

Flessibilità, integrazione, innovazione e cambiamento dei processi organizzativi

Il territorio in tempo di pandemia (e non solo)



Piero Borgia
Fiaso – Federazione italiana aziende sanitarie e ospedaliere

L'epidemia di covid-19 ha fatto emergere diverse inadeguatezze nei modelli organizzativi dell'assistenza. Il Servizio sanitario nazionale (Ssn) ha dovuto affrontare improvvisamente una situazione che lo obbligava a cambiamenti rivelatisi necessari e indispensabili per rispondere ai bisogni generati dalla emergenza

pandemica. Le trasformazioni più importanti hanno riguardato, e continuano a riguardare, l'assistenza territoriale.

Le risposte all'emergenza sono state di vario tipo e livello ed espresse in modo scollegato le une dalle altre a causa della rapidità dell'evoluzione dell'epidemia e dell'impreparazione generale. Alcune di esse, ancorché intraprese senza riferimenti a prove di efficacia o specifica expertise, sono un patrimonio, anche per il futuro. Esse, infatti, costituiscono non solo esempi di buona pratica assistenziale, ma anche una fonte a cui attingere per

i cambiamenti necessari al miglioramento stabile di efficacia, efficienza ed equità dell'assistenza territoriale nel nostro Paese. Questo potenziale avanzamento del livello della nostra sanità non può essere disperso, al contrario va sistematizzato, evitando la deriva riduzionistica o il ritorno alla situazione pre-epidemica. Durante l'epidemia il territorio ha assunto una nuova importanza. Due problemi, in particolare, hanno determinato più di altri una svolta nei processi assistenziali: il sovraccarico delle strutture sanitarie e l'esigenza di distanziamento. Due elementi che hanno reso il territorio, e in particolare il domicilio del paziente, l'ambito ideale per evitare quei problemi. È opinione comune tra gli addetti ai lavori che momenti chiave di contrasto dell'epidemia sono stati il riconoscimento e il trattamento precoce dei casi, la gestione di pazienti di bassa o media gravità, la conseguente riduzione dei flussi verso il pronto soccorso e la facilitazione delle dimissioni dei pazienti non ancora perfettamente stabilizzati. Tutto questo si è potuto realizzare laddove il territorio è stato in grado di farsi carico dell'enorme quantità di azioni preventive e assistenziali che la situazione richiedeva.

Se questo era il quadro di riferimento, le esperienze maturate nel corso del primo anno di pandemia ci hanno indicato quattro temi centrali.

1. La flessibilità. L'adattamento rapido dei percorsi e l'introduzione di interventi innovativi sono necessari per rispondere all'evoluzione dei bisogni sanitari della popolazione, nell'emergenza come al di fuori di essa. Dalla valutazione del primo anno di pandemia e di una serie di esperienze, risulta in maniera evidente che laddove questa flessibilità è stata esercitata ciò è stato possibile grazie al governo dei processi da parte di una forte presenza manageriale.

2. L'integrazione. Operazioni basate sul cambiamento e sulla introduzione di innovazione hanno avuto successo unicamente dove sono saltati gli steccati e si è realizzata una piena integrazione fra le varie componenti del territorio. Ovvero medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, distretti e dipartimenti di cure primarie, dipartimento di prevenzione, unità speciali di continuità assistenziale, servizi di assistenza sociale hanno costituito una squadra unica, dedicata a perseguire obiettivi comuni unendo le forze in modo complementare e coordinato. Inoltre, si sono visti finalmente passi concreti in direzione della tanto decantata integrazione fra ospedale e territorio, anche se in buona parte ancora da perfezionare. È apparsa evidente, infine, la necessità di un nuovo rapporto fra Ssn e le residenze sanitarie assistenziali, vista l'inadeguatezza mostrata dalla gran parte di queste strutture ad affrontare un'emergenza che coinvolge pesantemente i soggetti fragili presenti al loro interno.

3. Il digitale e le sue potenzialità. Le applicazioni tecnologiche utilizzate nella fase epidemica sono molte, con un ampio spettro di soluzioni implementate, e si sono rivelate spesso l'elemento cardine del successo dei processi assistenziali. Emergono alcune indicazioni precise sui campi più importanti di applicazione:

- una piattaforma condivisa appare fondamentale laddove prerequisito della buona assistenza è il lavoro in rete;
- il triage di popolazioni vaste, quale quelle delle persone colpite dal virus, giorno dopo giorno, è reso possibile solo dal ricorso a tali tecnologie;
- la realizzazione del distanziamento fisico è stata realizzata principalmente attraverso telemedicina e teleconsulto;
- la possibilità di realizzare una sorveglianza assidua a domicilio si è basata su tecnologie anche semplici e alla portata di ogni paziente.

4. Le reti di comunità. Le reti formali e informali della comunità possono costituire un supporto all'assistenza ancora poco esplorato, ma di grandi potenzialità. Alcune esperienze dimostrano quanto sia importante valorizzare e potenziare queste reti per migliorare la qualità dei percorsi di assistenza e incidere positivamente sullo stato di salute della popolazione.

In conclusione, managerialità, centralità del domicilio e cambiamento dei modelli organizzativi sono i tre aspetti emersi come fondamentali dalle esperienze assistenziali di maggior successo realizzate nel nostro Paese nel corso del primo anno della pandemia.



Il cambiamento dei modelli organizzativi si dirige verso la formazione di reti, l'abolizione dei silos organizzativi e l'integrazione tra i diversi livelli di assistenza.

La managerialità è essenziale per garantire flessibilità dei modelli organizzativi e delle attività, innovazione dei percorsi, integrazione fra servizi che non avevano mai collaborato. La sistematizzazione delle nuove esperienze e il loro inserimento strutturale nei processi assistenziali richiederà un grande sforzo di governance.

L'emergenza pandemica ha dimostrato che la centralità del domicilio garantisce il distanziamento fisico, ma può portare risultati anche sul terreno dell'umanizzazione dell'assistenza e del miglioramento del rapporto costo-efficacia.

Il cambiamento dei modelli organizzativi marcia spedito in direzione della formazione di reti, dell'abolizione dei silos organizzativi e della pur non semplice integrazione tra i diversi livelli di assistenza. Per affrontare le trasformazioni dell'assistenza territoriale che la pandemia ha svelato come necessarie e indispensabili, occorre comprendere che non è più centrale il potenziamento delle strutture, bensì il cambiamento dei processi.

Durante il periodo pandemico la Federazione italiana delle aziende sanitarie e ospedaliere ha raccolto e presentato, anche attraverso webinar, numerose esperienze maturate all'interno delle aziende sanitarie, in maniera da favorirne la conoscenza e l'utilizzo. Molte di esse sono di grande rilievo. Cinque sono illustrate di seguito attraverso schede sintetiche. ▣

Centrale covid delle cure domiciliari

Dalla prima fase dell'emergenza all'organizzazione consolidata della presa in cura del paziente covid nel territorio

Simona Sforzin, Renata Brolis, Giulia Crema Falceri, Oliviana Gelasio, Paola Leonardelli, Stefano Toccoli

Azienda provinciale per i servizi sanitari, Trento

L'area cure primarie è stata precocemente coinvolta nella gestione dell'emergenza covid-19. In questo anno si sono consolidate procedure e prassi di lavoro che hanno inciso profondamente sull'assetto funzionale delle cure domiciliari.

Le esperienze organizzative positive maturate nel primo periodo, da marzo a settembre 2020, sono state valorizzate e messe a sistema nel periodo successivo.

Inizialmente la Centrale covid delle cure primarie, costituita da medici delle cure primarie e coordinatori infermieristici, ha svolto un ruolo di regia delle risorse sanitarie mobilizzabili, centralizzando la gestione dei pazienti e dei conviventi, dalla diagnosi al *contact tracing*, alla presa in carico domiciliare, garantendo un monitoraggio quotidiano e tracciando le attività nella piattaforma cloud @home. A fine marzo vengono allestiti i *drive through* per i tamponi. La Centrale covid crea e assegna i piani di cura alle 11 équipe territoriali di residenza, governa le dimissioni dagli ospedali e dai pronto soccorso, invia alle strutture alternative al domicilio (covid hotel).

Tra marzo e giugno 2020, 11 medici Usca con 20

infermieri dedicati agli accessi domiciliari e circa 80 operatori, prevalentemente infermieri, impiegati nei monitoraggi telefonici seguono a domicilio circa 10.000 cittadini, 5400 dei quali positivi.

Parallelamente, contrariamente all'atteso, l'attività ordinaria delle cure domiciliari e palliative subisce un incremento.

A settembre 2020 i servizi di igiene pubblica, con le funzioni di sanità pubblica e di *contact tracing*, transitano al Dipartimento di prevenzione, mentre la cura dei pazienti non ospedalizzati e i *drive through* restano alle cure primarie.

Il modello di presa in carico dei pazienti covid prevede tuttora che i medici Usca siano inseriti nel contesto organizzativo delle cure domiciliari, costituendo così un importante nodo della rete assistenziale, *trait d'union* tra il paziente, il medico di medicina generale e l'ospedale. L'inserimento di giovani colleghi in un contesto multidisciplinare solido e supportivo si è rivelato molto efficace nella promozione di relazioni costruttive tra servizi e livelli assistenziali differenti.

Gli sviluppi di @home, piattaforma in uso già dal 2018, hanno garantito la continuità informativa tra tutti gli attori coinvolti. •

Telemedicina e teleriabilitazione in neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Da strumento per l'emergenza a miglioramento della pratica clinica

Maria Antonella Costantino, Laura Chiappa

Fondazione Irccs Ca' Granda Ospedale Maggiore Policlinico, Milano

L'emergenza covid-19 ha reso necessaria la rapidissima trasformazione in telemedicina delle attività di neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, incluse quelle riabilitative, unica possibilità per garantire massima continuità e supporto a pazienti e famiglie e minimo rischio di diffusione del virus.

Nel periodo 24 febbraio-30 giugno 2020 sono stati seguiti 1382 utenti contro i 1688 dello stesso periodo 2019, per un totale di 15.933 prestazioni contro 16.879 nell'anno precedente. Di essi, 374 hanno avuto interventi riabilitativi contro i 379 dello stesso periodo del 2019.

Per alcune attività e per alcuni utenti, le modalità di intervento telematico mostrano maggiore efficacia, efficienza e fruibilità rispetto alle modalità in presenza, rendendo evidente la necessità di introdurre stabilmente percorsi di cura integrati tra attività in presenza e in telemedicina/teleriabilitazione.

In particolare consentono:

- un ruolo maggiormente attivo e cooperativo di paziente e famiglia, e una maggiore attenzione degli operatori a come implementare tali aspetti;
- un miglioramento dei percorsi diagnostici, con una raccolta di informazioni più approfondite al momento del primo contatto, una miglior definizione del livello di priorità e una maggiore consapevolezza del percorso per gli utenti;
- una maggiore conoscenza degli spazi e delle specificità dei contesti domiciliari degli utenti, indispensabile per calibrare meglio gli interventi;
- l'implementazione di interventi di training per i genitori, sia individuali che in gruppo;
- l'ampia preparazione e messa a disposizione di materiali psicoeducativi e di supporto agli interventi, in condivisione tra servizi;
- una più agevole gestione degli incontri di rete con scuole e altre agenzie territoriali, con la possibilità di presenza di un maggior numero di operatori;
- un incremento della frequenza e diminuzione della durata degli interventi in situazioni a bassa *compliance* (per età, situazione sociale, scempenso in atto) o in cui è necessario un raccordo e monitoraggio stretto;
- la tempestiva attivazione di interventi sul contesto anche in situazioni nelle quali non è ancora possibile l'intervento diretto con bambini/ragazzi.

La diminuzione del tempo per gli spostamenti per operatori e utenti ha determinato, inoltre, una più agevole identificazione di spazi comuni in agenda, importante facilitatore per una migliore continuità nei percorsi.

Permangono problemi rilevanti nella qualità delle connessioni di rete (indispensabile per la delicatezza relazionale delle attività di neuropsichiatria), nelle dotazioni informatiche degli utenti e, soprattutto, nelle modalità di valorizzazione delle attività effettuate. •

La gestione della pandemia nelle strutture residenziali per anziani

L'esperienza dell'azienda sanitaria della provincia di Reggio Emilia

Elisabetta Negri

Azienda Usl - Irccs Reggio Emilia

Nella realtà reggiana sono 61 le case residenziali per anziani (cra) presenti, per un totale di 2790 posti letto autorizzati. Il 40 per cento di queste strutture è stata interessata da covid-19 nella prima fase della pandemia. Fin dal primo impatto drammatico dell'epidemia sono state messe in atto in tutta la provincia una corposa serie di misure destinate a tutte le strutture residenziali, sia private che accreditate, contenute in un piano di intervento per il contenimento del contagio approvato dalla Conferenza territoriale sociale e sanitaria già da marzo 2020.

Fin da subito sono stati effettuati sopralluoghi nelle strutture da parte di una task force aziendale e di équipe di supporto distrettuali, reperibili h24 per l'identificazione precoce delle criticità e la pianificazione delle azioni di miglioramento. Sono stati effettuati tamponi attraverso un programma di screening a tappeto per operatori e ospiti in tutte le strutture residenziali, e sono stati forniti dispositivi di protezione individuale, con momenti formativi sul loro corretto utilizzo sia attraverso formazione a distanza sia attraverso consulenze sul campo, con il coinvolgimento di tutor del corso di laurea in scienze infermieristiche.

Per gestire le problematiche legate alla carenza

di personale nelle cra, l'azienda sanitaria ha svolto un'azione di potenziamento del personale infermieristico e medico fornendo, a titolo esemplificativo, 112 infermieri di supporto nel corso della prima ondata.

La formazione è stata sicuramente una leva importante in questo processo, sia quella a distanza sia soprattutto quella svolta sul campo, in prima linea all'interno delle strutture stesse.

Accanto a questi interventi organizzativi e di supporto, l'approccio è stato quello di considerare la cra come la casa dell'anziano, attivando quindi una rete di clinici specialisti con l'obiettivo di mantenere l'anziano nel proprio contesto di vita, in particolare per quelle situazioni che non avrebbero beneficiato di alcun vantaggio dal ricovero ospedaliero.

È stata attivata, inoltre, anche una cra covid, ovvero una struttura con 20 posti per ricoveri temporanei (38 nella prima fase della pandemia) per anziani covid positivi, a disposizione di tutta la provincia.

Oltre a ciò, si è cercato di dare attenzione agli aspetti psicologici degli anziani e degli operatori, sia attraverso il sostegno di psicologi sia cercando di garantire modalità di interazione con i familiari per permettere il contatto con i propri cari, attraverso videochiamate o modalità alternative per la ripresa

dell'accesso dei visitatori esterni in condizioni di sicurezza.

Non da ultimo, è stato realizzato un piano di vaccinazioni in tutte le strutture, che ha permesso di raggiungere a oggi una copertura del 97 per cento tra gli ospiti e del 75 per cento tra gli operatori.

A un anno dall'inizio della pandemia possiamo dire che i punti strategici che ci hanno permesso di affrontare al meglio questo difficile momento sono stati: la forte regia centrale da parte della direzione generale e dei direttori di distretto, che hanno saputo coordinare e mettere in rete tutti gli interventi attivati; la costante comunicazione con le istituzioni e il continuo confronto tra la direzione aziendale e gli enti gestori; la tempestiva analisi e gestione dei nuovi casi; l'informatizzazione della raccolta dei dati e l'analisi costante degli stessi; la formazione come leva di cambiamento.

La gestione di questa emergenza ci ha portato a introdurre, quindi, cambiamenti organizzativi in modo stabile, come per esempio i momenti costanti di confronto con gli enti gestori, la valorizzazione di figure di riferimento all'interno delle strutture per la gestione delle emergenze, la programmazione di momenti formativi continuativi, ecc., che sono stati messi a sistema nella riorganizzazione in atto. •

La continuità di presa in cura in un Irccs no-covid

Un ospedale sicuro e vicino ai pazienti

Tiziana Lavalle

Irccs Istituti fisioterapici ospitalieri (Ifo), Roma

L'Irccs Ifo durante la pandemia è rimasto un ospedale no-covid. Le direttrici che hanno guidato gli interventi sono state: sicurezza interna negli accessi alle cure, continuità esterna per chi non poteva o sceglieva di non accedere di persona.

Per la sicurezza interna sono stati attivati:

- tre punti di triage, che hanno permesso di rilevare i pazienti sospetti, indirizzati a ospedali covid o ai medici di medicina generale, e monitorare gli accessi di pazienti e personale;
- test con tamponi molecolari per operatori e pazienti, procedure comportamentali e *tool* per il contenimento della diffusione del virus;
- set-up della logistica: revisione delle sale di attesa e dei percorsi interni, dei fabbisogni giornalieri di dpi, enfaticizzazione del distanziamento, dello smart working e, infine, sorveglianza sanitaria attiva sugli operatori.

Per la continuità della presa in cura si è pensato "un ospedale vicino ai pazienti". È stata attivata la consegna a domicilio dei farmaci oncologici e di supporto per 450 pazienti solo nella prima fase. Sono state realizzate nuove modalità di comunicazione tra medici, psicologi, infermieri e pazienti: una linea di ascolto per pazienti, caregiver e professionisti, una piattaforma di telemedicina (#IFOConTeOnline) popolata da

oltre 2000 pazienti per il controllo dei sintomi nei follow-up o nei periodi intermedi tra le prestazioni terapeutiche, la consulenza ai malati e ai loro caregiver, la consegna di referti, immagini diagnostiche e relazioni sanitarie, nonché assistenza telefonica per promuovere la salute mentale dei pazienti. Le équipe di cura hanno avuto, quindi, la possibilità di non interrompere la relazione terapeutica con i pazienti e i pazienti hanno potuto mantenere i contatti con le équipe o i loro curanti, anche in presenza di vincoli di mobilità, oltre che di condizioni soggettive.

L'Irccs Ifo ha adottato misure di comunicazione interna ed esterna per creare un'efficace consapevolezza dei rischi per la salute e dei comportamenti preventivi necessari nei pazienti e le loro famiglie. La "lettera aperta" settimanale del direttore generale agli operatori, invece, ha contribuito a sostenere motivazioni e comportamenti durante le fasi più dure dell'epidemia.

La chiave del successo nelle fasi 1 e 2 è stata garantire, anche con mezzi non usuali, il continuum di assistenza e cura, senza mai disconnettere l'attenzione alle cure dalla tutela della salute pubblica. Nella fase 3, durante la seconda ondata, le misure precedenti sono state riconfermate. •

Accasa: telemonitoraggio e teleassistenza

Per l'assistenza dei pazienti covid positivi

Giovanni Gorgoni, Francesco Fera, Giovambattista Gaudino

AReSS Puglia

L'esperienza Accasa è un adattamento con minori funzionalità (una sorta di versione light) per covid generata da un più ampio progetto – TALIsMan – partito a settembre 2018 e in fase di svolgimento, e che ha come principale obiettivo la ricerca e la proposizione di modelli assistenziali integrati in grado, con l'ausilio di strumenti tecnologici, di fornire assistenza a domicilio a pazienti fragili.

L'emergenza da covid-19, con il confinamento forzato in quarantena, ha reso evidente la necessità di disporre di soluzioni che, come quelle in sperimentazione con TALIsMan, fossero in grado di abilitare servizi di telemonitoraggio, televisita, teleconsulto e, in generale, di assistenza remota nell'ottica della offerta di continuità assistenziale. Le componenti mutate dal TALIsMan per supportare la situazione emergenziale hanno riguardato le tecnologie in grado di monitorare in remoto i parametri clinici, gli stili di vita, l'aderenza alle terapie e i bisogni socioassistenziali degli assistiti, condividendoli su un'unica piattaforma con tutti gli attori abilitati a prendersi cura del paziente.

La soluzione si compone di una piattaforma tecnologica poggiata organizzativamente su due pilastri metodologici: il team multidisciplinare di assistenza e il piano di cura condiviso. Il primo ha

profilatura flessibile per ruoli professionali e il secondo ha profilatura personalizzata sui bisogni del paziente.

L'accesso in piattaforma da parte del paziente o del caregiver per l'erogazione dei servizi avviene con web app per dispositivo mobile (cellulare, smartphone e tablet) e con due differenti kit diagnostici: uno più semplice, rappresentato dal solo saturimetro, e uno più avanzato composto da tablet, device multiparametrico emodinamico, device cardiografico, glucometro, bilancia impedenziometrica e sfigmomanometro bluetooth.

Le rilevazioni trovano rappresentazione strutturata nel modulo di *patient synoptic* che restituisce la tempificazione del decorso e del suo flusso documentale, oltre a consentirne la condivisione tra gli attori anche con video-consulto individuale o collegiale.

La soluzione light Accasa, pensata per i pazienti covid generici, ha trovato poi accoglienza particolarmente gradita presso malati oncologici e malati rari che hanno potuto ripristinare il contatto con i propri centri di riferimento.

Una non prevista e interessante applicazione, soprattutto con i kit diagnostici avanzati, si è avuta con le rsa presso le quali (venti a oggi) è stato possibile attivare quella sorveglianza sistemica che in tempi di pace – forse – avrebbe consentito un più tempestivo isolamento dei focolai. •