va sostenuto il ruolo dei medici competenti, soggetti importanti per il monitoraggio della popolazione lavorativa in generale, e in particolare dei lavoratori fragili e degli eventuali contatti stretti di caso.

Vanno anche sostenuti i rappresentanti dei lavoratori per la sicurezza, nella loro opera di costante sensibilizzazione in quanto osservatori privilegiati, attraverso attività di assistenza e iniziative che mettano a loro disposizione le competenze e gli strumenti informativi più adatti alle diverse realtà lavorative.

Nel caso di insorgenza di cluster individuati da indagine epidemiologica vanno tempestivamente eseguiti sul campo controlli mirati ad assistere le aziende presenti per la corretta individuazione e isolamento dei contatti, per prevenire la diffusione incontrollata del contagio. Può diventare necessario, in funzione dell'andamento della pandemia, programmare controlli anche nelle altre aziende dello stesso comparto dove è stato identificato il cluster, per verificare le condizioni di lavoro ed impedire lo sviluppo di nuovi cluster.

Particolare attenzione sarà riservata alle forze dell'ordine, alla procura e ai gestori di servizi essenziali - ad es. fornitori gas, elettricità, reti telefoniche, acqua potabile, trasporti, gestori emergenze - per i quali, in collaborazione con i medici competenti, potrà essere opportuno programmare interventi di screening con esecuzione di tamponi a tutti i lavoratori, o a gruppi di lavoratori più esposti, soprattutto qualora vi fosse la disponibilità di test rapidi.

Il dipartimento di prevenzione si attiva affinché l'attività di controllo e quella di sostegno possano essere coordinate e per attivare una rete collaborativa con i medici competenti per differenziare gli interventi preventivi a seconda della valutazione del rischio di un determinato contesto.

6.2.4 Screening di comunità sulla base della valutazione del rischio

Sul territorio di ATS, e in particolare nel Comune di Milano, sono numerosi i centri di accoglienza per migranti, clochard e soggetti fragili in condizione emarginazione. Queste persone sono state oggetto di interventi di screening di comunità mirati: sono stati testati 1377 ospiti (con riscontro di 140 positivi) e 358 operatori (con 14 positivi).

Per intervenire nei confronti di questi soggetti è necessario implementare un piano di monitoraggio costante delle situazioni di contagio che preveda un'adeguata dotazione di equipe mobili per le operazioni di screening.

Particolare attenzione andrà prestata anche a specifici luoghi di lavoro che risulteranno critici in relazione a casi e/o tipologie particolari di lavoratori (come ad esempio stranieri e irregolari).

Nel caso di insorgenza di cluster individuati da indagine epidemiologica ATS svolgerà un'analisi mirata.

Nell'ottica di dotarsi di equipe mobili è opportuno riprendere l'esperienza del Camper Covid che è stata precedentemente attivata in collaborazione con ASST Niguarda. Tale servizio è stato usato per le comunità di tipo sociale (centri di accoglienza, centri disabili ecc. che non hanno riferimenti sanitari interni), e potrebbe essere riproposta soprattutto con l'avvio del «Piano freddo» del Comune di Milano.

Inoltre è opportuno prevedere l'istituzione di equipe mobili a cura di ogni ASST, con il coordinamento ATS e con il coinvolgimento degli Infermieri di Famiglia e di Comunità.

Un rapporto sinergico e costante con il terzo settore e le associazioni già impegnate nella gestione di queste comunità e nella tutela dei loro assistiti permetterà di poter mirare meglio gli sforzi e poter contare su un qualificato supporto sussidiario, come è avvenuto nella prima fase epidemica.

Nell'ambito degli interventi di screening per comunità riveste un ruolo importante il Centro aiuto del Comune di Milano, «HUB» per i casi sociali della città, che consente l'effettuazione tampone per nuovi inserimenti in comunità.

6.2.5 L'attività di prenotazione dei tamponi

L'attività di prenotazione dei tamponi ha sempre rappresentato un elemento critico in tutte le fasi dell'epidemia; ATS ha cercato di far fronte alle richieste arrivando ad arruolare fino a 50-60 operatori per 3.000 prenotazioni/die, posizionando sull'attività di prenotazione operatori provenienti da diversi servizi di ATS e coinvolgendo anche altri enti del sistema sanitario che hanno messo a disposizione personale. È stata attivata la possibilità di prenotazione diretta, da parte del MMG in fase di segnalazione, per il momento ancora non molto utilizzata. Poiché è realistico che si possano generare in futuro momenti di picco per l'attività di prenotazione è intenzione di ATS strutturare l'attività di call center nei prossimi mesi anche avvalendosi di contributi esterni flessibili per gestire situazioni di improvviso eccesso di richiesta.

In considerazione degli sviluppi dell'epidemia andranno valutate l'opportunità e la fattibilità di estendere anche ai cittadini la possibilità di prenotazione diretta dei tamponi; tale opzione è stata sperimentata per fronteggiare l'emergenza legata ai rientri dall'estero.

6.3 Fase diagnostica

6.3.1 Determinazione dei fabbisogni

La potenziale domanda di tamponi per le settimane da ottobre a dicembre può essere stimata, anche se è doveroso considerare i limiti che tale stima, pur necessaria, sconta. La quantificazione dei tamponi necessari può essere costruita sulla base dei dati storici relativi all'incidenza di casi di sintomi influenzali e parainfluenzali e all'andamento dell'epidemia nel mese di marzo 2019.

In vista dei prossimi mesi è necessario che venga strutturato un sistema di prenotazione / esecuzione / processazione dei tamponi in grado di reggere:

- una quota "standard" legata agli accessi ospedalieri "storica" e al fabbisogno delle RSA, che in questa fase si attese su circa 1.500-2000 tamponi/die;
- una quota "stimabile" di casi sospetti derivante dalle segnalazioni legate all'epidemia influenzale classica (che in parte si presenteranno in PS e in larga misura verranno segnalati dai MMG), che seguirà la curva di Figura 8, con un picco da metà gennaio a metà febbraio di quasi 45-50.000 tamponi settimanali (fino a 7.000 die);
- una quota territoriale legata a: cluster, screening comunità o soggetti a rischio aumentato (che possono essere stimabili), molto variabile a seconda dell'individuazione di soggetti a rischio e della presenza di cluster riferiti a particolari ambienti di vita e di lavoro (nel caso dei rientri dall'estero, vi sono state oltre 30.000 soggetti da screenare in meno di 20 giorni).

In uno scenario come quello descritto rivestono un ruolo importante i test molecolari rapidi; è fondamentale che si possa chiarire l'eventuale contributo di questi test a livello di controindicazioni, di efficacia nella rilevazione e di quantità disponibile; allo stesso tempo devono essere illustrate indicazioni e setting di utilizzo.

6.3.2 Programmazione della rete di offerta dei tamponi

Il sistema dei laboratori deve essere in grado di assorbire un maggiore numero di tamponi prevedendo lo sviluppo delle attività nel rispetto della rete già delineata, ossia potenziamento quei grossi hub di microbiologia dotati di strumentazioni ad alta capacità di produzione e coinvolgimento delle figure tecniche ed eventualmente amministrative necessarie al loro funzionamento anche utilizzando temporaneamente personale della rete pubblica che è in organico presso altre strutture che non sono così impegnate nell'esecuzione dei tamponi naso faringei. Il ricorso a Servizi di Medicina di Laboratorio esterni al sistema regionale e/o una eccessiva frammentazione dell'offerta devono essere subordinate a criteri di qualità e tempi di risposta almeno equivalenti a quelli richiesti per i laboratori lombardi.

Il "sistema tamponi" di ATS attivato per gestire l'emergenza «rientri» è arrivato a contare su circa 50 punti accesso (di cui 10 drive-in) con un potenziale dichiarato oggi dai laboratori circa 24.000 tamponi settimana.

È necessario che gli erogatori pubblici e privati si dotino di una capacità flessibile di erogazione dei tamponi che sia in grado di garantire rapidamente l'attivazione di agende per seguire la curva epidemica nella richiesta di tamponi.

Il target da raggiungere è di non meno di 10.000-12.000 tamponi/die su 6 giorni, da riservare alle sole esigenze provenienti dal territorio; oggi il potenziale complessivo dichiarato è di 4.000 die, ma l'erogazione media delle ultime settimane è di quasi 5.000 tamponi.

Nella programmazione dei punti di esecuzione dei tamponi, in previsione della stagione invernale, occorre individuare strutture coperte sostitutive e/o integrative ai drive-in attualmente in essere.

Occorre potenziare le strutture in grado di eseguire tamponi pediatrici e incrementare la capacità di tamponi domiciliari; allo stesso tempo è doveroso monitorare che la disponibilità di queste modalità di esecuzione del tampone siano garantite sull'intero territorio e anche nel fine settimana.

Diverse ASST ed erogatori privati hanno già avviato attività per il potenziamento delle linee di processazione dei tamponi, con acquisti di nuove apparecchiature: considerata anche la possibilità di poter contare, in associazione ai tamponi tradizionale su test rapidi che non richiedono impegno per i laboratori, si ritiene di poter ragionevolmente raggiungere e la produzione quotidiana richiesta e di mantenere quindi un approccio diagnostico estensivo e rapido, anche qualora il numero di casi accertati fosse leggermente superiore alle ipotesi di scenario ipotizzate. La principale criticità potrebbe essere data, in caso di ripresa epidemica, dalla necessità di dedicare il personale sanitario all'assistenza rispetto all'attività diagnostica e di screening e alla tendenza dei pazienti di evitare gli accessi in ospedali che gestiscono casi Covid.

Per questi motivi entro il mese di ottobre verrà richiesta a tutti gli erogatori, sulla base delle stime di crescita richieste, di aggiornare la propria organizzazione, in modo da poter definire il potenziale massimo di tamponi erogabili da parte

di ciascuna struttura e di conseguenza confermare o meno la capacità del sistema di raggiungere la produzione stimata necessaria.

Nel caso in cui il numero casi di accertati e il loro impatto sul sistema sanitario superasse la capacità massima di esecuzione dei tamponi dovranno essere ripristinate policy che possano disporre l'isolamento fiduciario di soggetti sintomatici sospetti e dei loro contatti, anche in assenza del test molecolare.

Fino ad oggi l'attività svolta al di fuori delle iniziative del SSR, come test sierologici svolti privatamente e tamponi positivi al di fuori dei processi strutturati di segnalazione dei casi, ha creato pesanti ripercussioni nella gestione dell'epidemia. Va ribadito il principio per cui l'esecuzione di un esame diagnostico in questi casi non risponde solo alle esigenze dell'individuo, che legittimamente può scegliere anche un canale privato, ma risponde ad un'esigenza di sanità pubblica. ATS si riserva quindi di diffidare e non autorizzare erogatori che nello svolgimento dell'attività extra SSR non rispettino le procedure previste nei provvedimenti regionali, gli erogatori che non rispettino livelli di servizio adeguati nella refertazione e trasmissione degli esiti al sistema regionale e/o che trasmettano informazioni anagrafiche carenti e non in grado di rintracciare immediatamente l'assistito in caso di positività.

6.3.3 Monitoraggio delle tempistiche del processo diagnostico

Vista la centralità del processo diagnostico è essenziale monitorare tutte le fasi che lo compongono: dall'esecuzione del test alla processazione del laboratorio fino alla comunicazione degli esiti; ciascuna incide in maniera significativa sulla durata complessiva del processo.

Occorre individuare modalità operative di gestione delle priorità quando i tempi di conclusione del processo superano le 24 ore: ad esempio ambito scuole entro 6-10 ore; lavoratori e sintomatici: entro 24 ore; altri casi sospetti entro 36 ore; contatti stretti entro 48 ore; screening comunità a rischio entro 72 ore.

In fase di accettazione e prenotazione è fondamentale che gli attori coinvolti (medici segnalanti e strutture di accettazione) prestino la massima attenzione alla raccolta dei recapiti delle persone che si sottopongono al test. In questi mesi di affronto dell'epidemia la mancanza di recapiti o l'inesattezza degli stessi ha causato notevoli ritardi nella gestione dei casi per quanto riguarda la notifica dell'isolamento e l'esecuzione delle indagini epidemiologiche.

Sono emerse disomogeneità nei tempi di processazione e successiva refertazione da parte dei diversi erogatori: è necessario operare per ridurre le disomogeneità nell'operatività dei laboratori con particolare riguardo all'attività nei fine settimana.

Il sistema informativo dei laboratori deve essere migliorato in quanto la proporzione di tamponi refertati nello stesso giorno del prelievo è sistematicamente al 100% il lunedì, anche se il numero di refertazioni nei 5 giorni della settimana lavorativa sembra quasi costante. Questo è indicativo di problemi di accumulo nel fine settimana e rilascio dei dati il lunedì con tempi di refertazione non reali. Questo dato falsa anche i tempi di refertazione.

ATS, sin dalla fine del periodo di lockdown, ha richiesto agli erogatori di informare il cittadino al momento della prestazione delle modalità con cui potrà essere ritirato il referto, prevenendo la pubblicazione sul FSE e comunque predisponendo anche modalità di ritiro fisico del referto per i cittadini senza FSE attivato.

L'importanza di comunicare la condizione di positività nel minor tempo possibile ha portato ATS a dare indicazione a tutte le strutture di immediata notifica di positività all'assistito da parte del laboratorio, con le prime indicazioni di isolamento, in attesa dell'inchiesta epidemiologica che ATS dovrà svolgere.

Per ridurre i rischi di diffusione del virus si ritiene importante ribadire la necessità di isolamento per tutte le persone segnalate per l'esecuzione del tampone fino alla comunicazione dell'esito del test; ad oggi vi sono situazioni, come i rientri dall'estero e alcune attività di screening di individui a rischio aumentato, che non sono soggette a tale obbligo.

Alla luce di quanto previsto al paragrafo 6.3.2 e a questo paragrafo, a partire dall'approvazione di questo piano verrà richiesto una programmazione a tutti gli erogatori che permetta di conoscere le potenzialità raggiungibili in termini di:

- esecuzione di tamponi all'interno di ambulatori dedicati;
- processazione degli stessi;
- tempi di refertazione e pubblicazione dei referti;
- capacità di produrre referti anche nei giorni festivi.

6.4 Fase di indagine epidemiologica

Elemento chiave delle misure di contenimento è stata la capacità da parte della ATS di identificare i casi e i relativi contatti da sottoporre a quarantena. Quindi un elemento fondamentale del controllo dell'epidemia Covid è rappresentato dalla capacità di effettuare l'intervista epidemiologica. Tale capacità è cambiata nelle varie fasi dell'epidemia. Nelle fasi iniziali il numero di interviste condotte era relativamente basso in quanto il recupero delle informazioni dei casi (specialmente dei numeri di telefono) era limitato; con il miglioramento delle informazioni disponibili tale numero è cresciuto nel tempo. Un elemento sicuramente rilevante è l'entità dei contatti da rilevare

durante la fase di lockdown che essendo numericamente ridotta per la segregazione delle persone al massimo ai nuclei familiari ha facilitato l'aumento del numero di interviste condotte.

Il grafico sottostante mostra l'andamento della media mobile su due giorni della proporzione di interviste effettuate rispetto al numero assoluto di tamponi positivi identificati e di interviste effettuate. Nel periodo di massimo impegno in termini di inchieste epidemiologiche giornaliere erano attivi oltre 100 operatori.

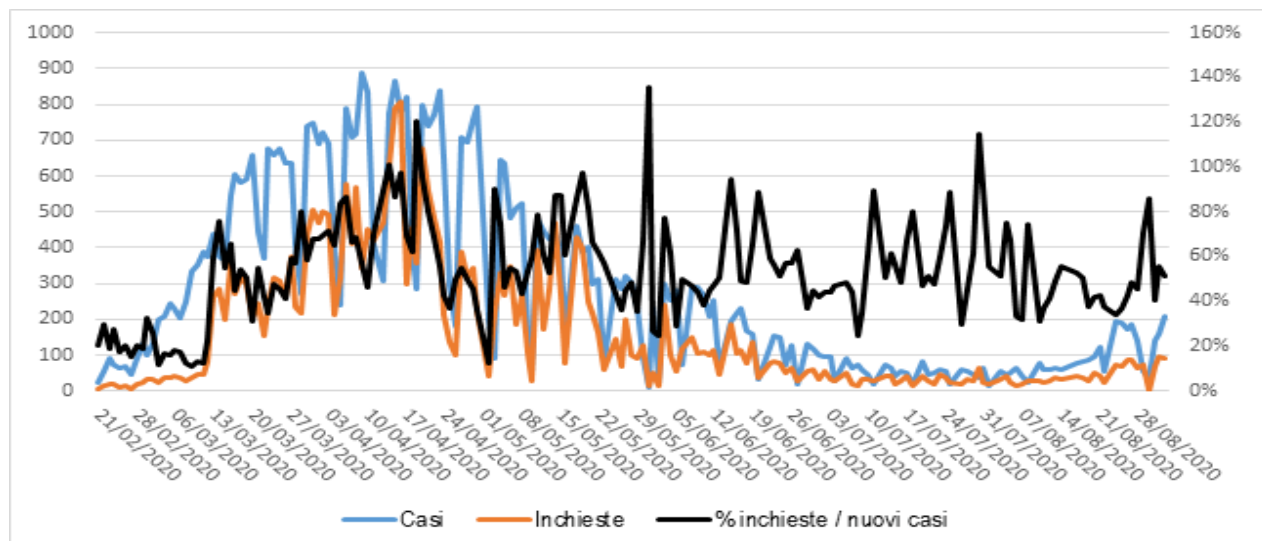


Figura 10 – andamento temporale inchieste e numero casi

L'intervista epidemiologica è funzione delle risorse assegnate ma anche della fase dell'epidemia e delle misure di segregazione attive. In situazioni di inchiesta epidemiologica semplificata con elevate risorse di personale il sistema ATS arriva a oltre 700 interviste al giorno. In condizioni standard di risorse assegnate e con una epidemia non in fase di segregazione (quindi considerando un rapporto contatti / caso molto elevato) il sistema riesce con le risorse assegnate a effettuare circa 100-150 interviste epidemiologiche al giorno.

Come precisato nel paragrafo 4, l'organizzazione interna di ATS seguirà l'andamento del numero di casi accertati, in modo da poter comunque garantire prioritariamente l'esecuzione tempestiva delle indagini epidemiologiche, sospendendo, se del caso altre attività. Sono già stati arruolati 20 assistenti sanitari aggiuntivi, che stanno progressivamente prendendo servizio ed insieme agli eventuali trasferimenti interni si ritiene di poter arrivare a raddoppiare il personale presente pre-Covid (da circa 40 ad 80 operatori).

Alla luce dell'esperienza avuta nei momenti di aumento improvviso dei casi e quindi dell'incremento di indagini epidemiologiche da svolgere per l'effettuazione di una tempestiva ed efficace azione di contact tracing, in caso di nuovi picchi di contagio ATS procederà con indagini epidemiologiche articolate in due step successivi. Verrà effettuato nel più rapido tempo possibile il primo contatto con il cittadino positivo per la notifica della positività, l'informazione sui corretti comportamenti da tenere, la raccolta di eventuali sintomi e l'invito ad effettuare una prima segnalazione ai propri contatti stretti; successivamente ATS provvederà allo svolgimento dell'indagine epidemiologica dettagliata.

Tale modo di operare viene proposto per garantire un contatto rapido con il caso positivo per informazione e per avviare le prime azioni di isolamento e potenziale contenimento del contagio. L'insieme di queste procedure (incremento flessibile di personale, inchiesta in due tempi) non sono comunque sufficienti per scenari superiori a 500-700 casi/die. A fronte di una crescita di questi livelli occorrerà adottare provvedimenti atti a ridurre drasticamente le possibilità di contatto sociale.

6.5 Gestione di casi e contatti stretti a domicilio o in strutture residenziali non ospedaliere

6.5.1 La sorveglianza e la possibilità di utilizzo di strumenti di telemonitoraggio e telesorveglianza

Attualmente la responsabilità delle attività di sorveglianza è ripartita fra ATS e MMG/PLS (cui spetta la sorveglianza clinica). ATS, salvo i periodi con pochi nuovi casi, effettua solo comunicazione isolamento e prenotazione tamponi guarigione a fine quarantena, mentre i comportamenti degli MMG sono molto variabili.

Come è stato ampiamente riportato nel paragrafo 3, le Cure Primarie hanno esercitato ed esercitano un ruolo centrale nelle attività di segnalazione e sorveglianza domiciliare dei pazienti: la conoscenza della storia clinica dei pazienti, gioca

infatti un ruolo fondamentale nella valutazione e nella regia delle strategie assistenziali che si possono erogare sul territorio.

Durante il periodo di picco della pandemia, caratterizzato anche dal lockdown e dall'impegno prioritario degli operatori per gestire gli impatti sanitari dell'epidemia, vi sono stati frangenti in cui pazienti Covid al domicilio hanno segnalato una sensazione di abbandono al domicilio da parte dei propri medici di medicina generale e delle istituzioni. Parallelamente, nel tentativo di fronteggiare la situazione di emergenza, vi sono stati situazioni in cui cittadini hanno ricevuto più chiamate da servizi differenti, a volte anche dello stesso Ente.

È pertanto necessario organizzare in un'ottica di sistema e di reciproca collaborazione le attività di sorveglianza che diversi attori svolgono, valorizzando le diverse professionalità e rispettando le competenze di ogni soggetto: ATS, medici di Cure Primarie, professionisti delle strutture di ricovero.

Inoltre l'assenza di restrizioni negli spostamenti, come invece accaduto durante il lockdown, richiede di prestare particolare attenzione al rispetto dell'isolamento da parte di tutti i cittadini sottoposti a limitazione nei movimenti per la propria condizione di caso, contatto stretto o in attesa di tampone.

I provvedimenti regionali assegnano ad ATS il compito di svolgere azioni sorveglianza, almeno ad inizio e fine quarantena, per tutti i casi e contatti stretti, fermo restando quanto in capo al MMG in merito all'attività di vigilanza clinica dei propri assistiti.

ATS intende valorizzare le esperienze esistenti che si sono sviluppate dall'inizio della pandemia per garantire l'attività di sorveglianza da parte di enti locali, medici in forma singola e/o associata, strutture ospedaliere o che Regione Lombardia ha messo a disposizione per il tramite di ARIA.

Il presente piano si propone quindi – per lo scenario considerato come più probabile - di attivare per tutti i pazienti posti in isolamento domiciliare a partire dai casi accertati e, se sarà possibile, anche ai contatti stretti, un servizio base di sorveglianza telefonica e di registrazione dei dati della sorveglianza (registrazione temperatura e dell'eventuale insorgenza di sintomi, controllo fiduciario di mantenimento dell'isolamento, raccolta di segnalazioni legate a bisogni sanitari o sociali), utilizzando un'ideale piattaforma informatica in grado di trasmettere le informazioni utili, per competenza, ai diversi soggetti incaricati (medico di medicina generale per la sorveglianza ed il riferimento clinico, ATS per la sorveglianza epidemiologica, Comune per gli interventi sociali e/o la vigilanza sull'isolamento), da integrare con il portale di gestione dei casi predisposto da ATS. Il provider di questo servizio sarà:

- il centro servizi delle cooperative di medici di medicina generali, laddove il medico non dia indicazioni;
- la Centrale medica di FBF/Sacco per i pazienti residenti a Milano;
- le centrali aggiudicatrici della gara ARIA per la provincia di Milano;
- l'ASST di Lodi per la provincia di Lodi.

Al riguardo ATS formulerà una specifica proposta dopo aver approfondito la sostenibilità tecnica, economica e giuridica dell'ipotesi. Se venisse applicato lo scenario più ottimistico, con un basso numero di pazienti si potranno invece mantenere le attività di sorveglianza invariate, mentre se si verificasse una forte ripresa epidemica, occorrerà definire criteri per individuare a quali soggetti poter offrire il servizio. Potranno essere sperimentate anche modalità di coinvolgimento proattivo dei cittadini nelle operazioni di sorveglianza, come app o ambienti informatici per la registrazione dei propri parametri sanitari, con la previsione di riferimenti telefonici per il contatto diretto.

Riguardo alle funzioni di verifica di isolamento in capo ai Comuni, oltre all'attività ispettiva, si suggerisce di attivare campagne informative rivolte alla popolazione, per poter promuovere comportamenti responsabili.

La possibilità di passare da una sorveglianza di base a un vero e proprio monitoraggio clinico per i casi al domicilio con idonee piattaforme di telemedicina continuerà ad avvenire solo su indicazione del medico specialista (in caso pazienti dimessi) o del proprio MMG, che potrà avvalersi dei servizi messi a disposizione da ogni ASST (vedi paragrafo 6.6 e seguenti) ovvero dai soggetti abilitati che già dispongono di sistemi idonei.

Gli stessi medici anche utilizzando la piattaforma di telemedicina, potranno accedere a servizi di teleconsulto. ATS al riguardo raccoglierà le disponibilità del sistema di erogazione in modo da permettere l'incontro fra domanda di consulenze specialistiche da parte delle Cure Primarie e sistema di offerta. Alcuni soggetti privati accreditati hanno già dato disponibilità ad attivare tale possibilità, così come esistono e vanno valorizzate esperienze di ASST (per es: Rho-Garbagnate) nell'ambito del teleconsulto e della collaborazione operativa con gruppi di MMG.

La presenza di piattaforme tecnologiche e di una rete specialistica disponibile non è di per sé condizione sufficiente affinché vengano utilizzate: è necessario infatti che, al di là del consulto specialistico il MMG, anche attraverso le proprie forme organizzative territoriali (vedi 6.5.2) possa avere una relazione diretta con figure (mediche ed infermieristiche) di raccordo dell'offerta assistenziale ospedaliera e territoriale per definire il miglior percorso del paziente (vedi 6.6)

Saranno da valutare anche servizi di servizi di telemonitoraggio, teleconsulto e telemedicina in ambito pediatrico, non solo per le persone adulte. È infine da prevedere la possibilità di effettuare, anche attraverso gli USCA, ecografie polmonari al domicilio dei pazienti, acquisendo le dotazioni necessarie e prevedendo un'adeguata formazione degli MMG e degli USCA disponibili.

6.5.2 Interventi per potenziare le Cure Primarie: la costituzione dei Centri di Riferimento Territoriale

ATS sta concludendo il percorso di attivazione su tutto il proprio territorio dei Centri di Riferimento Territoriale (CRT) che rappresentano una importante modalità di condivisione delle informazioni e degli strumenti fra Medici di Medicina Generale appartenenti a territori omogenei e fra questi e l'ATS, in modo da coniugare la maggiore diffusione possibile delle informazioni con la garanzia della puntuale applicazione di eventuali indicazioni regionali. Sull'intera ATS saranno presenti 62 CRT, ciascuno con un coordinatore che diventerà il punto di raccordo fra i medici afferenti al centro, ATS e gli ambiti distrettuali.

Distretto	CRT
Milano città	22
Nord Milano	4
Rhodense	8
Ovest Milanese	9
Melegnano e Martesana	14
Lodi	5
Totale	62

Tabella 13 – CRT per Distretto ATS

Il coordinatore del CRT avrà infatti la funzione di favorire la diffusione di linee guida e di protocolli, collaborare con il Dipartimento di Cure Primarie nell'organizzazione dei diversi servizi, come la Continuità Assistenziale e l'attività delle USCA e più in generale costituire una 'cellula' del territorio in grado di favorire il raccordo e la regia dei diversi livelli di offerta territoriale di assistenza (ad esempio ASST, IRCCS, Case di Cura). L'esistenza di un contesto condiviso e costituito unicamente da colleghi, potrà favorire il confronto fra i professionisti e lo scambio di buone pratiche. Inoltre, grazie al ruolo del coordinatore, si potrà stimolare una maggiore uniformità nell'operatività dei medici in modo da garantire un trattamento omogeneo a tutti gli assistiti.

In stretto contatto con il Dipartimento Cure Primarie, il coordinatore del CRT potrà stimolare i medici all'utilizzo degli strumenti messi a disposizione e potrà migliorare l'adesione dei MMG ai progetti strategici promossi da ATS, come ad esempio la sorveglianza per i soggetti fragili che ha mostrato ricadute molto significative sulla popolazione coinvolta. A questo proposito, i significativi risultati in termini di riduzione del rischio di morte per i soggetti fragili sorvegliati attivamente dai MMG, anche in occasione dell'emergenza caldo, richiedono che anche nei prossimi mesi si possa mantenere questa attività per i pazienti già seguiti fino ad oggi (meno della metà degli eleggibili), e soprattutto verranno sollecitati i medici che non hanno utilizzato gli strumenti messi a disposizione da ATS per seguire i propri pazienti, a farlo. È stato già condiviso con il comitato aziendale un progetto di governo clinico legato a tale attività, ma si ritiene di attivare, anche attraverso i CRT e comitato aziendale, forme di stimolo al pieno utilizzo degli strumenti disponibili, anche con il coinvolgimento dell'ordine per favorire la formazione e di sollecitare e richiamare i medici all'adozione della sorveglianza attiva per i pazienti cronici e fragili più a rischio segnalati.

6.5.3 USCA

Le USCA rappresentano un potenziale da valorizzare nelle attività di cura e vigilanza della popolazione, ed esse vanno inserite in una relazione organica con gli altri attori e nodi della rete. Quanto emerso in questi mesi di operatività delle USCA fornisce elementi utili per quantificazione effettiva delle stesse e offre preziosi spunti per semplificare il loro utilizzo da parte dei MMG, anche con l'integrazione negli strumenti informativi a disposizione dei medici della possibilità di chiamata e della visualizzazione delle attività prestate agli assistiti.

Le USCA dovranno avere un rapporto più stretto con i MMG, obiettivo che potrà essere più facilmente raggiunto dall'attivazione dei CRT descritti nel paragrafo precedente.

Altro ambito in cui gli USCA potranno essere coinvolti saranno gli interventi territoriali promossi dalle ASST, interventi che potranno prevedere l'utilizzo anche degli Infermieri di Famiglia. Prima declinazione operativa di questa collaborazione potrà essere l'imminente campagna vaccinale.

A fianco dell'azione integrata con la Medicina Generale, sulla base andamento della pandemia occorre valutare un utilizzo delle USCA per attività territoriali a sostegno di strutture ambulatoriali o sociosanitarie (in caso di emergenza),

ma sempre previa valutazione con i coordinatori dei CRT per evitare che la riallocazione dei medici comporti criticità nell'esecuzione delle visite a domicilio. L'implementazione di servizi di telemonitoraggio e teleconsulto devono poter diventare strumenti a disposizione anche delle USCA; allo stesso tempo l'implementazione di percorsi ospedalieri condivisi con le strutture del territorio potrà agevolare in maniera significativa il lavoro delle USCA.

Il fabbisogno di USCA va rideterminato, prevedendo aumenti di presenze nei mesi dicembre, gennaio e febbraio e la loro distribuzione territoriale rivista cercando di garantire una uniforme presenza di queste figure nei diversi territori; l'indicatore che guiderà l'attivazione di nuove sedi USCA sanno l'incremento del numero di segnalazioni di casi sospetti; l'incremento dei numeri di casi accertati gestiti al domicilio unitamente all'incremento del numero di interventi, richiesti dai medici di famiglia. L'impiego delle USCA oggi è ricondotto a poche attività, prevalentemente di tamponi a domicilio, ma con il coinvolgimento in altri ambiti di attività e con la semplificazione delle modalità di attivazione del servizio potrebbero aumentare le necessità di interventi: il sistema è oggi in grado di sostenere fino a 800 visite a settimana in ogni caso è prevedibile che le esigenze collegate all'epidemia influenzale (aumento delle segnalazioni, possibile supporto degli USCA alla campagna vaccinale) richiedano fin dalla metà di novembre l'attivazione di ulteriori sedi su tutti i territori, arrivando ad avere fino a 26 medici in turno

Nello scenario di crescita dell'epidemia in modo non controllato con oltre 1000 richieste di intervento USCA a settimana si raggiungerà la seguente copertura territoriale con 13 o 14 sedi per un totale di 26 - 35 medici in turno. Infatti il numero di medici potrà essere aumentato a 3 per sede se le richieste di intervento supereranno le 1000 a settimana. Il totale massimo di medici USCA da coinvolgere per garantire la turnazione sopra riportata è di almeno 70 unità. Di seguito l'articolazione territoriale a regime, per Distretto:

- Milano, 4 sedi: Via Farini, Ospedale San Carlo, Via Orombelli, Via Adige;
- Nord Milano, 1 sede a Sesto San Giovanni;
- Ovest Milanese, 1 sede a Parabiago;
- Rhodense, 2 sedi: Corsico, Bollate;
- Melegnano e Martesana, 3 sedi: Cernusco, Melegnano, Cassano d'Adda;
- Lodi, 2 sedi: Casalpusterlengo, Sant'Angelo Lodigiano.

Per coprire il fabbisogno massimo di 70/ 80 medici USCA verranno espletate le procedure di reclutamento previste per questa tipologia di medici; qualora si riscontrino difficoltà nell'arruolamento dei medici per carenza di candidature o per incompatibilità legate al corso di formazione MMG, si valuterà la riduzione di medici presenti la notte nelle postazioni di CA così da poter disporre di risorse mediche aggiuntive da orientare sulle USCA.

Il numero di visite potrebbe essere comunque incrementato anche nell'impossibilità di raggiungere i 70 medici necessari se si dotassero le USCA anche di infermieri o personale ausiliario; per raggiungere questo obiettivo si potrebbero coinvolgere in ogni USCA, a seconda dell'andamento del numero delle richieste, 2 o più infermieri di Famiglia e di Comunità in dotazione alle ASST del territorio.

Un ulteriore elemento critico per garantire l'operatività effettiva delle USCA risiede nell'adeguata disponibilità di mezzi che consentano rapidi spostamenti sull'intero territorio; in caso di necessità di auto aggiuntive da mettere a disposizione per l'effettuazione delle visite ATS provvederà a considerare il servizio USCA come prioritario per la popolazione utilizzando a tale fine mezzi in dotazione ad altri servizi dell'Agenzia che possono essere differiti in forza dell'emergenza epidemica. Inoltre verranno coinvolti i Comuni del territorio per il reperimento di ulteriori vetture, attraverso strumenti convenzionali.

Verrà infine valutata con attenzione la possibilità di attivare USCA pediatriche, anche se il reperimento di pediatri per tali funzioni costituisce un elemento di forte criticità.

6.5.4 Follow up ambulatoriale

Nel corso della prima fase dell'epidemia si sono evidenziate tre distinti bisogni legati al follow up ambulatoriale:

- 1) permettere ai casi sospetti con sintomi respiratori di poter accedere, su prescrizione del proprio MMG, a pacchetti di prestazioni, comprendenti il test molecolare per la ricerca del RNA virale, volte a migliorare la capacità diagnostica ed a discriminare i pazienti meritevoli di assistenza ospedaliera o in strutture protette;
- 2) permettere ai casi Covid gestiti al domicilio di accedere, su indicazione del proprio MMG, a consulenze pneumologiche e infettivologiche;
- 3) garantire a tutti pazienti che hanno sviluppato la patologia, ed in particolare a coloro per i quali è stata necessaria ospedalizzazione, la possibilità di seguire protocolli di controllo post-dimissione e di monitoraggio clinico.

In particolare la prima esigenza richiede un confronto con gli erogatori. Come anticipato nel paragrafo 6.2.1, il livello ambulatoriale potrebbe non essere il setting più indicato per poter svolgere gli approfondimenti richiesti. In alcuni contesti si potrebbe infatti indirizzare i pazienti verso percorsi già messi in atto dagli erogatori all'interno dei Pronto

Soccorsi e in altri verso strutture di degenze di comunità, che permetterebbero lo svolgimento degli accertamenti di base in un ambiente protetto e garantendo la sorveglianza e l'eventuale somministrazione di ossigeno al paziente.

In questo senso ATS intende richiedere alle ASST e agli erogatori privati accreditati, di indicare quali percorsi sono in grado di porre in atto e con quali volumi possibili, in modo da poter definire una mappa dell'offerta disponibile, specifica per ogni distretto (oggi sono censite le iniziative di ASST Nord Milano, ASST Niguarda e ASST di Lodi). La raccolta della disponibilità, attivare questi percorsi riguarderà anche gli erogatori accreditati (non necessariamente a contratto) esclusivamente per attività ambulatoriali territoriali. Verrà quindi raccolto da ATS il quadro della potenzialità di intervento, distinguendo le attività che possono già essere attivate nell'ambito dei contratti esistenti e quelle che richiedono eventuali contratti di scopo, che dovranno essere autorizzati e finanziati dal livello regionale.

Riguardo alla seconda esigenza, si rimanda a quanto descritto relativamente all'attivazione di una rete di teleconsulto, che dovrebbe essere estesa anche alla televisita, non potendo prevedere percorsi ambulatoriali per pazienti positivi accertati.

Riguardo alla terza esigenza, verrà richiesto agli erogatori, di rendere disponibili agende dedicate ai controlli post-Covid nell'ambito dei propri contratti, con volumi determinati da ATS, territorio per territorio, in base al numero di casi ospedalizzati intervenuti, traendo spunto dall'esperienza di ASST Niguarda.

Allo stesso modo si valuterà l'implementazione di pacchetti diagnostici o di cura domiciliari, anche in collaborazione con gli USCA e le attività già garantite dall'ADI-ADI Covid.

6.5.5 ADI, ADI Covid e Cure Palliative

La significativa richiesta di interventi domiciliari ha portato a un elevato consumo delle risorse dedicate alla copertura di queste prestazioni; tale situazione, già verificatasi nel 2019, è stata aggravata dallo scoppio della pandemia e dall'utilizzo degli erogatori ADI anche per l'esecuzione dei tamponi a domicilio.

Regione Lombardia ha stanziato fondi aggiuntivi per queste unità di offerta, e in proposito sono emerse dagli erogatori richieste di approfondimenti sulle integrazioni dei budget e sulle modalità di computazione dell'attività ADI Covid.

La continuità dei percorsi di presa in carico domiciliare (ADI) viene assicurata anche attraverso l'integrazione con l'assistenza socio-assistenziale dei Comuni a partire dal coinvolgimento degli operatori comunali nella fase di valutazione multidimensionale della condizione di vita e dei bisogni.

Le ASST strutturano un'organizzazione stabile per lo svolgimento della valutazione multidimensionale con il coinvolgimento degli operatori dei Comuni che viene definito - nelle modalità e per gli standard assistenziali di appropriatezza - da Protocolli operativi condivisi e definiti con attenzione all'omogeneità e alla specificità delle diverse realtà territoriali di ATS Milano nell'ambito di tavoli di approfondimento tecnico (TAT) sviluppati nell'ambito delle Cabine di regia e coordinati dai Direttori di Distretto ATS.

Nell'ottica di assicurare l'assistenza appropriata ai pazienti con bisogno di cure palliative e terapia del dolore, che rientrano tra le persone fragili, la cui condizione risulta a maggiore rischio per l'emergenza epidemiologica da Covid-19, si rende necessaria l'attivazione/implementazione delle seguenti azioni attraverso il lavoro di rete espletato dalla RLCP:

- la promozione dell'integrazione tra i diversi interlocutori presenti nel sistema salute territoriale (equipe UCP Dom, hospice, MMG/PLS, ambulatori, ospedali, RSA/RSD, associazioni di volontariato, servizi sociali del comune etc.) attraverso attività informative ed eventi dedicati;
- la collaborazione con le strutture ospedaliere per garantire la continuità assistenziale e assicurare un percorso preferenziale del pz in caso di acuzie che richieda l'ospedalizzazione prevenendo accessi impropri in PS attraverso accordi operativi con le stesse strutture ospedaliere e incontri periodici di monitoraggio con erogatori di CP e ospedali;
- la prosecuzione dell'attività consulenziale palliativistica, già attivata nella fase 1 della gestione dell'epidemia, a favore di MMG/PLS, PresST, POT, RSA, RSD, ospedali, implementando il modello che ATS ha attivato in applicazione dell'Allegato 4 della DGR 2986 del 23.3.2020 a decorrere dal 6 aprile 2020. Si evidenzia che si tratta di una consulenza, garantita dal lunedì al venerdì dalle ore 8.00 alle ore 20.00. con modalità di videochiamata, e, solo a discrezione del palliativista, può generare la visita in presenza. Nella fase 1, a fronte dell'adesione di 21 erogatori di CP, la RLCP ha predisposto l'elenco delle RSA/RSD che sono state assegnate a ciascun ente aderente in modo da attribuire, sin dall'inizio, a ciascuna struttura, un ente di riferimento ben preciso, prevenendo così disorientamento e confusione nel flusso delle attività.
- la promozione e divulgazione della telemedicina;
- la facilitazione dell'accesso ai test per i pazienti UCP Dom attraverso l'attivazione USCA da parte del MMG/PLS;
- la promozione di percorsi formativi, rivolti ai MMG e ai professionisti operanti nelle strutture beneficiarie delle prestazioni consulenziali, finalizzati all'identificazione precoce e tempestiva del bisogno di Cure Palliative, al migliore controllo dei sintomi e alla sedazione palliativa.

6.5.6 Strutture riabilitative, sub acute, cure intermedie, Degenze di Comunità e Hospice

L'offerta delle attività sub acute, riabilitative ed intermedie era già stato oggetto di valutazione da parte di ATS, per il documento proposto alla DG Welfare a fine 2019. L'analisi dei dati relativa all'anno 2018, e sicuramente non in periodo pandemico, rilevava già la necessità di ampliare i posti di Degenza di Comunità, secondo i requisiti declinata dalla DGR 2019/2019 al fine di allocare nel giusto set assistenziale alcune tipologie di pazienti.

La valutazione degli scenari, facendo riferimento al periodo 2018-2019 rispetto all'utilizzo dei ricoveri in reparti di subacuti e di cure intermedie permetteva inoltre di identificare come l'applicazione della DGR 2019/2019 nel modificare la disponibilità di posti letto avrebbe anche modificato (teoricamente) la spesa complessiva per la applicazione di una riduzione della tariffa giornaliera.

Il documento di ATS aveva identificato un potenziale fabbisogno, diversificato nei diversi distretti prospettati di 402 nuovi posti letto di degenze di comunità (117 ad alta intensità e 285 a bassa intensità).

Nel documento citato, il potenziamento di questo setting era funzionale anche a una potenziale riconversione di letti riabilitativi e alla necessità di convertire una domanda attualmente gestita negli ospedali per acuti su posti a minore intensità assistenziale

Alla luce dell'emergenza epidemica e dell'esigenza di individuare strutture in grado anche di poter assistere pazienti di RSA Covid positivi paucisintomatici, si assume l'obiettivo di incrementare l'offerta a di degenze di comunità a bassa intensità, senza operare nell'immediato la contestuale conversione di letti riabilitativi. In tal modo si potrebbe infatti disporre un incremento della disponibilità complessiva di posti letto, senza forzare il sistema verso soluzioni temporanee più consistenti, ma difficile poi da ricondurre alle reali esigenze a regime

In quest'ottica si ritiene di chiedere la stabilizzazione dei posti di cure sub acute temporaneamente ampliati dalla Casa di Cura S. Carlo durante il periodo critico della pandemia portando l'offerta complessiva della struttura a 44 posti tecnici a fronte dei 10 precedentemente accreditati e a contratto, prevedendo la copertura economica di quanto già erogato (180.00 €) e di quanto erogabile a fronte dell'ampliamento.

È stata emanata manifestazione di interesse finalizzata all'attivazione di servizi di degenza per la sorveglianza sanitaria pazienti Covid per raccogliere adesioni per la disponibilità di strutture, per l'offerta di servizi organizzativo-gestionali delle stesse, o per entrambe le fattispecie. Sono pervenute in ATS 8 domande: 6 complete per entrambe le fattispecie, 1 solo per i servizi organizzativo-gestionali e 1 da rivalutare e approfondire.

Al momento l'offerta di posti disponibili nei diversi distretti è la seguente, considerato che in alcuni casi l'attivazione è subordinata a lavori edili o assunzione del personale, Distretto Ovest:

Distretto	Posti
Lodi	40
Milano	90
Nord	14
Ovest	40
Rhodense	20
Totale	204

Tabella 14 – posti Degenze Comunità per Distretto

Si propone quindi

- di poter disporre delle risorse per contratti di scopo relativi all'attivazione dei nuovi letti previsti dai progetti già valutati e ritenuti idonei e al mantenimento dei 34 posti letto della casa di cura S. Carlo;
- di attivare attraverso specifico contratto i 204 posti letti aggiuntivi già disponibili sulla base della manifestazione di interesse;
- di richiedere, in modo differenziato per ogni distretto, alle ASST e agli erogatori accreditati e a contratto la disponibilità ad un'ulteriore attivazione di circa 200 posti letto.

Va osservato, infine, che i letti di Degenze di Comunità che verranno attivati, sono in grado di coprire le attuali esigenze delle RSA per il trasferimento di pazienti Covid, ma sono di un ordine di grandezza inferiore al potenziale fabbisogno qualora si ripresentasse una diffusione epidemica paragonabile a quella avvenuta nell'aprile scorso, che ha riguardato migliaia di ospiti delle RSA

Relativamente agli hospice, a tutela degli operatori e dei pazienti, a fronte di quanto emerso durante la fase 1 della pandemia, si intende chiedere alle strutture di definire protocolli in grado di coniugare le esigenze di isolamento di casi accertati e di contenimento del contagio, con l'esigenza, particolarmente sentita nel fine vita, di non sottoporre i

pazienti a ulteriori situazioni di disagio e di allontanamento dai propri affetti. Come per gli erogatori UCP Dom, anche per gli hospice si reputano molto importanti i seguenti interventi:

- la promozione dell'integrazione tra i diversi interlocutori presenti nel sistema salute territoriale (equipe UCP Dom, hospice, MMG/PLS, ambulatori, ospedali, RSA/RSD, associazioni di volontariato, servizi sociali del comune etc.) attraverso attività informative ed eventi dedicati;
- la prosecuzione dell'attività consulenziale palliativistica, già attivata nella fase 1 della gestione dell'epidemia, a favore di MMG/PLS, PresST, POT, RSA, RSD, ospedali;
- la promozione e divulgazione della telemedicina.

6.5.7 Le Strutture Residenziali: RSA

Con riferimento ai Piani Organizzativi Gestionali (POG), previsti dalla DGR 3226 del 9 giugno 2020 e successivi aggiornamenti (DGR 3524 del 05/08/2002), la cui presentazione ad ATS deve precauzionalmente precedere le nuove prese in carico, soprattutto per le Unità di Offerta residenziali, risultano pervenuti 154 POG sui 160 previsti in base alla numerosità delle RSA che insistono sul territorio di ATS. Si è provveduto ad inizio settembre ad inviare un sollecito alle RSA non adempienti, che non hanno ancora riscontrato.

Si intende mantenere attivo il 'flusso Covid' che permette di monitorare l'andamento dell'epidemia nelle RSA e valutare le eventuali necessità di supporto.

Come già disposto da recenti note regionali, il trasferimento di ospiti riscontrati positivi, anche se asintomatici, verso le degenze di comunità o la rete di cure subacute e riabilitative verrà operato dalla Centrale 'Priamo'.

Qualora gli scenari epidemici siano tali da esaurire la disponibilità di posti letto, si intende, sulla base delle informazioni raccolte nei piani operativi, stratificare le RSA in funzione della loro capacità di gestire eventuali casi Covid in sicurezza e garantendo adeguate condizioni di isolamento per il paziente e di segregazione degli operatori. Pur mantenendo invariato l'indirizzo di poter trasferire gli ospiti positivi, verrà data priorità nei trasferimenti alle RSA caratterizzate da maggiori rischi.

Nell'ottica di dover temporaneamente gestire un elevato numero di ospiti positivi asintomatici o paucisintomatici, per un tempo non breve in considerazione dell'eventuale indisponibilità di posti presso le degenze di sorveglianza o altre idonee strutture gestite dalla Centrale Priamo, si prevede di riattivare o meglio perfezionare i contenuti del progetto di attivazione di consulenza di malattie infettive all'ospedale Sacco e all'ospedale Niguarda, inviato in data 31 marzo 2020. Tale progetto, prevede l'identificazione di un pool di infettivologi disponibili per offrire consulenze alle RSA/RSD distribuite per ambito territoriale per qualche ora al giorno, l'istituzione di numeri telefonici dedicati e strumenti di videochiamata per le consulenze, l'istituzione di mail dedicata per tali consulenze, la condivisione di protocolli diagnostico e terapeutici, progettazione della fase post critica per prevenire la ripresa della pandemia.

Si chiede a tutti gli erogatori con UOC di pneumologia o di infettivologia di produrre, sulla base di azzonamenti che ATS comunicherà, una procedura per l'attivazione di questi servizi.

Si prevede infine di chiedere ai Responsabili legali delle RSA di integrare la documentazione trasmessa con i POG, con un Piano di sostituzione straordinaria del personale da attuare nel momento in cui si verificasse il superamento della quota fisiologica di assenza del personale assistenziale. Con successiva nota del 4/5/2020 ATS attivava con tutte le strutture di Ricovero e Cura dotate di un reparto di malattie infettive un tavolo di concertazione per l'erogazione di Consulenze Infettivologiche alle RSA e RSD, che richiede il perfezionamento di alcuni aspetti anche economici e normativi per veder il suo perfezionamento, ma che sarà cura di ATS riattivare.

6.5.8 Le strutture per effettuare l'isolamento

Terminata la fase di emergenza, ATS Milano ha pubblicato, come disposto dalla DGR n. XI/3525/2020, l'Avviso per la Manifestazione d'interesse finalizzata alla disponibilità di strutture, servizi per l'accoglienza in isolamento di persone positive al Covid 19 nel territorio dell'ATS Città Metropolitana di Milano" al fine di reperire strutture sul territorio come soluzione alternativa al domicilio per l'isolamento di Covid +. L'avviso è stato pubblicato in data 24 agosto 2020 con scadenza il 4 settembre 2020, ma in considerazione del numero esiguo di richieste è stato prorogato sino al 10 settembre. Nonostante la proroga alla scadenza sono pervenute n. 2 disponibilità:

- Hotel Lodivecchio, di ALPA s.r.l., via Nazione Unite 7. LODIVECCHIO: per n. 25 posti letto, valutato dalla commissione ATS come idoneo;
- Hotel Renato, di Gota Carla, viale Italia 105, Sesto San Giovanni: per n. 22 posti letto, che poi ha ritirato la candidatura.

L'esiguità delle disponibilità di posti letto dell'unica struttura idonea, a fronte della numerosità delle esigenze di isolamento ipotizzate ma anche risultante dall'esperienza pregressa dell'Hotel Michelangelo e della struttura di Linate, richiede l'attivazione di due opzioni che consentano il reperimento di un numero più elevato di posti letto. Tra queste:

- ricorrere a procedura negoziata per il reperimento delle strutture alberghiere in considerazione della incompletezza dell'esito della Manifestazione d'interesse conclusa. La trattativa, esperita ai sensi del art. 63 del D. Lgs. 50/2016, mantenendo inalterate le condizioni previste nel bando, sarà volta all'individuazione di almeno una struttura per ogni distretto, da contrattualizzare in base all'andamento epidemiologico.
- attivare, attraverso le Assemblee distrettuali, risorse abitative/strutture e della possibilità di un loro reperimento sui territori di strutture già presenti, eventualmente da adeguare. Il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci ha già manifestato la disponibilità a questa attivazione anche in riferimento alle possibilità di alloggi dell'Agenzia Abitare.

6.6 Interfacce per integrare la rete territoriale

Come esplicitato nei paragrafi precedenti, la rete territoriale di ATS Milano è ricca di risorse e strumenti al servizio della presa in carico dei bisogni degli assistiti. Tuttavia, per garantire una risposta efficace ai bisogni del territorio in caso di ripresa della pandemia e non solo, è necessario operare uno sforzo per incrementare il livello di coordinamento tra gli attori coinvolti.

In particolare va stabilito un raccordo fra la rete delle cure primarie, che ha in carico la sorveglianza e di monitoraggio clinico di pazienti accertati Covid, di pazienti sospetti, di contatti stretti e di pazienti fragili sia con l'ambito specialistico ospedaliero, che può dare supporto al clinico per mantenere il paziente a domicilio, sia con la rete di assistenza territoriale, sia domiciliare che residenziale. Nel primo caso oggi si riscontra una relazione non sistematica fra specialisti ospedalieri/ambulatoriali e MMG, che richiede, come previsto nel già citato progetto di *"Protocollo di gestione integrata ospedale territorio per i pazienti in diagnosi differenziale per infezione SARS-CoV-19"*, la necessità di disporre sia di un cosiddetto "medico flussista", con l'incarico di dare supporto al MMG nella definizione di percorsi ospedalieri/ambulatoriali, sia dell'accesso a specifiche consulenze specialistiche.

Analoga complessità vale per la gestione territoriale e domiciliare dei pazienti Covid, che richiede competenze che afferiscono ad ambiti e organizzazioni differenti (ATS, ASST, strutture riabilitative, MMG/PLS, USCA, erogatori ADI, Comuni ed uffici di piano, ecc.), spesso poco connesse tra loro.

L'emergenza determinata dalla pandemia ha reso urgente la necessità di sviluppare un sistema di interfacce che consenta un'effettiva integrazione tra i servizi, che li renda diffusi capillarmente nel territorio e di facile accesso ai cittadini. In questo contesto, anche in forza delle esperienze già attive sul territorio (es. centrale ZCare a Lodi, progetto Cinisello, follow up Covid Niguarda, COD19, progettualità promosse da cooperative di MMG, piattaforme tecnologiche messe a disposizione di Regione Lombardia per medici singoli, etc.), ATS intende richiedere alle ASST di attivare proprie articolazioni organizzative che permettano di raggiungere questi obiettivi, potendo contare sulle possibilità di arruolamento delle figure di Infermieri di Famiglia e Comunità, ritenuto attore chiave per l'integrazione della rete territoriale.

Su mandato di Regione, ATS e ASST Nord Milano, che gestisce la rete dei poliambulatori della città di Milano, intendono inoltre avviare un progetto sperimentale, per il quale è stato richiesto un finanziamento da sponsor esterni, di realizzazione di centrali operative territoriali; ATS intende contestualmente avviare un percorso di accompagnamento con le restanti strutture del territorio, valorizzando la figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

6.6.1 La sperimentazione con ASST Nord Milano

La sperimentazione consiste nella attivazione di tre centrali operative territoriali, presso i poliambulatori di via Livigno, via Doria e via Gola. Ogni centrale operativa sarà gestita da un team costituito da:

- un coordinatore di centrale operativa;
- personale medico (medici specialisti e specializzandi);
- personale infermieristico (i.e. infermieri di comunità);
- assistente sociale (una risorsa per due team operativi);
- personale tecnico-amministrativo (tra cui gli autisti per i mezzi di trasporto).

Il team della centrale operativa dovrà fungere da punto di riferimento territoriale oltre che per ASST e ATS anche per gli altri attori della rete, pubblici e privati accreditati, e dovrà svolgere funzioni di coordinamento tra di essi. In particolare dovrà creare meccanismi di interconnessione con gli erogatori di ADI e di Cure Palliative Domiciliari, i servizi di continuità assistenziale e le USCA, i MMG/PLS per i servizi di supporto alla presa in carico (es. Valutazione Multi Dimensionale, attivazione e gestione degli ingressi in degenze di sorveglianza o degenze di comunità, integrazione con piattaforma PRIAMO, ecc.), IFeC delle ASST, i centri servizi dei gestori per la presa in carico della cronicità, l'ufficio di piano territorialmente competente per l'attivazione di servizi di afferenza sociale (es. pasti a domicilio), i servizi di prevenzione

dell'ATS, altri attori che, occasionalmente o sistematicamente, sono coinvolti nel percorso di cura del paziente fragile (ad esempio, RSA, terzo settore, caregiver, strutture di ricovero ecc.). Le centrali operative territoriali offriranno:

- *Servizi di assistenza a distanza* (guardia medica e infermieristica): misurazione dei parametri vitali, misurazione della glicemia, servizi di monitoraggio delle terapie, monitoraggio della sintomatologia COVID mediante l'utilizzo di device mobili che consentano la misurazione a distanza di parametri utili per l'attivazione di interventi adatti, monitoraggio a distanza di condizioni di cronicità note, ecc.
- *Servizi di supporto al domicilio* per facilitare i percorsi sanitari dei pazienti fragili che non possono o hanno difficoltà a recarsi presso le strutture sanitarie, previa valutazione e confronto con altri attori (ADI, MMG ecc.).
- *Prestazioni diagnostiche* per la verifica di eventuale positività al COVID-19 (e relativa gestione del percorso in caso di positività) nei casi in cui i pazienti fragili presentino sintomatologia da Covid-19, valutata anche la storia clinico-epidemiologica personale del paziente. Queste prestazioni possono essere offerte a domicilio del paziente o presso ambulatori sperimentali dedicati a diagnosi e follow up di pazienti covid positivi.
- *Servizi di prevenzione* da offrire all'intera popolazione attraverso un ambulatorio mobile (i.e. camper speciale che dispone di personale sanitario, spazi ed equipaggiamenti interni adeguati). In particolare, i servizi di prevenzione offerti saranno: supporto nella esecuzione di *campagne vaccinali* nel territorio di interesse, in raccordo con ATS, mediante utilizzo di mezzi mobili o interventi domiciliari (es. vaccinazione anti-influenzale per i fragili che è bene che non si rechino in ambulatorio con potenziale rischio contagio, ecc.), supporto nella esecuzione di *screening di comunità* nel territorio di interesse, in raccordo con ATS (es. ove ATS identifichi un focolaio in una comunità chiusa e intenda ampliare l'esecuzione di test diagnostici molecolari a tutta la comunità DGR XI/3323/2020).

Le centrali fungeranno inoltre da raccordo per la richiesta di attivazione di *servizi ambito sociale*, coinvolgendo, ove necessario, l'ufficio di piano territorialmente competente che potrà a sua volta attivare interventi di sostegno adeguati. Il servizio prevede un doppio canale di reclutamento:

- reclutamento attivo dei pazienti in base alla stratificazione dei bisogni espressi e inespressi;
- reclutamento su richiesta da parte di pazienti, servizi di cure primarie (MMG/PLS, centri servizi delle cooperative di MMG), IFeC delle ASST per pazienti in dimissione, RSA e operatori del sistema sociosanitario, altri attori della rete sociale (es. parrocchie, terzo settore, associazioni di volontariato ecc.).

Con riferimento alle Cure Primarie, le centrali sono dimensionate per rappresentare un punto di riferimento territoriale per circa 50 MMG situati nella zona geografica in cui le centrali sono collocate e supportare questi medici nella presa in carico del bisogno dei loro assistiti fragili.

Per facilitare l'attivazione di percorsi mirati, ATS garantirà supporto nella stima dei bisogni espressi e potenziali della popolazione residente nel Municipio di riferimento.

Ad integrazione, il Comune di Milano, al fine di fornire un supporto ai cittadini in difficoltà e in un'ottica di integrazione socio-sanitaria ha proposto la possibilità di utilizzare la rete delle "portinerie sociali" presso i caserugi delle case popolari nella quale già operano i custodi sociali (servizio del Comune già presente nei quartieri popolari). La proposta prevede di integrare nel team figure sanitarie (infermieri) che fisicamente siano presenti presso questi spazi in alcuni momenti durante la settimana. Quest'azione consentirebbe il monitoraggio, il controllo e l'accompagnamento sanitario e sociale degli abitanti delle case pubbliche, popolazione cittadina fragile dal punto di vista anagrafico (persone anziane e sole), socio-economico e rispetto alla capacità e possibilità di essere parte di reti familiari o locali di supporto.

Analoga progettazione è alla base di un progetto sviluppato da ALER in collaborazione con l'ASST FBF Sacco.

Il modello di servizio delle centrali operative territoriali è esemplificato nella figura seguente.

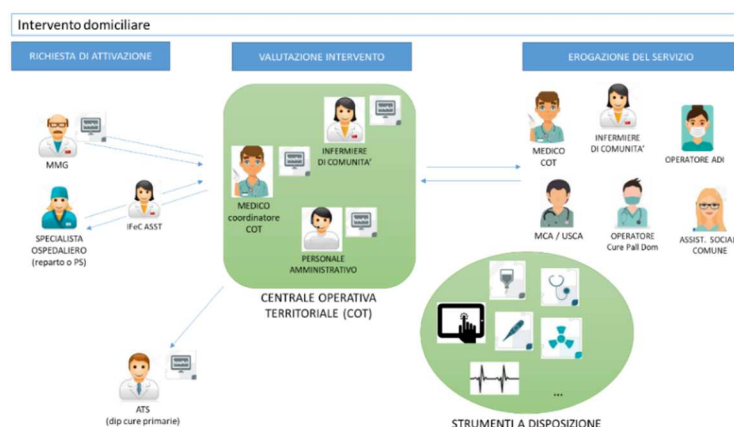


Figura 11 - Esempio di modello di servizio della Centrale Unica Territoriale

6.6.2 Progettazione e attuazione di modelli di integrazione della rete territoriale

Le ASST di Milano e di Lodi svilupperanno autonomamente modelli di integrazione che assolvano le funzioni descritte per l'integrazione della rete territoriale, valorizzando il ruolo degli Infermieri di Comunità (v. paragrafo seguente) e considerando le progettualità già avviate nei mesi scorsi (es. centrale ZCare a Lodi, progetto Cinisello, follow up Niguarda, COD19, etc).

Per lo sviluppo di modelli di integrazione, ogni ASST dovrà effettuare azioni propedeutiche quali mappatura dei servizi territoriali, analisi demografica ed epidemiologica, individuazione di spazi idonei presso le sedi territoriali esistenti, anche in raccordo con le amministrazioni comunali. Sulla base del modello di riferimento, dell'organizzazione già messa in atto, delle facoltà assunzionali effettive di IFEC, ogni ASST definisce e comunica ad ATS il progetto di integrazione sviluppato per il proprio territorio di riferimento entro la fine del mese di ottobre

Infine, date le peculiarità del bacino di utenza di ATS Milano Città Metropolitana, fermo restando quanto esplicitato nei paragrafi precedenti, il bisogno di assistenza dei cittadini è difficilmente esauribile mediante le sole progettualità sopra descritte. Resta pertanto intesa la volontà di ATS di valorizzare e potenziare tutte le attività già avviate dagli attori del sistema nonché strutturare la collaborazione con la Medicina Generale per favorire efficace operatività delle interfacce già attive (es. centri servizi delle cooperative PIC).

6.6.3 L'Infermiere di Famiglia e Comunità

I modelli descritti nei paragrafi 6.6.1 e 6.6.2 si basano sulla disponibilità di figure professionali quali l'Infermiere di Famiglia e Comunità (IFeC) che, come descritto nella DGR XI/3525, è chiamato a sostenere e coordinare il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del self-care, la presa in carico proattiva, e a sviluppare un percorso assistenziale interdisciplinare definito, promuovendo l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema salute territoriale (es. MMG/PLS e altri professionisti, ambulatori, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato, etc).

Su mandato del tavolo di lavoro dei DSS coordinato da ATS, alcuni rappresentanti delle Direzioni delle Professioni Sanitarie hanno sviluppato una proposta di definizione di ruolo, competenze e funzioni (allegato 1) che l'infermiere di Famiglia e Comunità dovrebbe svolgere nei diversi setting assistenziali, utile per supportare la collocazione di queste figure nel sistema sociosanitario.

La DGR XI/3377 ha definito il riparto degli Infermieri di Famiglia e Comunità per le ASST di Regione Lombardia in base alla popolazione residente; alle ASST della città di Milano, la Delibera assegna 220 IFeC complessivi. Di concerto con il Collegio dei Direttori Generali, ATS ha stabilito di definire una strategia congiunta di riparto degli IFeC destinati agli Erogatori Pubblici della città di Milano che consenta di prendere in carico il bisogno dei cittadini in dimissione e allo stesso tempo di sperimentare il modello innovativo di assistenza territoriale descritto nel paragrafo precedente.

Nello specifico, gli IFeC per la presa in carico dei pazienti in dimissione vengono assegnati a tutte le ASST e IRCCS della Città di Milano e dovrebbero trovare collocazione all'interno delle strutture di ricovero, oppure nei punti fragilità delle ASST.

IFeC saranno dedicati sia alla presa in carico dei cittadini con bisogno di assistenza territoriale, sia riferita a pazienti in dimissione dalle strutture di ricovero che a pazienti gestiti a domicilio e si occuperanno prevalentemente di:

- attività di telesorveglianza e telemonitoraggio, con supporto medico e possibilità di teleconsulto specialistico;
- attivazione cure subacute, cure intermedie, degenze di comunità;
- attività propedeutiche all'ingresso in struttura riabilitativa o residenziale (es. valutazione multidimensionale del bisogno);
- supporto al percorso post dimissione (es. attivazione ostetrica territoriale per post partum) e valutazione di aderenza al percorso di follow up;
- garantiranno un raccordo, attraverso una funzione di segnalazione, promozione e rete con l'ufficio di piano territorialmente competente per l'attivazione di servizi di afferenza sociale (es. pasti a domicilio) e attivazione di erogatori di ADI e Cure Palliative Domiciliari, Interventi di counselling e prevenzione mirata in funzione delle peculiarità del Municipio di riferimento

- supporto campagne di screening e vaccinali;
- di concerto con il medico curante, potranno svolgere
 - o interventi al domicilio del paziente (valutazione multidimensionale per attivazione di profilo ADI o ingresso in RSA, vaccinazione pazienti fragili, ecc), per facilitare i percorsi sanitari dei pazienti fragili che non possono o hanno difficoltà a recarsi presso le strutture sanitarie;
 - o Servizi di supporto alla presa in carico del paziente in luogo diverso dal proprio domicilio (es. attivazione e gestione degli ingressi in degenze di sorveglianza o degenze di comunità, ecc.).

Per svolgere la loro funzione di presa in carico dei pazienti in dimissione gli IFeC dovranno potersi interfacciare con gli specialisti delle unità dimettenti e disporre degli strumenti necessari a pianificare e monitorare il processo di follow up (accesso CUP aziendale, piattaforma Priamo, altri applicativi dedicati).

Gli IFeC svolgeranno la loro attività a stretto contatto con il coordinatore del CRT dei MMG di riferimento e con un responsabile operativo del Dipartimento di Cure Primarie di ATS, così da garantire interventi coordinati dei diversi attori della rete territoriale (USCA, ADI/ADI Covid, UCP DOM, ostetriche territoriali, psicologi, etc).

Il riparto condiviso con il Collegio dei Direttori prevede che una quota base di IFeC per le funzioni di presa in carico dei pazienti in dimissione vengano assegnati anche alle ASST/IRCCS che non hanno proiezione territoriale (ASST Pini, IRCCS Policlinico di Milano, Istituto Nazionale dei Tumori, IRCCS Besta). Gli IFeC per la presa in carico della domanda del territorio vengono invece assegnati secondo un criterio di popolazione residente nei Municipi assegnati alle strutture dalla LR 23/2015. Dalla ripartizione degli IFeC territoriali sono quindi escluse le strutture che non hanno una articolazione territoriale. Alla ASST Nord Milano sono infine assegnati 30 IFeC per la realizzazione delle 3 centrali operative sperimentali.

	Peso complessivo municipi	IFeC per municipio
ASST FBF Sacco	0,54	70
ASST Santi Paolo e Carlo	0,32	42
ASST GOM Niguarda	0,13	17

*Fonte: Comune di Milano <https://www.comune.milano.it/aree-tematiche/dati-statistici/publicazioni/popolazione-residente-a-milano>;

Tabella 15 – Ripartizione IFeC territoriali in base al peso dei Municipi assegnati

Azienda	N. IFeC per dimissione	N. IFeC per popolazione	N. IFeC per centrali operative territoriali	TOT IFeC assegnati
ASST FBF Sacco	11	70	0	81
ASST GOM Niguarda	11	17	0	28
ASST Santi Paolo e Carlo	11	42	0	53
ASST Pini CTO	7	0	0	7
IRCCS Policlinico di Milano	11	0	0	11
IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori	6	0	0	6
IRCCS Neurologico Besta	4	0	0	4
ASST Nord Milano	0	0	30	30
				220

Tabella 16 – Ripartizione IFeC

In fase di avvio ogni ASST potrà individuare gli IFeC anche mediante una manifestazione di interesse tra infermieri già dipendenti in possesso dei requisiti preferenziali (es. master per infermiere di famiglia e comunità, master in ambito cure territoriali, ecc), che potranno essere sostituiti con assunzione mediante scorrimento graduatorie esistenti; qualora si rivelasse necessario, si potrà procedere a una procedura concorsuale (eventualmente aggregata per la città di Milano). Il reclutamento del personale verrà auspicabilmente avviato entro ottobre, con l'individuazione degli spazi per lo svolgimento dell'attività operativa degli IFeC da concludersi entro fine 2020.

6.7 Nuovo personale per la gestione della pandemia

Con DGR 3325/2020 Regione Lombardia ha avviato il percorso di applicazione delle disposizioni nazionali che prevedono l'incremento del personale dedicato a garantire le operazioni di contact tracing (indagine epidemiologica, tracciamento dei contatti, monitoraggio dei quarantenati, esecuzione dei tamponi, il tempestivo inserimento dei dati nei sistemi informativi). Per ATS Milano è prevista la possibilità di reclutare a tempo determinato 92 operatori, distribuiti fra

comparto e dirigenza nel rispetto di quanto previsto dal DM 30 aprile 2020. Per le ASST e per gli IRCCS di diritto pubblico del territorio sono invece potenzialmente reclutabili 216 operatori, sempre a tempo determinato.

ATS, dopo aver riscontrato un'oggettiva difficoltà nel breve periodo a reclutare figure sanitarie con contratti a tempo determinato, ha avviato un'azione che ha già portato all'arruolamento di 20 profili sanitari a tempo indeterminato, operatori che stanno progressivamente prendendo servizio.

Parallelamente, al fine di potenziare da subito il contingente dedicato alle operazioni di contact tracing e nelle more della conclusione del processo di reclutamento straordinario, ATS ha provveduto ad un'assegnazione temporanea a tali funzioni per 61 operatori sanitari già in organico e ordinariamente impiegati in altre attività dell'Agenzia.

Con DGR 3377/2020 Regione Lombardia ha poi individuato la ripartizione delle risorse di cui al DL 34/2020 da destinare all'arruolamento degli Infermieri di Famiglia e di Comunità (IFeC), di cui al successivo paragrafo 6.6.3. Le risorse messe a disposizione consentono di reclutare fino a 555 infermieri, anche se l'effettivo reclutamento da parte delle ASST e degli IRCCS di diritto pubblico è condizionato dall'esito delle procedure di selezione/individuazione. La ripartizione del contingente potenziale di IFeC per i sei Distretti di ATS è il seguente: 220 per Milano, 75 per Ovest Milanese, 77 per Rhodense, 43 per Nord Milano, 102 Melegnano e Martesana e 38 a Lodi.

Sempre con DGR 3377/2020 sono stati assegnati fondi per il potenziamento dell'Assistenza Domiciliare Integrata, per il funzionamento delle USCA, e per l'eventuale conferimento di incarichi di assistente sociale ai fini della valutazione multidimensionale dei bisogni dei pazienti e dell'integrazione con i servizi sociali e sociosanitari territoriali (per i quali si prevede a breve termine la pubblicazione dei bandi di reclutamento che prevedranno incarichi di lavoro autonomo di sei mesi rinnovabili).

6.8 Gestione della comunicazione verso i cittadini

L'esperienza della situazione di emergenza sanitaria Covid 19 che il sistema socio sanitario lombardo ha dovuto affrontare, ha visto fra le varie criticità la difficoltà di diffusione delle informazioni necessarie alla gestione di tutte le attività connesse alla pandemia.

La comunicazione con i cittadini e le istituzioni è stato uno degli aspetti più problematici, ad oggi non risolto. Vi sono elementi che rendono molto difficoltosa la gestione della comunicazione: la materia è molto complessa a tutti i livelli (clinico, normativo, organizzativo) e con evoluzioni rapide da parte di molteplici livelli; c'è un forte coinvolgimento emotivo degli interessati a cui spesso si accompagna l'urgenza di un riscontro; ci si trova in una situazione di eccesso di informazione, spesso non corretta.

ATS è uno dei punti verso cui confluiscono le richieste dei cittadini, anche reindirizzate da altri enti. È necessario procedere per arrivare a maggiore raccordo tra i diversi URP (ATS, ASST, Erogatori Privati); costante aggiornamento delle informazioni fornite dai diversi punti di front office (in particolare centrali, come servizi telefonici AREU, e locali, ATS e erogatori), in modo da garantire reciproco allineamento e attualità delle risposte; tempestiva trasmissione delle modalità operative / informazioni ricevute da ATS alle Unità Operative competenti: URP, ma anche laboratori e front office (ad esempio il tema della consegna dei referti).

Per raggiungere tali obiettivi ATS intende mettere in atto alcuni interventi specifici:

- unificazione dei canali di comunicazione di ATS verso i cittadini (telefono e email);
- potenziamento URP con consolidamento staff multidisciplinare dedicato al Covid;
- definizione di un ambiente di comunicazione riservato per casi e contatti stretti.

6.9 Approvvigionamento DPI

La disponibilità dei DPI è stata una significativa criticità nella gestione dell'emergenza. Per ridurre il rischio di situazioni problematiche è necessario stabilire a livello regionale le modalità di approvvigionamento e distribuzione da adottare nei confronti dei diversi soggetti e portatori di interesse (Erogatori Pubblici, Privati Accreditati, Privati Autorizzati, UDO Sociosanitarie, ATS, MMG/PLS, UDO Sociali, etc.), eventualmente prevedendo una modalità per una situazione ordinaria (presenza di un mercato che garantisce forniture continuative) e una per le situazioni di emergenza, definendo le responsabilità di ciascuno.

7. I sistemi informativi a supporto del Piano e dei percorsi di cura e assistenza

Come è stato ampiamente descritto nel paragrafo 6, la gestione dell'emergenza Covid richiede una forte integrazione fra attività svolte da attori differenti e molto eterogenei, che rispondono ad istituzioni differenti (Regione, ATS, sistema di erogazione sanitario e sociosanitario, Cure Primarie, Comuni, prefettura e forze dell'ordine) ma che cooperano nella partecipazione di un processo organizzativo che ruota attorno ai cittadini. Ogni qualvolta i raccordi e i livelli di

integrazioni falliscono o le procedure non sono conosciute e correttamente applicate da tutti gli attori, si genera un'entropia che porta il cittadino a non aver risposte corrette e ad utilizzare canali scorretti per affrontare le sue esigenze, determinando disorientamento, inefficienze e sovraccarico di lavoro verso il sistema di erogazione

In queste situazioni la presenza di un sistema informativo integrato, in grado di rappresentare il 'collante' dei diversi operatori e di ricondurre le attività all'interno di una procedura ben definita è un elemento fondamentale

In questo senso l'esperienza dei portali realizzati da ATS ha permesso di limitare questa entropia e di poter integrare Cure Primarie, ATS, sistema dei laboratori, regione e comune per gestire oltre 100.000 cittadini coinvolti dall'emergenza (casi sospetti e accertati, contatti stretti, popolazione interessata da screening).

Il portale è stato realizzato all'interno di ATS durante l'emergenza ed è stato nel tempo aggiornato e modificato per seguire l'evoluzione delle procedure intervenute e sulla base delle richieste pervenute dagli utenti e gestisce, con applicazioni distinte le fasi di segnalazione, prenotazione dei tamponi, ritorno degli esiti, indagine epidemiologica, sorveglianza dei MMG, vigilanza e sorveglianza sociale per i Comuni. Diverse fasi del processo (processo di esecuzione degli esami e ritorno degli esiti) sono basate su integrazioni con altri sistemi informativi e in particolare con i flussi regionali.

Diversi contributi pervenuti al tavolo di coordinamento della rete territoriale da parte di Comuni e rappresentanti delle Cure Primarie hanno richiesto di poter far evolvere il sistema in essere, in modo che possa divenire una piattaforma informatica su cui tutti gli operatori del sistema faranno confluire tutti i dati di monitoraggio dei pazienti, provvedendo anche ad un'integrazione con i programmi di studio accreditati da Regione Lombardia per diventare uno strumento di dialogo, raccolta dati e raccordo dei diversi realtà che co-operano per nella gestione dei casi (piattaforma di telemedicina per la sorveglianza, USCA, CA, ADI ecc.). È del tutto evidente che una trasformazione così profonda richiede tempo ed investimenti non compatibili con uno sviluppo interno, che d'altra parte ha permesso di dare risposte immediate in fase emergenziale. Considerando che la convivenza con l'epidemia è ragionevole pensare possa richiedere tempi medio-lunghi e che comunque una piattaforma come quella descritta, oltre a poter gestire tutta l'aria delle malattie infettive, si presta anche per divenire un presidio permanente per attivare forme di medicina di iniziativa anche per la gestione di pazienti fragili, che richiedono interventi integrati (si veda per es. l'emergenza caldo) andrebbe approfondita la possibilità di realizzare un applicativo regionale in grado di comprendere le funzioni già disponibili e potersi meglio integrare con il FSE e le cartelle dei medici di medicina generale, oltre che con le cartelle sociali informatizzate dei comuni. ATS Città Metropolitana si rende disponibile a dare supporto e partecipare attivamente alla progettazione di tale sistema. Verranno nel frattempo mantenuti gli sforzi per le evoluzioni continue del portale; per quanto riguarda i Comuni è in fase di rilascio, da parte di Regione, un cruscotto di sorveglianza che permetterà di poter fornire alle amministrazioni una gestione georeferenziata dei casi, per favorire la rilevazione di eventuali focolai epidemici; e di poter disporre di un ambiente di esportazione dei dati e di statistiche consolidate e soprattutto allineate al livello regionale, per evitare che i tempi di aggiornamento determinino informazioni discordanti nella comunicazione pubblica. Non appena operativo verranno inviate ai comuni le indicazioni per la migrazione verso il nuovo sistema.

Al di là della gestione specifica dell'emergenza è emersa in questi mesi con forza la necessità di concentrare energie e investimenti rilevanti per rilanciare e aprire una nuova fase del sistema informativo sanitario regionali, forti anche della maggiore disponibilità dei cittadini ad utilizzare il proprio FSE. A livello di Cure Primarie è richiesto, come condizione necessaria per questa evoluzione, un deciso rinnovamento delle infrastrutture telematiche ed informatiche regionali, che comprenda un rilevante aumento della connettività (collegamenti in fibra o comunque con tecnologie in grado di garantire livelli di servizio adeguati). Pur mantenendo la possibilità di garantire un'interconnessione di sistemi informativi 'verticali' fra loro federati, è stata richiesta da parte dei rappresentanti delle Cure Primarie:

- la possibilità di sviluppare un sistema gestionale per le Cure Primarie nativamente integrato con il FSE utilizzabile per gli MMG che non intendono usare soluzioni proprietarie;
- pieno utilizzo del FSE per tutte le strutture pubbliche e private accreditate e autorizzate, anche per prestazioni svolte in regime extra -SSR;
- completamento del processo di dematerializzazione delle ricette, da allargare in maniera permanente a tutte le prescrizioni;
- maggiore accessibilità ai servizi SISS e facilitazione per eventuale sostituto.

L'evoluzione ed il rilancio del SISS regionale non riguardano solo gli aspetti gestionali: l'emergenza ha reso evidente quanto era già stato sottolineato da tempo: le ATS per poter svolgere il loro ruolo istituzionale di regolazione, negoziazione e controllo e sviluppare una programmazione territoriale efficace, devono poter essere a conoscenza in tempo reale ed intervenire sull'attività erogativa delle unità di offerta sanitarie e sociosanitarie. Gli attuali flussi informativi periodici, infatti, pur essenziali, forniscono i dati quando gli eventi sanitari descritti sono conclusi e con ritardi che vanno da almeno 1-2 mesi (SDO, prestazioni ambulatoriali) fino a 3-6 mesi per altri LEA. Il sistema è invece maturo, con investimenti minimi, per poter creare un sistema, interoperabile con i sistemi di accettazione degli erogatori, per poter disporre in tempo reale di dati riferiti ai ricoveri ospedalieri (occupazione di posti letto, diagnosi di ingresso, regime

elettivo o urgente ecc.), alle prestazioni ambulatoriali (prescrizione, prenotazione e accettazione), all'ingresso di un ospite in una RSA o in strutture di cure intermedie, all'attivazione di un profilo di ADI etc. in tempo reale e quindi di intervenire con l'attività di controllo e la verifica di indicatori di appropriatezza ed efficacia in tempo utile per poter intervenire con indicazioni e controlli, poter svolgere indagini epidemiologiche più tempestive, e passare ad una logica di analisi dei dati orientata anche alla gestione e non solo alla conoscenza statistica.

ATS intende avviare con i propri erogatori, a partire dall'ambito sanitario un progetto di 'interoperabilità dei sistemi di accettazione' che non riteniamo richieda particolari risorse, potendo contare sulla struttura di repository già disponibile del SISS e su sistemi di reporting già ampiamente diffusi all'interno delle aziende.

8. Non solo Covid: nuove prospettive per la gestione del territorio

La pandemia ha riguardato una pluralità di attori istituzionali, professionisti e realtà del terzo settore, e ha investito capillarmente i diversi livelli territoriali arrivando ad incidere su tutti i contesti. Dall'affronto dell'emergenza sono quindi scaturiti una serie di spunti sull'impostazione dell'approccio al territorio, utili per migliorare la tutela della salute della popolazione.

8.1 Linee di evoluzione

Un primo aspetto fondamentale è la necessità di strutturare in maniera sempre più organica e sistematica l'interlocuzione fra ATS e Comuni, con un coinvolgimento crescente degli organismi territoriali (in particolare Assemblies Distrettuali) in sinergia con i lavori del Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci.

L'attuazione della Legge 23 ha permesso, anche grazie all'istituzione dei Dipartimenti delle ATS di Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS), di rendere strutturata e sistematica, attraverso le Cabine di Regie territoriali, la relazione con i Comuni nella definizione e attuazione dei Piani di Zona.

L'emergenza Covid ha permesso di avviare una relazione che ha riguardato anche la condivisione di programmi di prevenzione e gestione sanitaria e ha reso evidente quanto le politiche di contenimento della diffusione del virus richiedano politiche intersettoriali.

E' auspicabile poter giungere con le istituzioni comunali a condividere una programmazione integrata che, per esempio, permetta di coinvolgere pienamente i Comuni negli sforzi per la trasformazione della rete di offerta sanitaria e sociosanitaria (realizzazione dei PreSST ecc.), nelle politiche di prevenzione e promozione della salute (per es. coinvolgimento dei comuni nelle campagne vaccinali), nell'organizzazione delle Cure Primarie (per esempio: modalità con cui rendere maggiormente attrattivi ambiti carenti).

Tale intervento renderà ancor più proficuo il lavoro attuale delle Cabine di Regia territoriali, affiancando l'operatività tecnica delle stesse con un ambito di confronto programmatico, che potrebbe anche favorire la nascita di approfondimenti tematici finalizzati al potenziamento degli interventi sociosanitari della rete territoriale, alla integrazione con i servizi sociali per le valutazioni multidimensionali e alla continuità e appropriatezza dei percorsi di presa in carico.

La sistematizzazione del rapporto operativo con gli enti locali deve portare ad un progressivo consolidamento delle figure impegnate nelle attività sociosanitarie, socioassistenziali e sociali nei diversi soggetti (ATS, Comuni e Uffici di Piano, ASST, personale di studio MMG/PLS, aggregazioni di medici delle Cure Primarie). Le attività svolte da tali professionisti rivestono infatti un ruolo centrale nei percorsi di presa in carico dei cittadini sul territorio.

Il rapido passaggio delle informazioni e la condivisione di strumenti e procedure sono aspetti imprescindibili per garantire una fattiva collaborazione, e sono elementi funzionali alla creazione di un linguaggio comune; inoltre contribuiscono ad una maggiore omogeneità di trattamento delle situazioni.

Nel caso della pandemia, l'utilizzo condiviso del portale di ATS per la gestione di casi e contatti ha rappresentato un esempio virtuoso di scambio di informazioni a vantaggio dei cittadini e di tutti gli attori coinvolti nel processo.

Ulteriore step potrà essere l'estensione delle funzionalità del portale Covid alla gestione di interventi nei confronti della popolazione fragile, come il piano caldo e consentire lo scambio di informazioni relativi ad eventuali fragilità sociali, rilevanti anche per gli attori del sistema sociosanitario.

Obiettivo a cui tendere è offrire agli operatori, pur nel rispetto di competenze e ambiti di intervento dei diversi enti, una reale interoperabilità dei sistemi informativi aziendali, regionali, comunali e dei professionisti; il fatto che personale di ATS, ASST, Comuni e Uffici di Piano, MMG, PLS possano condividere informazioni di FSE, Cartella Sociale Informatizzata e altre piattaforme in uso, porterebbe a un maggiore coordinamento ed eviterebbe inutili e dispendiose sovrapposizioni. Vanno indagate, a tale scopo, gli aspetti legati al tema della sicurezza dei dati e della regolazione ai fini privacy delle diverse piattaforme che dovrebbe interloquire tra loro

Nel processo che deve portare a garantire ai cittadini percorsi chiari e servizi facilmente attivabili, si dovrà prevedere un approfondimento specifico sul tema della raggiungibilità delle sedi. La fruibilità del trasporto pubblico locale è un elemento che incide in maniera significativa e che deve diventare oggetto di attenzione nel disegno dei servizi

territoriali. Inoltre, al fine di supportare i cittadini con difficoltà negli spostamenti dal domicilio, andrà incentivata l'attivazione di convenzioni per ampliare le opportunità di trasporto di soggetti fragili (disabili, minori e famiglie) e le modalità di consegna alla propria abitazione di farmaci o della spesa.

Emerge dai territori il bisogno di un rapporto più stretto con i professionisti delle Cure Primarie: all'esigenza di conoscere lo stato di salute della propria popolazione si aggiunge l'opportunità di valutare congiuntamente interventi per favorire il benessere delle comunità. L'avvio del processo di nomina dei Coordinatori della rete territoriale nei 6 Distretti di ATS Milano si pone nell'ottica di semplificare l'interlocuzione tra enti locali e operatori delle Cure Primarie. In questo ambito possono inoltre rientrare iniziative legate alla sorveglianza dei cittadini e alla promozione della salute, anche mediante strumenti innovativi e device tecnologici, interventi per facilitare l'accesso ai servizi e opportunità di condivisione di spazi multifunzionali.

Grande attenzione dovrà essere prestata all'ambito dei servizi per la psichiatria, anche per le implicazioni sociali che tali situazioni portano con sé. Innanzitutto occorre intensificare gli sforzi per ridurre tempi di attesa e accessi inappropriati per la neuropsichiatria infantile, al fine di intercettare prontamente eventuali problemi e di intraprendere corretti percorsi sociali a sostegno del minore e della famiglia. Analoga attenzione andrà prestata al rafforzamento della rete dei servizi di supporto per soggetti adulti con disabilità psichiatrica e intellettiva, servizi che devono essere concepiti e declinati in forte raccordo con gli interventi sociali.

Da ultimo si ritiene importante intraprendere un percorso che possa portare ad allineare le tempistiche dei diversi ambiti di intervento della programmazione territoriale, sanitaria, sociale e socio-assistenziali, in modo da consentire un approccio sistemico ed effettivamente integrato alle necessità della popolazione.

8.2 La specificità del Comune di Milano

L'approccio territoriale alla città di Milano necessita di una declinazione specifica che tenga conto delle peculiarità del capoluogo sotto tutti i punti di vista: innanzitutto sociali, della popolazione che vi abita e/o vi lavora, dell'offerta sanitaria e sociosanitaria. Già l'evoluzione del Sistema Sanitario e Sociosanitario Lombardo (LR 23/2015) ha individuato un'organizzazione specifica per Milano partendo dalle diverse ASST presenti; nel 2017 ha preso il via il "Progetto Milano" con l'obiettivo di sperimentare un'articolazione operativa e funzionale dei servizi territoriali sulla città.

Alla luce dell'esperienza di questi anni e dei nuovi bisogni emersi, è importante procedere nel confronto per giungere ad un sistema urbano di strutture di servizi territoriali riconoscibile, uniforme, integrato e diffuso. La collaborazione interistituzionale e la condivisione di risorse professionali e spazi fisici deve porsi l'obiettivo di offrire alla popolazione un'offerta di servizi in grado di integrare le componenti sanitarie, sociosanitarie e sociali, ricomponendo – dove e per quanto fattibile – i punti di accesso per i cittadini.

Una consolidata collaborazione e una crescente integrazione fra ATS, erogatori sanitari e sociosanitari, professionisti delle Cure Primarie, enti del privato sociale e soprattutto Comune di Milano e Municipi, rafforzerà l'integrazione fra la risposta sanitaria e sociosanitaria. Così si creeranno le condizioni anche per sperimentare servizi innovativi come interventi di supporto a distanza e modelli di "sharing", dove le reti del personale sanitario, sociosanitario e sociale possono essere a disposizione delle diverse comunità (istituti scolastici, condomini).

I primi ambiti in cui operare questa mutua collaborazione possono essere:

- con specifico riferimento alla pandemia, individuazione di aree e/o immobili non utilizzati per verificare la possibilità di realizzare strutture per cittadini in condizione di isolamento o quarantena (azione da realizzare in base all'esito delle procedure avviate da ATS per l'individuazione di struttura ricettive da destinare a queste finalità);
- la partecipazione del Comune di Milano a momenti di lavoro con il Gruppo delle Direzioni delle Professioni Sanitarie (di cui al paragrafo 6.6.3 e all'allegato 1) delle aziende pubbliche di Milano, al fine di individuare sinergie con particolare riguardo all'attività degli IFeC, per un confronto sia a livello cittadino sia di singoli Municipi;
- realizzazione di campagne di comunicazione, utilizzando spazi analogici e digitali del Comune, a favore della vaccinazione e dei corretti comportamenti utili a contrastare la trasmissione del Covid-19;
- coordinamento di servizi di telesorveglianza e teleassistenza, ipotizzando la condivisione di alcuni strumenti e in sinergia con il servizio 020202, integrando le diverse componenti (sanitaria, sociosanitaria e sociale);
- interventi in favore di persone senza fissa dimora e in genere la popolazione che tende a sfuggire dal circuito di accoglienza ordinario;
- focus su aree critiche dal punto di vista dell'assistenza sanitaria (Ponte Lambro, Chiaravalle e Rogoredo).

9. Allegati

Allegato 1 - Proposta introduzione Infermiere di Famiglia e Comunità

Proposta introduzione Infermiere di Famiglia e Comunità

Gruppo di lavoro: DiPSa/DITRA/SITRA/DAPSS

- ASST Santi Paolo Carlo, Dr Barbara Pinna
- ASST GOM Niguarda, Dr Laura Zoppini
- ASST Fatebenefratelli Sacco, Dr Cristina Meroni, Dr. Anna Piol
- ASST Pini/CTO, Dr Antonella Demarchi
- ASST Nord Milano, Dr Gianfranco Galli
- IRCCS Policlinico Milano, Dr Dario Laquintana, Dr Silvia Pazzaglia

1. Definizione

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità (IdFC) è responsabile della gestione dei processi infermieristici in ambito comunitario.

Attraverso la prossimità, la proattività e l'approccio multiprofessionale, promuove un'assistenza di natura preventiva, curativa e riabilitativa differenziata per bisogno e per fascia d'età, attraverso interventi orientati a garantire risposte eque ai bisogni di salute della popolazione di uno specifico ambito territoriale di riferimento.

Sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del self-care, la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale definito interdisciplinariamente, al fine di promuovere, attraverso il lavoro di rete, l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori e servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS e altri professionisti, ambulatori, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato, ecc.)

L'Infermieristica di famiglia e di comunità favorisce la piena partecipazione degli individui, delle famiglie e della comunità al processo di tutela della salute in tutte le fasi della vita rispondendo ai bisogni di salute della popolazione adulta e pediatrica di uno specifico ambito territoriale e comunitario di riferimento, favorendo l'integrazione sanitaria e sociale dei servizi.

L'intervento dell'infermiere di famiglia e di comunità si esprime a:

- **livello individuale e familiare** attraverso interventi diretti e indiretti che hanno la persona e la famiglia come destinatari, con l'obiettivo finale di accompagnare i cittadini nel loro percorso di gestione del processo di salute e di vita, del quale diventano protagonisti portando alla luce i potenziali di cura dei singoli e delle famiglie.
- **livello di gruppo** attraverso interventi che si rivolgono a gruppi di persone, organizzati in funzione di specifici bisogni di salute.
- **livello comunitario** attraverso azioni/interventi rivolti alle comunità, all'interno di una rete di relazioni e connessioni formali e informali, in cui il problema trova soluzione perché vengono modificate le relazioni che lo hanno generato. L'Ifc interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità sotto forma di volontariato, associazioni, parrocchie, vicinato, famiglie disponibili a dare aiuto ai concittadini che si trovano temporaneamente in una situazione di fragilità e contribuisce a supportare la rete del welfare di comunità.

2. Competenze

L'Infermiere di Famiglia e di Comunità acquisisce, attraverso la formazione universitaria post base, competenze avanzate specifiche per (Position Paper UPO-AIFEC-UNITO, 2019):

- La valutazione dei bisogni di salute della comunità
- La valutazione dei bisogni di salute della persona in età adulta e pediatrica, delle famiglie e della comunità attraverso approcci sistemici validati
- La valutazione personalizzata dei problemi socio-sanitari che influenzano la salute, in collaborazione con gli altri attori delle cure
- La promozione della salute e di prevenzione primaria, secondaria e terziaria, facendo riferimento ai modelli concettuali disponibili

- La presa in carico delle persone con malattie croniche in tutte le fasi della vita e delle persone con livelli elevati di rischio di malattia, ad esempio associati all'età
- La conoscenza dei fattori di rischio prevalenti nel territorio di riferimento, considerando i determinanti della salute
- La relazione d'aiuto e l'educazione terapeutica con gli assistiti
- La definizione di programmi di intervento basati su prove scientifiche di efficacia
- La valutazione degli standard qualitativi per l'assistenza infermieristica nelle strutture residenziali;
- La definizione di ambiti e problemi di ricerca clinica e sociale.

Altre competenze avanzate trasversali che l'IFeC deve sviluppare, attraverso percorsi post base sono finalizzate a:

- Favorire l'adesione terapeutica e a stili di vita sani attraverso interventi di counselling motivazionale
- Condurre analisi epidemiologiche sulla popolazione di riferimento
- Sviluppare protocolli di ricerca al fine di condurre studi specifici
- Garantire una comunicazione efficace e l'ascolto attivo dell'utenza
- Promuovere interventi per sviluppare il Self Care dell'utente
- Utilizzare strumenti per il monitoraggio a distanza e per la tele-assistenza che possono favorire la cura a domicilio in sinergia con i professionisti coinvolti e con le organizzazioni territoriali.

3. Caratteristiche del modello

Il pool di IFeC dipende, attraverso il proprio coordinatore gestionale, dalla Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS) ed afferisce alla Direzione Socio Sanitaria. Trova collocazione privilegiata nei PreSST delle ASST, e in qualsiasi altra struttura aziendale territoriale. Il PreSST rappresenta il luogo in cui si realizza l'integrazione tra i servizi dell'ASST, le professioni sanitarie, i MMG/PLS, i servizi comunali, i servizi sociali e il terzo settore.

L'IdFC

- è responsabile dell'assistenza infermieristica erogata sul territorio, della valutazione e gestione dei bisogni assistenziali di tipo preventivo, curativo, riabilitativo e palliativo dei pazienti cronici e fragili, dei cittadini e delle famiglie nel loro contesto di vita quotidiana.
- Sostiene e coordina il percorso dell'assistito attraverso l'informazione, l'educazione e la promozione del *self-care*, la presa in carico proattiva, sviluppando un percorso assistenziale definito interdisciplinariamente, al fine di promuovere l'integrazione tra la persona assistita, la sua famiglia e i diversi interlocutori o servizi presenti nel sistema salute territoriale (MMG/PLS e altri professionisti, ambulatori, ospedali, strutture socio-sanitarie residenziali, semiresidenziali, domiciliari, servizi sociali comunali, associazioni di volontariato, ecc.).

I setting di cura con le relative attività specifiche di intervento previste sono:

a) Setting domiciliare

Modalità di attivazione:

- Struttura ospedaliera
- Punto fragilità

Attività principali:

- valutazione del bisogno (anche multidimensionale in compresenza di altri attori), pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi infermieristici;
- valutazione dell'adesione al piano di cura ed assistenza e degli obiettivi;
- individuazione precoce dei fattori di rischio che possono causare eventuali ricoveri;
- interventi educativi rivolti ad assistiti e caregiver;
- facilitazione dei raccordi con altri servizi del territorio;
- "Prescrizione" /verifica dell'adeguatezza di presidi di assistenza protesica;
- Follow up domiciliare;
- Eccezionale erogazione di prestazioni infermieristiche non riconducibili ad altri servizi per i pazienti non deambulabili e trasportabili;
- interventi educativi, di prevenzione e diagnostici in caso di epidemie.
- sviluppo dell'educazione sanitaria in ambito scolastico anche nell'ottica di un ambiente sicuro (es: vaccinazioni, Covid 19 ecc.).

b) Setting ambulatoriale

Modalità di attivazione:

- libero accesso
- appuntamento

Attività principali:

- valutazione del bisogno (anche multidimensionale in compresenza di altri attori), pianificazione, attuazione e valutazione degli interventi infermieristici
- Accesso libero per attività di accoglienza dell'utente per counselling, valutazione, orientamento nella rete dei servizi
- erogazione eccezionale di prestazioni infermieristiche non riconducibili ad altri servizi/ambulatori rivolte ad utenti ambulabili e trasportabili (es. medicazioni, terapia IM periodica, gestione accesso venoso), con possibilità di attivare consulenze infermieristiche specialistiche (per wound care, gestione stomie, accessi venosi, stimolare l'aderenza ai protocolli pre - ricovero - ERAS ...)
- interventi di educazione terapeutica e/o addestramento ai singoli e ai gruppi di assistiti al fine di promuovere il Self Care
- Richiesta\ /verifica dell'adeguatezza di presidi di assistenza protesica.

c) Setting di comunità

Modalità di attivazione:

- Mediante ATS
- Visite nelle realtà assistenziali di comunità
- Visite nelle scuole, associazioni, luoghi di lavoro, biblioteche, centri sportivi

Attività principali:

- Lettura e analisi del contesto comunitario;
- Lavoro di rete per promuovere l'integrazione tra i diversi interlocutori del territorio;
- Interventi a gruppi omogenei di persone (scuole, centri anziani, associazioni, luoghi di lavoro, case famiglia, ...) per promuovere stili di vita sani, per favorire l'adesione a campagne di screening e di vaccinazioni, per favorire la nascita di gruppi di auto mutuo aiuto;
- Incontri a tema dopo aver indagato i bisogni della popolazione di riferimento;
- Consulti nelle realtà assistenziali di comunità (es: degenze di comunità, servizi residenziali e semiresidenziali, case famiglia, ...) e/o in caso di ricovero ospedaliero per mantenere i rapporti con gli assistiti e favorire la continuità assistenziale e relazionale.

Nell'attuale condizione di emergenza epidemica, con particolare riguardo alla sua possibile recrudescenza, secondo quanto previsto dalla DGR 3525/2020 l'IdFC in particolare:

- contribuisce ad intercettare precocemente i casi sospetti e li comunica all'MMG/PLS e, laddove presente, al Centro Multiservizi
- collabora con le USCA e con gli altri servizi identificati dalla DGR XI/3525 del 05.08.2020 per il monitoraggio delle persone in isolamento domiciliare (compresa eventuale esecuzione del tampone a domicilio) e dei pazienti fragili in accordo con i MMG/PLS e con gli Enti Erogatori ADI e ADI-Covid
- interviene a livello domiciliare, scolastico e delle diverse comunità, con strumenti di diagnosi e controllo (compresi i tamponi, le vaccinazioni ...) anche attraverso l'individuazione dei contatti e la disposizione dell'isolamento
- realizza educazione alla comunità (scuola, famiglia ...) in merito sia ai comportamenti da tenere al fine della prevenzione del contagio che in caso di isolamento
- effettua il monitoraggio telefonico o diretto, anche con l'ausilio della telesorveglianza, delle persone in isolamento domiciliare, al fine di intercettare l'aggravamento delle condizioni cliniche
- facilita i percorsi diagnostici correlati al Covid-19 nel rispetto di percorsi dedicati, interfacciandosi con i servizi diagnostici dell'ASST
- monitora il percorso diagnostico in particolare le tempistiche dei diversi step, interfacciandosi con i servizi diagnostici della ASST
- collabora con i servizi/equipe di dimissione/ammissione per la dimissione ospedaliera precoce dei pazienti Covid-19.

L'IdFC si riferisce in caso di bisogni intercettati e di criticità rilevate al MMG/PLS, al fine di condividere le strategie di azione.

Gli strumenti di governo per garantire la continuità e l'integrazione delle cure e dell'assistenza riguardano il contributo alla Valutazione Multidimensionale (VMD), le case management delle dimissioni/ammissioni protette e dei Piani Assistenziali complessi.

4. Organizzazione del servizio

Per garantire la continuità assistenziale il servizio assicurato dall'IFeC, in ogni ASST, è previsto dal lunedì al sabato con servizio di pronta disponibilità (per specifiche attività) nei giorni festivi.

È auspicabile attivare un servizio di Telephone Call proattivo e un servizio di accoglienza telefonica per garantire risposte tempestive alle necessità dei cittadini.

È prevista, inoltre, una forte relazione tra il pool dell'IdFC e il servizio della presa in carico (CSA aziendale) al fine di garantire la continuità ospedale territorio e favorire la dimissione precoce dell'utente sia dall'ambito medico sia dall'ambito chirurgico.

5. Modalità di presa in carico da parte dell'IFeC

Sono previsti diversi canali per la presa in carico da parte dell'IFeC:

- In fase di dimissione dai reparti ospedalieri, dalle degenze di comunità attraverso il raccordo con le centrali di dimissioni protette/servizi di continuità assistenziale;
- Su richiesta e/o libero accesso dell'utente o della famiglia;
- Su segnalazione dei diversi professionisti operanti nella rete territoriale (MMG/PLS, operatori ADI, servizi sociali, ambulatori specialistici ecc....).
- Identificazione precoce delle condizioni di rischio e di fragilità in ambito scolastico
- Su richiesta di ATS per esigenze di salute di comunità.

6. Identificazione delle aree territoriali in cui attivare prioritariamente il servizio

Al fine di definire i bisogni assistenziali e la numerosità di personale, ogni ASST, in collaborazione con ATS dovrà effettuare:

- mappatura dei servizi territoriali domiciliari, semiresidenziali e residenziali sanitari, sociosanitari e sociali (priorità ai territori meno serviti), degli istituti scolastici e delle comunità in genere, in collaborazione con ATS
- analisi demografica ed epidemiologica, correlata in particolare alle malattie croniche e condizioni di fragilità (priorità per le aree con maggiore prevalenza di problemi di salute)
- individuazione di spazi idonei (ambulatorio, sala di attesa, ufficio, servizi igienici) presso le sedi territoriali o tramite raccordo con le amministrazioni comunali/municipi per ospitare il servizio (palestre, tendoni protezione civile, locali nell'ambito degli istituti scolastici - rispetto requisiti di accreditamento)

In ragione della situazione epidemiologica attuale, l'IFeC garantisce la presenza attiva nelle:

- scuole di ogni ordine e grado compresi i servizi educativi dell'infanzia (Rapporto ISS Covid -19 n. 58/2020 – indicazioni operative per la gestione di casi focolai di SARS Covid 2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia)
- comunità e centri di aggregazione (parrocchie, altre istituzioni religiose studentati, società sportive, circoli ricreativi ...).

In fase di avvio, ogni ASST individua gli IFeC mediante manifestazioni di interesse tra gli infermieri già dipendenti, che potranno essere sostituiti attraverso procedure di assunzione mediante scorrimento di graduatorie esistenti

Il Titolo preferenziale per l'accesso al profilo di IFeC è il master di primo livello per infermiere di famiglia e di comunità, ma potranno essere tenuti in considerazione anche master di 1° livello in ambito di cure territoriali, continuità assistenziale, Cure Primarie e case management, oltre alla Laurea magistrale in scienze infermieristiche ed ostetriche e ad una esperienza almeno triennale, in servizi di assistenza territoriale, nell'area fragilità/cronicità e dei pazienti fragili. Considerato che l'IFeC contribuisce a costruire la rete del welfare di comunità, oltre alle competenze assistenziali, dovranno essere oggetto di valutazione la motivazione ad agire il ruolo, l'autonomia professionale, le competenze relazionali ed organizzative.

Se necessario, predisposizione di procedura concorsuale aggregata esclusivamente finalizzata all'acquisizione di IFeC per la città di Milano.

7. Strumenti di integrazione

Nelle singole realtà operative e meglio se con strumenti condivisi da tutte le ASST afferenti ad ATS Città di Milano, dovranno essere contestualizzati

- percorsi/prestazioni assistenziali (con relativa valorizzazione economica) e strumenti clinico assistenziali (protocolli, PDTA, ecc.)
- protocolli di intesa
- banche dati condivise (demografici, epidemiologici, socio economici)
- sistemi informativi (cartella informatizzata e strumenti di valutazione multidimensionale)
- strumenti di tele monitoraggio e teleassistenza

8. Indicatori di valutazione

INDICATORI DI STRUTTURA

- n° IFeC presenti/n° IFeC previsti
- ore settimanali di ambulatorio attivate/ore settimanali di ambulatorio previste

INDICATORI DI PROCESSO

- n° accessi ambulatoriali/n° abitanti territorio di riferimento
- n° accessi a domicilio/n° assistiti in carico a domicilio
- n° contatti operativi con MMG e PLS/anno
- n° assistiti in carico a domicilio/n° abitanti territorio di riferimento
- n° interventi educativi individuali-famigliari/anno;
- n° interventi di formazione dei caregiver/anno
- n° interventi educativi di gruppo/anno;
- n° interventi comunitari volti di promozione della salute/anno
- n° incontri con enti-istituzioni-associazioni/anno
- n° infermieri formati con specifico percorso/n° infermieri coinvolti nel progetto.

INDICATORI DI RISULTATO

- Numero readmission a 30/60/90 giorni dalla dimissione/totale pz dimessi e presi in carico da IFeC
- Numero accessi in pronto soccorso, non seguiti da ricovero, a 30/60/90 giorni dalla dimissione/totale pazienti dimessi e presi in carico da IFeC
- Numero accessi in pronto soccorso/n° abitanti territorio di riferimento
- Numero ricoveri/n° abitanti territorio di riferimento
- Numero pazienti aderenti a stili di vita sani (divisi per movimento, alimentazione, fumo) /n° abitanti territorio di riferimento.
- Tasso di ospedalizzazione std per patologie sensibili alle cure ambulatoriali per 1000 residenti
- Tasso di ospedalizzazione per BPCO per 100.000 residenti (50/74 anni)
- Tasso di ospedalizzazione per Scompenso Cardiaco per 100.000 residenti (50/74 anni)
- Tasso di ospedalizzazione per Diabete globale per 100.000 residenti (35/74 anni)

9. Elementi di successo

Saranno considerati elementi strategici e di successo per ATS ed ASST

- Omogeneità del modello operativo-organizzativo, fatte salve le differenti caratteristiche/complessità del territorio di riferimento, per la città di Milano
- Attivazione di gruppi di lavoro e commissioni per i diversi e specifici ambiti e forte collegamento con ATS
- Rete con MMG e PLS presenti su territorio delle ASST
- Campagna informativa
- La formazione presso POLIS, da realizzare, si auspica, nel più breve tempo possibile.

10. Cronoprogramma

	Settembre 2020	Ottobre 2020	Novembre 2020	Dicembre 2020
Avvio e conduzione del gruppo di lavoro con ATS				
Reclutamento personale infermieristico				
Mappatura servizi territoriali				
Analisi demografica ed epidemiologica				
Individuazione di spazi idonei				
Avvio del servizio e supporto all'attività vaccinale				
Supporto all'attività vaccinale				
Definizione e implementazione del cruscotto indicatori (piattaforma informativa)				

11. Bibliografia

- Position Paper UPO-AIFEC-UNITO, 2019
- FNOPI, 2019; Tavolo tecnico scientifico della professione infermieristica in relazione alla nuova domanda di salute, 2016; Martin et al., 2013)
- Position statement l'infermiere di famiglia e di comunità (Rev Luglio 2020)
- Progetto Attivazione dell'Infermiere di famiglia e comunità- SIMDI (Società Italiana per il Management delle professioni Infermieristiche) Regione Lombardia (Coordinatore Giuseppe Negrini)
- Rapporto ISS Covid -19 n. 58/2020 – indicazioni operative per la gestione di casi focolai di SARS Covid 2 nelle scuole e nei servizi educativi dell'infanzia
- DGR 3525/2020 "Adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza, in attuazione dell'art. 1 dl 34, convertito con modificazioni dalla legge 17 luglio 2020, n. 7".