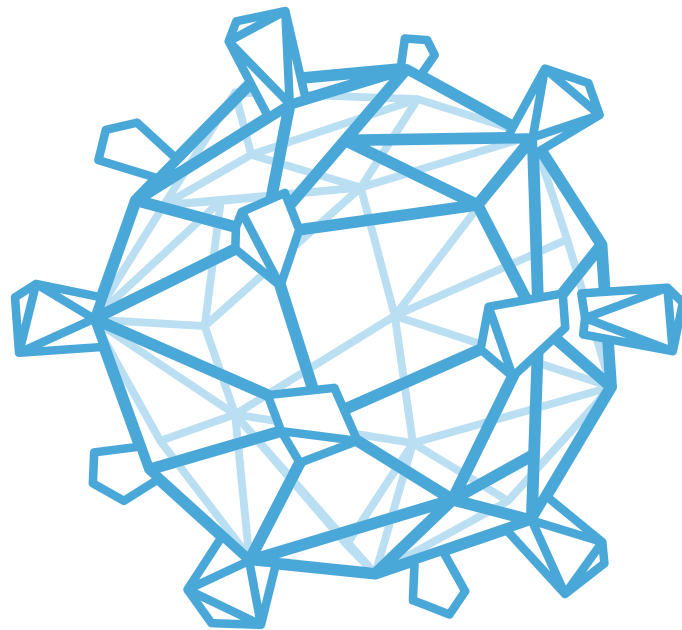


FASE II COVID-19

Focus Ospedale - Focus Territorio

ANTICIPARE E GESTIRE IL CAMBIAMENTO



STRUTTURA DEL DOCUMENTO

APPROCCI ED ESPERIENZE REGIONALI.....	3
IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE TRA SCIENZA E POLITICA.....	7
RIORGANIZZARE LA PRESENZA DELLE AZIENDE DI SETTORE NEI LUOGHI DI CURA.....	8
FOCUS OSPEDALE.....	9
FOCUS TERRITORIO.....	14
CONCLUSIONI.....	19

APPROCCI ED ESPERIENZE REGIONALI

Essendo l'approccio organizzativo alla medicina Ospedaliera ma soprattutto Territoriale diverso da Regione a Regione anche l'approccio alla pandemia COVID-19 è stato differente. In queste sessioni webinar si è quindi cercato di mettere a confronto i differenti approcci.

L'ESPERIENZA VENETA

È stata ampiamente raccontata e si è caratterizzata per diversi elementi distintivi:

- Già a fine Gennaio preparato un piano pandemico a cura dei tecnici della prevenzione regionale;
- Chiusura immediata degli ospedali (es° di Schiavonia) contagiati dal focolaio di Vò e creazione della zona rossa, sulla cui popolazione sono stati effettuati tamponi a tutti;
- Con questo metodo sono stati trovati ed isolati molti portatori asintomatici e paucisintomatici che avrebbero potuto estendere rapidamente e molto più il contagio ad altri territori;
- Tamponi estesi su larga scala in tutti i territori dove si manifestavano focolai (Padova, Treviso, Venezia) per isolare i contagiati nei focolai fin dalle fasi iniziali anche in contrasto con quanto stabilito a livello nazionale;
- Approvvigionamento in proprio di reagenti ed apparecchiature per eseguire i test;
- Creazione di Hub per test e tamponi;
- Creazioni di Ospedali Covid dedicati indicativamente uno per ogni grande provincia;
- Attivazione rapida delle USCA con protocolli di intervento stabiliti dai tecnici e clinici di riferimento regionali;
- Utilizzo diffuso dei sistemi di teleconsulto e televisita che sono già stati normati e tariffati (prima regione in Italia) in modo tale da poter divenire strutturali anche nel post-Covid.

L'ESPERIENZA DI LATINA (LAZIO)

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

IL MODELLO CAMPANO

In Regione Campania i decisori hanno puntato il più possibile sulla deospedalizzazione del paziente covid e su di una rigida restrizione nei movimenti dei propri cittadini, cercando inoltre di sottoporre a tampone e quarantena preventiva chiunque nei momenti più concitati dell'emergenza ritornasse dalle regioni maggiormente colpite in Campania. Il sistema Regione ha quindi impiegato le proprie risorse principalmente nel contenimento dei malati attraverso le cure domiciliari e identificando un ospedale sul territorio regionale per il trattamento dei pazienti gravi Covid. Questo approccio ha fatto sì che in poche settimane è stato possibile contenere i contagi e mantenere una mortalità nella norma. Così inoltre sarà più semplice la riapertura per la fase due di tutte le strutture ospedaliere mantenute covid-free da inizio pandemia.

L'ESPERIENZA DELLA TOSCANA

- L'efficacia della risposta all'epidemia è stata determinata, secondo gli esperti, essenzialmente dalla funzionalità dei servizi territoriali unita ad una grande capacità di comunicazione tra ospedale e territorio, sia in entrata che in uscita;
- La sola gestione ospedaliera della crisi aveva portato ad ineguatezza di gestione nelle fasi iniziali. Successivamente la necessità di salvaguardare l'ospedale ha reso centrale il ruolo del territorio sia per i pazienti Covid sia per i pazienti non-Covid.
- Una metodologia virtuosa che secondo gli esperti deve essere punto di partenza stabile anche per il futuro.
- Nel territorio toscano esistono una galassia di strutture e di ruoli diversi, quindi è stato necessario un maggiore coordinamento.
- Un coordinamento che è servito non solo nella cura del Covid ma anche per garantire la continuità assistenziale per i moltissimi pazienti che anche in piena emergenza avevano bisogno di accedere ai servizi sanitari. L'oncologia ad es° in questa fase di crisi ha avuto una modellistica interessante con il proseguimento delle cure ospedaliere più possibile a domicilio tenendo conto di dover proteggere il paziente fragile.
- Con il coordinamento tra specialista ospedaliero e medicina territoriale, questo modello può essere usato come modello futuro per moltissimi ambiti specialistici.
- Solamente utilizzando i sistemi tecnologici regionali, senza bisogno di acquisire nulla dall'esterno, sono stati introdotti e resi disponibili ai team territoriali, diversi applicativi utilizzabili su smartphone o tablet per la gestione del paziente a domicilio, la tracciatura dei casi, la trasmissione di tutta la documentazione riguardante i protocolli, le attività, i test, le terapie fatti su ogni singolo paziente. In sostanza tutto è tracciato e ha consentito un controllo della situazione in tempo reale abbassando il livello di rischio.

IL MODELLO PUGLIESE

- All'inizio della crisi si è deciso di puntare tutta la cura specialistica sull'area di Lecce potendo in questa maniera lasciare libere le medicine territoriali di organizzarsi;
- Questo ha portato poi un beneficio agli ospedali nelle altre aree che sono rimasti no-Covid e che quindi hanno potuto continuare le proprie attività a pieno regime;
- Adesso però servirà spingere per riorganizzare la medicina del territorio, in modo tale che le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), diventino strutturali nella gestione delle cronicità coordinandosi con i Medici di Famiglia, che restano gli attori chiave della gestione trasversale dei pazienti;
- Quindi il passo auspicato sarà creare nuove strutture territoriali sui modelli che in Regione esistono, ma bisogna riempirli di contenuto con nuovi servizi territoriali da affiancare a quelli ospedalieri.

IL MODELLO LIGURE

- Fra i principali scogli che la governance regionale ha dovuto affrontare vi sono stati la gestione dell'organizzazione e la gestione dei dati. Senza riuscire a gestire queste due cose combattere il Covid sarebbe stato praticamente impossibile;
- Per questo il SSR ha individuato nel 112 l'unico punto di accesso dei pazienti, che in comunicazione con il territorio è riuscito a gestire molto bene la situazione;
- Sono state create in anticipo rispetto a quanto stabilito al livello Nazionale delle Unità di intervento territoriale, gestite attraverso Distretti, medici ed infermieri di continuità assistenziale esattamente sul modello delle USCA.

IL MODELLO EMILIANO ROMAGNOLO

- Dopo le difficoltà iniziali dovute alla estrema vicinanza di alcune province ai focolai principali di regione Lombardia, che hanno provocato una violenta ed improvvisa crisi nella assistenza Ospedaliera di queste, vi è stata una rapida reazione organizzativa;
- Dopo questa fase infatti l'asse di intervento è stato spostato sulle cure territoriali, attraverso le USCA e comunque fornendo, prima regione in Italia un protocollo sulle cure appropriate da utilizzare sui pazienti dalla fase iniziale a quelle più avanzate;
- Utilizzo diffuso dei sistemi di teleconsulto e televisita.

IMPORTANZA DELLA COMUNICAZIONE TRA SCIENZA E POLITICA

Un punto considerato fondamentale per la riorganizzazione dei sistemi assistenziali è stato e sarà certamente, la comunicazione. Dopo queste vicende infatti, secondo gli esperti di comunicazione occorrerà dedicare adeguati spazi di informazione (anche scientifica) per spiegare a tutta la popolazione, il corretto e appropriato utilizzo dei servizi sanitari forniti sia a livello Ospedaliero che Territoriale. Questo perché deve essere data la possibilità a tutti di capire e di sapere quando ed a chi rivolgersi, evitando sprechi e inefficienze di sistema. Bisognerà ramificare l'informazione su più livelli, quello istituzionale, quello dei mass-media e quello scientifico.

Il Veneto è stato un modello da questo punto di vista con informazioni quotidiane date attraverso i canali televisivi regionali da tutto il team istituzionale presente (Presidente, Assessori, cinici, protezione civile).

L'informazione sarà altrettanto fondamentale oltre la fase 2, poichè la lotta alla diffusione del Covid non è affidata unicamente alle capacità tecniche del SSN ma deve essere una responsabilità di tutti i cittadini informati correttamente.

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

SCENARIO ATTUALE E FUTURO

Con questa Pandemia abbiamo tutti riscoperto il valore della salute e l'importanza del mondo della sanità, che venivano valutati oramai da troppi anni quasi solo con criteri economicistici, come costo piuttosto che come investimento. E così l'intero comparto industriale che è entrato in questa dinamica, rappresentando una forza produttiva che da lavoro a oltre 150.000 dipendenti (con l'indotto circa 500.000) con una produzione che ammonta a circa 47 miliardi/annui.

Questo settore Industriale (Farmindustria, Assogenerici, Assobiomedica) legato al mondo della salute, si è rivelato nella crisi più che mai un partner di sistema insostituibile per il SSN. Un partner che ha bisogno anche di risposte, perchè molto del personale tecnico delle aziende che, in questa fase emergenziale, è stato ovviamente escluso dall'accesso alle strutture di cura, dovrà riiniziare in sicurezza il suo lavoro di interazione con queste.

- Sarà quindi necessario quanto prima individuare spazi, tempi, modalità e protocolli adatti per tornare a lavorare insieme in tutta sicurezza;
- Inoltre se come sottolineato da tutti gli esperti, bisognerà rendere normalità le metodologie innovative utilizzate nell'emergenza, ci sarà bisogno di un rapporto stretto tra aziende di settore, strutture ospedaliere e medicina territoriale;
- Deve essere, secondo gli esperti, istituita una scala di priorità di accesso e comunicazione tra industria e SSN perché la comunicazione face to face è necessaria ora più che mai, ma va fatta con coscienza.

FOCUS OSPEDALE

SCENARIO ATTUALE E DOMANDE APERTE

Con la scomparsa del Covid-19 o con la sua permanenza tra stagionalità e nuovi picchi, qualunque sia la percentuale di pazienti con anticorpi positivi e la durata dell'immunità acquisita, sicuramente gli ospedali non saranno più gli stessi a partire dalla loro organizzazione. Ammesso che la percentuale dei cittadini positivi o con blanda sintomatologia, come asserito da alcune fonti sia da 5 a 10 volte superiore a quella ufficiale, la maggioranza della popolazione italiana usufruirà dei nostri nosocomi per patologie diverse o concomitanti con l'infezione da Covid.

- Come li faremo accedere e di conseguenza come cambierà la logistica?
- Avremo ospedali COVID dedicati come i vecchi ospedali di malattie infettive, i vecchi sanatori? O avremo reparti stabilmente dedicati nei nostri ospedali;
- Come eviteremo gli assembramenti nei Pronti Soccorsi mantenendo il distanziamento fisico sia nelle attese che nei luoghi di ricovero?
- Come accederanno i tanti professionisti tecnici di aziende della salute che abitualmente frequentano per ragioni di lavoro i nostri ospedali?
- Quali saranno le nuove modalità di interazione tra professionisti all'interno delle strutture?
- Quali le nuove modalità di riunione per aggiornamento professionale?

Sembra evidente che, se non si creeranno ospedali dedicati come pare avverrà nella maggioranza delle regioni, si sarà costretti a riorganizzare gli attuali ospedali partendo innanzitutto dagli spazi dei Pronti Soccorsi.

PANDEMIA DA COVID-19 E RIORGANIZZAZIONE OSPEDALIERA

COSA È SUCCESSO

Nel corso della fase emergenziale della pandemia di Covid-19 si sono sviluppate sul territorio nazionale diverse esperienze ed approcci. Differenze dettate da una parte dal differente grado di esposizione al virus delle singole Regioni, dall'altra dalle differenze strutturali e organizzative dei singoli SSR.

La differenza sostanziale si è sviluppata tra le Regioni con una forte struttura di medicina territoriale che è stata in grado di evitare il sovraccarico degli ospedali durante l'emergenza e le Regioni che avevano più mantenuto un carattere ospedale-centrico e che hanno dovuto rimodulare completamente gli spazi e il personale per far fronte all'emergenza.

Tra tutte le Regioni però ci sono stati alcuni denominatori comuni:

- Flessibilità (nelle strutture e nel personale)
- Comunicazione (tra tutti gli attori del sistema sanitario)
- Cure domiciliari da implementare o potenziare

PROPOSTE SU COSA DOVRÀ SUCCEDERE

Adesso si aprirà lo scenario più difficile e bisognerà muoversi verso una nuova realtà: la ripresa delle attività normali, convivendo queste con il Covid-19. Questa ripresa sarà ancora più ardua perchè tutte le strutture dovranno fare i conti sia con la domanda attuale che con quella non espressa o arretrata, una domanda sia appropriata che non appropriata.

- Per far fronte a questa nuova fase, tenendo conto del distanziamento sociale necessario cercando di non far affollare le strutture, la proposta sanitaria dovrà essere accessibile almeno 12 ore al giorno, sette giorni a settimana;
- Però secondo gli esperti si deve anche cogliere questa occasione per incominciare a considerare davvero in maniera strutturata le attività dell'ospedale e del territorio come parte di un unico processo;
- Gli strumenti esistono, bisogna solo applicarli per creare finalmente un collegamento concreto, come quello che in questa emergenza si è dimostrato fondamentale.

IMPATTO CLINICO SULLE STRUTTURE SANITARIE DELLA MALATTIA DA COVID-19

COSA È SUCCESSO

Le aziende ospedaliere in questi primi mesi di pandemia hanno cercato di difendere dal virus tutti i pazienti ed in particolare quelli immunocompromessi e fragili. Applicando una serie di protocolli molto ben organizzati, si è riusciti a dimezzare gli accessi. Le attività di controllo ad es° sono state rimandate o effettuate attraverso tecnologie a distanza (telemonitoraggio), per diminuire gli accessi non necessari così come tutte le attività a basso valore aggiunto sulle quali è stato possibile fare finalmente attenta valutazione.

Quindi nonostante questo, le strutture sono riuscite a non diminuire i servizi offerti, in alcuni casi migliorando l'efficienza delle attività.

PROPOSTE SU COSA DOVRÀ SUCCEDERE

Questo ha fatto capire a tutti, operatori compresi, che c'è una forte necessità di riorganizzare la sanità a "basso valore ospedaliero" e ridistribuirla dove dovrebbe essere fruita, cioè sul territorio. L'apporto della tecnologia però, in questo nuovo scenario, dovrà diventare strutturale, come dimostrato dal fatto che le strutture specialistiche sono state in grado di effettuare centinaia di visite al giorno via remoto. E questo è un valore che, secondo gli esperti, non si deve perdere in futuro ma anzi dovrà essere un punto di partenza.

Anche nella fase 2 Covid, si dovrà continuare a proteggere l'ospedale:

- Limitandone gli accessi inutili e regolamentandone attentamente gli altri;
- Secondo gli esperti sarà necessario modificare tutti i protocolli antinfettivi ad oggi in uso, rivedendo in primis i percorsi di disinfezione ambientale e la sanificazione degli strumenti.

ASPETTI RIORGANIZZATIVI DEGLI OSPEDALI ITALIANI POST CORONAVIRUS

SCENARIO FUTURO

Si è aperta una fase in cui la flessibilità dell'ospedale ha dimostrato tutta la sua potenzialità e secondo gli esperti non ci si deve aggrappare all'idea che l'ospedale deve tornare uguale a prima del covid. Inoltre il concetto dell'ospedale "sicuro" andrà mantenuto anche nella fase 2 anche essendovi il rischio che il virus possa circolare.

- Quindi andranno riscritti tutti i percorsi d'accesso alle strutture ed ai reparti per riuscire a mantenere il controllo ottimale negli accessi e nelle distanze di sicurezza.

- Questa aspetti, sottolineano gli esperti, non dovranno essere riorganizzati momentaneamente ma dovranno diventare parte di una nuova cultura ospedaliera.

Non sarà semplice perché bisognerà essere certi di non creare ostacoli all'accesso e di non annullare gli effetti benefici delle numerosissime campagne per la prevenzione sviluppate negli ultimi anni;

- Per riuscire in questo obiettivo non ci si potrà però solo affidare alla riorganizzare del percorso paziente: è il momento per tutti i SSR di potenziare e rendere operative le cure domiciliari e le visite attraverso la telemedicina;

- Gli ospedali in questa emergenza si sono già dotati di queste capacità quindi bisogna aprire un ragionamento con la medicina del territorio (anch'essa dotata di queste tecnologie) per riuscire ad applicare questa metodologia condivisa e di facile coordinamento anche in futuro;

- Gli esperti concordano però che gli ospedali non possono e non devono cambiare da soli e che per un vero cambiamento bisognerà agire contemporaneamente sui cinque assi portanti del SSN:

- Il modello di assistenza ospedaliera

- il modello di assistenza territoriale

- il modello della continuità delle cure

- il modello a "rete"

- il sistema di rimborso delle prestazioni che deve essere adeguatamente finanziato

IMPATTO ECONOMICO SULLA RIORGANIZZAZIONE DEGLI OSPEDALI POST-PANDEMIA

CONSIDERAZIONI ECONOMICHE

La fase più acuta dell'epidemia sembra essere passata, anche se l'impatto economico negativo non cesserà insieme a questa;

- Infatti non si potranno tagliare gli investimenti ad es° relativi a tutti i DPI utilizzati e da utilizzare, oltre che tutte le spese aggiuntive relative alle sanificazioni;
- Andranno considerati anche i cali di produttività dovuti ai tempi necessari per l'applicazione di tutti i protocolli di sicurezza, saranno quindi fondamentali nuovi e forti investimenti per poter raggiungere i livelli pre-covid;
- Secondo gli esperti serviranno sicuramente diversi mesi per poter identificare le risorse da mettere in campo e applicare le riorganizzazioni necessarie poiché non è possibile cambiare ad isorisorsa (economiche e umane);
- La collaborazione con le aziende di settore però non riguarderà solo l'aspetto degli investimenti strutturali ma anche quello di approccio umano, perché se si vuole veramente innestare nuovi sistemi più efficienti nel SSN, si dovrà formare il personale attraverso corsi estesi sul territorio, mirati nei contenuti e organizzati con una sinergia di tutte le aziende del settore.

FOCUS TERRITORIO

SCENARIO ATTUALE E DOMANDE APERTE

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

CONSIDERAZIONI SUI MODELLI ORGANIZZATIVI REGIONALI EMERSE CON COVID-19

COSA È SUCCESSO

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

- Secondo gli esperti intervenuti sono diversi gli aspetti critici nel corso degli ultimi anni sulla gestione della medicina territoriale in molte regioni ed emersi durante questa pandemia (es° Lombardia e Piemonte, dove si è più rimasti concentrati in un modello ospedale-centrico, mentre Veneto e Toscana dove si è maggiormente attivata la rete territoriale);

- Quindi, ora che la situazione sta ritornando sotto controllo, si deve creare un momento di riflessione da parte delle strutture di governance regionali per capire che sotto alcuni aspetti si deve cambiare rotta;

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

PROPOSTE SU COSA DOVRÀ SUCCEDERE

Tutti hanno rimarcato che la ripartenza passa attraverso una diversa organizzazione degli ospedali ma soprattutto da una nuova presa in carico complessiva della medicina territoriale per i pazienti che dovranno evitare l'uso inappropriato dell'ospedale;

- Le proposte da mettere in campo devono partire dallo storico, in primis i piani regionali per la cronicità, con l'uso di nuove proposte organizzative, della tecnologia, di una nuova relazione con i MMG e PLS, con una comunicazione e una educazione alla salute diversa (diritti/doveri);

- La continuità della presa in carico tra ospedale e territorio deve uscire da una noiosa ripetizione di enunciati trentennali ma deve concretizzarsi in atti specifici;

- Il distretto socio sanitario e l'associazionismo rappresentano le formule organizzative base per molte realtà regionali, ma devono vedere una crescita complessiva della dirigenza di tutti i componenti coinvolgendo in primis la medicina generale e gli infermieri del territorio;

- I vari livelli istituzionali, compresi gli enti regolatori del sistema, devono favorire l'appropriatezza dell'ospedalizzazione con filtri territoriali che evitino l'accesso inappropriato agli ospedali (PS, 118/112, MMG associati, diagnostica di 1° livello principalmente nel territorio grazie all'offerta tecnologica e dei dispositivi ai MMG, telecontrollo, teleconsulto e telediagnosi devono diventare realtà definendo processi e tariffe, farmacie dei servizi come parte fondamentale della rete territoriale);

- Le strutture del territorio devono essere aperte 12 h al giorno per almeno 6 giorni per favorire l'accesso con distanziamento sociale e sicurezza degli operatori e utenti;

LA GESTIONE TERRITORIALE DELLA MALATTIA COVID-19

PROPOSTE SU COSA DOVRÀ SUCCEDERE

La medicina territoriale ha svolto, sia nella fase emergenziale che in quella attuale, un ruolo fondamentale nella lotta alla infezione. Però essendo la medicina del territorio gestita in maniera diversa tra le singole Regioni si è visto anche come questa abbia reagito alla crisi in maniera differente. Dai dati epidemiologici si evince come ci sia stato un maggiore controllo dell'epidemia e una migliore gestione della medicina "ordinaria", in regioni dove la medicina territoriale è più consolidata e soprattutto dove si è riorganizzata realizzando quanto proposto dalle recenti riforme, come in Toscana e Veneto;

- Secondo gli esperti intervenuti è chiaro che la medicina ospedaliera e quella del territorio non possono più essere gestite come entità separate ma devono essere gestite come due ingranaggi della stessa macchina;
- Gli esperti però avvertono che per riorganizzare il sistema bisogna prima assicurarsi che l'emergenza sia finita, senza trascurare per questo di prepararsi ad un possibile ritorno epidemiologico.

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

SCENARIO ATTUALE

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) svolgono attività domiciliari per i pazienti COVID-19.

Non sono state ancora attivate in tutte le regioni e là dove lo siano state, comunque le tempistiche sono diverse territorio per territorio. Le loro funzioni sono principalmente rivolte alle cure al domicilio per pazienti COVID-19 (dimessi dalle strutture ospedaliere o mai ricoverati) con bisogni di assistenza compatibili con la permanenza al domicilio e per la cura al domicilio di pazienti con sintomatologia clinica sospetta per coronavirus, di cui non è ancora nota l'eventuale positività e che devono essere considerati come sospetti casi COVID-19. Un ruolo fondamentale secondo gli esperti, perché le esperienze hanno dimostrato come le migliori azioni operative per il controllo delle sintomatologie sospette siano l'isolamento, il tracciamento e laddove è possibile l'intervento rapido con terapie domiciliari.

SCENARIO FUTURO

Secondo gli esperti però non è il momento di fare qualcosa di eccezionale in un momento eccezionale, ma bisogna fare qualcosa di eccezionale che rimanga nel tempo a disposizione dei cittadini, cavalcando l'onda pandemica per cambiare finalmente modello assistenziale;

- Se riprendiamo con forza i principi delle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) nelle cure primarie, otterremo un miglior controllo di determinate aree del territorio con beneficio particolare per la gestione della cronicità;

- Secondo gli esperti serve un sistema di monitoraggio adeguato della gestione del rischio clinico (Rapid Risk Assessment) a cui deve corrispondere una rapida risposta organizzativa (IPCR Integrated Political Crisis Response) perché è evidente che l'attuale sistema di valutazione Nazionale ed Europeo abbia fallito. A differenza rispetto all'Occidente, l'Asia che ha ottimi sistemi di questo tipo, che gli hanno consentito di reagire in maniera tempestiva e coordinata,. Ora che anche l'Europa si è dotata di strumenti adatti alla valutazione rapida del rischio, dovrà attrezzarsi anche l'Italia già nell'immediato futuro;

- Nell'immediato però, vista la situazione creatasi con la pandemia, bisogna innanzitutto rivalutare l'utilizzo dei DPI ed evitare il sovraffollamento delle strutture sanitarie riorganizzando attraverso giusti parametri i possibili accessi alle strutture sanitarie.

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

L'emergenza COVID ha fatto emergere l'esigenza di migliorare e implementare tutti i percorsi della medicina territoriale, su cui è investito il budget più elevato del SSN. Questo avrà quindi un forte impatto sia per quanto riguarda l'accesso delle cure ai pazienti sia dal punto di vista economico e organizzativo.

- La riorganizzazione medicina territoriale porterà anche una riduzione della mobilità passiva, con vantaggi enormi economici per le Regioni in termini di costi diretti e indiretti (la spesa out of pocket delle famiglie);
- Secondo gli esperti bisogna incentivare una trasformazione delle RSA verso una realtà di strutture di assistenza territoriale e questo potrebbe coincidere con una nuova gestione della cooperazione pubblico-privato attraverso le numerose strutture accreditate;
- Punto focale per una riorganizzazione post pandemia sono le scarse risorse, che sono state negli anni in costante riduzione. Questo trend va invertito, visto che i fatti hanno dimostrato che questo è stato un grave errore strategico;
- Si deve smettere di considerare la Sanità come un costo da comprimere di continuo, ma piuttosto, rivedendo le priorità, si deve cominciare a considerare come un investimento da sostenere per un futuro solido del paese;
- Alcuni esperti indicano nel MES una opportunità, perchè una volta ottenute dilazioni dei finanziamenti a 10 anni si potrebbero acquisire notevoli risorse per migliorare l'assistenza domiciliare e territoriale con l'acquisto delle tecnologie necessarie.

CONCLUSIONI

Questa pandemia ha tolto moltissimo alla nostra Nazione ed al nostro SSN. Per riuscire però almeno a ricavarne qualcosa di buono sarà necessario fare tesoro di tutte le esperienze maturate.

- Ci ha fatto comprendere, indipendentemente dai modelli assistenziali più o meno virtuosi, la fragilità attuale del sistema salute che in questi anni è stato continuamente depauperato di mezzi e risorse. La coscienza di un sottofinanziamento del SSN deve essere comune;

- Ci ha fatto comprendere il valore sociale di tutte le professioni in campo nel mondo salute (operatori di ogni genere ed industrie);

- Ci ha fatto comprendere come l'applicazione pratica di molti modelli programmati e scritti sulla carta tra Ospedale e Territorio non possa più attendere. Le regioni devono mettere a fattore comune le best practices;

- Ci ha fatto comprendere che Tutti gli attori (comprese le aziende di settore) devono fare tesoro della drammatica esperienza COVID e superare gli specifici, seppur comprensibili, interessi per offrire una responsabile disponibilità ad un effettivo cambiamento;

- Ci ha fatto comprendere come le aziende di settore e le Istituzioni debbano collaborare attivamente attraverso partnership trasparenti quanto necessarie;

- Ci ha fatto comprendere come le nuove tecnologie che consentono la gestione da remoto debbano trovare applicazione immediata;

- Ci ha fatto capire che se vogliamo realmente mantenere il paziente al centro del sistema, tutto deve essere pensato per dare a questo un beneficio in termini di salute e di vita;

Gli operatori e gli esperti del settore stanno già identificando le azioni da intraprendere, ora però la medicina territoriale, se bene organizzata, in questa crisi ha dimostrato ancora una volta il suo valore non marginale ed il suo ruolo centrale insieme agli ospedali. La risposta all'emergenza sanitaria deve trovare una proficua collaborazione anche con la sanità privata e con l'industria farmaceutica e di presidi medico- chirurgici, che possono collaborare nella costruzione di un modello virtuoso. Ruolo importante riveste l'azione pubblica che deve essere rapida, focalizzata ai bisogni dei cittadini e deve usare la comunicazione con senso di responsabilità.

Ora che la crisi sembra giunta alle sue fasi finali, bisogna iniziare a progettare il futuro e Motore Sanità attraverso le molte idee presentate dagli esperti intervenuti e sintetizzate in questo documento, ha voluto dare un suo contributo.



OFFICINA
MOTORE SANITÀ
Webinar

Progetto realizzato grazie alla sponsorizzazione di:

