



Regione Lombardia

LA GIUNTA

DELIBERAZIONE N° XI / 2986

Seduta del 23/03/2020

Presidente

ATTILIO FONTANA

Assessori regionali

FABRIZIO SALA *Vice Presidente*
STEFANO BOLOGNINI
MARTINA CAMBIAGHI
DAVIDE CARLO CAPARINI
RAFFAELE CATTANEO
RICCARDO DE CORATO
MELANIA DE NICHILLO RIZZOLI
PIETRO FORONI

GIULIO GALLERA
STEFANO BRUNO GALLI
LARA MAGONI
ALESSANDRO MATTINZOLI
SILVIA PIANI
FABIO ROLFI
MASSIMO SERTORI
CLAUDIA MARIA TERZI

Con l'assistenza del Segretario Enrico Gasparini

Su proposta dell'Assessore Giulio Gallera

Oggetto

ULTERIORI DETERMINAZIONI IN ORDINE ALL'EMERGENZA EPIDEMIOLOGICA DA COVID - 19 – AREA TERRITORIALE

Si esprime parere di regolarità amministrativa ai sensi dell'art.4, comma 1, l.r. n.17/2014:

Il Direttore Generale Luigi Cajazzo

Il Dirigente Luigi Cajazzo

L'atto si compone di 36 pagine
di cui 25 pagine di allegati
parte integrante



Regione Lombardia

LA GIUNTA

VISTI:

- il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"*;
- il [Decreto-Legge](#) del 23/02/2020 n. 6 *"Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 convertito con modificazioni dalla legge 5/03/2020"*;
- il [Decreto-Legge](#) del 02/03/2020 n. 9 *"Misure di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID – 19"*;
- il [Decreto-Legge](#) del 08/03/2020 n. 11 *"Misure straordinarie ed urgenti per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19 e contenere gli effetti negativi sullo svolgimento dell'attività giudiziaria"*;
- il Decreto-Legge n. 14 del 14/03/2020 *"Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19"*;
- il Decreto-Legge n. 18 del 17/03/2020 *"Misure di potenziamento del servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19"*;

VISTI altresì:

- la legge regionale 11 agosto 2015, n. 23 *"Evoluzione del Sistema Sociosanitario Lombardo: modifiche al titolo I e al titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33"*;
- la legge regionale 30 dicembre 2019, n. 24 *"Legge di stabilità 2020 – 2022"*;
- la legge regionale 30 dicembre 2019, n. 26 *"Bilancio di previsione 2020–2022"*;

RICHIAMATI:

- le Ordinanze del Ministro della Salute rispettivamente del 25/01/2020, 30/01/2020, 21/02/2020;
- il Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile in data 3/02/2020 n. 630 *"Primi interventi urgenti in protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"*;
- le Ordinanze rispettivamente in data 21 febbraio 2020 e 23 febbraio 2020 del Ministro della Salute d'intesa con il Presidente della Regione Lombardia concernente indicazioni urgenti atte a far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID-19;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- l'Ordinanza del Presidente Regione Lombardia del 24/02/2020: *"Ulteriori misure applicative dell'ordinanza del 23 febbraio 2020 – riunioni in uffici pubblici ed attività di front-office"*;
- l'Ordinanza del Presidente Regione Lombardia del 25/02/2020 *"fabbisogno personale AREU"*;
- il Decreto del Capo del Dipartimento della Protezione Civile in data 23/02/2020 n. 574 *"Nomina del soggetto attuatore per il coordinamento delle attività poste in essere dalle strutture della regione Lombardia, competenti nei settori della protezione civile e della sanità impegnate nella gestione dell'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili"*;
- il [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 23/02/2020 - *Disposizioni attuative del decreto-legge 22 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
- il [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 25/02/2020 - *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
- la circolare del Ministero della Salute prot. GAB 2627 del 1° marzo 2020;
- il [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 01/03/2020 - *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
- il [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 04/03/2020 - *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
- il [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 08/03/2020 - *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;
- il [Decreto](#) del Presidente del Consiglio dei Ministri del 11/03/2020 - *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19*;



Regione Lombardia

LA GIUNTA

RICHIAMATE altresì:

- la DGR 20 dicembre 2019 n. XI/2672 *"Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario per l'esercizio 2020"* – (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)";
- la DGR 2 marzo 2020 n. XI/2903 *Prime Determinazioni in ordine all'emergenza, epidemiologica da Covid-19* - (Di Concerto con gli Assessori Gallera, Caparini e Foroni);
- la DGR 4 marzo 2020 n. XI/ 2905 *"Ulteriori determinazioni in ordine alla gestione dell'emergenza da Covid-19 ed intesa tra associazioni di categoria (Confindustria Lombardia, AIOP, ANISAP E ARIS) e Regione Lombardia per l'impiego straordinario di personale sanitario presso ospedali pubblici lombardi al fine di fronteggiare l'emergenza da Covid-19"*;
- la DGR 8 marzo 2020 n. XI/2906 *"Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19"*;
- Decreto del Segretario della Regione Lombardia 12 marzo 2020 n. 3287 *"Costituzione dell'Unità di Crisi dell'emergenza sanitaria in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid-19 e relativa Task Force"*;
- Decreto Direttore Generale Welfare n. 3353 del 15 marzo 2020 con il quale sono state approvate le disposizioni integrative, in attuazione della DGR n. XI//2906 dell'8/03/2020, per l'organizzazione della rete ospedaliera in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19;

VISTE:

- la nota prot. 11124 del 11.03.2020 *"Indirizzi per Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Medici di Continuità Assistenziale"* con la quale sono state fornite le indicazioni relative alla classificazione dei soggetti posti in capo alla Medicina Generale in ordine alla sorveglianza/cura;
- la nota prot. 10603 del 6/03/2020 contenenti gli indirizzi per l'isolamento domiciliare;

CONSIDERATO che a fronte della rimodulazione dell'offerta ospedaliera adottata con DGR n. 2906/2020 per far fronte alla fase acuta dei pazienti affetti da Covid-19 è necessario, fin da subito, potenziare anche la presa in cura e la sorveglianza sanitaria territoriale e domiciliare per i pazienti affetti da Covid-19 nonché per le persone che a diverso titolo ne possono avere necessità (pazienti con isolamento domiciliare, pazienti fragili e/o cronici, pazienti no Covid-19 dimessi dall'ospedale);

PRESO ATTO che nel territorio regionale è consolidata negli anni una rete di medici



Regione Lombardia

LA GIUNTA

(MMG/PLS) che partecipano alla “Sorveglianza Epidemiologica e Virologica dell'influenza” prevista nell'ambito del “Accordo ai sensi dell'articolo 4 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sul documento - Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020 - atti n. 144 del 1 agosto 2019” e che tale sorveglianza ha permesso di descrivere anche l'andamento dell'epidemia di COVID19;

RITENUTO, pertanto, necessario mantenere attiva per tutto l'anno 2020 la sorveglianza sindromica secondo le modalità meglio indicate nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed in particolare indicando alle ATS di arruolare un numero di medici tale da poter effettuare la sorveglianza di almeno il 4 % della popolazione di ogni distretto;

DATO ATTO che le attività poste in essere dalla medicina territoriale finalizzate alla presa in cura e sorveglianza sanitaria dei pazienti affetti da Covid-19 nonché dei soggetti da monitorare, dovranno contemperarsi con la indifferibile necessità di assistenza anche ai pazienti non rientranti nelle situazioni sopra richiamate;

RICHIAMATO l'art. 8 del Decreto Legge n. 9 marzo 2020, n. 14 “Unità speciali di continuità assistenziale” con il quale si stabilisce che:

1. *“Al fine di consentire al medico di medicina generale o al pediatra di libera scelta o al medico di continuità assistenziale di garantire l'attività assistenziale ordinaria, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano istituiscono, entro dieci giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, presso una sede di continuità assistenziale già esistente una unità speciale ogni 50.000 abitanti per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale è costituita da un numero di medici pari a quelli già presenti nella sede di continuità assistenziale prescelta. Possono far parte dell'unità speciale: i medici titolari o supplenti di continuità assistenziale; i medici che frequentano il corso di formazione specifica in medicina generale; in via residuale, i laureati in medicina e chirurgia abilitati e iscritti all'ordine di competenza. L'unità speciale è attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, e ai medici per le attività svolte nell'ambito della stessa è riconosciuto un compenso lordo di 40 euro ad ora.*
2. *Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta o il medico di continuità assistenziale comunicano all'unità speciale di cui al comma 1, a seguito del triage telefonico, il nominativo e l'indirizzo dei pazienti di cui al*



Regione Lombardia

LA GIUNTA

comma 1. I medici dell'unità speciale per lo svolgimento delle specifiche attività devono essere dotati di ricettario del Servizio sanitario nazionale, di idonei dispositivi di protezione individuale e seguire tutte le procedure già all'uopo prescritte.

3. *Il triage per i pazienti che si recano autonomamente in pronto soccorso dovrà avvenire in un ambiente diverso e separato dai locali adibiti all'accettazione del medesimo pronto soccorso, al fine di consentire alle strutture sanitarie di svolgere al contempo le ordinarie attività assistenziali.*
4. *Le disposizioni del presente articolo sono limitate alla durata dello stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, come stabilito dalla delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020.”;*

RITENUTO di istituire, ai sensi del citato articolo 8 del Decreto Legge n. 14/2020, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) finalizzate alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero anche in relazione alla necessità di fornire risposte alla popolazione nelle aree in cui sono maggiori i casi di positività per i medici della medicina generale;

VALUTATA la necessità di attivare tutte le opportunità offerte dalla rete territoriale dei servizi, potenziando il più possibile quelli domiciliari con particolare riferimento:

- all'assistenza domiciliare integrata rivolta ai pazienti affetti da Covid-19 che necessitano di cura e assistenza a bassa intensità presso il proprio domicilio;
- alla riorganizzazione e al potenziamento della rete di cure palliative domiciliari destinata ai pazienti Covid-19 che non possono accedere alle cure ospedaliere;

DATO ATTO altresì che una corretta presa in carico dei pazienti affetti da Covid-19 e dei contatti di caso non possa prescindere dall'individuazione dei compiti, delle responsabilità e dei processi in capo a ciascun soggetto coinvolto in questo ambito e prioritariamente in capo alle ATS e alla –Medicina Generale e che le attività richieste al Medico di Medicina Generale rientrano in quelle soggette alla regolamentazione tramite Accordo Regionale ai sensi dell'art. 59, lett. D, comma 3 e dell'art. 36, comma 9 dell'Accordo Collettivo Nazionale per la disciplina dei rapporti con i Medici di Medicina Generale approvato in data 23 marzo 2005 e s.m.i.;

RITENUTO, pertanto, di dare indicazioni:

- alle ATS affinché procedano con le azioni di sorveglianza dei soggetti con isolamento domiciliare obbligatorio o fiduciario nonché ad attivare le



Regione Lombardia

LA GIUNTA

ulteriori disponibilità di offerta aggiuntiva rappresentate dalle USCA, dall'ADI Covid-19, come meglio indicato nell'allegato 1 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- ai Medici di Medicina Generale e ai Pediatri di Libera Scelta di procedere a riorientare l'attività di studio finalizzandola alle azioni prioritarie di sorveglianza sanitaria contemperando la necessità di ridurre i possibili accessi allo studio da parte dei pazienti anche attuando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale come meglio indicato nell'allegato 2 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- ai Medici di Medicina Generale e agli enti erogatori di Assistenza Domiciliare Integrata affinché possano essere attivate le attività di Assistenza Domiciliare Integrata Covid-19 come meglio indicato nell'allegato 3 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- il nuovo profilo ADI COVID potrà, come già stabilito dalla DGR 2906/2020, rideterminare i contratti con gli enti erogatori, anche in aumento, in funzione dell'effettiva attività svolta;
- alle ATS, di concerto con la rete delle UCP-Dom, al fine di riorganizzare le attività domiciliari e consulenziali a favore dei pazienti affetti da Covid-19, come meglio indicato nell'allegato 4 parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

DATO ATTO che al fine di garantire al massimo il monitoraggio e l'assistenza dei pazienti affetti da Covid-19 presso il proprio domicilio, ARIA - Azienda Regionale per l'innovazione e gli acquisti - ha presentato il progetto "Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19", allegato 5 parte integrante del presente provvedimento, che ha l'obiettivo primario di consentire al medico di monitorare da remoto l'andamento dello stato di salute del paziente Covid-19 anche tramite la dotazione di dispositivi di rilevazione dei principali parametri vitali in relazione allo stato di salute del paziente;

CONSIDERATO che il citato progetto può contribuire favorevolmente al monitoraggio domiciliare rivolto ai pazienti affetti da Covid-19 che necessitano di cura e assistenza a bassa intensità presso il proprio domicilio e contribuire a diminuire le necessità di contatti;

RAVVISATA pertanto la necessità di dare mandato ad ARIA di realizzare il progetto "Servizio di tele-monitoraggio Pazienti COVID-19 di cui all'allegato 5 e nelle more della sua realizzazione nel più breve tempo possibile, al fine di garantire strumenti anche di natura tecnologica per salvaguardare il diffondersi del contagio, di



Regione Lombardia

LA GIUNTA

verificare eventuali proposte da parte del mercato di soluzioni e/o forniture in forma di donazione o comodato gratuito che non gravino sui costi complessivi del progetto;

DATO ATTO che le risorse necessarie al progetto di che trattasi, per l'importo complessivo massimo pari a 5,4 Meuro, rientrano nella macro area della presa in carico di cui alla DGR n. 2672/2019 *“Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020 - (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)”* e troveranno copertura a carico delle risorse di parte corrente del FSR 2020 su apposito capitolo attraverso variazione compensativa a carico delle disponibilità del capitolo 8374;

RITENUTO, pertanto, di approvare:

- l'allegato 1 “Sorveglianza e presa in cura territoriale”;
- l'allegato 2 “Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA”;
- l'allegato 3 “Prestazioni domiciliari per monitoraggio persona affetta da Covid-19 e per pazienti con sintomatologia similinfluenzale di cui non è indagata l'infezione da Sars Cov-2”;
- l'allegato 4 “La rete regionale di cure palliative nell'emergenza Covid-19: documento di riorganizzazione straordinaria del modello erogativo e della capacità di offerta delle reti locali di cure palliative”;
- l'allegato 5 “Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19”,

DATO ATTO che:

- la tutela degli operatori sanitari è necessaria, oltre che per contenere i contagi, anche per garantire cure ed assistenza alla popolazione generale;
- al rischio di contagio connesso all'attività di assistenza sanitaria si associa quello legato alla frequentazione da parte degli operatori sanitari delle comuni strutture sociali;

RITENUTO, pertanto, di stabilire che:

- le strutture sanitarie attuino un monitoraggio clinico degli operatori sanitari con rilevazione della temperatura corporea prima dell'inizio del turno di lavoro, e che il rilievo del rialzo della temperatura oltre i 37,3 °C comporti l'effettuazione del tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-CoV-2 e l'allontanamento dal luogo di lavoro con sospensione dell'attività lavorativa;
- al fine di ridurre ulteriormente la possibilità che si sviluppi attraverso l'operatore sanitario un maggior contagio tra la struttura ospedaliera e la comunità e viceversa, sia prevista la possibilità che gli operatori sanitari, qualora non



Regione Lombardia

LA GIUNTA

ravvisino adeguate condizioni di isolamento e sicurezza al domicilio, possano usufruire di soluzioni ricettivo alberghiere messe a disposizione dalla Regione per il tramite della Direzione ospedaliera per tutto il periodo di emergenza COVID-19;

DATO ATTO che gli interventi per la realizzazione delle azioni di cui al presente provvedimento, ed in particolare la realizzazione del citato progetto “Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19”, concorrono all'insieme delle misure poste in essere per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e che pertanto saranno oggetto di specifica rendicontazione da trasmettere al Commissario straordinario per l'emergenza anche al fine del riconoscimento economico;

RITENUTO inoltre di demandare alla Direzione Generale Welfare l'adozione degli atti necessari a dar corso ai contenuti del presente provvedimento;

VAGLIATE e fatte proprie le suddette motivazioni;

A VOTI UNANIMI, espressi nelle forme di legge;

DELIBERA

1. di istituire, ai sensi del citato articolo 8 del Decreto Legge n. 14/2020, le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) finalizzate alla gestione domiciliare dei pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero anche in relazione alla necessità di fornire risposte alla popolazione nelle aree in cui sono maggiori i casi di positività per i medici della medicina generale;
2. di mantenere attiva per tutto l'anno 2020 la sorveglianza sindromica secondo le modalità meglio indicate nell'allegato 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, ed in particolare indicando alle ATS di arruolare un numero di medici tale da poter effettuare la sorveglianza di almeno il 4 % della popolazione di ogni distretto;
3. di approvare:
 - l'allegato 1 “Sorveglianza e presa in cura territoriale”;
 - l'allegato 2 “Unità Speciali di Continuità Assistenziale – USCA”;
 - l'allegato 3 “Prestazioni domiciliari per monitoraggio persona affetta



Regione Lombardia

LA GIUNTA

- da Covid-19 e per pazienti con sintomatologia similinfluenzale di cui non è indagata l'infezione da Sars Cov-2;
- l'allegato 4 "La rete regionale di cure palliative nell'emergenza Covid-19: documento di riorganizzazione straordinaria del modello erogativo e della capacità di offerta delle reti locali di cure palliative";
 - l'allegato 5 "Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19",
4. di dare mandato ad ARIA di realizzare il progetto "Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19 di cui all'allegato 5 e nelle more della sua realizzazione nel piu' breve tempo possibile, al fine di garantire strumenti anche di natura tecnologica per salvaguardare il diffondersi del contagio, di verificare eventuali proposte da parte del mercato di soluzioni e/o forniture in forma di donazione o comodato gratuito che non gravino sui costi complessivi del progetto;
 5. di stabilire che le risorse necessarie al progetto di che trattasi, per l'importo complessivo massimo pari a 5,4 Meuro, rientrano nella macro area della presa in carico di cui alla DGR n. 2672/2019 "Determinazioni in ordine alla gestione del servizio sanitario e sociosanitario per l'esercizio 2020 - (di concerto con gli Assessori Caparini, Piani e Bolognini)" e troveranno copertura a carico delle risorse di parte corrente del FSR 2020 su apposito capitolo attraverso variazione compensativa a carico delle disponibilità del capitolo 8374;
 6. di demandare alla Struttura competente l'adozione degli opportuni Accordi Integrativi Regionali con le Organizzazioni Sindacali dei Medici di Medicina Generale per disciplinare le attività previste dal presente decreto e non rientranti in quelle ordinarie;
 7. di stabilire che:
 - le strutture sanitarie attuino un monitoraggio clinico degli operatori sanitari con rilevazione della temperatura corporea prima dell'inizio del turno di lavoro;
 - il rilievo del rialzo della temperatura oltre i 37,3 °C comporti, per gli operatori sanitari, l'effettuazione del tampone naso-faringeo per ricerca di SARS-CoV-2 e l'allontanamento dal luogo di lavoro con sospensione dell'attività lavorativa;
 - qualora gli operatori sanitari non ravvisino adeguate condizioni di isolamento e sicurezza al domicilio possano usufruire di soluzioni ricettive



Regione Lombardia

LA GIUNTA

alberghiere messe a disposizione dalla Regione per il tramite della Direzione ospedaliera, per tutto il periodo di emergenza COVID;

8. di stabilire che gli interventi per la realizzazione delle azioni di cui al presente provvedimento, ed in particolare la realizzazione del citato progetto "Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19", concorrono all'insieme delle misure poste in essere per il contenimento dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 e che pertanto saranno oggetto di specifica rendicontazione da trasmettere al Commissario straordinario per l'emergenza anche al fine del riconoscimento economico;
9. di demandare alla Struttura competente, ai sensi degli artt. 26 e 27 del D.Lgs.n.33/2013, gli eventuali adempimenti previsti in materia di trasparenza e pubblicità.

IL SEGRETARIO

ENRICO GASPARINI

Atto firmato digitalmente ai sensi delle vigenti disposizioni di legge

SORVEGLIANZA E PRESA IN CURA TERRITORIALE

La situazione epidemiologica in atto nella nostra Regione richiede un potenziamento delle attività di sorveglianza e presa in cura, svolte nel territorio.

SORVEGLIANZA SINDROMICA

Nell'attuale fase epidemiologica, con numero elevato di casi e conseguentemente di contatti stretti, a cui si associano le disposizioni di separazione sociale e di auto isolamento domiciliare, si rende necessario porre particolare attenzione alla rilevazione di quadri clinici simil influenzali, che possono essere evidenza di infezione COVID 19.

Pertanto la sorveglianza sindromica svolta grazie alla collaborazione dei MMG/PLS, attiva durante la stagione influenzale, viene mantenuta e incrementata arruolando un ulteriore uguale numero di medici da parte delle ATS.

Nel territorio regionale è consolidata negli anni una rete di medici (MMG/PLS) che partecipano alla "Sorveglianza Epidemiologica e Virologica dell'influenza" prevista nell'ambito del "Accordo ai sensi dell'articolo 4 del Decreto legislativo 28 agosto 1997, tra il Governo, le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano, sul documento - Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2019-2020 - atti n. 144 del 1 agosto 2019"

Poiché tale sorveglianza ha permesso di descrivere anche l'andamento dell'epidemia di COVID19, si ritiene necessario mantenere attiva per tutto l'anno 2020 la sorveglianza sindromica chiedendo alle ATS di arruolare un numero di medici per effettuare la sorveglianza di almeno il 4% della popolazione di ogni distretto (il 2% è il requisito minimo del protocollo di sorveglianza ISS).

Si precisa altresì che in seguito alla fase iper-endemica di COVID 19 si attiverà, successivamente con specifico indirizzo regionale, un rafforzamento della sorveglianza virologica con un adeguamento del numero dei medici partecipanti e l'attivazione da parte di ATS di modalità organizzative atte a facilitare la consegna dei tamponi da parte dei MMG/PLS ai laboratori di riferimento.

Ferme restando le indicazioni operative già inviate, per le attività di sorveglianza da effettuarsi oltre a quella sopra descritta si fornisce una tabella riassuntiva che, a partire dalle varie tipologie di soggetti, richiama le azioni necessarie indicando il flusso delle informazioni e gli operatori responsabili delle diverse azioni.

In particolare si sottolinea che alle ATS (tramite il DIPS) competono le seguenti azioni:

1. sorvegliare i casi con isolamento domiciliare obbligatorio (COVID+ dimessi o COVID+ pauci/asintomatici non ricoverati)
2. alimentare l'elenco dei soggetti in isolamento domiciliare fiduciario che riguarda i contatti di caso (sia con effettuazione del test che non testati) e i soggetti sintomatici senza evidenza di contatto.

Compete altresì alla ATS definire, anche di intesa con gli erogatori pubblici e privati del territorio, modalità organizzative per effettuare il tampone nasofaringeo per la ricerca di Sars- CoV2. Anche ai fini della tutela degli operatori della medicina territoriale, utilizzando tale offerta, è garantita l'effettuazione del test secondo le indicazioni di appropriatezza di cui ai documenti ministeriali.

Per quanto riguarda il ruolo affidato alla Medicina Generale per la cura dei propri assistiti, si sottolinea che la classificazione dei soggetti posti in capo al MMG per sorveglianza/cura fa riferimento alle indicazioni già fornite con nota prot. 11124 del 11.03.2020 "INDIRIZZI PER MEDICI DI MEDICINA GENERALE, PEDIATRI DI LIBERA SCELTA, MEDICI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE".

Al fine di garantire lo svolgimento della sorveglianza sul maggior numero dei suoi assistiti, Il MMG/PLS riorienta la sua attività, riducendo le attività di apertura dello studio al minimo indispensabile (solo su prenotazione e su sua valutazione di opportunità) per potersi concentrare sulle attività telefoniche di seguito indicate.

È particolarmente importante infatti garantire prioritariamente il contatto telefonico attivo e passivo, per le azioni riportate sinteticamente in tabella che, data la situazione epidemiologica in atto, rivestono tutte carattere d'urgenza.

In alcune fasce orarie effettuare attività telefonica di iniziativa

- Contatta i propri assistiti COVID positivi (trasmessi da ATS) o i pazienti sintomatici potenzialmente COVID (noti al medico) per
 - o sorveglianza attiva
 - o predisposizioni certificati INPS
 - o eventuale attivazione ADI COVID
 - o eventuale attivazione visita domiciliare/servizi di telemedicina/USCA
 - o monitoraggio pazienti seguiti in telemedicina
- Contatta i soggetti *contatti stretti* (trasmessi da ATS) per sorveglianza attiva e predisposizioni certificati INPS
- Contatta i pazienti fragili e cronici (trasmessi da ATS) per
 - o Sorveglianza attiva con indicazioni sui comportamenti da tenere e follow up situazione clinica
 - o Visite domiciliari pazienti non COVID, se necessarie
 - o Eventuale attivazione ADI/ Comune per supporto sociosanitario o sociale
- Contatta i pazienti non COVID dimessi da ospedale per
 - o Sorveglianza attiva
 - o Eventuale attivazione ADI
 - o Eventuali visite domiciliari

In altre fasce orarie l'MMG si impegna a poter mantenere il ruolo di riferimento

- per telefonate entranti per richiesta pareri, prescrizioni, certificati e richieste di visita
- per pazienti sintomatici, cui fornire indicazioni specifiche legate all'opportunità di isolamento

Mantiene attività di studio esclusivamente su prenotazione e dopo triage telefonico, riducendo orari e solo per pazienti non COVID, non sintomatici, non anziani/fragili

Effettua visite domiciliari, esclusivamente su pazienti senza sintomi febbrili/respiratori, prevalentemente fragili e cronici o verso pazienti non COVID dimessi precocemente da Ospedale, che richiedono il suo intervento.

Stante quanto sopra e in considerazione della prevedibile numerosità delle richieste di assistenza associata alle preoccupazioni diffuse nella popolazione assistita, si richiede che la reperibilità telefonica venga garantita lungo tutto l'arco dell'orario di lavoro giornaliero (dalle 8 alle 20).

Al fine di garantire una risposta alla domanda di cura al domicilio, sono state definite offerte assistenziali aggiuntive che, nel rispetto del ruolo del MMG di coordinamento della risposta ai bisogni del suo assistito, possono utilmente essere inserite in un percorso assistenziale.

A. Attività delle unità speciali di continuità assistenziale (USCA)

Ai sensi del DL 9 marzo 2020, n. 14 presso le sedi di continuità assistenziale già esistenti sono istituite le **unità speciale per la gestione domiciliare dei pazienti** con sintomatologia similinfluenzale o sospetti di Covid-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero. L'unità speciale, attiva sette giorni su sette, dalle ore 8.00 alle ore 20.00, opera su richiesta del MMG, con attivazione centralizzata ATS, per valutazioni al domicilio dei soggetti da questi segnalati. **(vedi allegato 2).**

B. ADI COVID 19 (compreso servizio per monitoraggio saturazione)

Il profilo ADI COVID è destinato ai pazienti COVID positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità, secondo le modalità operative ed organizzative illustrate nell'**allegato 3**.

Monitoraggio domiciliare della saturazione d'ossigeno

È destinato a pazienti con sintomatologia ILI e SARI, che potrebbe essere dovuta a un'infezione da coronavirus che potrebbe non giustificare il ricovero in ospedale, in assenza di condizioni importanti di comorbidità. In tale eventualità viene raccomandato isolamento domiciliare e attivato, tramite MMG, un servizio di monitoraggio domiciliare della saturazione di ossigeno. Al paziente sono fornite: istruzioni comportamentali, un pulsossimetro con le relative istruzioni d'uso e il contatto di riferimento per restituire l'esito delle misurazioni e comunicare lo stato delle condizioni cliniche.

Le ATS definiscono accordi con i soggetti erogatori esistenti e in grado di erogare questa tipologia di servizi.

C. Supporto cure palliative

Per il periodo di emergenza epidemiologica COVID 19 viene istituito, tramite una rimodulazione erogativa, un supporto di cure palliative articolato in due ambiti:

1. Ambito Domiciliare: ampliamento della presa in carico a domicilio da parte delle UCP-Dom attraverso la rimodulazione dell'offerta per i pazienti con bisogni di Cure Palliative, in modo da realizzare la presa in cura di Pazienti COVID complessi, cronici e fragili in dimissione dalle Strutture sanitarie, ivi compresi quelli assistiti dai Pronto Soccorso o dalle Strutture sociosanitarie
2. Ambito Consulenziale: erogazione, da parte delle strutture accreditate per le Cure Palliative (Hospice e UCP-Dom), di prestazioni consulenziali, prioritariamente per via telefonica e tramite tele consulto.

Le finalità di tali supporti e le relative modalità organizzative e operative sono illustrate nell'**allegato 4**.

Quanto sopra descritto ed esplicitato nei relativi allegati sarà attivato sul territorio dalla ATS, in coerenza con le risorse disponibili e sostenibili, avendo cura di darne diffusione a tutti gli attori interessati, indicando dettagliatamente riferimenti e modalità di contatto. Si raccomanda la costituzione di riferimenti unici in grado di raccogliere e smistare le varie richieste semplificando così l'accesso per i MMG.

<i>Tipologia/condizione del soggetto</i>	<i>Dati comunicati</i>	<i>Operatore</i>	<i>Sorveglianza Attiva/Passiva</i>	<i>Conclusione</i>
soggetti cronici e/o fragili non sintomatici a casa x limitazioni nazionali	ATS invia a MMG elenco fragili/over 75	MMG	attiva	Al termine delle limitazioni nazionali.
pazienti non COVID dimessi dagli ospedali (soggetti “fragili” in quanto transitati da H) a casa x limitazioni nazionali	struttura dimettente informa MMG (lettera dimissione)	MMG	attiva e passiva (il pz informa il MMG dei sintomi)	Al termine delle limitazioni nazionali.
soggetti che presentano sintomatologia similinfluenzale senza evidenza di contatto con un caso isolamento domiciliare fiduciario	MMG aggiorna il suo elenco nominativo MMG invia elenco ad ATS	MMG	attiva e passiva (il pz informa il MMG dei sintomi)	MMG, sulla base della clinica silente da 14gg, scioglie isolamento fiduciario
pazienti COVID positivi (<i>casi</i>) dimessi dall’ospedale al domicilio in isolamento domiciliare obbligatorio	Da struttura dimettente a: - ATS - MMG (lettera di dimissione)	ATS-DIPS MMG	Attiva al primo contatto poi passiva (comunque almeno una chiamata all’inizio e una alla fine del periodo di isolamento) In caso di insorgenza sintomatologia attiva MMG /112	Due risultati negativi al tampone dopo 14 giorni di clinica silente (certificazione)
pazienti COVID positivi (<i>casi</i>) asintomatici o paucisintomatici in isolamento domiciliare obbligatorio	Da laboratorio ad ATS Da ATS a MMG (per opportuna conoscenza e nel caso venga contattato)	ATS-DIPS MMG	Attiva al primo contatto poi passiva (comunque almeno una chiamata all’inizio e una alla fine del periodo di isolamento)	Due risultati negativi al tampone dopo 14 giorni di clinica silente (certificazione)

Contatti di <i>caso</i> asintomatici/paucisintomatici, a cui non viene effettuato il test e per i quali è disposto l'isolamento domiciliare fiduciario	Se inchiesta epidemiologica di ATS informazione da ATS a MMG Se info non nota, ma MMG ne viene a conoscenza perché prende in cura il soggetto paucisintomatico, comunica nominativo ad ATS che aggiorna <i>elenco contatti</i> ATS detiene elenco ATS informa MMG	MMG	passiva	MMG, sulla base della clinica silente da 14gg, scioglie isolamento fiduciario Se insorge sintomatologia conclusione sulla base della clinica, che deve essere silente da 14gg.
Contatti di <i>caso</i> asintomatici/paucisintomatici, con test negativo per i quali è disposto l'isolamento domiciliare fiduciario	<i>Trattasi di una parte residuale di soggetti della fase precedente in cui era ancora possibile effettuare test ai contatti</i> ATS detiene elenco ATS informa MMG	MMG	passiva	MMG: 14 gg dal contatto. Se insorge sintomatologia conclusione sulla base della clinica, che deve essere silente da 14gg.

UNITA' SPECIALI DI CONTINUITA' ASSISTENZIALE - USCA

Si forniscono, di seguito, alcuni orientamenti per favorire la piena operatività delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale, nella consapevolezza che ogni realtà territoriale potrà adattare i modelli e le procedure per adeguarli alle risorse territoriali disponibili e attivabili per le funzioni di presa in cura dei pazienti COVID.

Le attività delle USCA

Le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) svolgono attività domiciliari per i pazienti COVID. Le loro funzioni sono principalmente rivolte alle cure al domicilio per pazienti COVID (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 simil influenzale, di cui non è nota l'eventuale positività e che **devono essere considerati** come sospetti casi COVID.

Il MMG verrà contattato direttamente dal suo assistito in quarantena (disposta da ATS o da una struttura ospedaliera; in quest'ultimo caso la struttura fornisce al paziente il referto).

L'intervento delle USCA è, di norma, attivato dal MMG che valuta attraverso un triage telefonico il bisogno di assistenza del proprio assistito.

Per consentire il razionale utilizzo di questa funzione, si ritiene utile raccomandare la creazione presso le ATS di modalità per la ricezione delle richieste di attivazione da parte degli MMG .

L'esito degli interventi delle USCA e l'eventuale richiesta di attivazione delle altre offerte aggiuntive di cura (ADI COVID, SUPPORTO PALLIATIVO) viene riportato dai sanitari delle USCA al MMG (con le modalità definite dalle ATS . Alle unità USCA dovrà essere fornito l'elenco dei recapiti telefonici e di posta elettronica dei MMG a cui dovranno fare riferimento.

Sempre attraverso i sistemi di governo già presenti nelle ATS le USCA proporranno l'attivazione di servizi di telemonitoraggio, ove presenti, e cureranno la relativa informazione e la formazione dei pazienti e dei caregiver.

I singoli interventi dovranno essere registrati utilizzando le modalità per le attività di continuità assistenziale

Il referto come sopraindicato viene fornito anche al medico di medicina generale.

Non rientrano tra le attività delle USCA quelle certificative (es. malattia).

Attivazione delle USCA

In considerazione anche della difficoltà evidenziata da molte ATS nel reperire le risorse professionali, si reputa che ogni ATS debba individuare il numero di postazioni con la data presunta di inizio attività dichiarando le proprie priorità di attivazione.

Nella selezione dei medici, oltre alla manifestazione di interesse, le ATS possono cominciare a reperire anche in forma diretta altri sanitari eventualmente disponibili, fermo restando che la partecipazione è volontaria.

Le sedi di attivazione sono costituite, in primo luogo, dalle postazioni di CA esistenti, prestando attenzione a limitare, negli spazi e nei percorsi, la promiscuità tra le due attività.

Possono essere previsti anche luoghi differenti in relazione alla disponibilità o alla situazione epidemiologica in atto.

Ogni unità USCA può gestire di norma 20 accessi domiciliari nelle 12 ore, salvo diversa valutazione da parte delle ATS, tenendo conto dei tempi di spostamento (variabili geografiche/demografiche) e dell'impegno di rendicontazione e registrazione delle attività svolte.

Al personale USCA, anche in modalità FAD, dovrà essere assicurata adeguata formazione, in particolare sulle problematiche clinico-assistenziali in caso di COVID-19, sull'utilizzo dei DPI e sulla modalità di smaltimento dei rifiuti potenzialmente infettivi.

La dotazione tecnico-strumentale dei medici dell'USCA, oltre ad includere quella abitualmente in uso al MCA (DPI, ricettario SSN, borsa farmaci, contenitore smaltimento rifiuti, sfigmomanometro, set base per medicazioni, ecc.), dovrà di norma essere integrata con termometro a distanza/ad infrarossi e pulsossimetro. Le ATS dovranno, compatibilmente alle loro contingenti disponibilità, assicurare anche l'uso di auto aziendali.

PRESTAZIONI DOMICILIARI PER MONITORAGGIO PERSONA AFFETTA DA COVID-19 E PER PAZIENTI CON SINTOMATOLOGIA SIMILINFLUENZALE DI CUI NON E' INDAGATA L'INFEZIONE DA SARS COV-2

Con riferimento all'Allegato 2 della DGR 2906 del 8/03/2020 e nel rispetto della nota ad oggetto "Indirizzi in merito all'isolamento domiciliare" prot. n° G1.2020.0010603 del 6/03/2020 si forniscono di seguito le indicazioni per l'attivazione del profilo ADI COVID.

Le singole ATS valutano l'opportunità di istituire un numero unico di riferimento per MMG/PLS e Ospedali che, mediante colloquio telefonico, può individuare il percorso domiciliare più appropriato alla luce delle condizioni cliniche, di fragilità anche sociale: ADI COVID, Cure Palliative, eventuale ADI ordinaria. Nel caso dal colloquio con il MMG/PLS emergano esigenze di supporto sociale per la permanenza al domicilio ATS si attiva con le modalità in essere concordate con ciascuna Prefettura.

Il profilo ADI COVID è destinato ai pazienti COVID positivi che necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità. Possono essere:

- pazienti COVID positivi dimessi dalle strutture ospedaliere e dal PS verso il domicilio;
- pazienti COVID positivi già collocati al proprio domicilio per il periodo di isolamento domiciliare obbligatorio;
- pazienti con sintomatologia similinfluenzale a cui non viene effettuato il tampone.

ATTIVITA' E PRESTAZIONI

Per i pazienti per i quali viene attivata l'ADI COVID, l'Ente Erogatore accreditato garantisce:

1. primo accesso dell'infermiere **entro 24 ore dalla segnalazione** per valutazione dell'assistito, valutazione socio-abitativa, verifica delle conoscenze e integrazioni delle informazioni in merito alle modalità di trasmissione dell'infezione. In caso di situazione incompatibili con il corretto svolgimento dell'isolamento domiciliare, procede alla segnalazione al MMG che può proporre soluzioni alternative di isolamento extradomiciliare, d'intesa con ATS
2. informazione sulle modalità di esecuzione delle misure di isolamento. In particolare:
 - a. utilizzo esclusivo locali (stanza e bagno se disponibili)
 - b. modalità di gestione degli spazi condivisi (comprese situazioni in cui non sono disponibili bagno e stanza dedicati)
 - c. utilizzo della mascherina, guanti, lavaggio delle mani e regole di igiene raccomandate
 - d. divieto/limitazione ingresso di visitatori a domicilio
 - e. aereazione degli ambienti
 - f. modalità di sanificazione delle superfici
3. informazione all'assistito e caregiver in merito all'esigenza di rilevare la temperatura e gli eventuali sintomi e contestuale presentazione scheda di monitoraggio
4. informazione in merito ai contatti da attivare in caso di comparsa di sintomi (MMG/PdF/MCA, e alle modalità/situazioni in cui attivare il 112, di concerto con il proprio MMG/PLS;
5. consegna di mascherine chirurgiche per l'assistito e caregiver (1 a testa al giorno per i giorni di isolamento previsti)
6. sorveglianza attiva di tipo sanitario e follow up sanitario, anche utilizzando strumenti di telemonitoraggio;
7. programmazione/effettuazione contatti telefonici a frequenza quotidiana o plurisettimanale, a seconda della situazione del paziente;
8. reperibilità telefonica per ricevere chiamate dal paziente/care giver (almeno 12 ore, preferibilmente dalle ore 8 alle 20);

9. eventuali consulenze mediche domiciliari;
10. raccordo con MMG e strutture dimettenti;
11. raccordo con ATS per le attività di sorveglianza attiva;
12. effettuazione di prelievi, ove necessari;
13. effettuazione del tampone nasofaringeo su disposizione del MMG e per verifica di guarigione (due tamponi negativi a distanza di 24 ore) per i pazienti COVID

In caso di paziente preso in carico che necessita di monitoraggio della saturimetria quotidiano o plurisettimanale, l'erogatore deve garantire la misurazione al domicilio e raccordarsi con il MMG/PLS o struttura dimettente per decidere circa la prosecuzione del monitoraggio o l'invio in ospedale.

Per i pazienti che necessitano di ossigenoterapia, l'erogatore deve garantire anche la corretta istruzione all'uso dell'ossigeno terapia.

Per i pazienti dimessi dagli ospedali che necessitano di ginnastica respiratorio, l'erogatore deve garantire anche la corretta formazione in proposito onde evitare il rischio di contagio.

Devono sempre essere garantiti almeno due accessi dell'infermiere, uno all'inizio e uno alla fine della presa in carico, con possibilità di incremento nei casi di assistiti/caregiver che richiedono un maggior rinforzo e controllo delle modalità di gestione dell'isolamento (da documentare nel diario assistenziale).

La durata della presa in carico è di norma di 15 giorni, eventualmente prolungabile da parte del soggetto che ha attivato il profilo.

In presenza di altre fragilità va effettuata la valutazione multidimensionale e attivato il profilo assistenziale coerente con le prestazioni e gli accessi previsti.

MODALITÀ DI ATTIVAZIONE DEL PROFILO

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

Se il paziente è già in carico ADI ordinaria, o se il paziente manifesta necessità anche di ADI ordinaria, il profilo ADI COVID si integra con le attività di ADI ordinaria.

CARATTERISTICHE DEGLI EROGATORI ADI COVID

Come previsto nella DGR 2906/2020 possono offrire il profilo ADI COVID gli enti gestori accreditati e già a contratto con ATS per ADI che garantiscano:

- presenza di personale infermieristico, sociosanitario e medico (consulenza, se disponibile, di specialisti geriatri, infettivologi, pneumologi);
- reperibilità telefonica 7 giorni / settimana, H12 al giorno

DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE

Il monitoraggio prevede esclusivamente la compilazione del diario assistenziale, che deve tracciare gli accessi, le comunicazioni effettuate nello svolgimento del raccordo con MMG / struttura dimettente / ATS e le prestazioni effettuate. Il diario, puntualmente aggiornato, va lasciato a domicilio.

LA RETE REGIONALE DI CURE PALLIATIVE NELL'EMERGENZA COVID-19: DOCUMENTO DI RIORGANIZZAZIONE STRORDINARIA DEL MODELLO EROGATIVO E DELLA CAPACITA' DI OFFERTA DELLE RETI LOCALI DI CURE PALLIATIVE

1. PREMESSA

Il Sistema Socio-sanitario Lombardo è in una fase di rapida e urgente riorganizzazione finalizzata a fare fronte all'**emergenza da Covid19**. I posti letto ospedalieri che possono essere riconvertiti sono dedicati alla cura per pazienti COVID-19. Le attività cliniche e chirurgiche procrastinabili sono sospese.

Tutto ciò sta determinando **un forte incremento di pazienti complessi che devono essere assistiti a domicilio**.

Contestualmente all'implementazione di risorse ospedaliere dedicate a pazienti Covid19 con gravi sintomatologie respiratorie, **a fronte dell'emergenza in corso, si rende necessario riorganizzare e ampliare l'offerta di cure domiciliari utilizzando le potenzialità assistenziali capillarmente offerte dalle Reti Locali di Cure Palliative (RLCP)**.

La **Rete Regionale di Cure Palliative (RRCP)**, così come definita dalla DGR n. X/5918/2016 e dai successivi atti applicativi è composta da **72 Hospice e più di 128 Enti erogatori di CP domiciliari (UCP-Dom)** ed è articolata in **RLCP**, formalmente istituite ed operative in tutto il territorio lombardo. I dati di attività delle **prestazioni erogate e dei pazienti assistiti al domicilio nel 2019 dalle UCP-Dom** sono riportati nella **Tabella 1**.

Mentre il sistema per l'**Assistenza Domiciliare Integrata (ADI)** di cui ai **LEA del DPCM 12 Gennaio 2017** è costituito principalmente dall'insieme di prestazioni infermieristiche, riabilitative e assistenziali, le **Cure Palliative Domiciliari** erogate dalle UCP-Dom **delle RLCP** sono caratterizzate da una **forte componente clinico assistenziale garantita da parte di équipe medico-infermieristiche dedicate con solide competenze nella gestione dei pazienti con sintomatologie e quadri clinici complessi e da una presa in carico globale, 24 ore su 24, 365 giorni l'anno**.

In considerazione dell'attuale rapida riconversione funzionale del Servizio Socio Sanitario Regionale in atto per far fronte all'emergenza Covid19, si rende necessaria una riorganizzazione, straordinaria e limitata al periodo di emergenza epidemiologica COVID 19 del **Modello erogativo attualmente previsto dalla DGR n. X/5918/2016**, al fine di favorire l'incremento del numero di pazienti assistiti al domicilio. La **Tabella 2** contiene le possibilità di potenziamento erogativo da parte della Rete Regionale di Cure Palliative grazie alla rimodulazione delle modalità operative e degli standard di attività delle **UCP-Dom** (vedi **Tabella 3**).

A tal fine si ritiene strategico istituire due **Organismi Tecnici**, a livello Centrale e Periferico: **Gruppo Tecnico Centrale-CP-Covid19** (di seguito **GTC-CP**) e **Gruppo Tecnico Periferico-CP-Covid19** (di seguito **GTP-CP**) la cui composizione, i cui compiti e finalità sono descritti al paragrafo 3 - Nuovo assetto organizzativo (vedi **Figure 2 e 3**).

2. FINALITÀ, AMBITI DI RIORGANIZZAZIONE E SOGGETTI EROGATORI COINVOLTI

Le **finalità** della rimodulazione erogativa di cui al presente Documento sono descritte nella **Tabella 4**.

La **riorganizzazione del sistema erogativo regionale delle Cure Palliative**, nelle sue articolazioni periferiche (RLCP) e su base regionale, avverrà nei seguenti ambiti:

1. Ambito Domiciliare: questo ambito riguarda **l'ampliamento della presa in carico a domicilio da parte delle UCP-Dom attraverso la rimodulazione dell'offerta per le seguenti 2 tipologie di pazienti**:

a) Pazienti con bisogni di Cure Palliative, "pazienti CP-Dom", secondo quanto previsto dalla DGR n. X/5918/2016. Rappresenta la tipologia di pazienti già ad oggi presa in carico dalle UCP-Dom. Per questa tipologia di pazienti viene **rimodulata l'intensità assistenziale rispetto a quanto previsto dalle DGR n. X/5918/2016 e dai sub-allegati E e F della successiva DGR n. XI/1046/2018**. La rimodulazione, prevista in via transitoria per la durata dell'emergenza Covid19, consente di mobilitare risorse anche per la presa in carico dei pazienti descritti al successivo punto b (vedi **Tabella 2**).

b) Pazienti COVID Complessi, cronici e fragili, “pazienti CCF-Dom”, in dimissione dalle Strutture sanitarie, ivi compresi quelli assistiti dai Pronto Soccorso o dalle Strutture sociosanitarie, segnalati alle UCP-Dom dagli specialisti di riferimento, con diagnosi certa e terapia impostata, in fase di stabilità e non di acuzie (vedi Tabella 5).

Le nuove modalità operative sono descritte nella Tabella 6.

2.Ambito Consulenziale: Le Strutture accreditate per le Cure Palliative (Hospice e UCP-Dom), identificate secondo il percorso organizzativo di cui alla **Tabella 7, relativa alla Fase 1** e alla **Figura 1**, per le **Fasi successive**, sono tenute ad erogare prestazioni consulenziali, prioritariamente **per via telefonica e tramite tele consulto** o, qualora necessario, con **accesso diretto** da parte del medico e/o dell’infermiere; l’attività consulenziale è garantita a favore delle Strutture sanitarie e/o sociosanitarie residenziali (Ospedali, RSA, RSD, POT, PRESST) oppure dei MMG e del Sistema ADI Covid19 di cui alla DGR XI/2906/2020. Questo ambito deve essere sviluppato con l’obiettivo di promuovere l’identificazione precoce e tempestiva del bisogno di Cure palliative, anche al fine di assicurare a **pazienti affetti da Covid19** il controllo di **“Sintomi Difficili”** (quali il distress respiratorio e la dispnea caratteristici) e gli interventi di **“Sedazione Palliativa”** nel caso in cui almeno un sintomo divenga **“Refrattario”** ai trattamenti attuati.

In considerazione della emergenza in atto deve essere previsto l’avvio immediato dell’attività di consulenza come riportato in Fig.1. Parallelamente a questa Fase 1, l’attività consulenziale verrà sviluppata secondo quanto indicato in Tabella 7.

La rimodulazione dell’attività deve essere sincrona all’avvio di un percorso formativo rivolto ai professionisti operanti nelle Strutture sopraindicate (in primis ai medici e agli infermieri), agli operatori del Sistema ADI Covid19 ed ai MMG, in particolare nelle aree tematiche della identificazione precoce e tempestiva del bisogno di Cure palliative, del miglior controllo dei sintomi e della Sedazione Palliativa, privilegiando sin da subito la modalità del consulto telefonico.

I Soggetti Erogatori coinvolti sono rappresentati dalle Equipe di Cure Palliative delle Strutture accreditate e a contratto per il Profilo UCP-DOM di cui alla DGR X/5918/2016 e seguenti atti applicativi regionali.

Sin da subito, nella fase attuativa e riorganizzativa descritta nel Documento, sono ridefinite e costantemente rimodulate, in base all’evolversi dell’emergenza, le modalità di raccordo operativo tra la Rete Regionale delle Cure Palliative e la Rete dell’E/U, le Reti di Patologia, il Sistema ADI-Covid19, attualmente in fase di implementazione e la Medicina territoriale. Ciò avverrà per il tramite della integrazione funzionale fra la DG Welfare, l’Unità di Crisi e il Gruppo Tecnico Centrale CP-Covid19, descritto nel successivo paragrafo 3 (vedi Figura 2) e decentrando progressivamente, a livello di ciascuna ATS, gli interventi operativi, coordinati dai Gruppi Tecnici Periferici-Covid19 (vedi Fig.3).

3.NUOVO ASSETTO ORGANIZZATIVO (vedi Figure 2 e 3)

Per la finalità attuative del presente Documento sono istituiti i seguenti **Organismi Tecnici**, a livello Centrale e Periferico.

1. Livello “Centrale” c/o DG Welfare, in dipendenza dall’Unità di Crisi (UdC) COVID19 (vedi Figura 2)

Viene istituito il **Gruppo Tecnico Centrale-CP-Covid19 (di seguito GTC-CP)** che opera in dipendenza dalla **Unità di Crisi (UdC)** ai fini della definizione degli aspetti tecnici e formali necessari per avviare la fase attuativa del presente Documento.

Il GTC-CP è composto da un membro dell’Unità di Crisi, da almeno 3 professionisti esperti in Cure palliative, nella Direzione di Strutture di CP e/o nella Programmazione Sanitaria, da un referente della UO Rete Territoriale e da un funzionario della DG Welfare con esperienza nelle attività di programmazione della Rete Regionale di Cure Palliative.

Le funzioni del GTC-CP sono le seguenti:

1. Fornire all'Unità di Crisi tutti gli elementi tecnici finalizzati all'applicazione del presente Documento, in particolare per ciò che riguarda l'analisi del bisogno, i modelli di riorganizzazione, le risorse necessarie, gli aspetti tecnologici e quelli relativi alla formazione/informazione del personale.

Il supporto tecnico è finalizzato anche a fornire modalità operative riferite alla:

- a. presa in carico domiciliare dei pazienti;
- b. consulenza specialistica da parte degli Erogatori identificati in questa prima fase applicativa.

2. Definire i modelli organizzativi e operativi di integrazione con il Sistema ADI-Covid, in attuazione delle indicazioni regionali.

3. Monitorare le attività periferiche conseguenti al processo di riconversione emergenziale di cui al presente Documento secondo modalità successivamente definite.

4. Garantire la continuità dei flussi di comunicazione-informazione con i Gruppi Tecnico Periferici- CP-Covid19 (GTP-CP) di cui al successivo punto 2.

5. Coordinare le attività formative ed informative relative all'oggetto del presente Documento (si veda Paragrafo 2).

2. Livello "Periferico", presso le ATS, in integrazione con il GTC-CP (vedi Figura 3)

Viene istituito in ciascuna ATS il **Gruppo Tecnico Periferico-CP-Covid19** (di seguito **GTP-CP**) che opera in stretta integrazione funzionale con il GTC-CP.

Il GTP-CP è composto da:

a) Direttore Socio-Sanitario dell'ATS e/o dal **Direttore Sanitario dell'ATS** (o loro delegato) in relazione agli ambiti di competenza;

b) Direttore/Responsabile del Dipartimento di CP di cui alla DGR n.X/5918/2016 o suo delegato; qualora non sia stato istituito il Dipartimento di CP, dal Referente/Coordinatore della RLCP o suo delegato. Nel caso in cui fossero presenti più articolazioni funzionali della RLCP nella stessa ATS fanno parte dell'Organismo i Direttori/Coordinatori di ogni Dipartimento di CP oppure il Referente/Coordinatore della RLCP o loro delegati.

c) Una unità di supporto amministrativo.

Le **funzioni** del GTP-CP sono le seguenti:

1. Applicare le indicazioni fornite a livello regionale per l'attuazione del presente Documento, in stretta integrazione con il GTC-CP.

In particolare ciò riguarderà la implementazione dei 2 ambiti descritti nel presente Documento: a) la presa in carico domiciliare dei pazienti ; b) La consulenza specialistica.

2. Definire i modelli organizzativi e operativi di integrazione periferica con il Sistema ADI-Covid19, in attuazione delle indicazioni regionali.

3. Garantire la continuità dei flussi di comunicazione/informazione con i soggetti operanti nelle RLCP.

4. Monitorare le attività conseguenti al processo di rimodulazione di cui al punto 1.

5. Attuare le attività formative ed informative definite a livello regionale.

6. Avvalersi delle organizzazioni di Volontariato attive nel settore delle CP e disponibili per le attività di home-working, nell'osservanza delle direttive emanate a livello nazionale e regionale per la prevenzione della diffusione dell'epidemia.

4. NUOVO MODELLO EROGATIVO

4.1. CONSULENZA SPECIALISTICA

In considerazione dell'estrema urgenza si ritiene necessario definire, in questa prima fase applicativa (definita Fase 1), le caratteristiche generali tecnico-organizzative dell'attività consulenziale, facendo riferimento a quanto contenuto nella Tabella 7 per garantire un avvio nel più breve tempo possibile.

Nel primo periodo temporale della Fase 1, illustrata nella Figura 1, verrà attivata una **Centrale Unica Regionale (CUR-CP-CCF Dom)** per avviare un servizio consulenziale centralizzato (numero unico Regionale-CP-CFF-Dom), in considerazione dei tempi tecnici, valutabili da 2 a 5 gg, necessari per attivare i Punti di Consulenza Locali, in ciascuna ATS (vedi Tabella 7).

Le caratteristiche generali delle attività consulenziali saranno progressivamente rimodulate da parte del GTC-CP, in base all'evolversi dell'emergenza e tenuto conto della sostenibilità della risposta ai bisogni, dandone attuazione per il tramite dei CTP-CP (vedi Figura 1).

4.2 UCP DOM per PERIODO EMERGENZA COVID19

Le caratteristiche clinico-organizzative relative all'ambito di attività domiciliare sono descritte nelle **Tabelle 3,5 e 6**. Le tariffe giornaliera e di presa in carico per CP-Dom e CCF-Dom, saranno oggetto di successive indicazioni.

Per quanto non descritto nelle Tabelle rimangono in vigore le indicazioni della DGR n. X/5918/2016 e dalla n. DGR X/1046/2018.

La tipologia dei pazienti eleggibili con bisogni di Cure Palliative rimane invariata per quanto previsto dalla DGR n. X/5918/2016, mentre per i pazienti Complessi, Cronici, Fragili (**CCF**), i criteri di eleggibilità sono riportati in **Tabella 5**.

TABELLA 1. VOLUMI DI ATTIVITA' EROGATA DALLE UCP-DOM, RETE REGIONALE CURE PALLIATIVE ANNO 2019							
ATS	Percorsi Totali	Percorsi con livelli base	Percorsi Specialistici	GdC complessive	GEA Complessive	Accessi Complessivi	Accessi Medico
Milano	4.987	1.431	4.124	211.726	110.548	365.635	108.696
Insubria	1.753	698	1.362	61.377	31.396	126.808	30.427
Montagna	478	181	367	18.660	9.800	42.574	10.236
Brianza	2.355	797	1.712	95.897	48.154	134.217	36.896
Bergamo	2.225	1.417	1.136	70.619	38.713	114.497	14.128
Brescia	924	513	528	33.874	17.324	66.935	15.715
Val Padana	1.605	672	1.150	97.583	41.671	147.593	34.940
Pavia	559	222	365	22.770	13.893	82.131	6.799
Totale complessivo	14.886	5.931	10.744	612.506	311.499	1.080.390	257.837

TABELLA 2. OFFERTA DI CURA POTENZIALE E CAPACITÀ DI RISPOSTA DELLA RETE REGIONALE CP A FAVORE DI PAZIENTI DELLA TIPOLOGIA CP-DOM E DELLA TIPOLOGIA CCF-DOM: SIMULAZIONE UCP-DOM vs UCP-DOM CONSEGUENTE ALLA EMERGENZA COVID-19			
UCP-DOM DATO STORICO (2019)	N. Pazienti presi in carico UCP-Dom nel 2019		14.886
	CIA medio		0,51
	Giorni di Cura		612.506
	Durata Media Percorso in giorni		41,15
UCP-DOM –EMERGENZA COVID-19	GIORNI DI CURA	DELTA	Ipotesi di incremento/anno N. PAZIENTI
SIMULAZIONE 1 - CON CIA 0,4	778.747	166.241	+ 4.040
SIMULAZIONE 2 - CON CIA 0,3*	1.038.330	425.824	+ 10.348*
* QUESTO DATO INDICA CHE PER FAR FRONTE ALLA CRISI, NEL PROSSIMO MESE POTREBBERO ESSERE ASSISTITI DALLA RETE REGIONALE CP TRA GLI 800 E I 1000 PAZIENTI, OLTRE A QUELLI GIÀ IN CARICO			

TABELLA 3. ELEMENTI CARATTERIZZANTI UCP-DOM-EMERGENZA COVID19 (vedi anche Tabella 5)
1. Il Colloquio di PIC può avvenire per via telefonica
2. Sospensione temporanea dell'obbligo del PAI (comunque gli obiettivi vanno riportati nel diario)
3. Profilo unico di Presa in carico domiciliare per entrambe le tipologie di pazienti: CP-Dom e CCF-Dom
4. Superamento dei livelli "di base" e "specialistico" di cui alla DGR X/5918/2016 con unica caratterizzazione dei percorsi assistenziali con CIA > 0,2
5. Un accesso medico minimo domiciliare ogni 10 giorni
6. Estensione della Pronta disponibilità medico-infermieristica , già in essere per la tipologia dei pazienti in UCP-Dom, anche per i pazienti della tipologia CCF-Dom
7. Monitoraggio telefonico quotidiano nei giorni in cui non avviene l'accesso domiciliare dell'equipe UCP-Dom, da lunedì al venerdì nei giorni feriali. Tutte i colloqui telefonici devono essere tracciati nella documentazione clinica
8. Prescrizione su Ricettario Regionale , da parte del Medico dell'UCP-Dom e/o del MMG, di tutti i farmaci necessari per la cura dei pazienti della tipologia CCF-Dom , in coerenza con il quadro clinico e con quanto indicato nella Lettera di Dimissione dalle Strutture Sanitarie e Sociosanitarie
9. Garanzia per i pazienti della tipologia CCF-Dom , dell' accesso ai farmaci con obbligo di piano terapeutico PT a carico SSR, secondo la normativa vigente, ,
10. Possibilità , anche per la tipologia di pazienti CCF-Dom , di accesso ai farmaci ad uso ospedaliero inseriti nella terapia all'atto della dimissione o successivamente previa indicazione a parte dello specialista di riferimento
11. Fornitura diretta di presidi e degli ausili necessari per i pazienti della tipologia di Cure Palliative (CP-Dom) secondo quanto specificato nella nota DG Welfare Prot. N. G1.71420 del 23.06.2017, allegato 4. Fornitura diretta di presidi anche per i pazienti della tipologia CCF-Dom secondo quanto previsto dalla sopra citata mentre per la fornitura di ausili per questa tipologia di pazienti si applicano le indicazioni della normativa vigente
12. Lo specialista di riferimento della Struttura dimettente che ha richiesto la PIC da parte della UCP-Dom garantisce al medico della stessa l'attività consulenziale , anche telefonica, per la durata della presa in carico, secondo modalità da concordare all'atto della dimissione
13. Qualora emergano bisogni di Cure Palliative nei pazienti assistiti nella tipologia CCF-Dom , l'eventuale passaggio alla modalità assistenziale prevista per la tipologia dei pazienti in UCP-Dom avviene con valutazione congiunta da parte del medico dell'UCP-Dom e dello specialista di riferimento per la patologia prevalente

TABELLA 4. FINALITA' DELL'OFFERTA DI CURE DOMICILIARI DA PARTE DELLE UCP-DOM -EMERGENZA COVID-19
1. Prevenire l'infezione da COVID-19 per pazienti fragili , anche attraverso attività informativa nei confronti del nucleo familiare
2. Gestire i pazienti che a causa dell'emergenza sanitaria COVID-19 non hanno la necessità di essere più a lungo ospedalizzati intervenendo nel setting domiciliare per promuovere la stabilità clinica e assistenziale, controllare i sintomi e prevenire forme di aggravamento della condizione clinica
3. Ridurre in misura significativa ed urgente gli accessi ospedalieri e ai PS dei pazienti non COVID-19
4. Garantire la rapida presa in carico da parte della Rete Locale di CP favorendo la dimissione dalle strutture sanitarie o sociosanitarie verso il territorio, ivi compresi i Pronto Soccorso
5. Contenere le readmission ospedaliere
6. Formare e informare il personale sanitario e socio-sanitario non specificamente operante nella RLCP sulle basi del controllo dei sintomi
7. Integrare le attività di Case Management già previste per la presa in carico del malato cronico
8. Coinvolgere e formare i famigliari e i caregiver nei processi assistenziali e relazionali

TABELLA 5. DESCRIZIONE DEL PAZIENTE CCF-DOM ELEGGIBILE DALLA RETE LOCALE CURE PALLIATIVE			
Paziente CCF-DOM eleggibile in UCP-DOM	A) COMPLESSO che richiede non unicamente interventi di tipo prestazionale ma presenta bisogni che richiedono una presa in carico multi-professionale e continuativa in quanto è prevedibile un mutamento delle condizioni di stabilità clinica	B) CRONICO: presenza di una o più patologie croniche, come da indicazione della dgr 6164/2017. "Governo della domanda: avvio della presa in carico di pazienti cronici e fragili. Determinazioni in attuazione dell'art. 9 della legge n. 23/2015."	
	In dimissione da:	C) FRAGILE: presenza di quadro clinico stabilizzato ma che richiede supporto e monitoraggio clinico e assistenziale al fine di contenere il presentarsi di recidive, complicanze o scadimento delle condizioni generali che potrebbero portare a readmission 1. Struttura Sanitaria 2. Sono compresi i PS 3. Struttura Sociosanitaria	• Diagnosi certa • Terapia impostata • Stabilità clinica precaria • Non in acuzie • Segnalazione da parte dello specialista di riferimento della Struttura che dimette • Garanzia di consulenza da parte dello specialista di riferimento a favore del medico palliativista • Paziente COVID
	N.B. SI RITIENE OPPORTUNO CHE I PAZIENTI INTERESSATI DALLA PRESA IN CARICO CCF-DOM RISPONDANO AI REQUISITI DEI PUNTI A), B), C) E SIANO RIFERIBILI AI LIVELLI 1 E 2 DELLA STRATIFICAZIONE DELLA CRONICITÀ DI REGIONE LOMBARDIA		

TABELLA 6. QUADRO SINOTTICO COMPARATIVO UCP-DOM DOPO EVOLUZIONE DEL PROFILO ORGANIZZATIVO E REVISIONE PRO TEMPORE DEGLI STANDARD DI ESERCIZIO. POTENZIAMENTO DELL'OFFERTA DI CURA A FAVORE DI PAZIENTI IN DIMISSIONE DALLE STRUTTURE DI RICOVERO E CURA			
ELEMENTI CARATTERIZZANTI UCP-DOM	UCP-DOM 2019 DGR 5918/2016 DGR 1046/2018	UCP-DOM-EMERGENZA COVID19	
		CP-DOM	CCF-DOM
Tipologia Paziente	CON BISOGNI CP	CON BISOGNI CP	Complesso, Cronico e Fragile
Colloquio di PIC per via telefonica	NO	SI	SI
Obbligo del PAI	SI	NO	NO
Profilo Base (0,5 <CIA> 0,2) e Specialistico (CIA ≥ 0,5)	SI	NO (CIA > 0,2)	NO (CIA > 0,2)
Tariffa giornaliera (Euro)	Base: 42,70 Spec: 88,60	Da definire	Da definire
Tariffa Presa in carico (Euro)	156	Da definire	Da definire
Almeno un accesso medico ogni 10 giorni	SI (solo CP di base)	SI	SI
Pronta Disponibilità	SI	SI	SI
Monitoraggio telefonico quotidiano nei giorni in cui non viene effettuato l'accesso, con implementazione del teleconsulto	NO	SI	SI
Erogazione diretta dei farmaci	SI	SI	NO (Prescrizione con Ricettario Regionale)
Farmaci disponibili con Piano Terapeutico	SI (inusuale)	SI (inusuale)	SI
Disponibilità dei farmaci ospedalieri	SI	SI	Frequente
Presidi (Secondo quanto specificato nella nota DG Welfare Prot. N. G1.71420 23.06.2017, allegato 4)	SI	SI	NO Salvo quanto indicato per le prestazioni ADI
Ausili (Si rimanda alle modalità prevista dalla normativa regionale)	SI	SI	NO
Attivazione di consulenze da parte dello specialista di riferimento della Struttura dimettente per tutta la fase della presa in carico domiciliare	NP	NP	SI

TABELLA 7 PERCORSO ORGANIZZATIVO DELLE ATTIVITA' CONSULENZIALI SUCCESSIVO ALLA FASE 1 (FASI SUCCESSIVE DI IMPLEMENTAZIONE)		
1	Identificazione degli Enti Erogatori coinvolti	Le ATS danno mandato ai Dipartimenti di Cure Palliative CP di segnalare uno o più Enti erogatori con caratteristiche adeguate previa acquisizione della disponibilità
		L'ATS formalizza l'avvio dell'attività consulenziale offerta con ciascun Ente Erogatore precedentemente identificato
		L'ATS invia a DG Welfare, al GTC-CP-Covid19 ed al GTP-CP-Covid19 l'elenco degli Enti erogatori per i quali è stata formalizzata l'attività consulenziale
		I GTP-CP-Covid19 definisce i modelli organizzativi e operativi di integrazione con il Sistema ADI-Covid, in attuazione delle indicazioni del GTC-CP-Covid19
2.a	Implementazione e <u>Percorso formativo</u>	Gli Enti erogatori coinvolti identificano: -il personale medico e infermieristico -i supporti tecnologici necessari -una mail e un n° di telefono mobile dedicato
		Viene raccolta e condivisa in un Fascicolo elettronico la documentazione predisposta dal Gruppo Tecnico Centrale relativa ai principali protocolli clinici e assistenziali (Raccomandazioni e Linee Guida delle Società Scientifiche), in particolare sulla Sedazione Palliativa
		Il GTP-CP-Covid19 predispone la turnistica idonea ad assicurare la copertura del servizio secondo quanto previsto dal GTC-CP-Covid19, in accordo con gli Enti erogatori coinvolti.
		Il GTP-CP-Covid19 predisposizione le modalità di richiesta ed attivazione della consulenza, nelle sue differenti modalità, in applicazione delle indicazioni fornite dal GTC-CP-Covid19
		Predisposizione della modulistica
2.b	Informazione	Il GTP-CP-Covid19 definisce gli strumenti e le modalità ritenute più idonee per informare le Direzioni e i medici dei reparti ospedalieri e delle RSA-RSD e i MMG, in merito alle caratteristiche del Servizio di consulenza.
3	Avvio del servizio	Da definire da parte delle ATS
4	Monitoraggio	Da definire da parte delle ATS

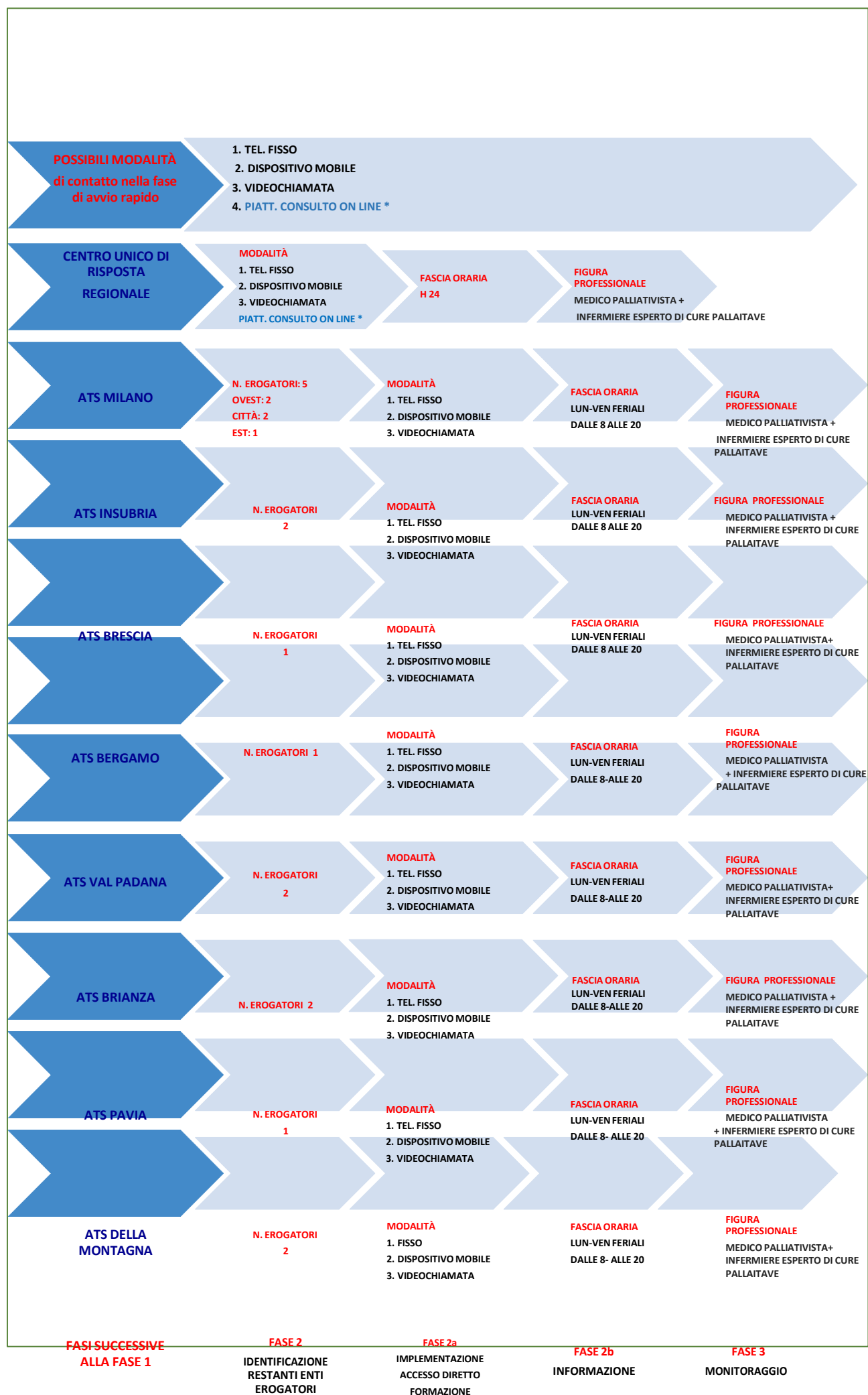


Figura 2. Gruppo Tecnico Centrale -CP-COVID-19

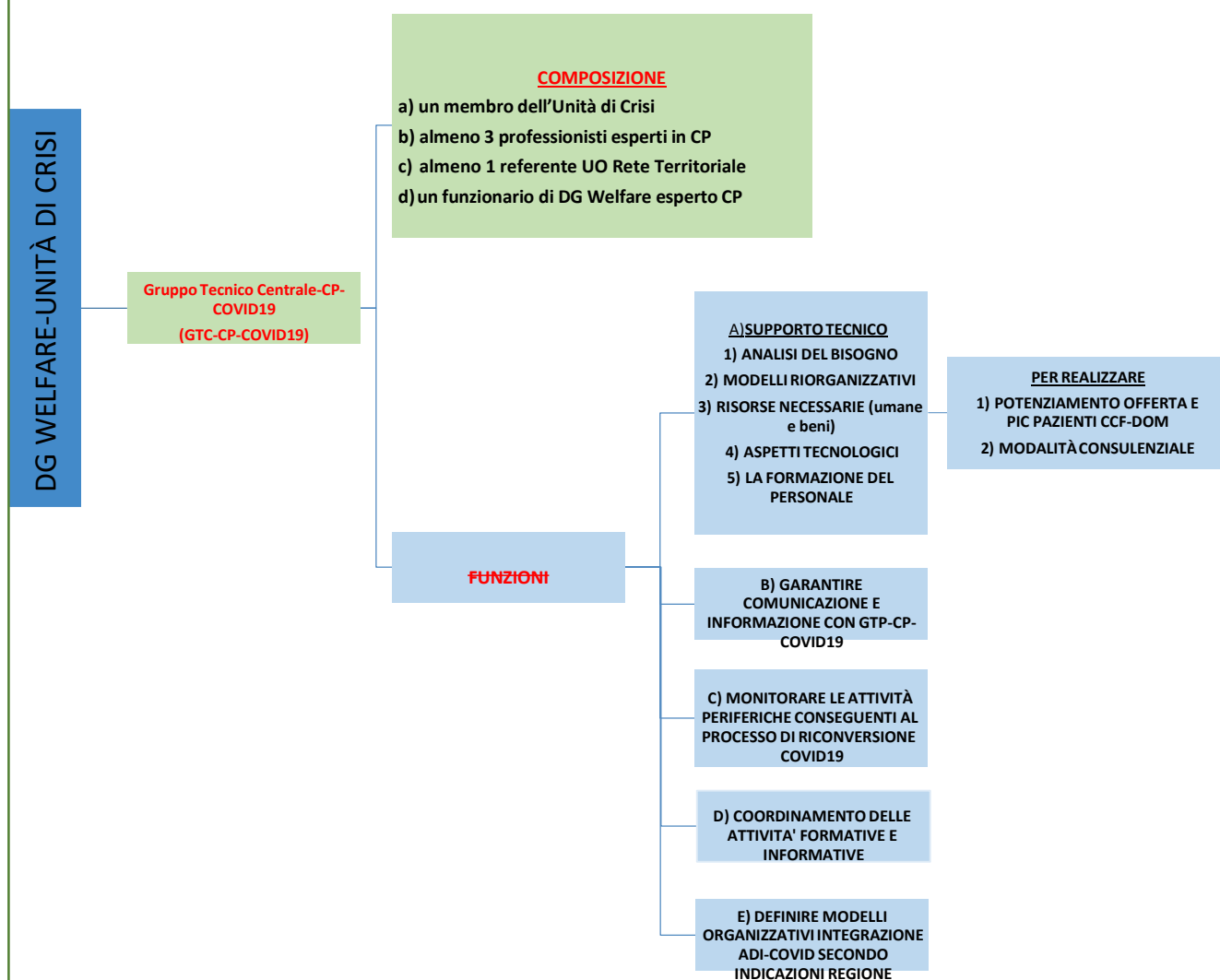
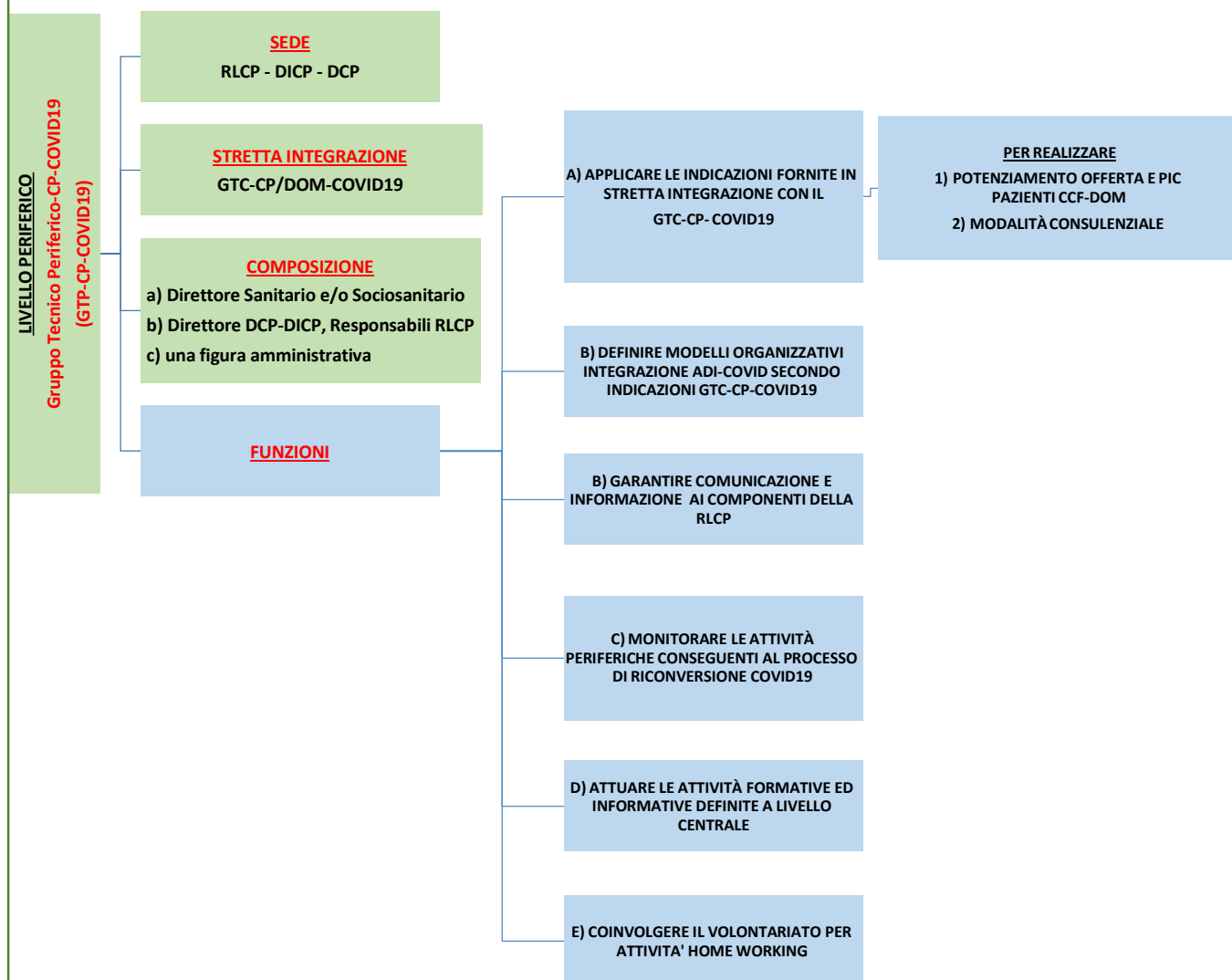


Figura 3. Descrizione dell'Organismo Gruppo Tecnico Periferico-CP/DOM-COVID19



Servizio di telemonitoraggio Pazienti COVID-19

Il servizio ha l'obiettivo di consentire ai medici di medicina generale ed ai medici delle strutture sanitarie di ridurre il numero di contatti con i pazienti ad alto rischio, riducendo allo stesso tempo la possibilità da parte dei pazienti di entrare in contatto, proprio presso le strutture di assistenza, con il virus e quindi con forme di contagio.

Il servizio risponde, inoltre, non solo ai pazienti COVID positivi, ma anche a quelli non ancora testati ma che hanno sintomatologia influenzale riconducibile a COVID. Il sistema inoltre potrebbe poi essere progressivamente esteso anche a pazienti cronici e fragili che potrebbero, in caso di contagio, vedere aggravarsi la propria condizione di salute fino a renderla a rischio vita. Proprio per questi ultimi pazienti vi è la necessità di maggior accesso al servizio sanitario, ma senza doverli esporre al contatto fisico in un luogo che è da considerarsi in questo momento ad alto rischio.

La soluzione proposta potrebbe pertanto consentire di effettuare la sorveglianza clinica delle condizioni del paziente, in raccordo con il medico di famiglia e, in alcuni casi, di monitorare anche l'andamento di alcuni parametri clinici misurati con device assegnati al paziente.

Infine, non ultimo, il servizio risponde anche alla necessità di tutelare la sicurezza e la salute del personale medico ed infermieristico consentendo di affiancare all'attuale protezione fisica tramite presidi, che pure scarseggiano, una protezione attiva che riduca drasticamente le occasioni di contatto.

Tutto quanto sopra premesso, si descrivono di seguito le caratteristiche del servizio, evidenziando gli attori coinvolti nel sistema e la sua modalità di funzionamento attraverso gli strumenti messi a disposizione dai sistemi digitali.

Gli **attori coinvolti** nel servizio sono:

- i Medici di Medicina Generale (MMG) e i Medici Ospedalieri delle strutture dimettenti (di seguito Medico);
- gli operatori della unità speciale di Continuità Assistenziale appositamente costituita (di seguito Operatore CA);
- la Centrale Servizi Medico-sanitaria (di seguito Centrale Medica) del territorio di competenza;
- il Centro di Supporto Tecnologico (di seguito Centro Tecnologico) del territorio di competenza;
- i pazienti sospetti o accertati positivi al COVID-19 (di seguito Paziente), classificati come segue:
 - 1) paziente sospetto positivo in auto-isolamento o paziente accertato positivo in quarantena;
 - 2) paziente dimesso da ricovero ospedaliero.

Possono inoltre essere sottoposti a monitoraggio preventivo, pazienti considerati ad alto rischio a causa delle condizioni di salute (es. cronici, immunodepressi, ecc.), che qualora contagiati sarebbero nelle condizioni di rischio vita.

Il servizio è erogato attraverso le seguenti **componenti tecnologiche**:

- Piattaforma Applicativa fruibile da Web e app Mobile iOS e Android (di seguito Piattaforma) che consenta l'acquisizione dei dati clinici del Paziente in modalità manuale da parte del Paziente stesso o in modalità automatica tramite appositi device, o, eventualmente attraverso un collegamento telefonico effettuato dalla Centrale Medica con il paziente;
- Kit di Tele-monitoraggio composto dai seguenti componenti:
 - dispositivo mobile (tablet o smartphone) compreso di connettività Internet tramite rete mobile;
 - device per la misura dei parametri oggetto di monitoraggio:
 - termometro;
 - sfigmomanometro;
 - saturimetro (pulsossimetro);
 - spirometro

- eventuale strumentazione per i MMG e, nella eventualità, per gli infermieri di studio (Case Manager), al fine di poter garantirne l'operatività (es. la lettura dei parametri di monitoraggio, video-consulti con Paziente e Care-Giver), anche in mobilità.

Il **processo** si basa sul seguente modello di riferimento

per i pazienti in isolamento sospetti covid o Covid

- il Medico di MMG) richiede alla Continuità Assistenziale l'attivazione del servizio di visita domiciliare uno specifico Paziente;
- la Continuità Assistenziale, in cooperazione con il Medico, prende contatto con il Paziente e sulla base del suo stato di salute, al termine della visita determina la necessità e l'eventuale composizione più idonea del Kit di Tele-monitoraggio e lo assegna al paziente, prescrivendo l'attivazione del servizio e formandolo al suo utilizzo;
- la Centrale medica avvia il servizio di telesorveglianza contattando telefonicamente il paziente;
- durante il periodo di tele-monitoraggio i dati raccolti e gli allarmi generati dalla Piattaforma sono messi a disposizione della Centrale Medica e resi visibili al MMG ed eventualmente all'erogatore ADI;
- al termine del periodo di monitoraggio, il paziente che si reca all'ambulatorio per fare il tampone, restituisce il Kit dal Paziente;
- il Centro di Supporto Tecnologico preleva il Kit per la sua sanificazione e la messa a disposizione per un prossimo Paziente.

Per i pazienti positivi COVID dimessi al domicilio

- alla dimissione del paziente, il medico ospedaliero, laddove reputi necessaria l'attivazione di un servizio di telesorveglianza, effettua la prescrizione, consegna al paziente un idoneo kit di tele-monitoraggio formandolo per il suo utilizzo e attiva il servizio.
- la Centrale medica avvia il servizio di telesorveglianza contattando telefonicamente il paziente
- durante il periodo di tele-monitoraggio i dati raccolti e gli allarmi generati dalla Piattaforma sono messi a disposizione della Centrale Medica e resi visibili al MMG, ai medici del reparto dimettente ed eventualmente all'erogatore ADI;
- al termine del periodo di monitoraggio, il paziente che si reca all'ambulatorio per fare il tampone di controllo, restituisce il Kit;
- il Centro di Supporto Tecnologico preleva il Kit per la sua sanificazione e la messa a disposizione per un prossimo Paziente

La **Piattaforma** applicativa eroga le seguenti **funzionalità**:

- impostazione del piano di monitoraggio (tipologie, frequenza delle e condizioni di allarme delle misure da raccogliere) su base singolo Paziente e di un eventuale piano di sorveglianza attiva;
- raccolta, secondo piano di monitoraggio e di sorveglianza definiti, dei dati clinici inseriti su dispositivo mobile manualmente dal Paziente o automaticamente tramite device;
- analisi dell'andamento dei dati clinici e segnalazione di allarmi al verificarsi delle condizioni definite;
- tracciare eventuali comunicazioni originate dal Paziente.

Il **Centro Supporto Tecnologico**, operante 8-20 7/7, opera a supporto dei Medici, dei pazienti oltre che per le Centrali Mediche, è incaricato di:

- erogare, gestire e mantenere la Piattaforma applicativa esposta sulla rete, con caratteristiche aderenti alle normative vigenti in materia di protezione dei dati personali/sicurezza delle informazioni;
- fornire e configurare il Kit (dispositivo mobile, device) sulla base delle necessità del singolo Paziente, delle indicazioni del MMG e della Continuità Assistenziale;
- su base giornaliera, consegnare alla Continuità Assistenziale;
- e ritirare dagli ambulatori i Kit rispettivamente al termine del loro utilizzo da parte del Paziente;

- provvedere alla sanificazione e manutenzione del Kit ritirato (comprensiva della completa cancellazione dei dati ivi registrati) prima del suo successivo riuso;
- fornire assistenza tecnica ai MMG, alla Continuità Assistenziale e alla Centrale Medica tramite Help Desk per l'utilizzo della Piattaforma e del Kit.

La **Centrale Medica**, operante per almeno H12 (8-20) 7/7, è incaricata, di:

- monitorare i dati e rilevare gli allarmi di natura sanitaria generati dalla Piattaforma;
- svolgere sorveglianza attiva, tramite chiamate voce o con video, sui Pazienti secondo il piano definito;
- gestire gli allarmi secondo i protocolli definiti (che possono prevedere il coinvolgimento del Medico), tramite chiamate voce o con video;
- svolgere il ruolo di primo contatto per necessità dei Pazienti in collaborazione con il MMG che lo ha in carico che in ogni caso attraverso la piattaforma vedrà la notifica d'intervento (coinvolgendo il Centro di supporto Tecnologico nel caso di supporto inerente all'utilizzo della Piattaforma e del Kit);
- raccogliere e registrare nella Piattaforma le comunicazioni originate dai Pazienti al pari del medico di medici generale che lo ha in carico.

Per pazienti in isolamento domiciliare covid positivi o sintomatici il servizio di Centrale Medica potrebbe essere svolto anche dalle cooperative accreditate per la presa in Carico.

Per i pazienti dimessi dagli ospedali i servizi di centrale medica potrebbero essere svolti dalla struttura che dimette. Sono ammesse forme di aggregazione di più strutture che possono incaricare un'unica centrale medica. Per tutti i pazienti i servizi di centrale medica sono comunque ricompresi all'interno del profilo ADI Covid, se attivato.

Le Centrali mediche possono essere affiancate da una Struttura Tecnica Regionale per la gestione dei contatti con i Pazienti (es. Contact Center Regionale).

La **strategia di realizzazione** prevede la selezione di più **fornitori** per quanto possibile e se rispondenti ai requisiti imposti dal sistema (ognuno operante su una area territoriale) per la fornitura dei servizi del Centro di Supporto Tecnologico e delle componenti tecnologiche (Piattaforma Applicativa) dei servizi di centrale medica, ed, opzionalmente del Kit di Tele-monitoraggio e che possano dimostrare di possedere i requisiti tecnici e di esperienza specifica maturata e di essere in grado di attivare immediatamente il servizio, ricomprendendo i partner tecnologici assegnatari progetti 'Nuove reti sanitarie'. In caso di emergenza per fault di un centro tecnologico territoriale, uno degli altri dovrà essere nelle condizioni di subentrare in logica di recovery fault avendo la piena possibilità di agire.

All'erogazione del servizio nel suo complesso, potranno concorrere le strutture ospedaliere accreditate e le cooperative di MMG accreditati per i progetti di presa in carico dei pazienti, utilizzando le soluzioni proposte dai fornitori selezionati o qualora già dispongano in proprio dell'insieme di piattaforme adeguati per l'erogare del tele-monitoraggio. Nei rimanenti casi verrà incaricato del servizio il fornitore selezionato per quel territorio, ferme restando i requisiti di recovery di funzionamento.

Per i pazienti presi incarico con il profilo di ADI covid, la realizzazione di questi servizi, anche per il tramite dei fornitori selezionati è parte integrante della prestazione di Assistenza Domiciliare Integrata

Nella configurazione di servizio e secondo le ipotesi sopra esposte, la composizione del costo del servizio da affidare ai fornitori sarà organizzata come segue:

Descrizione	Importo (Iva esclusa)
Costo una tantum di dotazione di strumentazione agli operatori che partecipano al servizio	1.200.000 €

Costo a consumo per paziente (per 14 giorni di utilizzo)	Servizi di telemonitoraggio	
	A) Fornitura della Piattaforma applicativa (da applicare agli erogatori del servizio che non dispongono di una piattaforma propria)	20 €
	B) Servizio di telesorveglianza base (Piattaforma applicativa e Servizi della centrale Medica)	150€
	C) Servizio di telesorveglianza avanzati (Piattaforma applicativa, servizi della centrale medica e Kit completo sfigmomanometro, saturimetro, termometro e spirometro)	Fino a 270 € (a seconda dei device disponibili)

Nell'ipotesi che il servizio operi nel seguente **scenario**:

- Per gli erogatori accreditati e a contratto che si candidano ad erogare il servizio di telemonitoraggio, verrà riconosciuta l'attività rendicontata, nell'ambito del contratto esistente eventualmente integrato;
- Per le cooperative accreditate PIC verranno riconosciute l'attività rendicontata, che per pazienti PIC ricomprende anche la quota di presa in carico;
- Per gli erogatori di ADI covid il servizio è ricompreso nella tariffa del profilo;
- **Per fornitori selezionati**, ciascuno operante su una definita area territoriale si prevede di poter attivare prestazione di telemonitoraggio per un massimo di **10.000 pazienti complessivi** oggetto di monitoraggio contemporaneo con la seguente **distribuzione dei Kit**;
 - 50% di classe B)
 - 50% di classe C)
- **14 gg. di durata monitoraggio** per Paziente;

Per l'attivazione del servizio, su una prima base massima di 20.000 pazienti si costituisce un fondo di 5,4 milioni di Euro, che verranno utilizzati in parte per l'integrazione dei contratti esistenti con i soggetti accreditati, le cooperative e gli erogatori ADI e in parte per i servizi attivati dai fornitori selezionati