

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza

Integrazione, sussidiarietà, solidarietà:

l'esperienza CoViD-19 sul territorio di ATS Brianza

(Febbraio – giugno 2020)

SOMMARIO

INTRODUZIONE	4
L'EMERGENZA COVID-19 NELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA	5
NUOVE FORME DI COORDINAMENTO NELLA PANDEMIA DA COVID-19	7
1 EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO	9
1.2 Andamento temporale dell'epidemia	10
1.3 Andamento dell'epidemia per Comune	13
1.4 Evoluzione spazio-temporale dell'epidemia a livello comunale	14
1.5 Mortalità	17
1.6 Effetti della CoViD sul funzionamento dei principali sistemi sanitari	21
1.6.1 Ricoveri ospedalieri	21
1.6.2 Pronto soccorso	25
1.6.3 Prestazioni ambulatoriali	26
2 LA CURA A LIVELLO OSPEDALIERO	27
2.1 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza	28
2.2 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco	32
2.3 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate	43
2.4 Il contributo degli erogatori sanitari privati accreditati	46
2.4.1 Policlinico di Monza	46
2.4.2 Istituti Clinici Zucchi	49
2.4.3 Istituto Maugeri di Lissone	52
2.4.4 Casa di Cura Beato Luigi Talamoni	55
2.4.5 G.B. Mangioni Hospital	57
3 LA CURA A LIVELLO TERRITORIALE	59

3.1 Le Cure Primarie	60
3.2 Il ruolo della medicina di famiglia	61
3.3 Le Cure Domiciliari	63
3.4 Le azioni degli Enti Locali	64
3.4.1 Le principali attività svolte dalle Province di Lecco e di Monza e Brianza durante l'emergenza CoViD-19.	64
3.4.2 Gli interventi sociali dei Comuni durante l'emergenza CoViD 19	65
3.4.3 Proposte dei Comuni/Ambiti per il miglioramento della rete di assistenza territoriale	68
3.5 Il call center per il supporto sociale: «l'emergenza che unisce»	69
3.6 Il lavoro delle Associazioni	75
3.7 La cura nelle strutture per anziani e per disabili	79
4 LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA	82
4.1 Contact Tracing	82
5 LA COMUNICAZIONE	85
5.1 La comunicazione istituzionale	85
5.2 La consulenza alla rete dei servizi	85
5.3 La consulenza ai cittadini	86
6 LA SPINTA AL COORDINAMENTO E ALL'INTEGRAZIONE	87
ABBREVIAZIONI E ACRONIMI	88
Ringraziamenti	89



Perché questo documento?

A distanza di un anno dalla prima fase o “ondata” della pandemia da SARS-CoV-2/COVID-19, questo documento può creare meraviglia.

La pandemia ci ha costretti a correre e far sentire lontani momenti ed esperienze recenti, trasformando i mesi in anni, tanto sono stati densi di accadimenti, sentimenti ed azioni.

Eppure, anche se la pandemia ha viaggiato velocemente, è necessario ricavare il tempo per la riflessione e l'analisi.

Le ragioni di questa necessità di raccogliere le informazioni e analizzare i fatti sono molteplici e possono essere sintetizzate come segue. Innanzitutto, dal punto di vista metodologico ragionare su dati consolidati e verificati permette di avere un quadro più realistico di quanto accaduto, meno legato a letture personali e alla narrazione corrente, spesso contraddittoria e basata sull'enfasi di alcuni fatti non sempre rappresentativi della realtà.

In secondo luogo, comprendere quanto è accaduto è fondamentale per rimodulare, ripensare alla quotidianità dell'agire, rivalutare i nostri modelli di comportamento e di interazione sociale.

Abbiamo bisogno di capire le azioni e modi di vivere e lavorare che oggi sono realtà - al momento dell'uscita di questo documento - e che entreranno, presumibilmente, a far parte del patrimonio permanente di questa società.

Inoltre, una analisi complessiva a 360 gradi di quanto accaduto permette di rendere evidenti, per rafforzarle, le positività emerse in una esperienza nuova e sconosciuta a tutti, valorizzando, a livello istituzionale, la capacità di un territorio di fare rete, di lavorare gli uni a supporto degli altri in un'ottica di sussidiarietà orizzontale “innata”; a livello di società civile, mettendo in risalto la presenza di tante energie del volontariato e di una generosità permeante nella nostra comunità.

Infine, il “raccontare” quanto realizzato e “lasciarne traccia” è il modo più significativo di ringraziare tutte le persone, sia a livello istituzionale che comunitario, di ogni grado ed ambito di azione, che hanno dato il loro contributo ad alleviare le sofferenze, a confortare, a sostenere e, ne siamo convinti, ad affermare nel territorio un messaggio forte (“ci siamo”), di grande auspicio per l'uscita definitiva da questa crisi pandemica.

L'auspicio finale è che ognuno di noi nel “comprendere” questa fotografia del nostro territorio abbia la voglia di trasmettere ad altri le ricchezze, i valori e l'impegno delle tante persone e organizzazioni che con convinzione e determinazione hanno operato per il bene comune.

Flavio Polano

Presidente della Conferenza dei Sindaci

Silvano Casazza

Direttore Generale



*Il Prefetto della Provincia di
Monza e della Brianza*

L'EMERGENZA COVID-19 NELLA PROVINCIA DI MONZA E DELLA BRIANZA

L'esplosione dell'emergenza pandemica ha posto l'Italia di fronte a un nemico nuovo e sconosciuto, manifestatosi in maniera fragorosa e tragica, in particolare nella Regione Lombardia.

Un nemico invisibile che, nell'elaborazione della prima strategia di contrasto del contagio, ha condizionato profondamente la vita della comunità, modificandone le abitudini, i tempi della quotidianità e le forme delle relazioni sociali.

La forza dirompente che ha caratterizzato il contagio nel corso della cosiddetta 'fase 1' ha posto al centro dell'agenda politica e amministrativa del Paese l'esigenza di proteggere la comunità da un attacco senza precedenti, di fronte al quale la tutela della salute pubblica è divenuta una priorità assoluta nell'azione quotidiana di tutte le Istituzioni del territorio.

Rivolgendo oggi il pensiero a quel periodo è possibile comprendere che si è trattato della più grande emergenza che il nostro Paese è stato chiamato ad affrontare dal dopoguerra.

Sono stati mesi di lavoro incessante per l'intero sistema territoriale, le cui componenti si sono misurate con uno sforzo senza precedenti, al fine di fornire a tutti gli attori del sistema sanitario locale il sostegno necessario per la cura dei malati e per il tracciamento e il contenimento del contagio.

Fin dalle prime ore successive alla notizia del primo caso accertato nella Provincia di Monza e della Brianza, presso la Prefettura è stata istituita una cabina di regia con la partecipazione delle Amministrazioni locali, delle Forze di polizia, dei Vigili del Fuoco e delle Autorità sanitarie, con l'obiettivo di condividere le informazioni e allineare le attività e le iniziative dei diversi soggetti coinvolti nella gestione dell'emergenza.

Pensato con l'obiettivo di promuovere la collaborazione tra le Istituzioni per fornire sostegno al sistema sanitario, nel corso del tempo il modello organizzativo adottato nel Centro Coordinamento Soccorsi della Prefettura ha consentito di affrontare efficacemente le diverse esigenze emerse non soltanto sul piano della tenuta del sistema sanitario provinciale, ma anche su quelli dell'attuazione delle misure di contenimento e della gestione delle ricadute che le stesse hanno provocato in diversi aspetti della vita della collettività.

Attraverso la continua ricerca del confronto e della sintesi è stato possibile rilevare tempestivamente e intervenire sulle molteplici criticità progressivamente emerse, promuovendo il dialogo tra tutte le componenti del sistema territoriale (Autorità sanitarie, Provincia, Comuni, Forze di polizia) impegnate a vario titolo nella gestione dei tanti e diversi profili progressivamente incisi dall'emergenza epidemiologica.

Nei mesi successivi il modello descritto è stato adottato anche per la gestione della ripresa dapprima delle attività produttive e poi dell'attività scolastica in presenza, risultati raggiunti attraverso un confronto continuo non soltanto con le specifiche Istituzioni compe-

tenti, ma anche con i corpi intermedi (Sindacati e Organizzazioni di categoria) rappresentativi degli interessi coinvolti.

Nel corso della pandemia l'azione istituzionale è stata dunque ispirata dalla volontà di ridurre le distanze tra amministratori e amministrati, valorizzando al massimo l'informazione e l'ascolto di tutte le componenti della società e la condivisione con le stesse delle problematiche e delle esigenze provenienti dal territorio.

Tale approccio, riflesso del senso di responsabilità nei confronti di tutti i consociati, ha consentito di prevenire il rischio di tensioni e conflittualità in una fase senza precedenti nella vita della comunità, attraverso un esercizio quotidiano di prossimità delle Istituzioni ai cittadini, a tutela della stabilità del sistema.

In questo contesto, nel corso della 'fase 1' gli attori del sistema sanitario territoriale sono stati chiamati a fronteggiare una crisi tragica, recitando da protagonisti un copione dal finale non scritto.

Sebbene ad oggi l'emergenza non sia ancora archiviata, gli sforzi affrontati dai sanitari per raggiungere una conoscenza sempre maggiore del virus hanno permesso, e permetteranno in futuro, di migliorare sempre più la strategia di contrasto del contagio e la tutela della salute.

Il traguardo non è ancora stato raggiunto, ma rivolgendo lo sguardo allo scorso mese di febbraio è possibile vedere un lungo tratto di strada ormai alle spalle, percorso – con grande sacrificio e gravissime perdite – nell'unica direzione possibile, quella della tutela del bene pubblico e della collettività.

Patrizia Palmisani

Prefetto della Provincia di Monza e della Brianza



Il Prefetto di Lecco

NUOVE FORME DI COORDINAMENTO NELLA PANDEMIA DA COVID-19

L'emergenza sanitaria, che ha colpito così drammaticamente anche il nostro Paese, ha ridisegnato, rafforzandola, l'azione di coordinamento del Prefetto, quale rappresentante del Governo sul territorio.

Da un anno ormai viviamo una stagione straordinaria di emergenza, che ha generato una grave crisi economica e sociale, con pericoli seri di tensioni e fratture della coesione complessiva del sistema. A ciò si aggiunge il paventato, ma anche qui concreto, rischio di infiltrazioni illegali nel circuito economico-finanziario, di speculazioni selvagge che solitamente vengono perpetrate in momenti di crisi e che minano non solo il mondo imprenditoriale, ma anche quello delle famiglie che possono vedersi costrette a cedere a forme di finanziamento occulto ed opaco.

Siamo di fronte a forbici sociali che tendono a polarizzarsi sempre di più. Dinanzi ad uno scenario così complesso e che rischia di contaminare drammaticamente il tessuto non solo produttivo, la Prefettura è stata chiamata (ed è chiamata nei mesi a venire) a svolgere un ruolo di raccordo e di coordinamento, attraverso ulteriori forme di sostegno, per accompagnare e sostenere le varie realtà del territorio complessivamente intese, monitorando anzitutto le misure che il Governo ha adottato, senza trascurare anche le numerose ordinanze emanate, sia dai governi regionali che locali, nel contesto di quel policentrismo amministrativo che caratterizza il nostro ordinamento.

Con un dovere in più da assolvere: quello di rispondere con tempestività ed orientare le numerose domande provenienti dal territorio, secondo una visione coordinata ed una logica che tenga conto delle sue specifiche e multiformi peculiarità.

Il Prefetto, in un momento in cui il pluralismo istituzionale rischia di diventare frazionamento capillare di responsabilità, con difficoltà concrete da parte dei cittadini di riuscire a risalire ai centri di imputazione, ha svolto con rinnovato impegno e spirito di servizio la sua tradizionale funzione di coordinamento, cimentandosi anche in settori nuovi, in un quadro caratterizzato da forti tensioni e spinte corporative necessariamente da governare e da gestire in una cornice unitaria.

Una mission delicata, quindi, da declinare, con profili di indubbia novità, in svariati settori per garantire coerenza di sistema, efficienza e garanzia dei diritti civili e sociali. Si pensi, nella prima fase del lockdown alle migliaia di istanze pervenute dalle aziende del territorio per continuare l'attività produttiva, al vaglio dei relativi presupposti, o ai numerosi quesiti di associazioni di categoria o singoli

cittadini, nonché alla pianificazione dell'attività di controllo e vigilanza svolta dalle Forze dell'Ordine per garantire il rispetto delle misure restrittive e dei corretti comportamenti da tenere.

Il tutto coordinato nei collegi presieduti dal Prefetto, quali il Comitato Provinciale per l'Ordine e la Sicurezza Pubblica, la Conferenza Permanente, il C.C.S. (Centro Coordinamento Soccorsi), l'Osservatorio sul credito e sulla criminalità organizzata: organi di consulenza che hanno supportato l'attività in questa fase emergenziale per corrispondere ad esigenze e bisogni inediti, ad aspettative amplificate da una situazione del tutto nuova, mai sperimentata prima.

Oggi più che mai, di fronte ad una situazione in cui le fragilità sociali rischiano di esplodere, il ruolo del Prefetto deve connotarsi di un nuovo pragmatismo e rinnovata professionalità. E, d'ora in poi, dovrà sempre più arricchirsi per autorevolezza, capacità di mediazione, di sintesi e appassionata ricerca della massima condivisione possibile. Questo si aspettano i cittadini, i lavoratori e le imprese, poiché vi è bisogno di sentire lo Stato vicino, non in maniera autoritaria, ma dialogante e autorevole, solida e affidabile. Quando le difficoltà crescono, chi rappresenta il Governo sul territorio deve esprimere affidabilità e terzietà a garanzia delle fasce più deboli.

In questa direzione, il Prefetto ha una funzione baricentrica, quella del bilanciamento tra valori costituzionalmente tutelati: diritto alla salute e libertà dell'iniziativa economica; diritto allo studio e contenimento del rischio da contagio e così via. Emblematiche, in questo senso, le accennate autorizzazioni rilasciate per attività produttive essenziali e strategiche, nonché la validazione delle comunicazioni alla prosecuzione di attività di filiera, che migliaia di aziende hanno fatto pervenire. Oppure il ruolo svolto per garantire la ripresa dell'attività didattica in presenza per le Scuole Superiori attraverso i Tavoli di Coordinamento e l'elaborazione di documenti operativi ad hoc, per contemperare le esigenze di due comparti fondamentali, la Scuola ed il Trasporto pubblico locale. Tutto ciò è stato fatto con impegno e grandissimo sforzo che è stato, ad onor del vero, unanimemente riconosciuto. Senza dimenticare poi il fondamentale raccordo con le autorità sanitarie (ASST e ATS) e l'opera essenziale svolta dalle Forze dell'Ordine in tutti i contesti, compreso quello per assicurare un ordinato e sereno svolgimento della campagna vaccinale.

Questo ruolo di garanzia è sicuramente la conferma che i Prefetti sono capaci di mettersi in gioco, e di rimodulare le funzioni ad essi affidate, per esercitarlo al passo dei tempi e della pandemia che stiamo vivendo, rendendosi promotori di ogni iniziativa utile per supportare l'economia, calibrando la propria azione sui bisogni di ciascun territorio, coltivando un continuo ed incessante dialogo con il sistema delle autonomie. Un dialogo che va costruito partendo dal basso, con pazienza ed umiltà, mettendo da parte ogni forma superflua di autoreferenzialità.

Solo tutti insieme si potrà superare questa emergenza epocale, seppure resteranno indelebili le perdite di vite umane e occorrerà uno sforzo unitario per fronteggiare la crisi economica e sociale prodotta dalla pandemia.

1 EPIDEMIOLOGIA DEL FENOMENO

L'evoluzione dell'epidemia da SARS-CoV-2 ha colpito in modo importante il territorio di ATS Brianza. L'andamento quotidiano dei casi rilevato a livello di ATS e dei territori delle Province di Lecco e di Monza e Brianza è sintetizzato nell'immagine che segue (Fig. 1). In totale, tra l'inizio di marzo e la fine di giugno 2020, circa 9.000 soggetti domiciliati nelle Province di Lecco e di Monza e della Brianza sono entrati nell'elenco dei contagiati quasi esclusivamente in quanto risultati positivi al tampone. I dati e le evidenze contenuti nel presente report sono commentati soprattutto in relazione al periodo marzo - giugno 2020, ma alcune informazioni riguardano anche il periodo successivo. Non tutti i dati presentati sono consolidati e potranno essere oggetto di revisione alla luce di successive verifiche e integrazioni che verranno presentate in occasione delle future edizioni di questo documento.

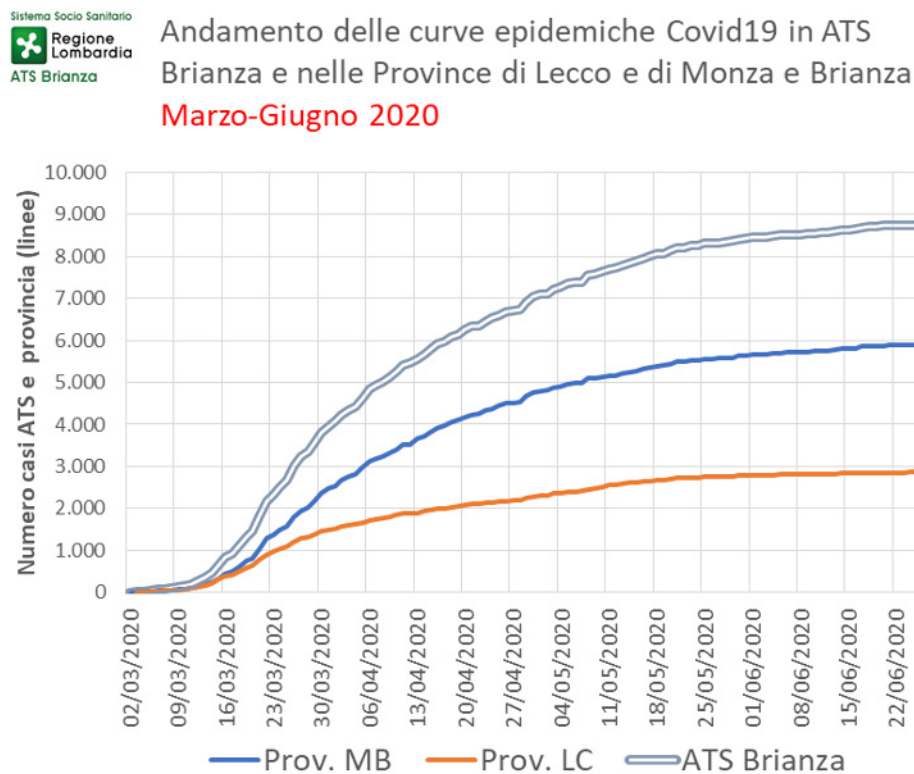


Fig. 1

1.2 Andamento temporale dell'epidemia

L'epidemia di COVID-19 ha avuto manifestazioni evidenti in Lombardia alla fine del mese di febbraio 2020 raggiungendo la sua massima espressione, in termini di incremento di casi, durante il mese di marzo 2020. Dal suo esordio, l'U.O.C. Epidemiologia di ATS Brianza monitora l'andamento dell'epidemia attraverso la raccolta dei dati provenienti dalle varie fonti disponibili (Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria di ATS, Laboratori analisi, Ospedali, Regione, etc).

All'inizio dell'epidemia la fruizione e, soprattutto, la sistematizzazione dei dati non è stata, come facilmente intuibile, immediata e precisa, ma è andata via via consolidandosi durante il mese di marzo.

Il grafico seguente (Fig. 2) esemplifica, per singoli giorni, i valori di nuovi casi rispetto al giorno precedente e illustra come l'incremento dei casi in ATS Brianza, a partire dal 2 marzo 2020, sia stato progressivamente più rapido. Nella Figura 2 si vede, infatti, che dopo la prima metà del mese di marzo, che ha mantenuto per un certo tempo un andamento di crescita sostanzialmente lineare, si è assistito ad un aumento più rapido, specie nell'ultima decade di marzo, con un progressivo rallentamento nel periodo successivo quando le curve diventano sempre meno ripide.

Analoghe considerazioni sono valide considerando le singole Province di Monza e Brianza e di Lecco.

In totale, tra l'inizio di marzo e la fine di giugno 2020 quasi 9.000 domiciliati sono risultati positivi al tampone: 5.920 nella provincia di Monza e 2.869 nella provincia di Lecco, **con una prevalenza di positivi ogni 1.000 abitanti** (numero di positivi in rapporto alla popolazione suscettibile) di **6,7 nella provincia di Monza e 8,5 in quella di Lecco** (7,2 il valore medio per ATS).

Nel grafico sono riportati con barre verticali gli andamenti quotidiani nei due capoluoghi di provincia.

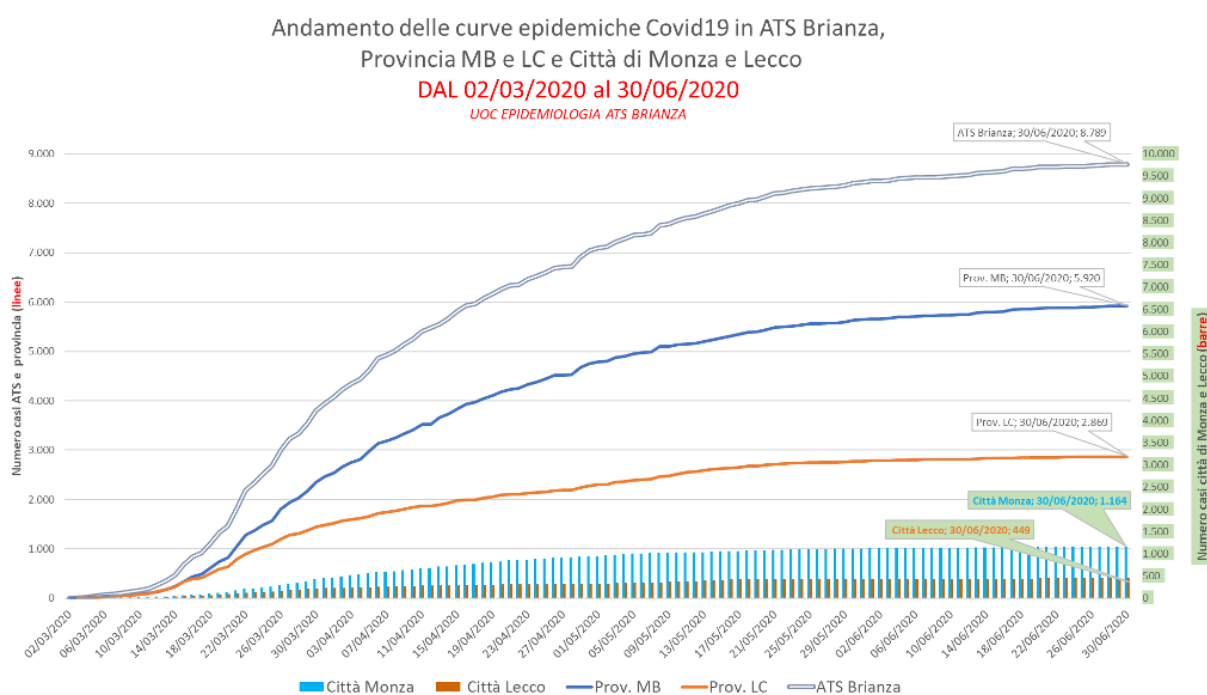


Fig. 2

Nel grafico seguente (Fig. 3) è rappresentato il “numero assoluto” di casi giornalieri di CoViD-19 distintamente per le province di Monza e di Lecco e si nota come abbiano avuto un andamento simile nel tempo, anche se con numerosità inferiore per la provincia di Lecco, e si rileva come per entrambe le province il picco nel numero dei casi si sia avuto intorno al 20 marzo, al netto di marcate ondulazioni nel periodo iniziale dell'epidemia che testimoniano anche una disponibilità “a poussé” dei dati, giustificabile in considerazione dell'emergenza e della messa a disposizione non regolare di fonti informative eterogenee (ad esempio arricchimento di database regionali normalizzati).

Si noti come il numero dei casi abbia iniziato a stabilizzarsi dopo la metà di giugno.

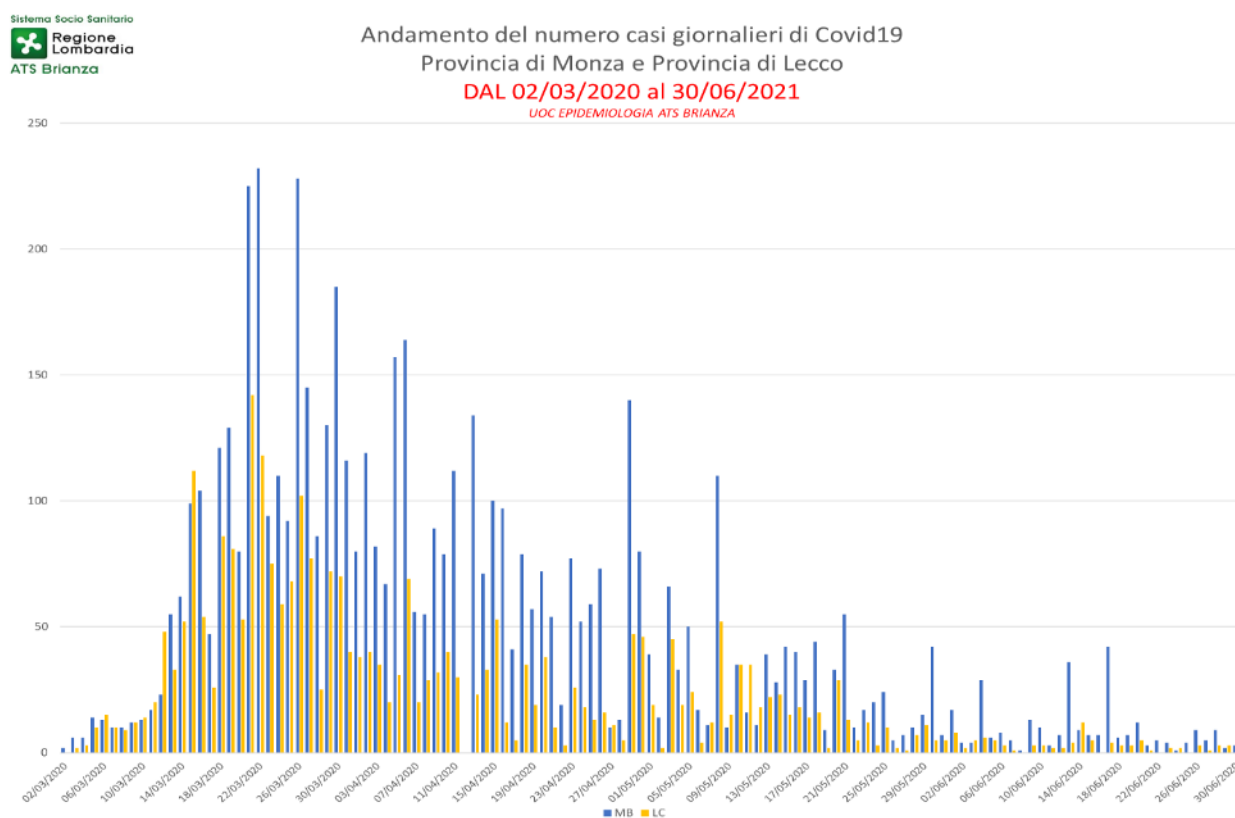


Fig. 3

La numerosità dei casi in Provincia di Lecco è in buona parte spiegata dalla minore numerosità della popolazione (337.087 vs. 878.260 abitanti rispettivamente nelle Province di Lecco e di Monza e Brianza).

Il grafico che segue (Fig. 4) esemplifica gli andamenti dei numeri di casi quotidianamente registrati rapportati alla popolazione suscettibile: come si nota, il tasso di casi per 100.000 abitanti è più alto nella provincia di Lecco (barre gialle) rispetto alla provincia di Monza (barre azzurre) soprattutto nella fase iniziale della pandemia.

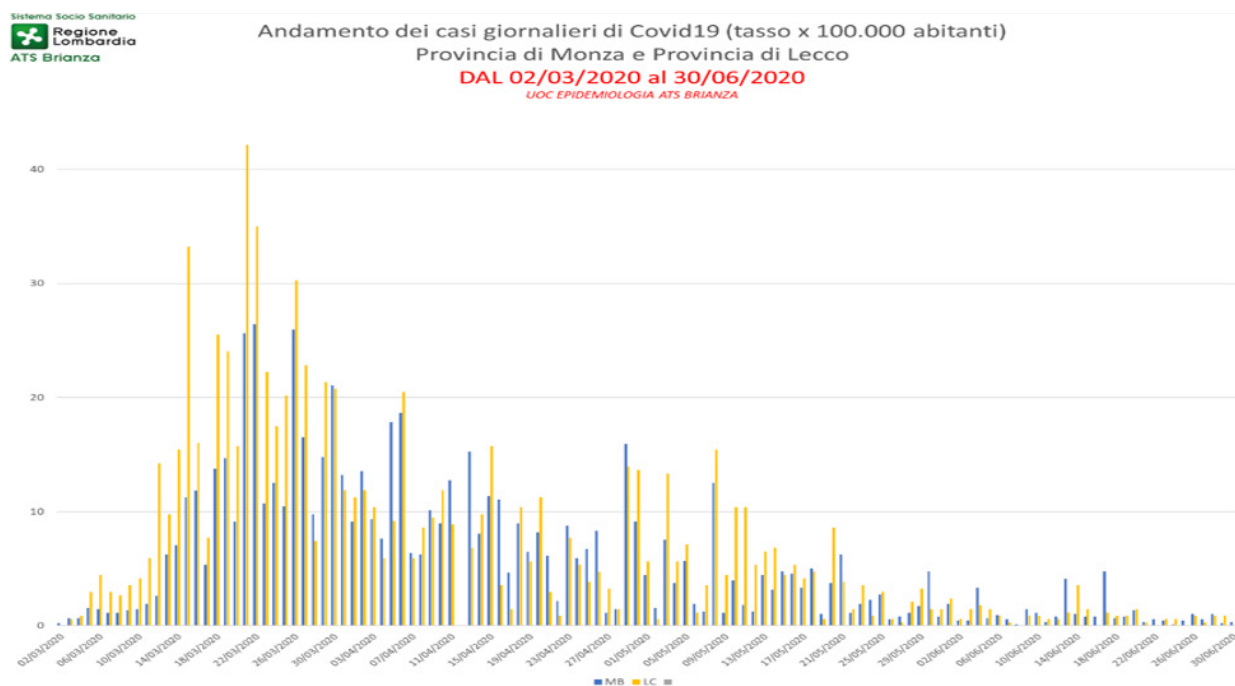


Fig. 4

1.3 Andamento dell'epidemia per Comune

Provincia di Lecco

Nel grafico seguente (Fig. 5) sono riportati in ordine decrescente i tassi dei casi positivi comunali per 100.000 abitanti nei comuni della **provincia di Lecco**. Spicca il tasso d'incidenza dei casi positivi nel comune di Perledo che arriva quasi a 6.000 casi per 100.000 abitanti (legato in parte ad un focolaio di infezione in una RSA), mentre il 76% dei comuni ha un tasso inferiore a 1.000 casi per 100.000 abitanti mentre 5 comuni hanno un tasso pari a zero.

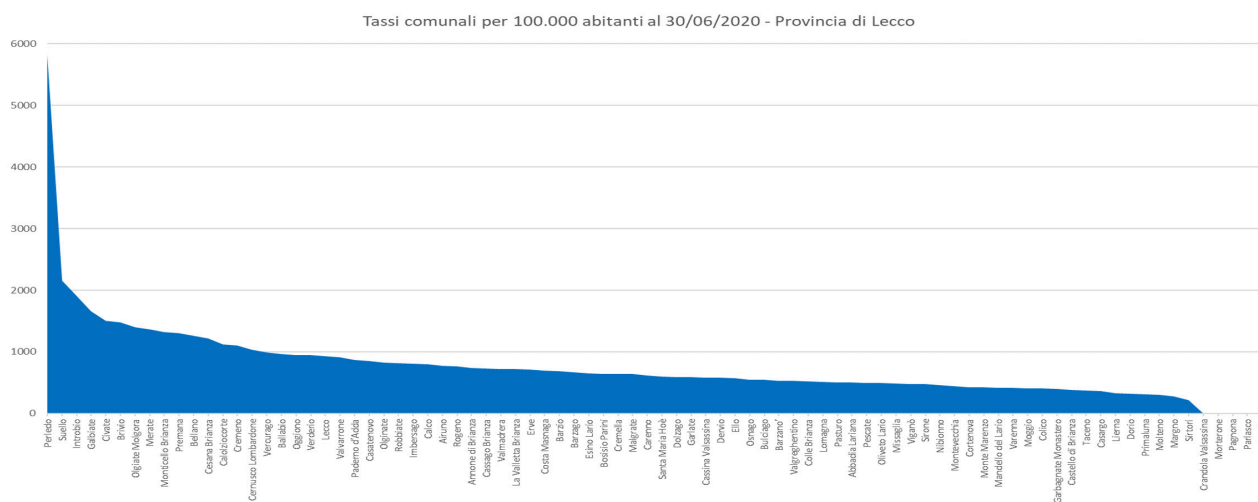


Fig. 5

Provincia di Monza e Brianza

Nel grafico seguente (Fig. 6) sono riportati in ordine decrescente i tassi dei casi positivi comunali per 100.000 abitanti nei comuni della provincia di Monza e Brianza. Spicca il tasso d'incidenza dei casi positivi del comune di Busnago, unico comune della Provincia che superi i 1.300 casi per 100.000 abitanti. Si rileva che 1 comune ha un tasso di poco superiore a 1.000 casi per 100.000 abitanti; 35 comuni hanno un tasso compreso tra 500 e 1.000 casi per 100.000 abitanti e 18 comuni hanno tasso inferiore a 500 casi per 100.000. Nessun comune è stato risparmiato dall'epidemia.

Il valore particolarmente elevato di Busnago è legato ad un episodio epidemico in una RSA occorso all'inizio del mese di maggio.

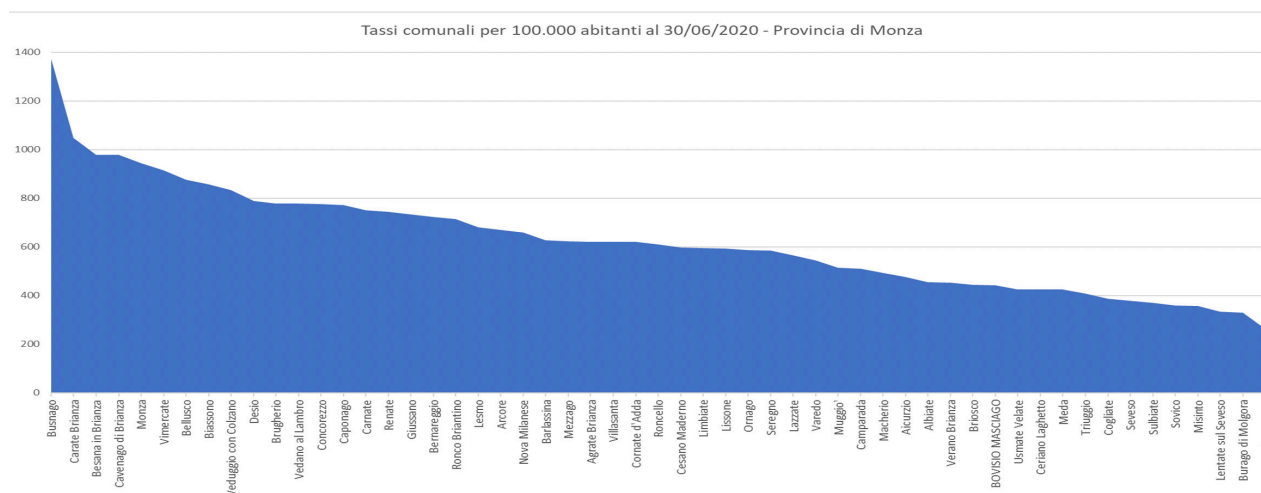


Fig. 6

1.4 Evoluzione spazio-temporale dell'epidemia a livello comunale

Per meglio rappresentare lo sviluppo dell'epidemia sul territorio nel tempo e le differenze tra comuni, le mappe seguenti illustrano visivamente la diffusione alle date del 18/03/2020, 01/04/2020, 15/04/2020, 01/05/2020, 15/05/2020, 31/05/2020 e 30/06/2020: le misure sono espresse in termini di tassi comunali di soggetti positivi ogni 100.000 abitanti. I colori più chiari indicano numerosità inferiori e in tutte le mappe la scala dei colori è costante e rappresentata in termini di casi per 100.000 residenti. Ad ogni data viene rappresentata la numerosità totale in rapporto alla popolazione (tasso di prevalenza) di soggetti positivi per comune. Il confronto nel tempo delle mappe, distanziate approssimativamente di due settimane tra di loro, consente di apprezzare come i cambiamenti in termini di numero di casi per comune sia stato in crescita molto rapida a marzo e aprile (i colori scuri compaiono progressivamente in modo incalzante guardando le mappe progressivamente più recenti) per poi diventare pressoché stabili da maggio, mese in cui l'aumento giornaliero di casi è stato decisamente più contenuto. È evidente come lo sviluppo dell'epidemia in ATS Brianza abbia avuto agli esordi quote di soggetti positivi più alte nel lecchese e nel meratese, con verosimile derivazione dai territori limitrofi dell'ATS di Bergamo, area in cui si sono registrati i tassi più elevati in Lombardia. I tassi elevati nei comuni a popolazione più ridotta sono conseguenti all'inevitabile impennata dei valori a fronte anche di pochissimi casi.

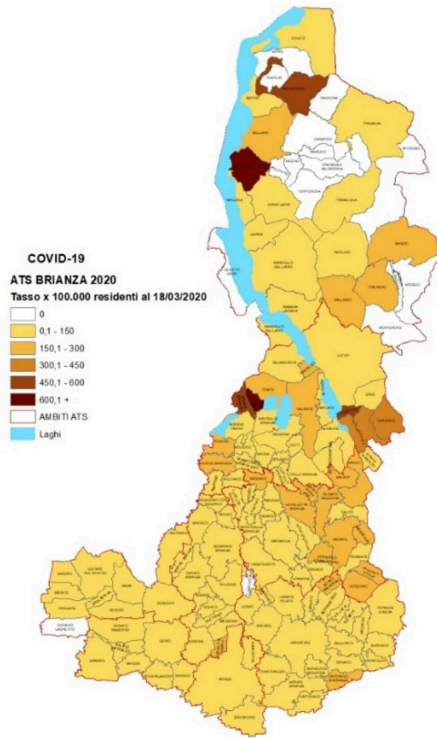


Fig. 7

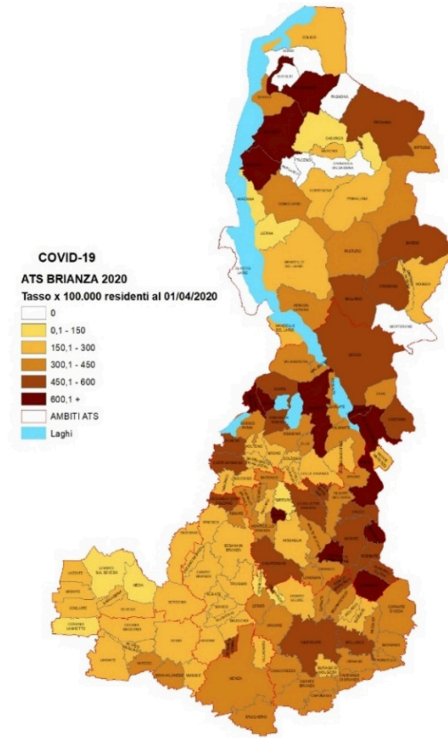


Fig. 8

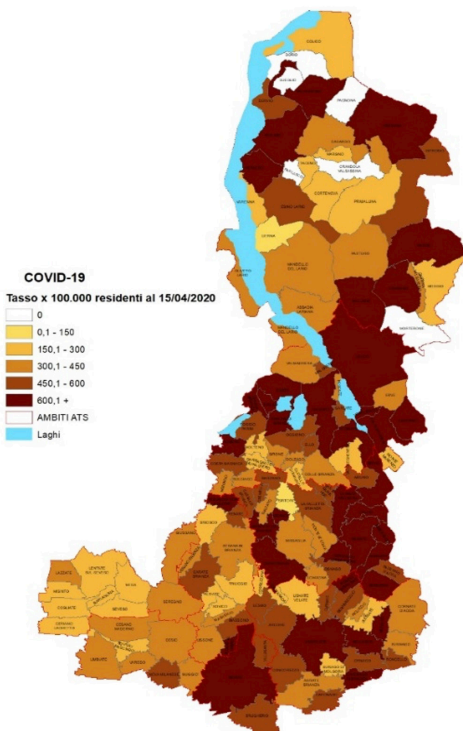


Fig. 9

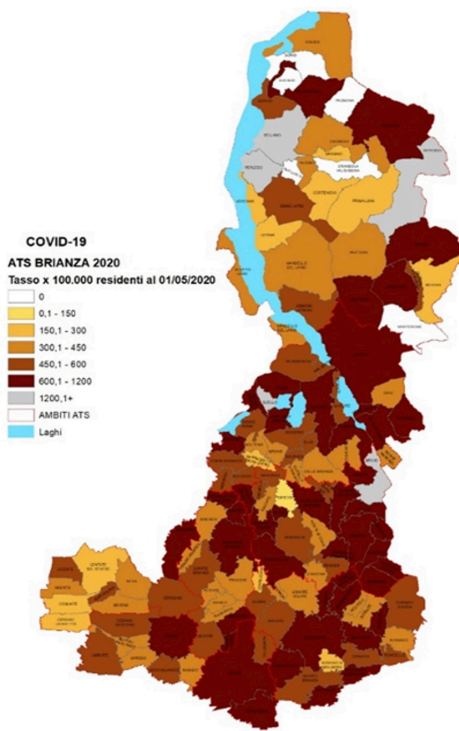


Fig. 10

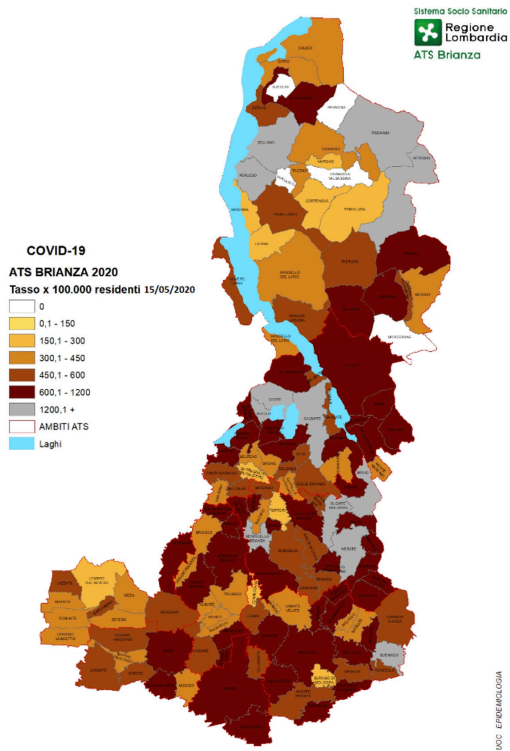


Fig. 11

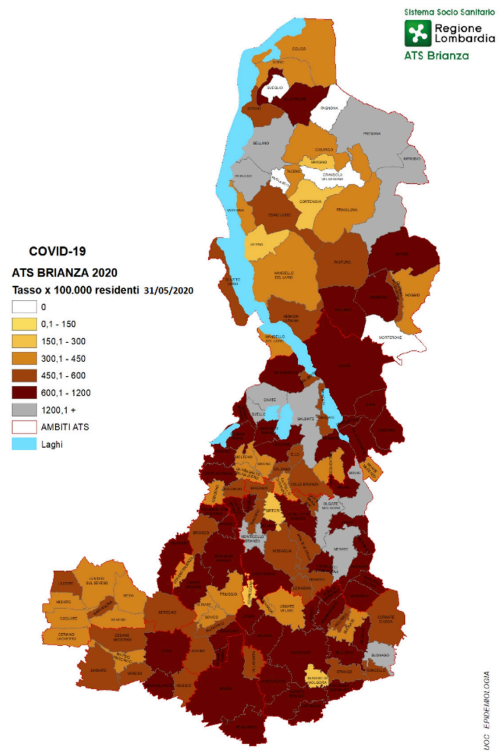


Fig. 12

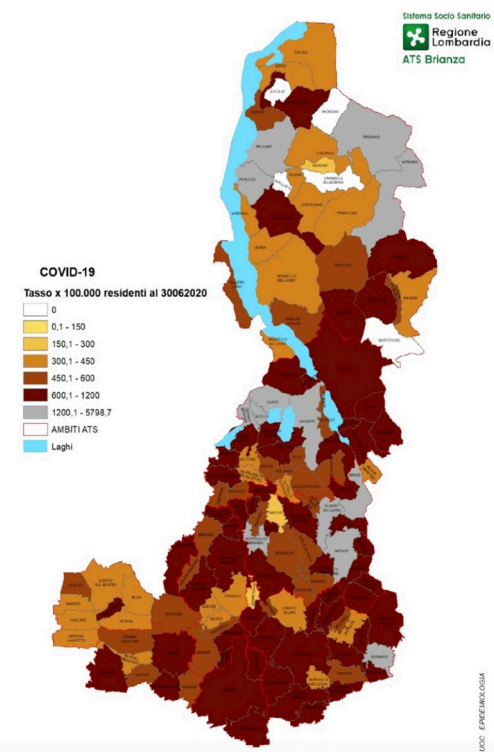


Fig. 13

Si presenta infine (Fig. 14) l'andamento dell'età media dei casi nel tempo: nella prima parte dell'epidemia l'età media era elevata e si è ridotta nel tempo pur mostrando una lieve ma costante tendenza al rialzo a partire dalla fine di maggio.

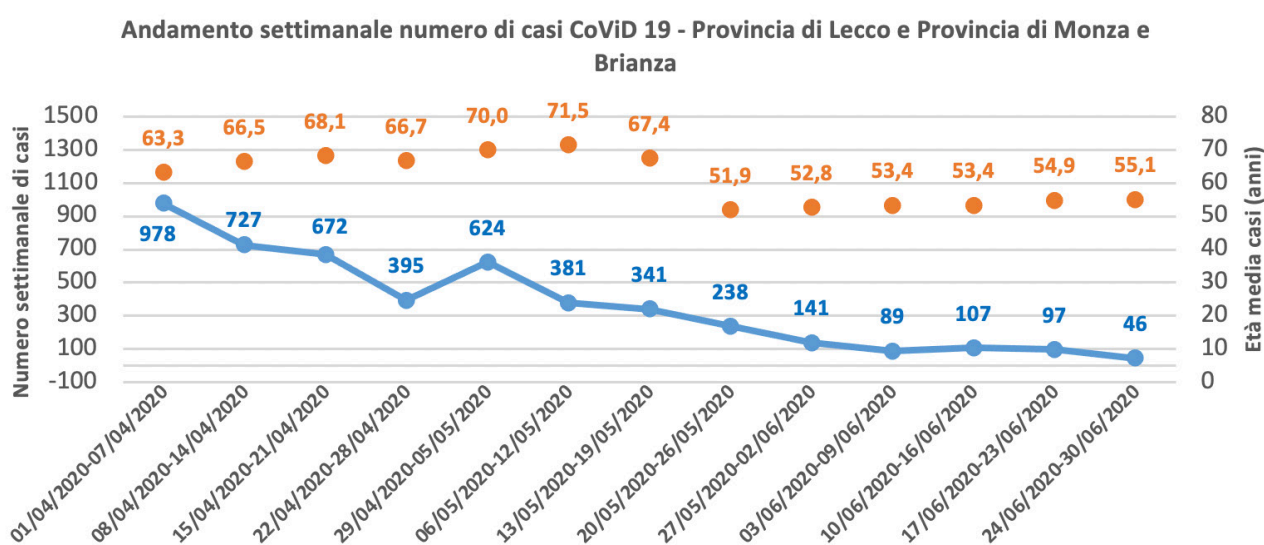


Fig. 14

1.5 Mortalità

Il fenomeno della mortalità nel primo semestre 2020 è oggetto di un approfondimento specifico che viene pubblicato separatamente sul sito di ATS Brianza. In questo documento vengono sintetizzate le evidenze generali e si rimanda al documento di dettaglio per una trattazione più articolata.

Ai fini pratici, in attesa che vengano raccolte e codificate presso il Registro Nominativo delle Cause di Morte di ATS tutte le schede ISTAT di morte, l'assunto per questa rappresentazione è che i decessi occorsi in soggetti COVID+ siano stati dovuti all'infezione: non sempre questo è vero ma i dati del Rapporto prodotto congiuntamente dall'Istat e dall'ISS "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità: cause di morte nei deceduti positivi a SARS-CoV-2" (<https://www.istat.it/it/archivio/245415>) fanno ritenere piccolo lo scarto rispetto al dato reale.

L'incremento della mortalità è stato quasi esclusivamente riscontrato nelle categorie di età più avanzata.

Il grafico che segue (Fig. 15) rappresenta il numero di decessi giornalieri registrati in ATS Brianza nel primo semestre 2020: mentre per gli individui in età avanzata (70 anni ed oltre) nei mesi di marzo e aprile è evidente un numero decisamente importante di decessi, anomalo rispetto agli altri mesi (linea arancione), nelle età più giovani è percettibile uno screezio decisamente più limitato.

Numero di decessi quotidiani riscontrati in ATS Brianza Brianza nel primo semestre 2020 per età al decesso.

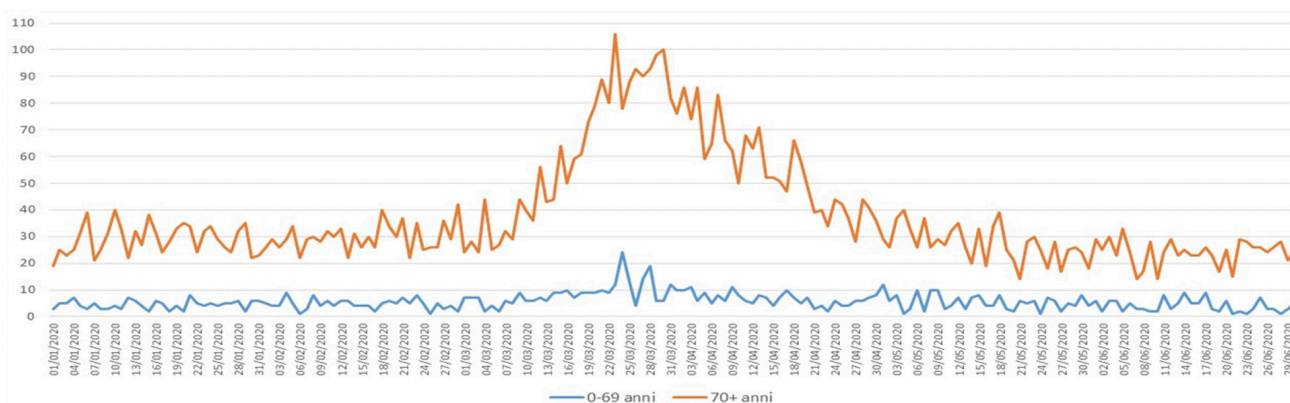


Fig. 15

Il costo "crudo" in termini di vite perdute è rappresentato nell'immagine che segue (Fig. 16), con dettaglio per ambito di residenza e distretto, dal mese di inizio dell'epidemia al mese di luglio 2020: poco più di 1.400 residenti positivi al tampone sono deceduti nell'arco temporale marzo - giugno 2020.

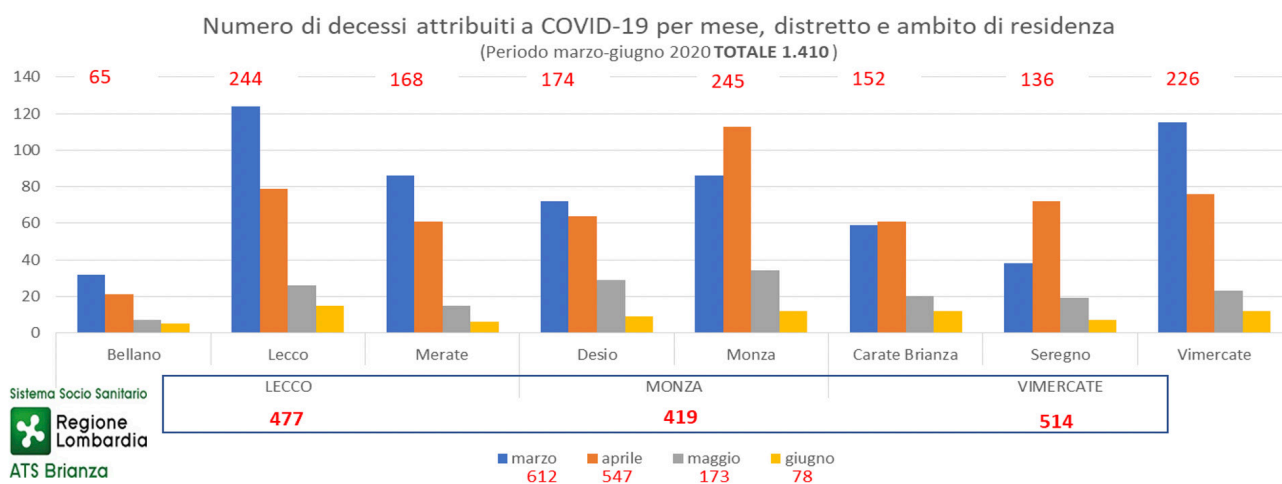


Fig. 16

Il grafico che segue (Fig. 17) rappresenta, mensilmente, la quota di decessi attribuibile a CoViD: i valori più elevati sono stati riscontrati nell'ambito distrettuale di Monza ad aprile 2020 (oltre 2/3 dei decessi sono attribuibili a CoViD) mentre nell'ambito di Lecco a marzo 2020 (circa 2/3 dei decessi).

Proporzione dei decessi attribuiti a COVID-19 sul totale dei decessi per mese, distretto e ambito di residenza (Periodo marzo-giugno 2020)

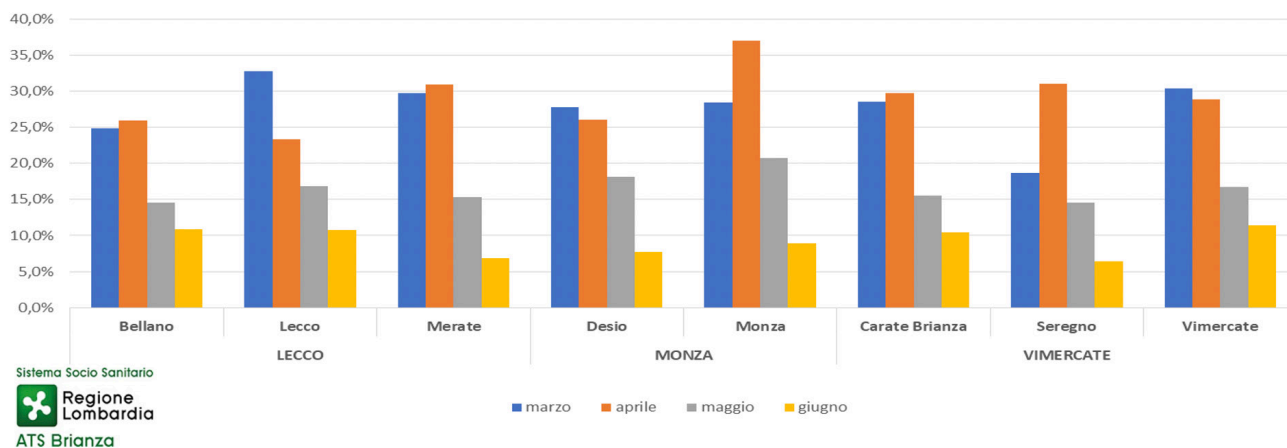


Fig. 17

Le mappe che seguono (Fig. 18 e Fig. 19) illustrano il confronto tra i tassi comunali di mortalità per gli anziani nel primo semestre 2020 (a sinistra) e i tassi medi di mortalità dei primi sei mesi del quadriennio 2016-2019 (a destra). Quanto emerge, colpisce nella sua drammaticità: i colori più scuri delle due mappe rappresentano proporzioni di deceduti più elevate ed è evidente come l'anno più recente risenta di quote di mortalità decisamente anomale e assai più alte rispetto al quadriennio precedente.

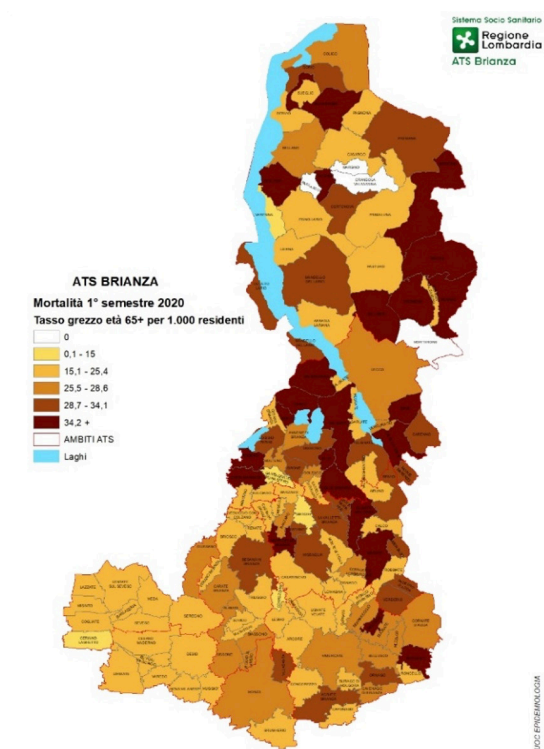


Fig. 18

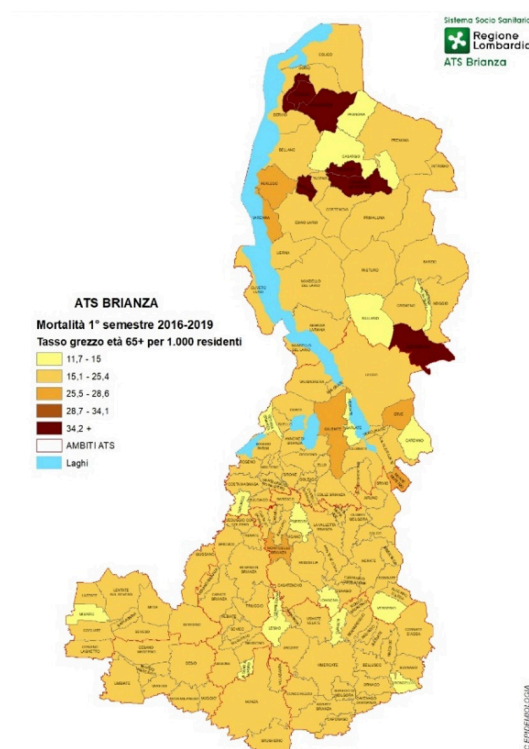


Fig. 19

Considerando l'età al momento del decesso (Fig. 20), si evidenzia come la maggior quota di deceduti si concentri nelle classi di età superiori a 60 anni. Vi sono anche pochi decessi a carico di soggetti con età compresa tra i 20 e i 40 anni. Nell'ambito di Monza si sono registrati molti decessi nel mese di aprile 2020 di soggetti con età superiore agli 80 anni. È evidente il calo dei deceduti nel mese di maggio 2020 per tutte le età in tutti gli ambiti.

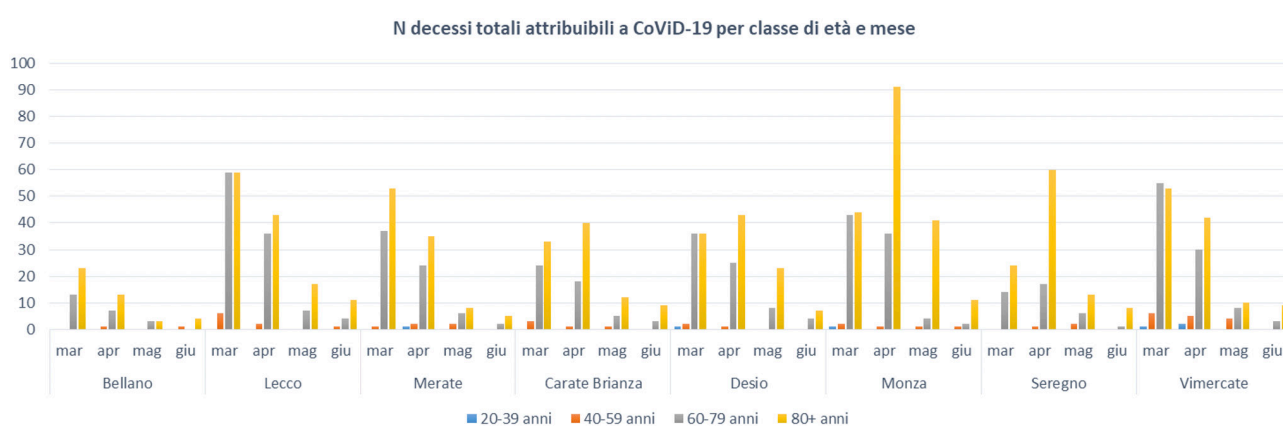


Fig. 20

La **situazione nelle RSA** sarà oggetto di un approfondimento specifico: si anticipa di seguito un breve flash sull'andamento complessivo relativamente agli ospiti. Il grafico che segue (Fig. 21) riporta il numero di decessi a carico di ospiti delle **RSA** del territorio della provincia di Monza e Brianza nel primo semestre 2020: nel complesso si sono registrati 298 decessi in soggetti COVID+.

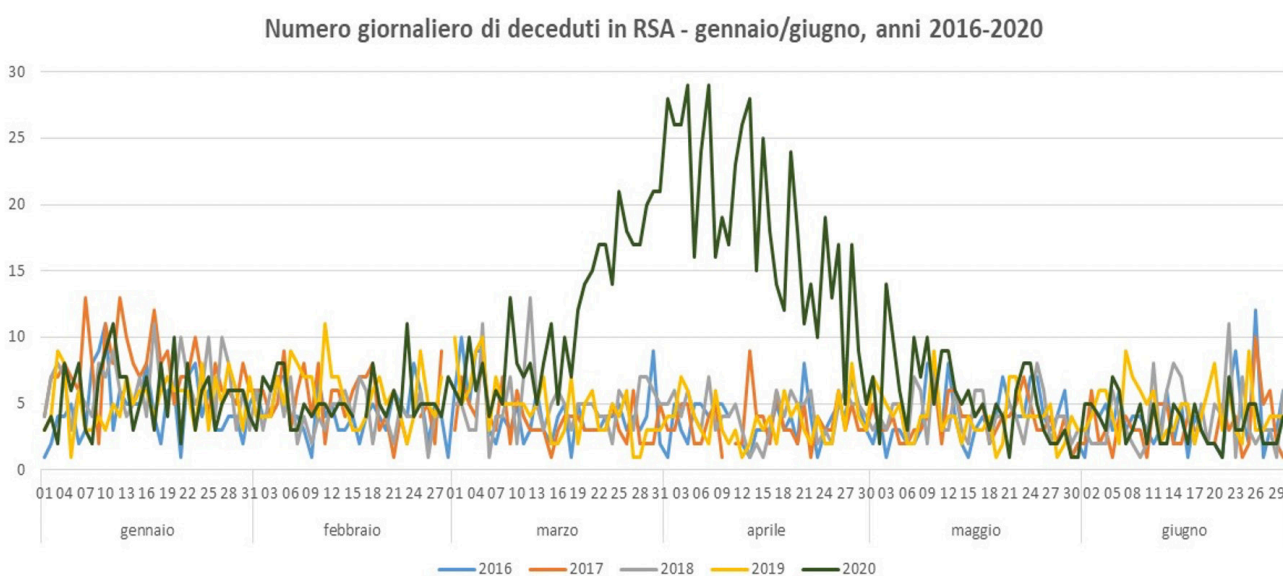


Fig. 21

1.6 Effetti della COVID-19 sul funzionamento dei principali sistemi sanitari

In questo paragrafo vengono illustrate sinteticamente gli andamenti dei ricoveri per COVID-19 negli Ospedali delle ASST di Lecco, di Monza e di Vimercate (attuale ASST della Brianza) e le conseguenze dell'epidemia sul normale funzionamento del sistema sanitario (ricoveri ospedalieri, accessi in Pronto Soccorso e prestazioni ambulatoriali).

Da marzo 2020 tutto il sistema socio-sanitario è stato sconvolto e le tabelle e i grafici che seguono consentono di dimensionare quanto profondo sia stato l'impatto della pandemia sul territorio di ATS Brianza.

1.6.1 Ricoveri ospedalieri

Nei grafici seguenti, costruiti a partire dalle rendicontazioni specificamente ricevute dalle strutture ospedaliere, è riportato l'andamento del numero di ricoveri mensili di soggetti COVID+ residenti, negli ospedali delle tre ASST del territorio di ATS Brianza. Nella figura 22 si può notare come, coerentemente con l'andamento della diffusione territoriale dei casi, all'inizio della pandemia il più alto numero di ricoveri si è registrato nei presidi della ASST di Lecco, mentre nel periodo più recente prevalgono i ricoveri in ASST di Monza, area in cui il numero recente di positivi è aumentato maggiormente rispetto al restante territorio di ATS Brianza.

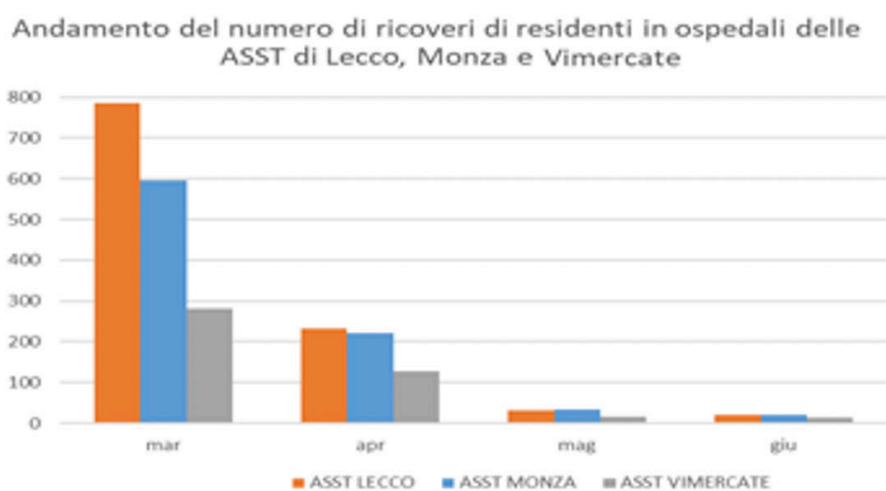


Fig. 22

La tabella che segue (Tab. 1) confronta il numero di ricoveri totale e in regime di degenza ordinaria negli Ospedali ubicati nel territorio di ATS Brianza nel primo semestre 2020 rispetto al primo semestre 2019: è evidente come, a partire dal mese di marzo 2020, si sia osservato un drastico calo del numero di ricoveri, che ha portato ad un deficit rispettivamente di quasi un quarto su base semestrale, meno intenso per i ricoveri ordinari rispetto ai ricoveri in Day Hospital. Il deficit massimo si è registrato ad aprile e maggio 2020, con valori dei ricoveri pressoché dimezzati rispetto agli stessi mesi dell'anno precedente.

In ospedali ATS	N ricoveri TOTALI per mese dimissione in Ospedali ATS Brianza							N ricoveri ORDINARI per mese dimissione in Ospedali ATS Brianza						
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	tot	gen	feb	mar	apr	mag	giu	tot
ANNO DIMISSIONE														
2018	11.252	11.534	12.831	10.985	12.261	12.136	70.999	9.482	9.457	10.630	9.142	10.042	9.925	58.678
2019	10.893	11.257	12.185	10.958	11.966	11.384	68.643	8.867	9.017	9.782	8.879	9.369	9.139	55.053
2020	10.841	11.156	8.981	6.060	6.765	8.144	51.947	8.756	9.094	7.996	5.609	5.995	6.821	44.271
2019 vs 2018	-3%	-2%	-5%	0%	-2%	-6%	-3%	-6%	-5%	-8%	-3%	-7%	-8%	-6%
2020 vs 2019	0%	-1%	-26%	-45%	-43%	-28%	-24%	-1%	1%	-18%	-37%	-36%	-25%	-20%

Tab. 1

Entrando nel merito della tipologia di ricoveri per cui il decremento è stato più marcato, risulta evidente dal grafico che segue (Fig. 23) che i ricoveri chirurgici sono stati maggiormente penalizzati (ricoveri con Diagnosis Related Group - DRG - chirurgico).

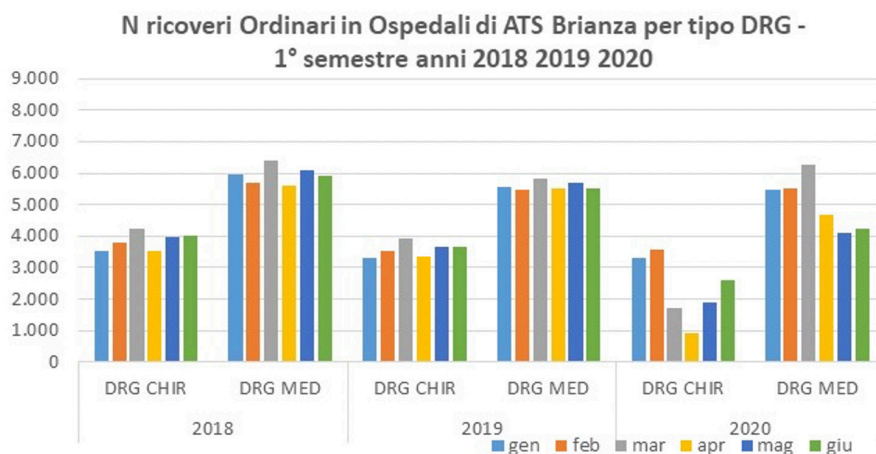


Fig. 23

La tabella che segue (Tab. 2) evidenzia come, in termini di reparto di ricovero, solo i reparti di Malattie Infettive e Medicina Generale, appartenenti alla branca medica, abbiano avuto un incremento di attività.

Reparto ricovero	N ricoveri ordinari in Ospedali di ATS Brianza nel 1° primo semestre			Variazione rispetto anno precedente	
	2018	2019	2020	2019 vs 2018	2020 vs 2019
CHIRURGIA GENERALE (COMPRESA CHIRURGIA D'URGENZA)	7.903	7.132	4.538	-10%	-36%
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	7.116	6.701	5.616	-6%	-16%
MEDICINA GENERALE (NON ALTRIMENTI SPECIFICATA)	5.722	5.662	6.955	-1%	23%
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	4.888	4.634	3.081	-5%	-34%
RIABILITAZIONE SPECIALISTICA	4.184	4.182	2.677	0%	-36%
NIDO, NEONATI SANI	3.543	3.216	2.895	-9%	-10%
CARDIOLOGIA	3.095	2.876	2.111	-7%	-27%
PEDIATRIA	2.649	2.454	1.901	-7%	-23%
UROLOGIA	2.424	2.288	1.298	-6%	-43%
NEUROLOGIA	2.039	2.012	1.658	-1%	-18%
OTORINOLARINGOIATRIA, AUDIOLOGIA	1.813	1.512	815	-17%	-46%
PNEUMOLOGIA, TISIOLOGIA, FISIOPATOLOGIA RESPIRATORIA	1.334	1.238	1.042	-7%	-16%
UNITA' CORONARICA, UNITA' INTENSIVA CARDIOLOGICA	1.215	1.236	1.060	2%	-14%
PATOLOGIA NEONATALE, NEONATOLOGIA	956	1.005	995	5%	-1%
PSICHIATRIA	978	993	779	2%	-22%
NEFROLOGIA	983	966	728	-2%	-25%
MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	472	431	1.525	-9%	254%
altri reparti	7.364	6.515	4.597	-12%	-29%
Totale	58.678	55.053	44.271	-6%	-20%

Tab. 2

Il grafico seguente (Fig. 24) relativo al periodo marzo-giugno 2020, rappresenta, su base mensile, il rapporto % tra i casi che hanno necessitato del ricovero e i casi gestiti al domicilio sul totale dei soggetti risultati positivi al SARS-CoV-2/COVID-19, mentre la tabella successiva (Tab. 3) indica le modalità di dimissione per regime ricovero sempre nel periodo marzo-giugno 2020.

ATS della Brianza: andamento mensile delle numerosità di soggetti CoViD (giugno non completo)

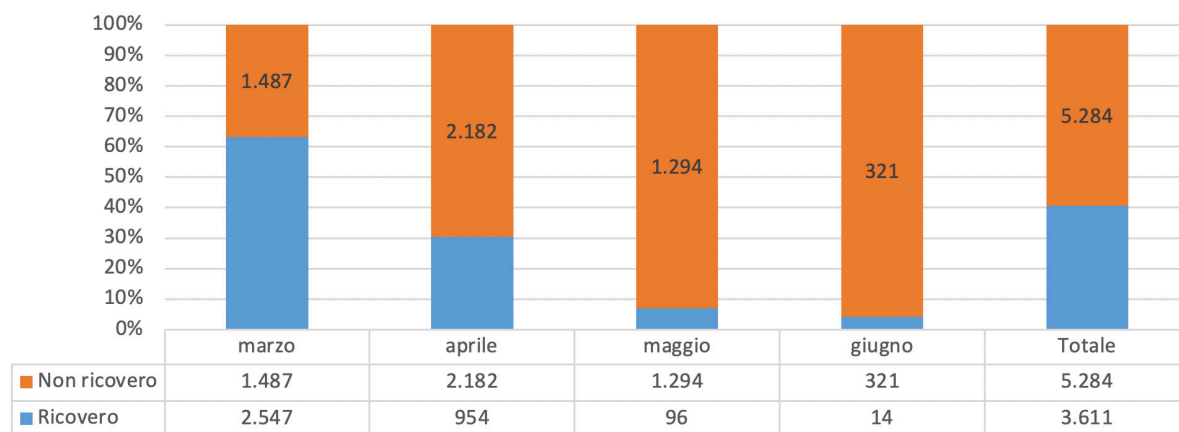


Fig. 24

MODALITA DIMISSIONE	n ricoveri					n soggetti - ultimo ricovero				
	1 - Ricovero ordinario	2 - Ricovero Day-Hospital	S - Ricovero subacuto	Totale	% col	1 - Ricovero ordinario	2 - Ricovero Day-Hospital	S - Ricovero subacuto	Totale	% col
ordinaria al domicilio del paziente	2.589	44	81	2.714	58,3%	2.242	18	73	2.333	64,6%
volontaria (su decisione del paziente)	10			10	0,2%	9			9	0,2%
trasferimento ad un altro istituto di ricovero e cura, pubblico o privato per acuti	518		14	532	11,4%	137		2	139	3,8%
deceduto	937		6	943	20,3%	935		6	941	26,1%
dimissione ordinaria presso una RSA	49		5	54	1,2%	42		5	47	1,3%
dimissione al domicilio con ospedalizzazione domiciliare	3			3	0,1%	3			3	0,1%
trasferito ad altro regime o tipologia di ricovero all'interno dello stesso Istituto	220		21	241	5,2%	65		11	76	2,1%
trasferimento ad un altro istituto per terapia riabilitativa	133		4	137	2,9%	43		3	46	1,3%
dimissione ordinaria con attivazione di assistenza domiciliare integrata	18		4	22	0,5%	15		2	17	0,5%
Totale	4.477	44	135	4.656	100%	3.491	18	102	3.611	100%

Tab. 3

1.6.2 Pronto soccorso

Il numero degli accessi giornalieri nei Pronto Soccorso presenti sul territorio di ATS Brianza nei primi sei mesi del 2020 è rappresentato nei grafici seguenti (Fig. 25 e Tab. 4 - fonte 6/SAN).

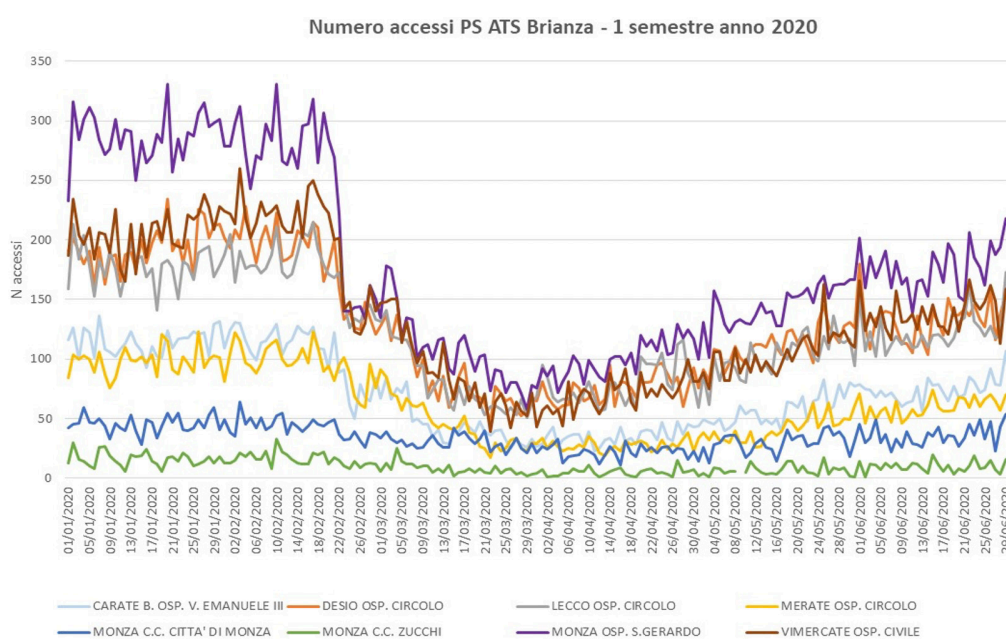


Fig. 25

Nella tabella seguente (Tab. 4) è rappresentata la variazione percentuale mensile del numero di accessi medi nei Pronto Soccorso presenti sul territorio di ATS Brianza nei primi sei mesi del 2020 rispetto ai primi sei mesi del 2019.

Pronto soccorso	Variazione percentuale N accessi medi giornalieri PS 1°sem 2020 rispetto a 1° sem 2019						
	gen	feb	mar	apr	mag	giu	gen-giu
MERATE OSP. CIRCOLO	7%	-2%	-52%	-69%	-54%	-37%	-34%
DESIO OSP. CIRCOLO	3%	-8%	-57%	-59%	-39%	-30%	-32%
CARATE B. OSP. V. EMANUELE III	0%	-12%	-60%	-67%	-49%	-38%	-37%
VIMERCATE OSP. CIVILE	-2%	-8%	-60%	-67%	-50%	-37%	-38%
MONZA C.C. CITTA' DI MONZA	-3%	-12%	-37%	-51%	-35%	-26%	-27%
MONZA C.C. ZUCCHI	6%	-6%	-52%	-67%	-58%	-39%	-36%
LECCO OSP. CIRCOLO	-3%	-9%	-57%	-55%	-41%	-31%	-32%
MONZA OSP. S.GERARDO	34%	16%	-52%	-53%	-36%	-22%	-19%
PS ATS della Brianza	0%	-10%	-58%	-62%	-46%	-35%	-35%

Tab. 4

1.6.3 Prestazioni ambulatoriali

Durante il periodo dell'emergenza COVID-19, coerentemente rispetto alle indicazioni regionali, si è verificata una radicale sospensione dell'attività ambulatoriale, ad eccezione delle prestazioni non differibili (ad esempio: chemioterapia, radioterapia, dialisi), prestazioni urgenti con priorità U o B, prestazioni dell'area salute mentale dell'età evolutiva e dell'età adulta e i servizi sulle dipendenze, i percorsi di assistenza dei pazienti cronici e le vaccinazioni dell'infanzia.

In conseguenza di ciò, a partire dal mese di marzo 2020, si è osservato un drastico calo del numero di prestazioni ambulatoriali erogate a favore di residenti e nei presidi di ATS Brianza che ha portato ad un deficit, su base semestrale, di circa -30% per tutte le prestazioni e di circa -41% al netto delle prestazioni di "laboratorio analisi". Il deficit massimo si è registrato ad aprile e maggio 2020.

2 LA CURA A LIVELLO OSPEDALIERO

La risposta iniziale alla pandemia è stata, inevitabilmente, prevalentemente ospedaliera. Una analisi del perché sia andata in questa direzione deve partire necessariamente dalle evidenze.

Oramai è dimostrato come il corona virus fosse da tempo presente in Lombardia e avesse già contagiato la popolazione, giungendo, non riconosciuto e favorito dalla stagione invernale e dalle abitudini di vita comunitaria, a determinare, accanto a stati simil influenzali, situazioni cliniche avanzate con importante interessamento polmonare.

Significativo al riguardo è quanto recentemente scritto da Cesare Cislighi (che ha lavorato per decenni all'istituto di Statistica Medica e Biometria di Milano):

“Quando il 23 gennaio atterrarono all'aeroporto della Malpensa i due turisti provenienti dalla provincia cinese di Hubei, nessuno pensava che il virus potesse già circolare in Lombardia. E quando il 31 gennaio i due turisti furono diagnosticati positivi allo Spallanzani di Roma si continuò a pensare che il contagio era lontano e bastasse interrompere i voli da e per la Cina, misura che peraltro suscitò molte critiche da parte dei partiti di opposizione che accusavano il Governo di rovinare l'economia e la stagione turistica.

Ma potrebbe anche darsi che il virus già circolasse se, come suggeriscono alcuni ricercatori dell'Università di Milano che hanno analizzato campioni di sangue dei donatori volontari a partire dal 24 febbraio, un milanese su venti già mostrava nel primo periodo anticorpi contro il virus. E se in alcuni di loro il 24 febbraio le IgG erano presenti, il contagio doveva essere avvenuto almeno due o tre settimane prima. Se la prevalenza dei contagiati nel milanese era realmente questa, considerando la possibile sovrastima prodotta da una specificità del test sierologico attorno al 98% la si considerasse anche solo del 2%, si arriverebbe a stimare nell'hinterland milanese un numero di infetti di addirittura 60.000 soggetti su 3 milioni di abitanti. Prevedendo un rapporto di riproduzione pari a 3 e un tempo di generazione del contagio di 5 giorni, ci sarebbero voluti almeno 50 giorni dal primo contagio, che sarebbe quindi avvenuto verso capodanno o ancor prima”.

I dati riportati nelle pagine seguenti mostrano, infatti, nel loro drammatico incremento, vissuto in prima persona dagli operatori sanitari, una emersione improvvisa e in stadio ormai avanzato di casi di COVID-19, i cui livelli di gravità e, occorre tenerlo presente, le scarse conoscenze e strumenti terapeutici a disposizione hanno comportato il ricorso, appropriato, alle cure in regime di ricovero.

A riprova che “chi è stato ricoverato ne aveva effettivamente bisogno”, le rendicontazioni giornaliere inviate dalle ASST alla ATS testimoniano di parecchie situazioni visitate nei Pronto Soccorso e rimandate al domicilio per la cura, prese in carico dalla rete territoriale, come evidenziato nello specifico capitolo.

Ed in questo contesto di forte domanda appropriata di cure ospedaliere, le strutture del territorio hanno risposto adattandosi celermente e plasticamente al suo incremento, soddisfacendola pienamente, anche aprendosi ai bisogni dei territori vicini.

Le pagine seguenti mettono in evidenza, con la crudezza dei numeri, l'imponente sforzo compiuto, tra le inevitabili difficoltà e con grande spirito di sacrificio, da parte di tutti gli operatori delle strutture ospedaliere del territorio.

2.1 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Monza

Andamento dei ricoveri

Periodo dal 21 febbraio al 30 giugno

Alla data del 30 giugno 2020 come evidenziato nella figura e tabella seguente (Fig. 26 - Tab. 5) l'ASST di Monza ha trattato 1.758 pazienti COVID+.

Tra questi:

- 401 sono deceduti
- 995 sono stati dimessi
- 356 trasferiti
- 6 risultavano ancora ricoverati al momento della rilevazione

ESITO (gruppi)	Ospedale San Gerardo Monza	PRESIDIO OSPEDALIERO DI DESIO	Totale
⊕ DECEDUTI	294	107	401
⊕ DIMESSI	766	229	995
⊕ RICOVERATI	6		6
⊕ TRASFERITI	203	153	356
Totale	1269	489	1758

Tab. 5

Distribuzione temporale in termini di ricoveri ed esiti qui di seguito rappresentata

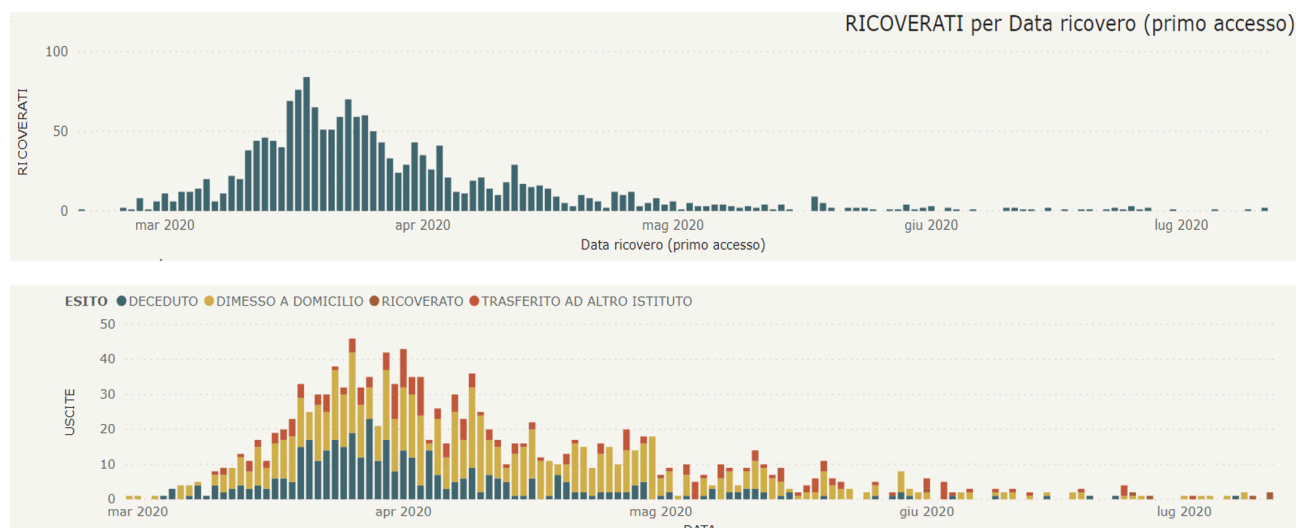


Fig. 26

Nello specifico, inoltre, va evidenziato che 1.409 pazienti risultano residenti nella provincia di Monza e Brianza mentre i restanti 348 residenti in altre province.

Attivazione nuovi posti letto

L'azienda ha gestito nel periodo di massimo picco circa 600 pazienti di cui circa 130 a Desio ed i rimanenti a Monza. Il tasso di occupazione a Monza dei pazienti positivi ha superato il 70%.

I letti di terapia intensiva sono passati da 38 (31 a Monza e 7 a Desio) a 100 ed in due settimane sono stati realizzati oltre 40 posti letto al quarto piano della palazzina accoglienza del San Gerardo andando ad utilizzare le sale operatorie per gli interventi di week surgery ed il reparto di degenza opportunamente potenziato nelle apparecchiature impiantistiche (attraverso donazioni).

L'Azienda è stata il terzo operatore di Regione Lombardia in termini di pazienti ricoverati in periodo COVID e la prima in termini di numero di posti letto (PL) di terapia Intensiva nel periodo di picco dell'emergenza (Tab. 6).

ASST ED IRCCS REGIONE LOMBARDIA	N. LETTI COVID
ASST DEGLI OSPEDALI CIVILI DI BRESCIA	775
ASST DI CREMONA	645
ASST DI MONZA	611
ASST PAPA GIOVANNI XXIII BERGAMO	472
ASST DI LECCO	448
ASST DEL GARDA	346
ASST DI MANTOVA	336
ASST DI LODI	326
ASST FATEBENEFRAPELLI SACCO	324
MEDIA LETTI COVID LOMBARDIA	323
ASST GRANDE OSPEDALE METROPOLITANO NIGUARDA	312
ASST DI VIMERCATE	305
ASST DI PAVIA	285
ASST DI CREMA	284
POLICLINICO SAN MATTEO DI PAVIA	266
ASST DI BERGAMO EST	240
ASST DELLA VALCAMONICA	222
ASST DELLA FRANCIACORTA	197
FONDAZIONE IRCCS CA GRANDA-OSP.MAG. POLICLINICO DI MILANO	173
ASST DI BERGAMO OVEST	164
ASST DELLA VALTELLINA E DELL'ALTO LARIO	158

Tab. 6

L'azienda è riuscita ad utilizzare appieno il nuovo settore B della palazzina a partire da febbraio 2020, che è stato interamente occupato da pazienti COVID. Il settore B è stato realizzato in tempi record da giugno a dicembre 2019 ed accreditato da ATS Brianza nel mese di gennaio 2020.

Risorse in termini di incremento acquisite nel periodo dell'emergenza

- Risorse umane

DIRIGENZA MEDICA	52
DIRIGENZA SANITARIA	3
PERSONALE AMMINISTRATIVO	2
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE - Fisioterapista	4
PERSONALE INFERMIERISTICO - infermiere	48
PERSONALE RUOLO TECNICO SANITARIO - OSS	29
PERSONALE TECNICO SANITARIO - Tecnico di Laboratorio	9
Totale complessivo	147

- Risorse materiali dispositivi/ attrezzature

- DPI (comprendono forniture acquisite da ARIA e direttamente da ASST)

Materiale	Q.tà
Mascherine FFP3	16.640
Mascherine FFP2	237.940
Mascherine chirurgiche	839.970
Visiere	16.641
Tute Tyvek	14.042
Calzari/sovrascarpe	249.655
Guanti	6.874.000
Camici impermeabili	266.211
Cuffie/cappellini	168.080

Tab. 7

- Attrezzature

Oggetto	ASST		PROTEZIONE CIVILE/ARIA		DONAZIONI	
	Quantità	Valore	Quantità	Valore	Quantità	Valore
VENTILATORI	17	€ 287.081,25	36	€ 183.000,00	28	€ 299.047,00
ECOTOMOGRAFI	9	€ 310.045,50	0	€ -	9	€ 285.746,00
MONITOR MULTIPARAMETRICI STAND ALONE	21	€ 201.472,80	80	€ 286.600,00	5	€ 40.757,10
CENTRALE DI MONITORAGGIO + MONITOR PER VARI POSTI LETTO	5	€ 268.751,36	0	€ -	0	€ -
ELETTROCARDIOGRAFO	3	€ 14.457,00	10	€ 9.717,30	6	€ 34.880,00
DEFIBRILLATORI	2	€ 15.640,40	2	€ 4.800,00	1	€ 10.004,00
LETTO ELETTRICO PER TERAPIA INTENSIVA O RIANIMAZIONE	3	€ 22.134,66	18	€ 104.847,93	0	€ -
LETTO PER DEGENZA ELETRIFICATO	24	€ 65.662,47	30	€ 124.240,12	0	€ -
UMIDIFICATORI	10	€ 36.600,00	18	€ 106.506,00	6	€ 37.982,94
ASPIRATORI	2	€ 732,00	2	€ 927,20	3	€ 55.518,54
NEBULIZZATORI	16	€ 7.169,84	0	€ -	0	€ -
PULSOSSIMETRI	10	€ 3.001,20	51	€ -	110	€ 2.598,00
CONGELATORE E FRIGORIFERO	2	€ 9.091,56	0	€ -	0	€ -
ACCESSORI VARI (SONDE, RESPIRATORE)		€ 9.394,00	0	€ -		€ 46.028,36
IMPLEMENTAZIONI SOFTWARE		€ 61.579,50	0	€ -	0	€ -
APPARECCHIO PORTATILE PER RADIOGRAFIA	1	€ 63.440,00	0	€ -	0	€ -
VIDEOLARINGOSCOPI	4	€ 14.152,00	0	€ -	0	€ -
POMPE A SIRINGA	0	€ -	270	€ 316.346,00	0	€ -
POMPE AD INFUSIONE	0	€ -	100	€ 84.180,00	0	€ -
TERMOMETRI	0		320	€ 6.000,00	0	€ -
AUTOCLAVI	0	€ -	0	0	5	€ 4.980,00
SEQUENZIATORE ILLUMINA	0	€ -	0	0	1	€ 129.605,48
TOTALI		€ 1.390.405,54		€ 1.227.164,55		€ 947.147,42

Tab. 8

- Donazioni

Altro aspetto fondamentale è stato lo straordinario supporto della comunità monzese e non solo che ha donato circa 5 milioni di euro all'ASST di Monza, con un encomiabile ed importante coinvolgimento di privati ed aziende del territorio.

Aspetti specifici e innovativi

La sorveglianza sanitaria è stata posta al primo posto tra le strategie poste in essere dall'Unità di Crisi costituita già a far data dal 22 di febbraio 2020, che si è riunita costantemente fino a fine maggio due volte al giorno.

Come infatti ben documentato da una apposita delibera (653 del 28 maggio 2020), che ha effettuato una ricognizione sulle iniziative poste in essere dall'Azienda a tutela dei livelli di sicurezza, per prevenire e contenere gli esiti della pandemia, enorme è stato lo sforzo in questo ambito. Basti pensare a:

- Oltre 20 procedure di sicurezza subito diramate a tutte le unità operative in termini di, modalità di utilizzo dei DPI, gestione degli accessi dei pazienti, gestione degli accessi di accompagnatori, gestione di un evento epidemico all'interno di un reparto, percorso della gravida, percorso dei pazienti pediatrici, procedure di definizione delle priorità di tamponamento per i dipendenti ed operatori sanitari;

- Oltre 200 disposizioni scritte dalle direzioni mediche di presidio ai reparti;
- Oltre 2800 ore di formazione specifica su temi CoViD erogati;
- Oltre 60 risposte scritte a richieste di informazioni degli RLS.

Lo sforzo di mitigazione del rischio ha fatto sì che l'Azienda si posizionasse con un numero molto basso di operatori positivi: il 5%, contro una media regionale dell'11%. Le aziende che hanno gestito lo stesso numero di pazienti positivi facevano riscontrare percentuali di positività almeno doppie.

2.2 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Lecco

Andamento dei ricoveri nell' ASST di Lecco

Periodo dal 21.02 al 30.06.2020

Nel periodo di osservazione che va dal 21.02.2020 al 30.06.2020 presso l'ASST Lecco, nei due presidi "A. Manzoni" di Lecco e "L. Mandic" di Merate si sono registrati 1.571 ricoveri ordinari con una prevalenza di pazienti maschi (61.7%) e con una età mediana di 71 anni (Min-Max: 0-98.4) (Tab. 9).

Distribuzione dei ricoveri per fascia di età

FASCIA ETA'	(%) dei pazienti	TRANSITATI IN RIANIMAZIONE	In CPAP	VMC
0-9	0.4	0	0	0
10-19	0.3	0	0	0
20-29	1.1	1	1	0
30-39	3.3	4	6	1
40-49	8.0	14	20	11
50-59	14.8	38	45	27
60-69	22.1	61	79	58
70-79	26.0	34	92	20
80-89	19.9	1	30	1
90+	4.1	0	4	0
	100	153	277	118

Tab. 9

La **degenza media** è risultata di **15.5** giorni per complessive **24.395** giornate di degenza di cui **2.801** trascorse in terapia intensiva. I **pazienti transitati nei reparti di terapia intensiva** sono stati **153**, con una degenza media di **18.1** giorni nei reparti di cure intensive. I pazienti sottoposti a CPAP sono stati **277** (Tab. 10).

Distribuzione dei ricoveri per fascia di età VMC =ventilazione meccanica

FASCIA ETA'	(%) dei pazienti	TRANSITATI IN RIANIMAZIONE	In CPAP	VMC
0-9	0.4	0	0	0
10-19	0.3	0	0	0
20-29	1.1	1	1	0
30-39	3.3	4	6	1
40-49	8.0	14	20	11
50-59	14.8	38	45	27
60-69	22.1	61	79	58
70-79	26.0	34	92	20
80-89	19.9	1	30	1
90+	4.1	0	4	0
	100	153	277	118

Tab. 10

La maggior pressione sui due presidi ospedalieri della ASST Lecco si è registrata nel mese di marzo 2020 con 1.032 ricoveri, come evidenziato nella **figura 27** che riporta la distribuzione dei ricoveri e dei decessi per mese.

Nel mese di aprile i ricoveri codificati COVID sono stati 389, a maggio 82 e a giugno 41.

Distribuzione dei ricoveri e dei decessi per mese

Andamento mensile dei ricoveri

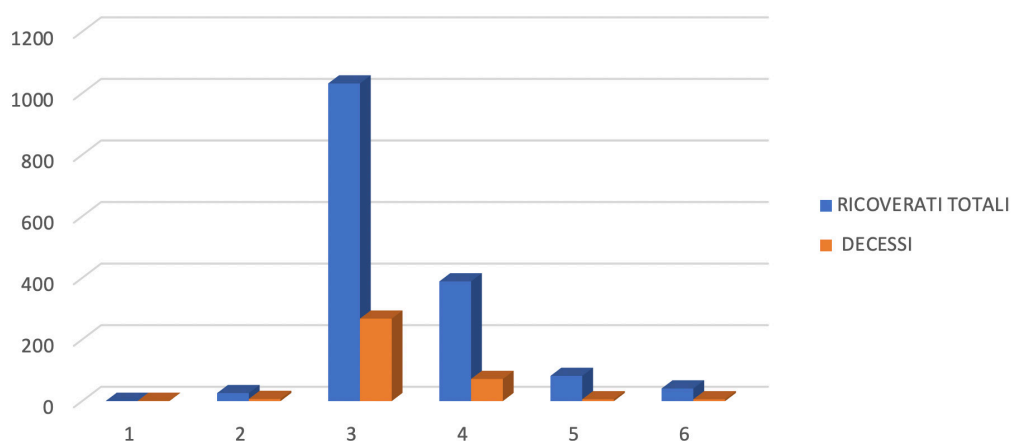


Fig. 27

• Provenienza dei pazienti ricoverati

Il 99% dei pazienti ricoverati nei Presidi Ospedalieri di Lecco e Merate provenivano da 9 province della Regione Lombardia. Lecco con 1.093 (78.4%) era la più rappresentata a seguire Bergamo con 219 (15.7%); Monza 36 (2.6%); Como 29 (2.1%); Sondrio 5 (0.3%); Milano 4 (0.3%) e 1 da Cremona, Lodi e Pavia. Solo 3 pazienti provenivano da fuori regione e due stranieri (Fig. 28).

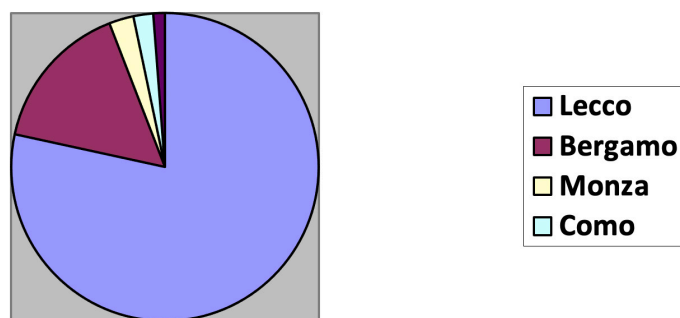


Fig. 28

• Esiti

Nel corso del periodo di osservazione dal 21.02 al 31.06.2020 nei due presidi di Lecco e Merate, 360 ricoveri si sono conclusi con un decesso (22.9%) sul totale di 1.571 ricoveri.

La percentuale maggiore dei decessi si è registrata nelle fasce di età della popolazione anziana con il 34.8% in quella compresa tra i 70-79 anni; del 42.8% in quella compresa tra 80-89aa e con il 66.1% da 90 anni in su (Fig. 29).

Distribuzione delle dimissioni e dei decessi per fascia di età

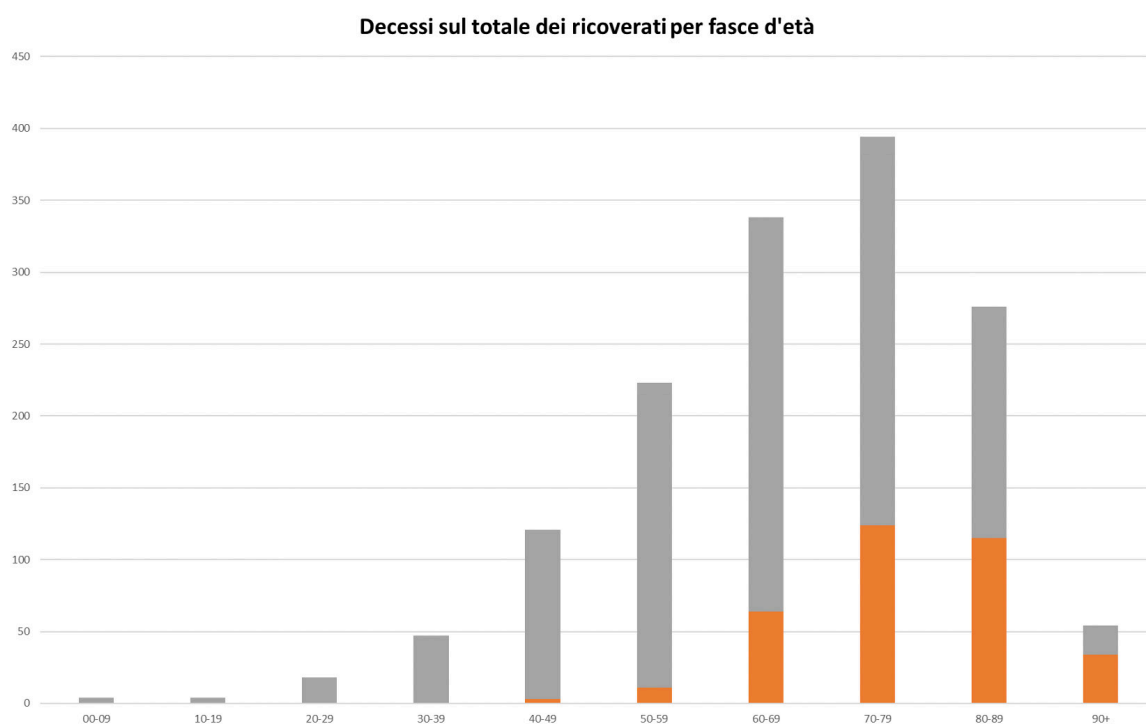


Fig. 29

I pazienti che nel corso del ricovero hanno necessitato di una degenza in terapie intensive sono stati 153 (11%). La mortalità globale è risultata del 40.5% (Tab. 11).

Mortalità dei pazienti transitati in terapia intensiva per fasce di età

FASCIA DI ETA'	NUMERO PAZIENTI	TRANSITATI IN TERAPIA INTENSIVA	SOTTOPOSTI A CPAP	SOTTOPOSTI A VMC	DECEDUTI	MORTALITÀ PAZIENTI
20-29	1	1	1	0	0	0,0%
30-39	4	4	4	1	0	0,0%
40-49	14	14	10	11	3	21,4%
50-59	38	38	22	27	7	18,4%
60-69	61	61	30	48	28	45,9%
70-79	34	34	20	18	23	67,6%
80-89	1	1	0	1	1	100,0%
	153	153	87	106	62	40,5%

Tab. 11

Trattamento

La terapia dei pazienti con polmonite da SARS-CoV-2 è stata, durante il periodo della pandemia, ripetutamente rivista in base alle continue revisioni delle linee guida nazionali e internazionali. Per questo motivo è stato elaborato all'interno della ASST Lecco un "Vademecum" di gestione clinica e terapeutica dei pazienti COVID ripetutamente revisionato, aggiornato e condiviso da un team di esperti costituito da infettivologi, internisti, pneumologi, palliativisti e intensivisti. Inizialmente è stata impostata una terapia di associazione con farmaci antiretrovirali utilizzati per l'infezione da HIV associata a idrossiclorochina, terapia antibiotica (cefalosporina di III generazione e azitromicina) ed eparina a basso peso molecolare a dosaggio coerente con le indicazioni cliniche. Con l'aumentare delle acquisizioni patogenetiche dell'infezione da COVID-19 alla terapia sopraindicata è stata associata, laddove risultavano positivi gli indicatori biochimici di MAS-like Syndrome, la somministrazione di farmaci ad attività antiinfiammatoria (a-rIL-6 e a-rIL-1).

Nella **Tabella 12** vengono riportati i diversi trattamenti antivirali e immunomodulanti eseguiti su 989 pazienti di cui al momento è stata revisionata la documentazione clinica. L'esiguità dei trattamenti con remdesivir è da ricondurre all'improvvisa chiusura del protocollo compassionevole senza più possibilità di approvvigionamento del farmaco ad opera della ditta produttrice.

Fascia di età	NUMERO PAZIENTI RICOVERATI	r/LPV	r/DRV	HCQ	a-rIL1	a-rIL6	Remdesivir	Eparina
20-29	15	3	3	8	0	0	0	6
30-39	48	12	12	31	3	1	1	20
40-49	85	25	27	62	5	4	3	40
50-59	191	59	76	158	10	7	6	100
60-69	221	73	95	181	17	15	2	114
70-79	226	51	88	167	13	6	1	110
80-89	168	34	45	117	0	0	0	91
90+	35	3	0	12	0	0	0	17
TOT	989	260	346	736	48	33	13	498

Tab. 12

La gestione clinica e terapeutica dei pazienti COVID, non si è limitata ai soli degenti ricoverati, ma circa 680 pazienti sono rimasti agganciati **all'ambulatorio post-COVID afferente alla Unità Complessa di Malattie Infettive** che si è occupata di sciogliere l'isolamento fiduciario domiciliare dei pazienti dimessi clinicamente guariti e, in seguito, ha istituito un **ambulatorio multidisciplinare** in collaborazione con Pneumologi, Cardiologi, Neurologi, Psicologi, Radiologi, Fisioterapisti, Endocrinologi, Nefrologi e Internisti per la valutazione e il trattamento delle complicanze a lungo termine dell'infezione da SARS-CoV-2.

Al momento della stesura del presente documento il suddetto ambulatorio risulta attivo, ha già scrinato un centinaio di pazienti e ha lo scopo non solo di valutare i danni organici e psicologici, ma di contenerli e prevenirli con interventi di fisioterapia respiratoria,

psicoterapia e profilassi antiinfettiva mediante la proposta di vaccinoterapie adeguate e indicate per singole tipologie di pazienti. In previsione di una seconda ondata sempre la Divisione di Malattie Infettive ha provveduto ad aderire a diversi protocolli di terapia antivirale e immunomodulante (Tsunami, ABX-464 e ABC-201) idonei sia per pazienti ospedalizzati che domiciliari. Su indicazione regionale è stato programmato un corso rivolto a tutto il personale sanitario dell'ASST di Lecco per l'inquadramento e la gestione del paziente COVID con lo scopo di rivedere e diffondere i principali aspetti sanitari come la gestione della ventilazione non invasiva, la terapia antivirale, immunomodulante, la palliazione e la gestione della COVID nell'ambito materno-infantile.

Attivazione nuovi posti letto

L'ASST di Lecco è stata da subito coinvolta nella gestione dell'emergenza COVID e il primo paziente ricoverato nella unità operativa di Malattie Infettive risale al 23 febbraio 2020, proveniente dalla Valtellina dopo una esposizione scolastica presso un istituto di Codogno. Nello stesso giorno veniva indetta la prima riunione della Unità di Crisi che, una volta insediata, dava inizio ad una celere conversione dei reparti di degenza in aree COVID, a partire dai Pronto Soccorso e progressivamente coinvolgendo la maggior parte delle Unità Operative, con una attivazione di posti letto dedicati che raggiungeva: a Lecco il numero massimo di **313 PL** in data 16.03.2020, a Merate il numero massimo di **192 PL** in data 27.03.2020.

Reparti COVID e data di attivazione

OSPEDALE MANZONI DI LECCO

DESCRIZIONE REPARTO	DATA APERTURA
COVID19 – Pronto soccorso	24/02/2020
COVID19 - Malattie Infettive	24/02/2020
COVID19 - LC Area Intensiva	24/02/2020
COVID19 - Pediatria	29/02/2020
COVID19 - Area Ostetricia	02/03/2020
COVID19 - SIMT	12/03/2020
COVID19 - Trasporto pazienti	16/03/2020

OSPEDALE SAN LEOPOLDO MANDIC DI MERATE

DESCRIZIONE REPARTO	DATA APERTURA
COVID19 - Pronto soccorso	25/02/2020
COVID19 - Area Ostetrica	02/03/2020
COVID19 - Area Cardiologica	12/03/2020
COVID19 - Pediatria	16/03/2020
COVID19 - Trasporto pazienti	20/03/2020

Tab. 13

Risorse in termini di incremento acquisite nel periodo dell'emergenza

ATTIVITÀ DI RECLUTAMENTO STRAORDINARIO DI PERSONALE E ALTRE ATTIVITÀ STRAORDINARIE LEGATE ALLA GESTIONE DEL PERSONALE

• Risorse umane

Durante il periodo COVID-19 e, in particolar modo nel periodo dal 20/02/2020 al 30/04/2020, la U.O.C. Gestione Risorse Umane è stata fortemente impegnata su due fronti: reclutamento straordinario del personale e attivazione dello smart working.

Per quanto riguarda il reclutamento di personale, sono state effettuate 13 procedure straordinarie per l'acquisizione in tempi molto stretti di personale da dedicare all'emergenza, che hanno richiesto, tra l'altro, lo studio della normativa speciale emanata ad hoc.

Le procedure sono state realizzate secondo diverse modalità: assunzione a tempo indeterminato in anticipo al turn-over, a tempo determinato di 6 mesi, trattenimento in servizio dei pensionandi, contratti libero-professionali, CO.CO.CO, contratti interinali.

Nel periodo suddetto sono state acquisiti 187 operatori suddivisi nei profili professionali indicati nella tabella 13.

Profilo	N.
Medici	39
Biologi	2
Personale infermieristico	105
OSS	37
TOTALE	187

Tab. 13

Approntamento della disciplina aziendale e partecipazione al lavoro agile

L'attivazione del lavoro agile ha richiesto, da un lato, un'attività di studio della normativa e di gestione amministrativa in carico prevalentemente alla U.O.C. Gestione Risorse Umane, d'altro lato è stato necessario implementare in tempi rapidi un sistema informatico che consentisse a tutti gli operatori che ne avessero diritto di svolgere da remoto le attività ordinariamente svolte presso l'ufficio.

Il sistema informatico è stato implementato a partire dal giorno 3 marzo 2020 ed è tuttora attivo, grazie all'attività svolta dagli operatori della U.O. Sistemi Informativi Aziendali (SIA).

I dipendenti che hanno aderito alla modalità di "lavoro agile" risultano essere 250.

Le operazioni effettuate per l'attivazione al lavoro agile sono state:

- Predisposizione e gestione della documentazione amministrativa necessaria (Circolari, comunicazioni, modulistica), da parte della U.O.C. Gestione Risorse Umane.
- Acquisizione, attivazione e configurazione del sistema informatico per garantire la possibilità di operare da postazioni remote a tutti gli utenti autorizzati allo smart working.

- Attivazione timbratore virtuale (dal 15 marzo 2020) per permettere la registrazione di inizio e fine servizio attraverso un sistema web "remotizzato".
- Acquisizione nuovo flusso telefonico per permettere la corretta comunicazione tra i collaboratori in lavoro agile.

• Approvvigionamento DPI

A partire dalla fine del mese di febbraio 2020 sono stati emessi ordini di DPI a favore degli operatori economici, titolari di regolari contratti di fornitura, per quantità superiori al consumo medio in previsione dell'evolversi della pandemia; inoltre è stato gestito il materiale proveniente dalla l'Unità di Crisi Regionale, in particolare: mascherine chirurgiche e FFP2, camici, cuffie, calzari e visiere.

L'approvvigionamento dei DPI è stato effettuato attraverso indagini on line sulle piattaforme di e-procurement dedicate agli Enti Pubblici e tramite collaborazioni con altri Enti Sanitari di Regione Lombardia.

Altra fonte di approvvigionamento di DPI è stata rappresentata dalle numerose donazioni di beni pervenute da associazioni e da privati. Da un punto di vista quantitativo, la mole di dispositivi distribuiti ai reparti per la gestione dell'emergenza COVID ha subito un incremento medio del 3.000 % visibile nella tabella 14.

Consumo settimanale dei principali dispositivi COVID in una settimana precedente l'avvio della pandemia e in una settimana nel picco della pandemia:

PERIODO RIFERIMENTO	DI	MASCHERA FFP2	MASCHERINA CHIRURGICA	CAMICE N/STERILE X COVID	CAMICE VISITATORE	GUANTI LATTICE NITRILE VINILE
Dal 24 al 30 gennaio 2020		60	5.850	2.390	1.780	128.300
Dal 20 al 26 marzo 2020		8.135	31.900	13.289	16.900	334.990
INCREMENTO MEDIO		+ 3.074%				

Tab. 14

• Gestione apparecchiature elettromedicali

L'insorgere dell'emergenza coronavirus ha immediatamente concentrato le energie verso la costituzione di nuove postazioni di terapia intensiva. Nell'immediato si sono riorganizzate le attrezzature esistenti, ricercando ventilatori polmonari, monitor e pompe infusionali fra le dotazioni esistenti nei presidi e nei poliambulatori del territorio.

Inoltre, è risultato da subito evidente come la necessità di ulteriori dotazioni elettromedicali riguardasse non solo le apparecchiature per la terapia intensiva, ma anche altre necessità di minor costo ma ugualmente fondamentali per il monitoraggio e il contenimento della pandemia (come la misurazione della temperatura per l'accesso ai presidi e alle singole strutture), per cui si è reso necessario

l'acquisto massivo di termometri e saturimetri, le cui scorte sono andate presto esaurite.

L'aggravarsi della sintomatologia ha reso anche necessario l'approvvigionamento di apparecchiature ulteriori rispetto alla postazione classica da terapia intensiva, dovendo quindi ricercare sul mercato altre tipologie di apparecchiature quali, ad esempio, portatili per radiografia, ecotomografi, elettrocardiografi.

A titolo esemplificativo, le apparecchiature che l'ASST ha installato nel periodo d'emergenza sono le seguenti:

- Ventilatori polmonari extraospedalieri (utilizzati in emergenza in ospedale) o da trasporto;
- Pompe a siringa;
- Letti elettrici da degenza completi di materassi antidecubito;
- Letti elettrici da terapia intensiva completi di materassi antidecubito;
- Monitor multiparametrici;
- Saturimetri;
- Ecotomografi;
- Portatili per radiografia;
- Termometri "non contact".

Tutte le acquisizioni sono state distribuite, in base alle esigenze effettive, fra i Presidi di Lecco e Merate.

Si può affermare che il canale delle donazioni private si è rivelato di notevole aiuto nell'approvvigionamento delle apparecchiature necessarie all'implementazione delle postazioni di terapia intensiva e semi-intensiva.

• Donazioni

Durante i mesi della pandemia COVID-19 sono state raccolte, attraverso campagne di raccolta fondi portate avanti da Fondazioni senza scopo di lucro o tramite conferimenti diretti da parte di grandi e piccole aziende o privati cittadini, donazioni in denaro, donazioni di beni di consumo (ad esempio mascherine, guanti monouso, camici, gel disinfettante) e donazioni di beni durevoli (apparecchiature sanitarie, tablet) che hanno contribuito al sostegno della lotta al coronavirus.

Al 30 giugno 2020 sono state raccolte donazioni per un valore complessivo pari a €. 3.988.022,52 (vedi tabella 14).

	P.O. LECCO	P.O. MERATE	TOTALE
DONAZIONI IN DENARO	735.971,49	304.844,85	1.040.816,34
DONAZIONI BENI DUREVOLI	1.842.330,46	706.397,68	2.548.728,15
DONAZIONI BENI DI CONSUMO	303.021,53	95.456,51	398.478,04
TOTALE DONAZIONI AL 30/06	2.881.323,48	1.106.699,04	3.988.022,52

Tab. 14

Aspetti specifici e innovativi

• Direzione Sanitaria

Da parte della Direzione Sanitaria sono state pubblicati 113 tra Atti, **Procedure e Istruzioni Operative** in accordo con il CIO (gruppo di Controllo Infezioni Ospedaliere) e l'Unità di Crisi Ospedaliera sull'utilizzo dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale), percorsi intra-ospedalieri dei pazienti infetti da COVID 19 e sulla sanificazione degli ambienti. Tutte queste procedure, ripetutamente aggiornate in base alle disposizioni Ministeriali e Regionali, sono state raccolte e pubblicate in un unico spazio dedicato sulla intranet ospedaliera per facilitarne la consultazione da parte degli operatori. Inoltre, sono state rapidamente programmate, pianificate e svolte attività formative rivolte all'uso dei DPI nella fase di conversione dei vari reparti a "reparti COVID", anche con l'ausilio di video sempre pubblicati sulla intranet ospedaliera.

• Prestazioni ambulatoriali e di ricovero

Attività svolte durante il picco emergenziale

La gestione dell'emergenza ha fortemente impattato sulla U.O.S. Accoglienza per garantire la presa in carico dei bisogni urgenti e indifferibili dei pazienti e contestualmente per alleggerire il carico di lavoro ambulatoriale dei medici impegnati nei turni CoViD.

Durante la fase 1 (marzo-giugno 2000) sono state svolte sinteticamente le seguenti attività:

- Chiusura di tutte le agende ambulatoriali (circa 900 prenotazioni in SSN) e conseguente comunicazione delle sospensioni ai pazienti
- Creazione di agende "contenitore" per la presa in carico delle richieste di prestazioni con classe di priorità U e B
- Manutenzione e programmazione delle agende che hanno garantito la piena attività, come disposto dalle diverse DGR di Regione Lombardia, ma che per riorganizzazione delle attività ospedaliere legate alla gestione delle emergenze hanno cambiato sede e/o programmazione
- Attivazione di mail dedicate per la gestione delle prenotazioni e per le attività degli sportelli "Scelta e Revoca" territoriali al fine di garantire la presa in carico dei bisogni avviando alla necessità di eseguire parte delle attività richieste con presenza fisica allo sportello
- Riorganizzazione dei flussi di accesso dei pazienti mediante:
 - Rimodulazioni degli orari dei servizi amministrativi offerti: gli sportelli CUP hanno garantito un'offerta just in time con accettazione/pagamento immediato per i cittadini già prenotati per prestazioni diagnostico-ambulatoriali; inoltre, si è reso possibile utilizzare altri canali, più o meno di nuova introduzione (mail, call center aziendale, CCR) o gli sportelli CUP in orario successivo alle 12.30 (fascia pomeridiana) ovvero nei momenti in cui il flusso delle attività ambulatoriali ha un grado di concentrazione minore
 - Campagna informativa a mezzo stampa e tv in merito alle nuove modalità di accesso (orari, attività) e aggiornamento della cartellonistica e del sito aziendale in collaborazione con la U.O.S. Comunicazione.

Attività riorganizzazione Post fase 1

A seguito di disposizioni da parte di Regione Lombardia in merito alla necessità di riapertura delle attività ambulatoriali e chirurgiche, seppur parziali, si è provveduto a ridisegnare l'offerta diagnostico ambulatoriale con l'obiettivo di garantire il distanziamento sociale e il distanziamento operativo vincolato dai nuovi processi di sanificazione.

In particolare, dal 15.06.2020 sono riprese tutte le attività ambulatoriali con agende rimodulate rispetto alla capacità produttiva ante-COVID e con slot opportunamente distanziati, cercando di ottimizzare le agende con una percentuale di saturazione inferiore alla soglia massima definita al 60% fino al mese di ottobre, dopo di che la capacità produttiva è stata incrementata fino a 80%.

L'aspetto innovativo che la drammatica esperienza sanitaria della COVID ha spontaneamente e fisiologicamente messo in evidenza è stato il **lavoro d'équipe**. La malattia sistemica generata dall'infezione da COVID ha visto infettivologi e internisti cooperare con intensivisti, pneumologi, fisioterapisti, neurologi, cardiologi e a cascata tutte le figure sanitarie ospedaliere che sono state coinvolte per quanto di loro competenza, creando link scientifici e favorendo percorsi condivisi che hanno sicuramente accelerato e reso più fluida la gestione e la cura dei pazienti ricoverati. La stessa predisposizione è stata vissuta anche dal personale infermieristico e degli OSS. La necessità e l'urgenza di provare farmaci nuovi o adattare vecchie molecole a nuovi utilizzi ha velocizzato e semplificato i farraginosi e disarmanti percorsi per l'autorizzazione di protocolli di studio, rendendo favorevolmente raggiungibile da parte di tutti gli operatori sanitari medicamenti altrimenti impensabili. Come l'infezione da HIV aveva già fatto a suo tempo provocando lo sviluppo straordinario delle conoscenze in ambito virologico e immunologico, portando alla scoperta di risorse terapeutiche efficaci in meno di vent'anni e contribuendo a costruire modelli di studio ora applicati con successo a numerosi altri ambiti patologici, si auspica che anche l'esperienza positiva del COVID, rispetto alla rapida autorizzazione di studi clinici, permetta di instaurare e snellire in un prossimo futuro i percorsi autorizzativi e applicativi della ricerca clinica applicata al fine di dare una mano concreta alla innovazione scientifica. Infine, la necessità del distanziamento sociale imposta dalle modalità di contagio del SARS-CoV-2 ha contribuito a dare un impulso significativo all'utilizzo della **tele-medicina** nella pratica clinica con risultati diversificati nelle singole realtà, ma in grado di soddisfare il principio di sicurezza, da un lato, e di continuità delle cure dall'altro. È doveroso pensare che questo ulteriore aspetto innovativo provocato da questa tragica pandemia venga ulteriormente sviluppato, trovi gli adeguati canali di riconoscimento, anche amministrativo, e diventi facile strumento in mano a Strutture Sanitarie sempre più vicine al territorio che le circonda.

Conclusioni

La prima fase COVID ha evidenziato una notevole capacità del sistema sanitario regionale di reggere un'onda di dimensioni e conseguenze drammatiche, con una grande capacità di tenuta e resilienza forse sino ad oggi impensabili anche per gli operatori stessi. Grande merito all'impegno di medici, infermieri e di tutto il personale del Servizio Sanitario Regionale che ha reagito con encomiabile senso del dovere, sopperendo anche a pregresse carenze di organico imposte da scelte e normative nazionali di continua riduzione del personale sanitario.

Resta fondamentale l'insegnamento della creazione di rete, sia intra che extra ospedaliera, valorizzando il lavoro di équipe, sia tra gli specialisti ospedalieri, sia con la medicina del territorio, grazie a percorsi condivisi interattivi e "connessi".

22.3 Azienda Socio Sanitaria Territoriale di Vimercate

Andamento dei ricoveri

Periodo da marzo a giugno 2020

Nel corso della cosiddetta prima "ondata" dell'emergenza COVID-19 (il periodo interessato dall'analisi è compreso da marzo e fine giugno) sono stati trattati 1.209 pazienti CoViD+ (vedi Tab. 15) di cui:

- 939 presso l'Ospedale di Vimercate,
- 270 presso il Presidio di Carate.

Tra questi, 309 pazienti (253 a Vimercate, 56 a Carate) sono deceduti; 40 pazienti sono deceduti presso i due pronto soccorso. I dimessi sono stati 281, mentre i ricoverati 988 (773 all'Ospedale di Vimercate, 215 all'Ospedale di Carate).

	RICOVERATI	DECEDUTI	DIMESSI
OSPEDALE VIMERCATE	773	253	
PRESIDIO DI CARATE	215	53	
TOT	988	309	281

Tab. 15

In particolare, 641 pazienti sono residenti nella provincia di Monza e Brianza; 568 pazienti sono provenienti da altre province. Nel periodo di massimo picco l'ASST ha gestito 307 pazienti: 231 a Vimercate, 76 a Carate.

Attivazione nuovi posti letto

I posti letti di Terapia Intensiva, esclusivamente presso l'Ospedale di Vimercate, sono passati da 8 a 24.

L'ASST ha destinato per la degenza COVID:

- A Vimercate, l'area Medica (con 120 posti letto) e l'Area Chirurgica (con altrettanti posti letto): la dotazione complessiva è stata di 240 posti letto.
- A Carate, sono stati impegnati il quarto e il quinto piano del monoblocco ospedaliero, con una dotazione di 76 posti letto.

Aspetti specifici e innovativi

Attivazione dell'Unità di Crisi

L'Unità di Crisi, composta da varie professionalità aziendali, è stata istituita con atto deliberativo il 4 marzo 2020. Tra i componenti figurano: il Direttore Sanitario Aziendale, che la coordina, i Direttori medici di presidio, il Responsabile del Servizio di Prevenzione e

Protezione, i Direttori del Pronto Soccorso, della Pneumologia, del Dipartimento di Emergenza Urgenza, del Dipartimento Internistico Specialistico, il Responsabile del SISR (Servizio Infermieristico e Tecnico Sanitario), alcuni dirigenti medici di Medicina Interna e di Malattie dell'Apparato Respiratorio, nonché una serie di professionisti infermieristici per un totale di 16 componenti.

All'Unità di Crisi partecipa anche il Direttore Generale, sempre in costante collegamento con essa.

La struttura si riunisce una volta al giorno per consentire la pianificazione quotidiana degli interventi da attuare e la verifica delle attività svolte.

Il contagio tra gli operatori

Tra gli operatori ASST contagiati (oltre 150), la vicenda più drammatica ha interessato un dirigente medico dell'Unità di Crisi, purtroppo deceduto: Oscar Ros.

L'alleanza ospedale/territorio

Rilevante è stata la partecipazione del territorio: da sottolineare decine e decine di messaggi di incoraggiamento e solidarietà. Sono state raccolte numerose sottoscrizioni da parte di singoli cittadini, associazioni, istituzioni economiche, etc.

Le donazioni si sono attestate a circa 700.000 euro.

Buone pratiche

- Sono state istituite due figure molto importanti per la gestione dell'emergenza e della crisi sanitaria: il "*Bed manager*" e il "*DPI manager*", quest'ultima a garanzia della distribuzione puntuale e appropriata dei dispositivi di protezione individuale nelle aree di degenza;
- Tra le iniziative a cui si è dato corpo, nel corso del periodo interessato, vi è l'attivazione di un'area, presso l'Ospedale di Vimercate e il Presidio di Giussano, dedicata alla degenza di sorveglianza sanitaria, ovvero uno spazio a disposizione di pazienti autosufficienti, con infezione da CoViD, ma con sintomatologia lieve e con bassi o limitati bisogni clinico-assistenziali;
- È stato allestito, in ambiente ospedaliero, un setting per comunicare on-line alle neo mamme e fornire tutte le indicazioni utili in gravidanza e in attesa del parto. È stata disposta, altresì, una piattaforma web che ha consentito la realizzazione di meeting da remoto utilizzando postazioni informatiche e dispositivi webcam;
- Sul versante dell'umanizzazione e di una comunicazione appropriata con i familiari dei pazienti COVID-19, sono stati distribuiti e configurati per l'occasione, una ventina di tablet (semplici da utilizzare anche da parte di anziani o da malati meno avvezzi alle nuove tecnologie) per effettuare videochiamate o messaggi vocali. Una opportunità per sentirsi meno soli e per mantenere vivi i legami tra i degenti e i propri familiari.
- Sempre in questo ultimo ambito, è stato attivato un numero di telefono dedicato, a disposizione dei familiari dei pazienti COVID ricoverati.

L'operatore, un medico in pensione con una lunga esperienza ospedaliera, che si è prestato in modo volontario, ha raccolto e fornito alle famiglie informazioni e notizie sulle condizioni cliniche dei propri congiunti.

- A proposito di dimissione del paziente, è stato distribuito un kit di monitoraggio a domicilio, con adeguati ausili tecnologici per

l'accertamento delle condizioni e dei parametri vitali del paziente per almeno due settimane.

- Da segnalare, infine, l'attivazione di un ambulatorio per bambini, adolescenti e adulti con disturbi di ordine psicologico legati all'emergenza da COVID-19. È stato interessato anche il personale dell'ASST coinvolto in prima linea durante la crisi sanitaria. L'obiettivo è stato quello di alleviare situazioni di affaticamento e disagio, al fine di superare tutto ciò in modo stabile e duraturo ed evitando la loro eventuale cronicizzazione.
- L'iniziativa forse più significativa, destinata a testimoniare la percezione di un clima di stress e pressione, è stata **ContagiAMO**: esperienza poi sfociata in un libro.

Durante l'emergenza è stata posizionata una bacheca nell'atrio dell'ingresso dell'ospedale di Vimercate e sono stati invitati tutti gli operatori sanitari ad affiggere un disegno, una foto, un semplice messaggio o un post-it capace di "dare corpo" ad una emozione, uno stato d'animo, a sentimenti provati e vissuti nei giorni segnati dalla crisi da COVID-19, giorni connotati dalla paura, fatica, dramma, ma anche dalla generosità, partecipazione, responsabilità e dalla carica umana.

Nei pressi della bacheca è stato posizionato anche un contenitore in cui lasciare un racconto, un pensiero, una poesia: testimonianze da mettere in comune.

2.4 Il contributo degli erogatori sanitari privati accreditati

2.4.1 Policlinico di Monza

Periodo di riferimento febbraio – giugno 2020

Il complesso ospedaliero del Policlinico di Monza è costituito da 5 edifici separati per un totale di n. 226 posti letto autorizzati ed accreditati; di questi, n. 14 sono di Terapia Intensiva mentre i rimanenti 224 sono di degenza ordinaria, Day Surgery/Day Hospital. La suddivisione architettonica dei posti letto ha favorito la possibilità di gestire, nelle fasi intermedie di inizio pandemia e di "uscita", la realizzazione di percorsi separati e di ingressi dedicati per pazienti COVID-19 e NON COVID.

Questo ha consentito di distribuire i ricoveri in reparti ben distinti l'uno dall'altro evitando qualsiasi commistione tra pazienti COVID-19 e pazienti NON COVID-19.

Andamento dei ricoveri

Nel periodo in esame sono stati dimessi complessivamente n. 413 pazienti con provenienze diverse (vedi tab. 16).

Provenienza	Numero
ATS BRIANZA	214
ATS MILANO	82
ATS BERGAMO	55
ATS BRESCIA	22
ATS VAL PADANA	16
ATS INSUBRIA	3
ATS PAVIA	2
FUORI REGIONE	19
Totale	413

Tab. 14

I ricoveri sono stati così distribuiti:

- a) Reparti ordinari: 370
- b) Terapia Intensiva: 43

Gli esiti sono stati i seguenti:

- a) dimessi: 257
- b) deceduti: 156

Il numero massimo di pazienti presenti in un giorno è stato di n. 163 unità.

Attivazione nuovi posti letto

Dall'inizio della pandemia nel mese di febbraio 2020 la destinazione e distinzione dei posti letto è andata progressivamente a favore dei pazienti COVID+ limitando i posti letto COVID- a quelli strettamente necessari alla gestione di malati provenienti da PS, urgenti e non trasferibili negli Hub preposti. La successiva tabella 17 rappresenta questo percorso.

DESCRIZIONE	DATA APERTURA
Allestimento di n. 4 posti letto di Terapia Intensiva	25/02/2020
Reparto per pz COVID-19 con n. 12 posti	26/02/2020
Trasformazione della sala di attesa del Triage in Area Triage per pazienti sospetti COVID-19	02/03/2020
Attivazione di ulteriori n. 10 posti letto di Terapia Intensiva	05/03/2020
Attivazione di ulteriori n.7 posti letto di Terapia Intensiva COVID-19 previa trasformazione di un Blocco Operatorio	07/03/2020
Destinazione di un reparto di n. 16 posti letto per il ricovero di pazienti COVID-19 FREE	10/03/2020
Installazione Tenda per Triage da parte della Protezione Civile in Pronto Soccorso Destinazione di un reparto di 44 letti effettivi per il ricovero di pazienti COVID-19	12/03/2020
Attivazione di ulteriori n.2 reparti per pazienti COVID-19 pari a n. 48 posti letto.	18/03/2020
Allestimento di una seconda morgue in un Gruppo Operatorio	21/03/2020
Destinazione di un reparto di n. 42 letti per il ricovero di pazienti COVID-19	22/03/2020
Attivazione di ulteriore n.1 reparto pari a n. 48 posti letto per pazienti COVID-19	23/03/2020

Tab. 17

I posti letto totali destinati all'emergenza COVID sono stati n. 200 (da assetto organizzativo); i reali posti letto utilizzabili, al netto delle zone filtro e del rispetto dei percorsi, è stato di n. 171.

Sono stati anche attivati n. 7 letti di Terapia Intensiva con trasformazione di un Blocco Operatorio; i posti letto totali destinati all'emergenza COVID-19 sono stati n.21 e sono stati tutti utilizzati.

Risorse in termini di incremento acquisite nel periodo dell'emergenza

• Risorse tecnologiche e strumentali

La dotazione tecnologica per far fronte ai ricoveri COVID-19 nei letti di degenza ordinari ha altresì comportato la acquisizione di presidi e materiali. Nella tabella 18 sono riportate le dotazioni incrementali:

Tipo	Numero
VENTILATORI POLMONARI	5
MISCELATORI PER RESPIRATORI Servo 900 (completi di tubi)	2
LETTI TECNICI DI TERAPIA INTENSIVA	3
MONITOR PER TERAPIA INTENSIVA	16

Tab. 18

• Dispositivi di protezione individuale

La necessità di proteggere gli operatori sanitari ed i pazienti stessi dal rischio di contagio ha comportato un notevole incremento dei consumi di DPI normalmente utilizzati (mascherine chirurgiche, guanti monouso, cappellini), oltre a ulteriori DPI abitualmente non utilizzati ma che sono stati ritenuti indispensabili per la protezione (visiere, mascherine FFP2, tute monouso, gambali).

Nella tabella 19 sono riportati i quantitativi incrementali utilizzati nel periodo oggetto della presente relazione.

Tipo	Numero
MASCHERINE CHIRURGICHE	48.828
MASCHERINE FFP2	19.637
GUANTI MONOUSO	80.950
VISIERE	1.020
TUTE MONOUSO	1.847
CALZARI	13.000
CUFFIE	11.300

Tab. 19

• Risorse umane

Il Policlinico di Monza non ha incrementato le risorse umane per far fronte alla emergenza ed alla richiesta di assistenza proveniente dal territorio. Nel periodo di cui alla presente relazione sono state bloccate le ferie del personale e sono stati dedicati alla assistenza nei reparti COVID-19 tutti i medici chirurghi che, giuste le indicazioni regionali hanno sospeso la loro attività chirurgica; ciò ha costituito, di fatto, un incremento di risorse mediche dedicato alla assistenza dei malati COVID-19.

Commento

Dai primi giorni della pandemia, il Policlinico di Monza ha potuto adattarsi alla crescente richiesta di ricoveri di pazienti COVID-19 per cui è risultata fondamentale la propria strutturazione in Padiglioni.

E' risultato inoltre importante il supporto fornito dalla Protezione Civile con l'allestimento di strutture campali per il Triage dei pazienti

che afferivano al Pronto Soccorso.

L'Unità di Crisi della Regione Lombardia, istituita fin dai primi momenti, nonché il Coordinamento Regionale delle Terapie Intensive sono stati elementi strategici nell'allocazione dei pazienti e nell'attenuazione della pressione sulle strutture ospedaliere più sottoposte a "stress". All'inizio si sono registrate difficoltà di reperimento dei DPI, in particolare guanti e mascherine. La situazione è poi andata via via migliorando nelle settimane successive.

Le indicazioni fornite da Regione Lombardia e da ATS Brianza sono state, in generale, di buon supporto rispetto all'emergenza sanitaria cui il sistema non era preparato.

Il lavoro della struttura si è avvalso di fattive collaborazioni con l'ATS e con l'Ospedale San Gerardo.

2.4.2 Istituti Clinici Zucchi

Periodo di riferimento 10 marzo 2020 - 30 giugno 2020

Andamento dei ricoveri

Gli Istituti Clinici Zucchi hanno contribuito, con entrambi i Presidi di Monza e di Carate Brianza, all'accoglienza di pazienti affetti da COVID-19. Nel periodo intercorrente tra il 10 marzo 2020 e il 30 giugno 2020 sono stati ricoverati **343** pazienti (245 a Monza e 98 a Carate Brianza).

Il picco dei ricoveri è stato raggiunto a Monza in data 1° aprile, con 110 presenti, e a Carate Brianza il giorno 3 aprile, con 35 presenti.

Provenienza dei ricoveri

La maggior parte dei ricoveri (76%) erano provenienti da altri ospedali, pubblici o privati in rapporto 9/1. La quota maggiore di questi pazienti, pari a 166, era trasferita dalla ASST Monza. Nella tabella 20 è riassunta la provenienza territoriale dei pazienti.

		Presidio di Monza	Presidio di Carate Brianza	Totale ICZ
ATS Lombarde	Brianza	171	68	239
	Milano	25	19	44
	Bergamo	24	4	28
	Insubria	5	3	8
	Brescia	6	1	7
	Val Padana	3	1	4
	Pavia	2	0	2
ATS Lombarde Totale		236	96	332
Altre Regioni	CALABRIA	2	1	3
	CAMPANIA	2	1	3
	EMILIA ROMAGNA	2	0	2
	PIEMONTE	2	0	2
	PUGLIA	1	0	1
Altre Regioni Totale		9	2	11
Totale complessivo		245	98	343

Tab. 20

Esiti dei ricoveri

I pazienti dimessi al domicilio sono stati 218; 105 pazienti sono stati trasferiti ad altri ospedali per necessità di ricoveri a più elevato livello di assistenza (né la struttura di Monza né quella di Carate Brianza sono dotate di Terapia Intensiva).

20 pazienti sono deceduti.

Risorse in termini di incremento

• Risorse umane

Durante il periodo di assistenza ai pazienti affetti da COVID-19 è stato necessario incrementare il numero di risorse umane, con la contrattualizzazione di medici ed infermieri. In particolare è stato aumentato il numero di medici di tre unità (un medico è specialista in malattie infettive); gli infermieri e gli OSS sono aumentati di 41 unità (32 infermieri e 9 OSS).

• Dispositivi di protezione individuale

Il Servizio di Prevenzione e Protezione e la Direzione Sanitaria hanno provveduto alla scelta dei DPI, considerando la documentazione scientifica disponibile a livello nazionale, europeo ed internazionale, a seconda delle tre modalità di esposizione (droplet, contatto e aerea). Una volta selezionato il tipo di DPI, in collaborazione con il Servizio Farmaceutico Aziendale e del Gruppo San Donato, si è provveduto al loro approvvigionamento che si è confermato regolare e continuo per tutto il periodo emergenziale. Contestualmente sono stati erogati addestramenti sulla corretta vestizione e svestizione (con particolare riferimento ai filtranti facciali - occhiali goggles e tuta in tyvek) e redatte apposite procedure operative.

• Attrezzature

Nel periodo interessato sono stati approvvigionati, oltre a 18 nuovi letti elettrocomandati, dispositivi diagnostici (4 monitor multiparametrici, 5 elettrocardiografi, 50 pulsiossimetri) e dispositivi per il trattamento dei pazienti (2 defibrillatori, 6 pompe da infusione, 1 ventilatore meccanico, ventilatori per NIV e attrezzature per CPAP), aggiuntivi rispetto alle abituali disponibilità aziendali. Sono inoltre stati acquistati 6 rilevatori di temperatura fissi e 5 mobili per monitorare il personale e i Clienti agli ingressi dei presidi aziendali di Monza, Carate Brianza e Brugherio.

Aspetti specifici e innovativi

- Trasferimento del Pronto Soccorso respiratorio

Si è provveduto a trasferire il Pronto Soccorso destinato alla valutazione dei pazienti con quadro clinico di infezione respiratoria, al fine di:

1. separare i percorsi di accesso rispetto ai percorsi principali dell'ospedale
2. aumentare le sale di osservazione dei pazienti in attesa di esito di esami di laboratorio e dimissione o ricovero dal numero di sei al numero di otto camere singole con ossigeno e vuoto.

- Effettuata valutazione dell'impianto di distribuzione dell'ossigeno all'interno dell'edificio di Monza che ospita il blocco operatorio e le degenze chirurgiche

Ciò allo scopo di :

1. stimare l'autonomia del serbatoio di ossigeno sotto scenari ipotetici di consumo giornaliero incrementale
2. verificare la portata dell'impianto nelle tre degenze per quantificare il numero massimo di postazioni per pazienti ricoverati con necessità contemporanea di terapia ad alto flusso per ogni compartimento.

- Definiti i percorsi sporco/pulito da e per le degenze

Ciò ha comportato il blocco degli ascensori e degli accessi all'area ad accezione di quelli individuati all'interno dei percorsi e la creazione delle zone filtro con la predisposizione di relativi impianti transitori per garantire la pressione negativa all'interno delle stesse.

Commento

Il periodo emergenziale è stato caratterizzato dalla necessità di:

- Mutare continuamente le caratteristiche strutturali ed organizzative del nostro Ospedale, con lo scopo di accogliere numeri sempre in continuo aumento di pazienti, inizialmente COVID negativi, successivamente anche affetti da COVID-19, provenienti dalla vicina azienda pubblica (ASST Monza). L'obiettivo, in un percorso collaborativo, è stato quello di creare e garantire presso il nostro ospedale una continuità assistenziale, a minore intensità di quella erogabile presso le Terapie Intensive e Semintensive dell'ASST pubblica, accogliendo i pazienti con COVID e fornendo assistenza specialistica (anestesisti, specialisti dell'area medica) e supporti ventilatori non invasivi. Per tutto il periodo dell'emergenza di fase 1 sono stati accolti in trasferimento anche pazienti non affetti da COVID, provenienti dall'ASST Monza –degenti e da Pronto Soccorso– per ridurre l'occupazione dei posti letto dell'Ospedale San Gerardo da parte di pazienti COVID-free. La riorganizzazione ha richiesto continuamente uno spostamento interno di reparti ed équipe, cercando di fornire le adeguate competenze specialistiche mediche, anche mediante lo spostamento di professionisti dal nostro Presidio di Carate Brianza verso il Presidio di Monza.
- Implementare le modalità comunicative verso gli utenti del nostro Presidio, al fine di mantenerli informati circa le disposizioni normative che, con lo scopo di contenere le occasioni di contatto e di esposizione, hanno modulato e modificato sia le condizioni erogative delle prestazioni di ricovero e ambulatoriali che le autorizzazioni alla presenza in ospedale per visitatori ed accompagnatori. Il continuo aggiornamento della normativa nazionale e regionale ha reso spesso difficile mantenere revisionate le comunicazioni esterne (cartellonistica, siti web) in tempo reale.

2.4.3 Istituto Maugeri di Lissone

Periodo di riferimento 06/04/2020 e 10/06/2020

L'emergenza legata alla diffusione della malattia da COVID-19 (CoronaVirus Disease 19) ha investito tutte le strutture sanitarie e tutta la popolazione con una rapidità eccezionale. L'evoluzione della malattia in Italia ha portato le autorità nazionali e regionali a disporre misure straordinarie per contenere la diffusione e predisporre piani di emergenza per riconvertire a unità COVID sia gli ospedali per acuti che i centri di riabilitazione come l'IRCCS Maugeri.

Andamento dei ricoveri

Pazienti Subacuti COVID positivi

Sono stati ricoverati in totale 31 pazienti (15 donne e 16 uomini) con diagnosi di "Polmonite Interstiziale da virus SARS-CoV-2", molti dei quali ancora in ossigeno-terapia, terapia antibiotica, steroidea e/o con necessità di gestione di co-patologie, disabilità o fragilità. I pazienti provenivano tutti da ospedali lombardi quali: ASST Niguarda di Milano, Istituto Humanitas di Rozzano, ASST di Vimercate, IRCCS Fondazione Policlinico di Milano etc.

La degenza media è stata di 28 giorni.

Dei pazienti dimessi, il 52 % è stato dimesso a domicilio, il 39 % a una riabilitazione specialistica, il 6 % ad altro regime di ricovero per proseguire cure intermedie o RSA.

In un solo caso si è reso necessario il trasferimento al reparto per acuti di provenienza per complicanze.

Attivazione nuovi posti letto

Durante il primo periodo emergenziale da COVID-19, l'Istituto Maugeri di Lissone, afferente alla Istituti Clinici Scientifici Maugeri SPA-Società benefit, si è messo a disposizione del sistema sanitario impegnandosi nella gestione di pazienti affetti da infezione da SARS-CoV-2 grazie all'attivazione di 15 posti letto già accreditati per le Cure Subacute.

A seguito del protocollo autorizzativo G1.2020.0015632 del 03/04/2020, sono stati attivati i predetti 15 posti letto, previa definizione dei percorsi, delle aree per la vestizione e svestizione, per la gestione delle attività sanitarie con le rispettive istruzioni operative (archivate presso la Direzione Sanitaria dell'Istituto). Le procedure di attivazione sono state eseguite in pochi giorni, grazie alla capacità di ICS Maugeri di lavorare in rete come ente unico e grazie alla disponibilità e professionalità di tutto il personale che ha saputo adattarsi e rispondere proattivamente alla grave situazione d'emergenza.

Dal giorno 06/04/2020, data di inizio dell'attività di Cure Subacute per pazienti COVID-19 paucisintomatici, i ricoveri sono stati programmati attraverso l'applicativo gestionale Priamo predisposto da Regione Lombardia.

Nel contempo sono proseguite le attività di Riabilitazione Specialistica Neuromotoria per pazienti COVID-free.

Risorse in termini di incremento

• Risorse umane

Rispetto alle équipes esistenti è stato necessario incrementare i requisiti organizzativi, due medici sono stati reclutati all'interno dell'istituto per effetto della riduzione delle attività ambulatoriali e degenziali COVID-free (1 Medico specialista in Medicina Fisica e della Riabilitazione -responsabile del reparto- e 1 Medico specialista in Geriatria), mentre il personale infermieristico e OSS è stato acquisito ex-novo per costituire un organico composto da 1 Coordinatore Infermieristico, 9 Infermieri, 7 OSS a garantire una copertura medico-assistenziale h24.

Tale organico è stato supportato e integrato da personale aggiuntivo afferente all'IRCCS Maugeri di Milano (tecnico di radiologia, tecnico sonographer, assistente sociale, consulente medico specialista in Medicina Interna, consulente medico specialista in Malattie Infettive, consulente medico specialista in Radiologia), avvalendosi anche di strumenti tecnologici quali il Ris-PACS, la refertazione online, la televisita.

• Dispositivi di protezione individuale e attrezzature

L'Istituto di Lissone ha potuto utilizzare pienamente il suo essere parte di una rete nazionale, quella degli Istituti Clinici Scientifici Maugeri, molto impegnata sul fronte COVID in Lombardia e in Piemonte. Tale impegno si è tradotto in un costante aggiornamento delle linee guida e PDTA, grazie anche a un confronto quotidiano con gli altri clinici posti in condizioni di lavoro analoghe, e a un continuo supporto logistico e operativo nella fornitura di farmaci e dispositivi di protezione individuali (DPI che includevano camici idrorepellenti, tute idrorepellenti, mascherine FFP2, mascherine chirurgiche, calzari, cuffie, occhiali, visiere, guanti).

Per permettere il corretto utilizzo di tutti i DPI, delle procedure di vestizione/svestizione, lavaggio mani, sanificazione degli ambienti, degli elettromedicali, dei presidi e per fornire informazioni in continuo aggiornamento sul rischio infettivo, sono stati effettuati corsi di formazione continui di tutto il personale, utilizzando modalità online e in presenza.

Sono state, inoltre, acquisite attrezzature dedicate, quali 3 saturimetri con monitor e 1 saturimetro con registrazione dei dati per effettuazione del Walking Test, e si è provveduto al check/collaudo per gli elettromedicali (elettrocardiografo, RX portatile, ecografo, defibrillatore).

Aspetti specifici e innovativi

L'apertura di un reparto COVID+ ha richiesto la creazione di percorsi ad hoc COVID-correlati, percorsi ben distinti in "rossi" e "verdi", per permettere il proseguimento delle attività COVID free e che tenessero conto di tutte le raccomandazioni dell'OMS, Istituto Superiore di Sanità, Ministero della Salute, nonché della Direzione Sanitaria Centrale Maugeri.

I percorsi "rossi" sono stati dedicati al passaggio unicamente di persone affette da infezione da SARS-CoV-2. La presenza di più piani di degenza nella struttura ha permesso di dedicarne uno per la cura di questa tipologia di pazienti attraverso la creazione di spogliatoi vestizione/svestizione sul piano, messa a disposizione di attrezzature e personale dedicato, di percorsi di entrata e uscita dei pazienti da ascensore dedicato, direttamente collegato all'esterno.

I Medici che si sono occupati dei pazienti COVID hanno avuto a disposizione aggiornamenti sull'intranet aziendale e la possibilità di

cooperare con diverse figure per il continuo confronto e adeguamento delle cure.

Sicuramente vi è stato un aumento esponenziale dell'utilizzo del mezzo informatico per riunioni, formazione, confronto e refertazione. E' stato predisposto un "Protocollo di sicurezza gestione emergenza COVID" per illustrare tutte le modalità di percorso, le istruzioni operative, i protocolli e le procedure per la gestione dell'emergenza (disponibile sulla intranet e in copie cartacee per la consultazione). Questo documento raccoglie le principali istruzioni per la gestione dell'emergenza COVID, e prevede ulteriori aggiornamenti sulla base dell'andamento epidemiologico e dell'evoluzione dell'emergenza stessa. Inoltre, tale documento rappresenta un supporto metodologico per affrontare eventuali diverse emergenze.

Commenti

La pandemia COVID-19 ha rappresentato un'emergenza per tutto il sistema sanitario nel suo complesso e ha messo a nudo criticità del sistema stesso su scala regionale, nazionale e internazionale.

L'ICS Maugeri ha risposto all'emergenza con un piano centralizzato e declinato nelle sue realtà locali.

Gli obiettivi del piano si possono riassumere nei seguenti punti:

- definizione di un programma di attuazione e miglioramento delle misure di prevenzione e protezione;
- ricezione delle indicazioni della letteratura scientifica, dell'OMS, dell'ISS, e degli enti preposti nazionali e regionali;
- trasferimento delle indicazioni al contesto sanitario specifico;
- informazione a tutto il personale ai fini di prevenire e proteggere dal contagio all'interno al di fuori della struttura sanitaria;
- stesura di percorsi di diagnosi e cura basati sull'evidenza;
- promozione della ricerca scientifica.

La pandemia da SARS-CoV-2 ha cambiato la vita delle strutture sanitarie e quella di tutta la popolazione. In qualità di operatori sanitari, ci siamo trovati a combattere contro un nemico semi sconosciuto e subdolo, le attività lavorative sono state stravolte, la quotidianità di ciascuno è stata profondamente toccata sia negli aspetti lavorativi sia in quelli personali.

Il reparto di Cure Subacute COVID+ è attivato fino al 10 Giugno 2020, ovvero fino allo spegnimento della prima fase di emergenza. Il personale acquisito allo scopo e che ha lavorato con grande professionalità ed efficacia, ha dovuto purtroppo interrompere il rapporto di consulenza, rendendosi disponibile per altre strutture sanitarie. I posti letto, seppur inattivi, rimangono accreditati e a disposizione per future attività.

2.4.4 Casa di Cura Beato Luigi Talamoni

Periodo di riferimento 8/03/2020 - 30/06/2020

Andamento dei ricoveri

Dati su dimissioni:

- Marzo 100
- Aprile 20
- Maggio 4
- Giugno 30

Provenienza dei ricoveri

Nel periodo che va dal 08-03-2020 al 30-06-2020 sono stati ricoverati 43 degenti provenienti dalle seguenti strutture:

- PS Ospedale Lecco
- PS Ospedale Merate
- Reparto di Medicina Ospedale Lecco
- Reparto Medicina Ospedale Merate
- Reparto Ortopedia Lecco
- Gaetano Pini Milano
- Istituto Galeazzi Milano
- Ospedale Papa Giovanni Bergamo
- Ospedale San Gerardo Monza

Nel dettaglio:

- 36 provenienti dai reparti e PS degli Ospedali Lecco e Merate con residenza nel territorio Lecchese
- 1 proveniente dal PS di ASST Lecco ma con residenza ed ASL a Chieti
- 3 provenienti dal territorio di pertinenza dell'ATS Città Metropolitana di Milano con residenza in città o nell' hinterland
- 2 provenienti dall'Ospedale Papa Giovanni di Bergamo con residenza nella provincia bergamasca
- 1 proveniente dall'Ospedale S. Gerardo di Monza e con residenza in città

Esiti dei ricoveri

- 5 pazienti sono stati rimandati in Ospedale dopo riscontro positività e peggioramento delle condizioni
- 11 sono deceduti (solo 1 positivo)
- 2 sono stati inviati a RSA

Risorse in termini di incremento

- **Risorse umane**

Nessun incremento di personale.

- **Dispositivi di protezione individuale**

L'incremento delle forniture ha seguito l'andamento della pandemia.

- **Attrezzature**

1 CPAP.

- **Varie**

Pulsossimetro portatile, acquisitati 20 misuratori in più, 2 Scanner termometrici, Termometri infrarossi.

Aspetti specifici e innovativi

Sono state individuate due diverse unità ambulatoriali: una dotata di 3 ambulatori dove accedono, con percorsi indipendenti, i pazienti sospetti COVID; l'altra sede ambulatoriale è quella dedicata alle attività tradizionali della struttura.

Sono state create due aree contigue, seppure ben distinte, dotate di 5 letti di area rossa per pazienti COVID positivi e di due letti in area grigia per pazienti sospetti COVID.

L'utilizzo di ossigeno è stato, nel periodo, sostanzialmente triplicato.

Analogamente l'utilizzo di farmaci, con particolare riferimento ad antibiotici di ultime generazioni, è stato anche in questo caso triplicato.

Seppur senza costi aggiuntivi per la Casa di Cura, durante la prima fase, sono stati effettuati su degenti e personale numerosi tamponi molecolari e/o inviati presso ospedali pubblici e privati della rete regionale lombarda.

Commento

Durante la prima fase sono state messe a disposizione della rete regionale lombarda tutte le risorse di posti letto, personale e competenze, svolgendo il compito di supporto agli ospedali pubblici e privati della rete stessa, impegnati nell'accoglienza dei numerosi pazienti che necessitavano di ricovero per patologie correlate alla COVID; presso la nostra struttura sono stati accolti i pazienti inviati dai Pronti Soccorsi e dalle degenze dagli stessi ospedali della rete, pazienti necessitanti di ricovero per patologie di medicina interna, riabilitazione motoria e neurologica e Cure Sub Acute, che pervenivano con tamponi negativi effettuati negli ospedali di provenienza. In alcuni pazienti si sono manifestati, dopo il ricovero, sintomi caratteristici della patologia COVID, poi confermati da positività dei tamponi; questi casi sono stati pertanto gestiti in collaborazione con l'ASST di Lecco.

Questa utile collaborazione ha consentito di poter contribuire, con tutti gli interlocutori, ad una migliore gestione della prima ondata epidemica.

2.4.5 G.B. Mangioni Hospital

Periodo di riferimento 04 marzo 2020 - 26 giugno 2020

In ottica di solidale risposta alla richiesta di aiuto pervenuta da Regione Lombardia in relazione alla situazione di emergenza legata alla gestione della diffusione del virus SARS-CoV-2, G.B. Mangioni Hospital, struttura sanitaria accreditata con il SSN, che fa parte di GVM Care & Research, si è resa disponibile a collaborare con il sistema alla gestione dei pazienti positivi.

Attivazione nuovi posti letto

In accordo con ATS Brianza, con autorizzazione alla trasformazione di 28 posti letto per acuti in posti tecnici per sub acuti (in aggiunta ai 7 già in essere), a partire dal 3 aprile 2020 si è iniziato ad accogliere **pazienti Sub Acuti COVID positivi**, previa esecuzione di lavori strutturali necessari alla predisposizione logistica dei percorsi, con particolare attenzione alla suddivisione delle vie di accesso e dimissione onde garantire la sicurezza di altri pazienti che afferivano alla clinica per attività ambulatoriali.

Per assicurare un'adeguata assistenza, sono stati affiancati ai medici già operanti presso l'U.O. per Subacuti e di Medicina Generale specialisti già operanti presso la struttura in altri reparti di degenza; analoghe misure sono state adottate per aumentare la presenza di personale infermieristico, operante con altre destinazioni nei periodi "normali".

Inoltre, G.B. Mangioni Hospital ha partecipato al bando per l'attivazione dei servizi di degenza per la sorveglianza sanitaria di pazienti SARS-CoV-2 positivi paucisintomatici (DGRXI/3020 del 30/03/2020), con firma del contratto di scopo in data 17 aprile 2020 per la gestione di 20 posti letto.

Andamento dei ricoveri

Nei mesi di aprile e maggio 2020 sono stati accolti, progressivamente, pazienti fino al raggiungimento della disponibilità provenienti prevalentemente dal territorio di ATS Brianza, ma anche proveniente dal territorio di competenza di altre ATS quali Insubria, Bergamo e Città Metropolitana Milano.

I casi trattati, nel periodo compreso tra il 4/3/2020 e il 26/6/2020, sono stati complessivamente **77**, di cui 35 donne e 42 uomini, con esito di negativizzazione per 68 di essi; un paziente è stato ritrasferito in reparto per acuti per il peggioramento delle sue condizioni cliniche, mentre 8 sono stati i casi di pazienti deceduti con un'età media di 86 anni.

A partire dalla seconda metà del mese di maggio, la richiesta di ricovero da parte degli ospedali con degenti acuti e conseguentemente la presenza di pazienti in condizione di subacuzie è andata scemando fino ad avere la struttura completamente COVID free a partire dal mese di giugno quando, grazie al coordinamento con ATS Brianza, sono stati riconvertiti i 28 posti letto tecnici per sub acuti in posti letto per acuti COVID negativi, con le destinazioni specialistiche corrispondenti all'assetto accreditato precedente alla situazione di emergenza connessa con la pandemia.

Risorse in termini di incremento

Per fronteggiare l'ondata di pandemia, la struttura ha impiegato in toto le risorse umane ad essa afferenti con una risposta assolutamente propositiva e collaborativa da parte di tutte le categorie contribuendone il rafforzamento dello spirito di squadra.

L'elevata qualità delle prestazioni assistenziali è stata perseguita affiancando al personale della clinica anche specialisti esterni (infettivologo, pneumologo...), ed acquisendo dispositivi particolarmente indicati per l'assistenza ai pz. COVID (es. saturimetri, spirometri...), mentre a garanzia della sicurezza degli operatori si è provveduto a mettere disposizione idonei DPI, il cui consumo è risultato necessariamente molto superiore rispetto ai periodi di normale attività.

3 LA CURA A LIVELLO TERRITORIALE

Quando si parla di territorio, in tema di servizi, occorre definirne i contenuti e i "confini" semantici per poter valutarne l'efficacia e l'appropriatezza in termini di risposta ai bisogni emergenti.

Questa premessa è opportuna di fronte ad una narrazione ricorrente nella prima fase della pandemia, che ha incessantemente ripetuto un messaggio: «è mancato il territorio», senza circostanziarne i limiti, i soggetti, le azioni.

Una prima individuazione di territorio è quella che lo vede, per differenza, come tutto ciò che non ha a che fare con l'ospedale.

Questo approccio, in "voga" a partire dagli anni '80, è stato via via soppiantato da una definizione di territorio caratterizzata da una propria "essenza", come luogo in cui la persona vive, manifesta i suoi bisogni socio-sanitari e sanitari e vi trova una risposta. Paradossalmente, in questa accezione, l'ospedale diventa esso stesso "nodo" della rete territoriale. Da qui gli sforzi degli ultimi anni nel creare sinergie tra strutture ospedaliere e altri ambiti in cui vive la persona.

In questa prospettiva ne deriva che il territorio, da un punto di vista dei servizi sanitari e socio-sanitari, è caratterizzato dalla presenza, per citarne alcuni, di:

- medici di famiglia/pediatri di libera scelta/medici CA
- unità speciali di continuità assistenziale (USCA)
- farmacie territoriali
- assistenza domiciliare integrata CoViD
- cure palliative domiciliari
- servizi socioassistenziali
- attività svolte dall'associazionismo
- strutture residenziali e semiresidenziali.

Inseriti in questa cornice, si può affrontare una analisi di quanto svolto da questi nodi della rete nel periodo pandemico nel rispondere ai bisogni, nuovi e improvvisi, determinati dall'emergenza.

Affrontata l'analisi in questi termini, le pagine seguenti mettono in evidenza una ricchezza di iniziative e azioni, attuate dai soggetti presenti nel territorio ed una capacità di interagire e sussidiarsi quasi spontaneamente, supportandosi nel rispondere ai reciproci "affanni" di fronte ad un fenomeno vasto e sconosciuto.

Sulla base dell'analisi dei resoconti riportati più avanti, l'esperienza realizzatasi nei comuni, distretti, ambiti della ATS della Brianza vede una "narrazione", seppur conscia degli ambiti di miglioramento, diversa rispetto a quella emersa nei mesi di piena pandemia.

Il quadro che emerge è quello di un territorio:

- capace di fare squadra
- con facilità e disponibilità a relazionarsi, a scambiarsi informazioni e a confrontarsi
- con presenza di coordinamenti istituzionali significativi

Una ricchezza, quella sopra descritta, che ha costituito una solida base per affrontare la cosiddetta "seconda ondata", consolidatasi in epoca COVID e che sicuramente permetterà di affrontare il "dopo COVID" con maggior consapevolezza di poter costruire interventi e modelli di cura e assistenza sempre più integrati e appropriati.

3.1 Le Cure Primarie

L'ambito delle Cure primarie ricomprende al proprio interno non solo i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta ma anche medici della Continuità Assistenziale e i servizi di prossimità quali le farmacie territoriali.

Sul distretto di Vimercate circa l'84% dei MMG fanno parte di forma associative di medici (Gruppi/Reti) e il 16% sono medici "singoli", mentre sul distretto di Monza il 79% dei MMG fanno parte di forma associative di medici (Gruppi/Reti) e il 21% sono medici "singoli". Sul distretto di Lecco circa il 89% dei MMG fanno parte di forma associative di medici (Gruppi/Reti) e l'11% sono medici "singoli".

Regione Lombardia ha da qualche anno avviato, con la presa in carico del paziente fragile, un nuovo paradigma di risposta assistenziale unitaria complessiva e programmata in funzione della domanda di salute, diversificata per tipologie specifiche di pazienti e personalizzata attraverso un PAI in base ai bisogni individuali e al contesto familiare e sociale. Questo risulta essere il quadro di riferimento del sistema delle cure primarie: tra gli elementi qualificanti il processo sono individuati la presenza di servizi di accompagnamento, la trasmissione di segnali biomedici tra il paziente, il medico di medicina generale, il medico specialista, il centro servizi e il **telemonitoraggio/teleassistenza**. Queste attività consentono, da un lato, una adeguata sorveglianza del paziente cronico e fragile (follow up), dall'altro di anticipare attraverso il rilievo di segnali situazioni di criticità.

Il luogo di svolgimento di questa attività risulta essere il territorio e il domicilio: oltre al medico di medicina generale e il pediatra, tra gli attori principali del sistema delle Cure Primarie sono da considerare l'infermiere dello studio, il medico di continuità assistenziale, il medico USCA, organicamente afferenti al sistema delle Cure Primarie mentre l'infermiere di famiglia e di comunità e lo specialista ambulatoriale concorrono funzionalmente alla corretta attuazione dei percorsi di continuità Ospedale-territorio in stretta connessione con le Cure Primarie. Accanto a queste figure professionali occorre tenere presente che in ATS Brianza, a seguito delle attività sul paziente cronico, è stato sviluppato un percorso volto all'integrazione con i servizi sociali e assistenziali erogati dai Comuni. Altro ambito da percorrere è la relazione collaborativa con l'ADI non ad alta complessità, attività assistenziali e prestazionale.

Sulla base della prima esperienza pandemica, la telemedicina, telemonitoraggio e chiamata proattiva possono essere strumenti ulteriormente implementabili in prospettiva, in relazione alla complessità, alla situazione clinica e al bisogno conseguente del paziente e alla necessità di comunicazione e di gestione di alert tra il medico di medicina generale, l'infermiere e il medico specialista, tra loro strettamente connessi attraverso delle piattaforme di comunicazione con le quali condividere le informazioni cliniche.

Accanto a questo, occorre mettere a disposizione del sistema delle cure primarie un sistema di sorveglianza non solo del paziente COVID ma più in generale del paziente fragile: in questa direzione sono in corso sperimentazioni di sorveglianza a domicilio da parte dell'infermiere dei MMG. Altrettanto importante è il ruolo svolto dalle équipes delle Cure domiciliari che, nella declinazione operativa a bassa complessità assistenziale, possono completare l'offerta del sistema delle cure primarie anche mediante l'apporto della nuova funzione dell'Infermiere di Famiglia istituita dalla Legge 77/2020 – art.1, comma 5.

In questa prospettiva va letta l'integrazione delle USCA con l'infermiere di famiglia e le potenzialità presenti con l'infermiere che opera nei microteams della medicina generale.

Questa necessità, a volte dichiarata, è emersa con forza, in particolare, durante la pandemia laddove i medici di medicina generale hanno utilizzato sempre più strumenti di triage telefonico (a livello "artigianale", sistema assimilabile alla tele visita), hanno incrementato le relazioni con i colleghi delle USCA ed hanno utilizzato l'ATS come strumento di informazione biunivoca. A questo si aggiunge lo sviluppo della comunicazione "non in presenza" con i pazienti, giungendo in moltissimi a casi a costituire l'essenza del pensiero comune sul medico di medicina generale quale soggetto di riferimento. Questo si è visto in particolare nelle organizzazioni strutturate della medicina generale laddove la compartecipazione costante dei medici tra di loro ha permesso di gestire l'isolamento dei medici con buoni risultati. La dematerializzazione ha funzionato come strumento ulteriore di facilitazione della relazione laddove ha permesso di dare la misura concreta al bisogno del paziente. Infine, occorre evidenziare il ruolo svolto dalle società di servizio nel monitoraggio dei pazienti cronici e dei COVID positivi in carico ai medici che hanno aderito alla PIC.

Come detto sopra, le **USCA** rappresentano lo sviluppo importante e necessario sulla strada della continuità assistenziale diurna. Le USCA hanno permesso di evidenziare l'importanza e il significato della continuità assistenziale non solo dal punto di vista clinico ma anche da quello della capacità di un lavoro integrato tra professionisti laddove il core del medico di medicina generale, ovvero il rapporto di fiducia, non viene mai messo in discussione.

L'integrazione con le Assistenti Sociali e gli Infermieri di famiglia può contribuire ad implementare il sistema di offerta della medicina generale nei confronti del soggetto fragile.

3.2 Il ruolo della medicina di famiglia

La rete dei servizi sanitari territoriali ha affrontato la prima fase della pandemia mettendo in campo gli interventi disponibili, implementandoli sempre più in relazione all'evolversi delle conoscenze e della disponibilità di nuovi strumenti.

L'alta presenza di forme associative ha contribuito a garantire l'assistenza, prevalentemente a distanza, a tutti i pazienti, senza soluzione di continuità in questo periodo di emergenza COVID-19, vicariando i medici in isolamento.

Nel corso del primo semestre l'ATS Brianza ha posto in essere tutte le azioni per far fronte all'epidemia attraverso:

- reclutamento di nuovi medici per sostituzioni di medici assenti dal servizio per malattia e/o isolamento, cessati per limiti di età o, purtroppo, deceduti a causa del virus;
- attività di monitoraggio /sorveglianza sanitaria dei medici assenti per malattia e conseguente attività di consulenza telefonica relativa all'interpretazione della normativa in materia di COVID e successivi protocolli operativi;
- preparazione, in collaborazione con RSPP, di Kit di DPI e relativa distribuzione ai medici;
- attivazione, in applicazione del D.L. n. 14 del 09.03.2020 e della D.G.R. n. 2986 del 23/03/2020, di n. 3 postazioni di Unità Speciali di Continuità Assistenziale (area territoriale Monza, Vimercate e Lecco).

Partendo dai dati di attività emerge, in controtendenza con la "narrazione" all'epoca corrente, un grande impegno, silenzioso ma "pesante", del territorio.

In particolare, se si analizza il dato delle persone COVID positive al 30 giugno 2020, emerge una importante presenza dei **Medici di Medicina Generale (MMG)** che hanno:

- assistito a domicilio il 60 % dei pazienti COVID+;
- "sorvegliato" in modo attivo 9.330 persone (su 28.000 totali);
- attuato il telemonitoraggio su quasi 900 pazienti (Tab. 21)

Attivazioni in telemonitoraggio fatte dalle Cooperative MMG fino a fine giugno 2020

COOPERATIVA	Mese	Tipologia di pazienti	Nr. attivazioni
COSMA	apr	fragili	575
COSMA	mag	fragili	13
IN SALUTE	apr	CoViD/CoViD like	15
IN SALUTE	mag	CoViD/CoViD like	22
IML		CoViD/CoViD like	34
CFB	mag	CoViD/CoViD like	107
CFB	giu	CoViD/CoViD like	109
totale			875

Tab. 21

I Medici delle **Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA)** hanno supportato il lavoro dei MMG con le attività rappresentate nella tabella 22.

MESE	DATA	USCA	N. MMG che hanno richiesto la visita	N. visite richieste	N. visite effettuate	N. altre richieste MMG	N. tamponi effettuati
Marzo	31/03/2020	Concorezzo	5	5	4	0	
Aprile		Concorezzo	132	163	165	20	0
Maggio		Concorezzo	68	72	66	8	7
Giugno		Concorezzo	38	27	27	6	24
Marzo	31/03/2020	Monza	5	7	5	0	
Aprile		Monza	271	313	246	74	0
Maggio		Monza	103	131	109	11	12
Giugno		Monza	112	117	43	5	106
Luglio		Monza Concorezzo	155	169	47	5	153
Agosto		Monza Concorezzo	170	197	71	19	174
Marzo	31/03/2020	Lecco	5	6	5	2	
Aprile		Lecco	191	228	218	65	0
Maggio		Lecco	57	57	54	35	6
Giugno		Lecco	42	57	26	70	61
Luglio		Lecco	40	47	22	51	47
Agosto		Lecco	80	118	49	111	109

Tab. 22

3.3 Le Cure Domiciliari

All'interno del modello già attivo per l'ADI, che vede un rapporto diretto da parte dei MMG con l'équipe di valutazione multidimensionale dei bisogni delle ASST, è stato realizzato a fine marzo 2020, in collaborazione con 12 Erogatori ADI a contratto che hanno offerto la propria disponibilità, un protocollo di assistenza domiciliare in ambito COVID.

Il percorso è stato sviluppato per favorire una presa in carico precoce del paziente a rischio e supportare le attività dei MMG/USCA.

L'obiettivo era quello di attuare una presa in carico domiciliare efficiente ed appropriata diretta a persone che, per condizioni clinico assistenziali collegate ad infezione da virus SARS-CoV-2, necessitano di osservazione e assistenza a bassa intensità e si trovano in una situazione di fragilità/non autosufficienza.

Lo specifico profilo ADI COVID, ai sensi della DGR 2906/2020 e della DGR 2986/2020, nei primi tre mesi di attività ha permesso di seguire 820 persone (Tab. 23). A tutt'oggi il servizio rappresenta un importante supporto alle attività di cure territoriali.

ASST	Aprile	Maggio	Giugno	Totale
Lecco	197	28	7	232
Monza	248	46	7	301
Vimercate	233	37	17	287
	678	111	31	820

Tab. 23

3.4 Le azioni degli Enti Locali

3.4.1 Le principali attività svolte dalle Province di Lecco e di Monza e Brianza durante l'emergenza CoViD-19.

Le Province hanno partecipato attivamente a riunioni, unità di crisi, videoconferenze e iniziative con altri enti e istituzioni del territorio, tra cui le Prefetture, Regione Lombardia, ATS, le ASST e il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci, fornendo anche un supporto ai Sindaci del territorio nell'interpretazione e applicazione delle varie disposizioni governative e regionali.

Inoltre, le Province hanno svolto un ruolo di coordinamento e attivazione dei volontari della Protezione civile dei vari gruppi comunali o associazioni del territorio che hanno prestato la loro opera in numerose attività nei propri Comuni di riferimento. Questa attività è stata quotidianamente rendicontata alla Sala Operativa di Regione Lombardia, a cui sono stati forniti i nominativi dei volontari e dei gruppi impegnati ogni giorno.

Di seguito, alcuni dati forniti dalle due Province nel territorio di competenza di ATS della Brianza.

Provincia di Lecco

Sono state attuate le seguenti azioni:

- Distribuzione a tutti i Comuni del territorio di oltre 620 mila mascherine chirurgiche ricevute da Regione Lombardia, attraverso 6 distribuzioni coordinate dal servizio Protezione Civile della Provincia di Lecco, in collaborazione con il Comitato di coordinamento dei volontari di Protezione civile;
- Distribuzione alle organizzazioni di volontariato, di Protezione civile e ai Comuni del territorio di 2.000 litri di soluzione igienizzante, donati dal Politecnico di Milano nell'ambito del progetto Polichina;
- Servizio di assistenza e supporto agli utenti del trasporto ferroviario in transito nella stazione di Lecco, assicurato dal sistema di Protezione Civile provinciale, in collaborazione con il Comitato di coordinamento delle organizzazioni di volontariato di Protezione civile e con il gruppo di Protezione Civile dell'Associazione Nazionale Carabinieri a supporto del personale ferroviario e degli agenti della Polfer.

Provincia di Monza

Le attività svolte dai volontari di Protezione Civile in emergenza pandemica SARS-CoV-2 nel periodo dal 15 febbraio al 31 luglio 2020 sono state le seguenti:

- Distribuzione/consegna generi alimentari;
- Distribuzione/consegna farmaci;
- Distribuzione mascherine ai cittadini;
- Comunicazioni avvisi e disposizioni Comunali alla cittadinanza a mezzo megafoni;
- Controllo flussi dei mercati rionali anti-assembramenti e misurazione febbre;
- Servizi di centralino telefonico alla sala operativa AREU Milano;

- Trasporti DPI anti-COVID;
- Stoccaggio e preparazione di DPI e disinfettanti presso CPE Agrate Brianza;
- Supporto Allestimento Tende Pneumatiche pre-triage;
- Allestimento brandine e supporto ad istituti scolastici, movimentazione attrezzature.

Questi interventi sono stati realizzati dalle organizzazioni di volontariato di Protezione Civile di Monza e della Brianza (n. 46), di cui:

- Associazioni n. 20 – volontari n. 494
- Gruppi Comunali n. 26 – volontari n. 620
- **TOTALE VOLONTARI: n. 1.114**

Nel dettaglio, alcuni aspetti particolari:

- Volontari resi disponibili per attività in emergenza COVID: 30% (n. 350)
- Volontari impegnati in 168 giorni: n. 12.112
- Attestati nominativi di attivazione rilasciati: n. 12.112
- Media giornaliera (su 168 giorni) dei volontari in servizi: n. 72
- Media percentuale numero volontari per singola organizzazione: 30%
- Centri Comunali supportati: n. 55
- Ospedali supportati per allestimenti tende pre-triage: n. 5 (Desio, Carate Brianza, Vimercate, Monza, Giusano)

3.4.2 Gli interventi sociali dei Comuni durante l'emergenza COVID 19

I Comuni e gli Ambiti, valorizzando l'esperienza maturata con i Piani di Zona e la gestione associata dei servizi sociali, hanno avviato, durante e a seguito dell'emergenza COVID-19, numerosi servizi e iniziative nei propri territori per rispondere alle necessità delle persone, nell'obiettivo di sostenere i più fragili, raggiungendo un insieme di cittadini con bisogni di protezione sociale sconosciuti ai servizi, in parte generati dall'emergere di nuovi e improvvisi bisogni legati all'emergenza sanitaria e in parte dall'impatto della crisi economica. I servizi sociali sono stati chiamati, nell'effettuazione dei vari interventi, a ripensare e riorganizzare i propri servizi mettendo in campo, per esempio, inedite forme di vicinanza alle persone e alle famiglie tramite l'utilizzo delle nuove tecnologie e dei social media (sperimentazione da parte dei servizi sociali e del volontariato di servizi a distanza per i disabili e gli anziani soli). Nel complesso, l'emergenza ha innescato una tensione ad innovare e creare buone prassi sostenibili nel tempo, utili a rafforzare la rete territoriale. Nella fase di maggiore impatto dell'epidemia COVID-19, i Comuni dell'ATS Brianza hanno lavorato in modo sinergico, in costante collegamento con ATS, promuovendo, tramite un ramificato lavoro di rete, accordi di governance, per garantire l'integrazione delle rispettive linee operative degli attori coinvolti.

L'impegno dei Comuni/Ambiti si è concentrato sostanzialmente in tre direzioni:

1. Analisi delle tipologie di bisogno emergenti nel territorio, soprattutto in base alle condizioni di fragilità/vulnerabilità incontrate rispetto a:

- persone COVID+ autonome, dimesse da ospedale, che non potevano effettuare la quarantena in famiglia;
- anziani rimasti senza caregiver;
- situazioni di minori con genitori entrambi ricoverati; in tal senso gli Ambiti territoriali hanno adottato dei protocolli di collaborazione, su richiesta del Tribunale dei Minori, in cui sono stati definiti gli interventi circa la tutela e l'affidamento di minori, figli di genitori affetti da COVID-19 necessitanti entrambi di ricovero ospedaliero.

Il "fenomeno" che ha acuito le fragilità è stato il periodo di "isolamento sociale" che alcune persone hanno vissuto durante il lockdown; per alcune di esse, l'isolamento ha peggiorato le condizioni di vita: dagli Uffici di Piano sono state rilevate situazioni di anziani senza luce, gas, linea telefonica, persone con disturbi psichiatrici senza uso di tecnologie o senza tv, radio... isolate da un punto di vista comunicativo con l'esterno. Da ciò, si deduce che bisogna valutare, comprendere ed essere pronti ad intervenire anche sugli impatti del post lockdown, specie nell'area della salute mentale.

2. Supporto sociale (di tipo materiale, informativo e psicologico)

A livello operativo, i Comuni, singoli o associati, in collaborazione con la Protezione Civile, le realtà della cooperazione e del volontariato del territorio, si sono impegnati per rispondere ai bisogni sociali primari e concreti dei cittadini più fragili, organizzando servizi e aiuti, pubblicizzati anche attraverso siti internet e "social media" attraverso:

- l'attivazione di servizi e numeri utili per la popolazione over 65 priva di rete familiare e di vicinato;
- servizio navetta per il ritiro e la consegna di biancheria per le persone ricoverate negli ospedali, per sostituire i familiari/parenti a cui era impedito l'accesso a causa delle restrizioni vigenti;
- trasporti urgenti e per controlli/esami specifici;
- sostegno e supporto psicologico alla cittadinanza organizzato anche in collaborazione con ASST/ATS/Associazioni per fronteggiare le conseguenze emotive dell'emergenza sanitaria da Coronavirus, in particolare, attivazione di supporto psicologico gratuito telefonico e possibilità di contatto con operatori dei Consultori Familiari del territorio che hanno svolto interventi di sostegno, anche di tipo psicologico, principalmente telefonico;
- attivazione numeri telefonici esclusivamente dedicati all'emergenza Coronavirus;
- attivazione numeri di telefono dedicati agli anziani soli (es. servizio telefonia sociale AUSER);
- reperibilità telefonica e sostegno alle donne maltrattate e/o vittime di violenza;
- sperimentazione di servizi a distanza (telefonate, video-chiamate) rivolti alle persone con disabilità e alle loro famiglie per mantenere le relazioni durante la chiusura dei centri diurni e per il mantenimento dell'assistenza educativa scolastica;
- supporto psicopedagogico rivolto ai genitori tramite incontri on-line con esperti e con associazioni, accompagnamento di bambini e adolescenti per facilitare la didattica on-line e l'esecuzione dei compiti.

Anche lo strumento del "Call Center Sociale", numero telefonico dedicato attivato da ATS Brianza, è stato un riferimento significativo rispetto alle segnalazioni di bisogno o alle richieste di supporto sociale per le persone in isolamento domiciliare e per le persone

anziane e fragili, prive di reti familiari.

3. Erogazione di prestazioni e aiuti sociali alle persone colpite direttamente o indirettamente dal COVID.

Nello specifico sono stati attivati i seguenti servizi:

- consegna di spesa e farmaci a domicilio, in collaborazione con i volontari della Protezione Civile, dell'Auser e della Croce Rossa Italiana oppure tramite i commercianti, i negozi e le farmacie disponibili a fare le consegne a domicilio;
- assistenza domiciliare agli anziani e ai disabili;
- ricerca/organizzazione di interventi e di aiuti per le persone con necessità di supporto alla domiciliarità (es. assistenza a domicilio h 24 - SAD, interventi di RSA aperta, inserimento in struttura protetta), in presenza di bisogni correlati alle nuove tipologie di situazioni prese in carico durante il periodo di emergenza;
- erogazione di buoni spesa destinati all'acquisto di generi alimentari o prodotti di prima necessità;
- indicazioni sulla gestione separata dei rifiuti domestici e sull'igiene degli ambienti;
- fornitura dei DPI agli operatori e ai volontari;
- distribuzione di mascherine gratuite alla popolazione.

I dati raccolti con la collaborazione dei Comuni e degli 8 Ambiti Territoriali del territorio dell'ATS Brianza evidenziano l'impegno profuso nell'affrontare le nuove e impreviste situazioni emerse durante la pandemia.

Nella tabella seguente (Tab. 24) sono riportati complessivamente i servizi attivati.

I dati coinvolgono il 78% della popolazione residente nel territorio di ATS della Brianza. I dati degli Ambiti con Comuni mancanti sono stati riproporzionati sulla base del totale degli abitanti dell'Ambito, fatta eccezione del dato relativo al valore dei buoni spesa erogati.

TABELLA COMPLESSIVA SERVIZI ATTIVATI									
PERIODO DI RILEVAZIONE DATI DAL 1/3/2020 AL 30/6/2020									
AMBITO	CONSEGNA SPESA AL DOMICILIO (STIMA N.UTENTI)	CONSEGNA PASTI AL DOMICILIO (STIMA N. UTENTI)	CONSEGNA FARMACI AL DOMICILIO (STIMA N. UTENTI)	ASSISTENZA DOMICILIARE PER COVID POSITIVI O CONTATTI DI POSITIVI (STIMA N. UTENTI)	SUPPORTO PSICOLOGICO (STIMA N. UTENTI)	ATTIVAZIONE NUMERO DEDICATO (STIMA N. CONTATTI)	FORNITURA DPI AGLI OPERATORI E AI VOLONTARI (STIMA QUANT. FORNITI)	FORNITURA DPI ALLA CITTADINANZA (STIMA QUANT. FORNITI)	EROGAZIONE DI BUONI SPESA (STIMA VALORE EROGATO)
CARATE	478	147	341	52	SERVIZIO NON ATTIVATO	2.131	24.286	105.621	380.930,00 €
DESIO	623	116	959	12	181	3.277	27.370	118.450	1.166.130,00 €
MONZA	2.176	116	256	4	193	13.088	3.456	98.304	836.000,00 €
SEREGNO	645	109	399	3	20	5.064	2.650	12.700	793.986,42 €
VIMERCATE	3.723	1.271	2.635	20	252	21.344	54.913	228.337	894.719,00 €
BELLANO	2.994	102	1.066	6	8	2.520	26.674	24.192	216.662,00 €
LECCO	573	262	704	19	10	707	410.404	31.960	576.231,00 €
MERATE	1.475	1.334	1.963	82	37	1.008	16.440	103.400	281.256,00 €
TOT	12.687	3.458	8.324	198	700	49.139	566.193	722.964	5.145.914,42 €

Tab. 24

Di seguito, (Tab. 25) viene riportata la tabella relativa a misure/interventi regionali a sostegno dei cittadini attivati durante l'emergenza COVID, che sono stati gestiti direttamente dagli Ambiti.

	EMERGENZA COVID - MISURE REGIONALI A SOSTEGNO DEI CITTADINI		
AMBITO	MISURA PACCHETTO FAMIGLIA Assegnazione complessiva ex Decreto 466	FONDO NAZIONALE POLITICHE SOCIALI 2019 Quota emergenza COVID DGR 3054/2020	FONDO INQUILINI MOROSI INCOLPEVOLI DGR 3438/2020
CARATE	258.512,00	240.968,71	17.691,33
DESIO	327.551,00	303.010,04	54.649,93
MONZA	275.437,00	269.739,37	17.271,82
SEREGNO	285.648,00	265.391,08	31.715,46
VIMERCATE	314.961,00	287.841,08	26.771,71
BELLANO	81.745,00	83.110,19	0,00
LECCO	264.908,00	256.431,73	18.009,42
MERATE	202.730,00	188.165,16	0,00
TOT	2.011.492,00	1.894.657,36	166.109,67

Tab. 25

3.4.3 Proposte dei Comuni/Ambiti per il miglioramento della rete di assistenza territoriale

I Comuni/Piani di Zona nell'assetto istituzionale previsto dalla L.R. 23/2015 esplicano il loro ruolo attraverso la Conferenza dei Sindaci, che svolge le funzioni di "formulare proposte per l'organizzazione territoriale dell'attività socio-sanitaria e socio assistenziale e di partecipare alla verifica dello stato di attuazione dei programmi e dei progetti di competenza delle ATS" e che rimane il riferimento per la governance istituzionale dell'integrazione socio-sanitaria.

Nella prospettiva di rafforzare la rete di assistenza territoriale, i Comuni, attraverso gli Organismi di Rappresentanza dei Sindaci, possono portare un contributo responsabile e propositivo in direzione di una maggiore integrazione socio-sanitaria, orientando il lavoro degli Uffici di Piano e dei servizi sociali verso il potenziamento delle azioni di monitoraggio delle persone fragili e verso la collaborazione con ATS, ASST e altri soggetti del territorio per la costruzione di pratiche/modelli innovativi assistenziali e di una filiera erogativa più vicina alle persone in cui si sviluppano anche le funzioni sociali.

La fase critica della pandemia non è stata solo sanitaria ma ha avuto un grosso effetto sul piano assistenziale e sociale, investendo le comunità locali, le istituzioni e i servizi sanitari e sociali, che tuttavia hanno rivelato capacità di attivazione e organizzazione.

In questo senso, gli Uffici di Piano hanno evidenziato alcune direttrici da sviluppare per potenziare la rete a supporto delle fragilità, tra cui:

- Un'azione di presa in carico e di monitoraggio da parte della rete del sistema socio-sanitario (pubblico/privato) di soggetti già noti ai servizi.

- Un'azione di prossimità per l'avvicinamento di soggetti non noti attraverso le "antenne sociali", o "sentinelle sociali", da individuare sul territorio con il sostegno prezioso del privato sociale e del volontariato, di chi abita la comunità, tenendo presente che la prossimità alimenta la conoscenza dei bisogni ai quali si dovrà dare riscontro.

- La presenza di soluzioni organizzative che facilitino la connessione del sistema socio-sanitario con le risorse del territorio.

- L'integrazione delle competenze professionali (Medici di Medicina Generale e Servizio Sociale professionale comunale; potenziamento delle USCA con la figura dell'assistente sociale per favorire il raccordo con i Comuni); inserimento nei servizi territoriali degli Infermieri di Comunità e di famiglia, per esempio a supporto/integrazione dei SAD comunali.

- La presenza e l'incremento delle risorse al fine di dare risposte adeguate.

3.5 Il call center per il supporto sociale: «l'emergenza che unisce»

Il Call Center Sociale di ATS Brianza, avviato il 5 marzo 2020, è stato istituito con l'obiettivo di rappresentare un riferimento per le segnalazioni che manifestavano la necessità di garantire un supporto sociale per le persone in isolamento domiciliare obbligatorio o fiduciario e per le persone anziane/fragili, prive di reti familiari, che hanno rivelato il bisogno di ascolto e di interventi assistenziali durante il periodo dell'emergenza Coronavirus.

IL TEAM PSICOSOCIALE

L'organizzazione del Call Center ha previsto un team di 7 operatori (tra cui Assistente sociale, Psicologo, figura amministrativa) afferenti ai Dipartimenti PIPSS e alla U.O.C. Area Distrettuale (Fig. 30). L'attività è stata svolta in smart working. Il servizio è stato attivato 6 giorni su 7 (dal lunedì al venerdì, ore 8.30-16.30, e di sabato ore 8.30 - 13.00). Nelle situazioni ritenute necessarie, il Call Center Sociale ha attivato il Call Center Psicologico a cui sono stati dedicati 5 psicologi.

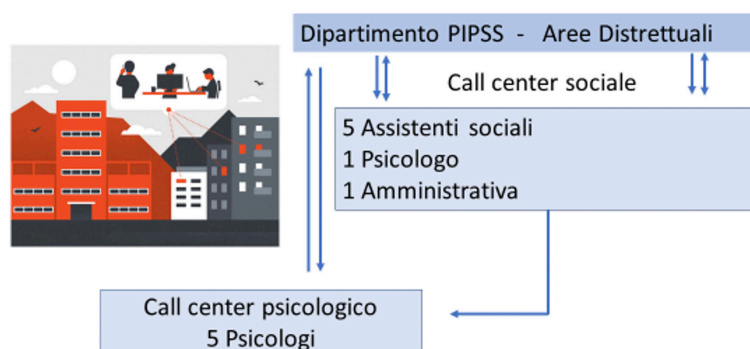


Fig.30

Di fondamentale importanza è risultata, inoltre, la collaborazione con tutte le altre professionalità afferenti al Dipartimento PIPSS, anche di quelle non direttamente coinvolte nell'attività di call center. Soprattutto in fase di back office, gli operatori del Call Center sociale hanno richiesto consulenze e/o supporto per la definizione delle azioni più idonee alla risoluzione dei casi specifici, in particolare quelli che richiedevano l'attivazione di una rete sociosanitaria.

L'EVOLUZIONE DELLE RICHIESTE AL CALL CENTER ATS

L'attività del Call Center sociale ha avuto, nel primo mese di avvio, progressivi e rapidi adattamenti che hanno riguardato il target a cui il numero dedicato è stato diffuso e, conseguentemente, le tipologie di richieste pervenute. Questo rifletteva l'estendersi delle manifestazioni del contagio con i loro impatti imprevedibili sulle organizzazioni e sul sistema.

Inizialmente il numero telefonico del Call Center ATS era destinato **alle sole amministrazioni comunali**. Successivamente, in considerazione dell'elevato e sempre crescente volume di richieste che afferivano **ai numeri dei servizi di prevenzione ATS** e verosimilmente al numero regionale, **il numero è stato diffuso anche ai cittadini** (anche tramite il call center regionale).

- Sindaci, Servizi sociali comuni

Nelle prime fasi il numero del Call Center ATS veniva utilizzato anche dai **Sindaci/Assessori** per avere **informazioni sul numero di casi positivi** nel proprio Comune. Successivamente, a questo ultimo scopo è stato istituito un diverso numero dedicato ed è stato condiviso un **Protocollo con la Prefettura**. Tuttavia, alcuni sindaci, assessori e, soprattutto, **Servizi Sociali Comunali** hanno continuato a farvi riferimento per le diverse problematiche legate all'emergenza.

- Cittadini

Nei primi giorni di attività del Call Center Sociale le richieste pervenute dai **cittadini** erano in prevalenza di **tipo sanitario** (es. indicazioni persone con sintomi/isolamento o contatti con persone Covid+) e le persone venivano orientate ai servizi di competenza. Progressivamente, nel tempo, le richieste si sono spostate sul **versante sociale** esprimendo principalmente richieste di attivazione di servizi di supporto (es. informazioni su consegna spesa/farmaci a domicilio, trasporto persone per effettuazione tamponi di controllo, attivazione ADI, SAD), ma anche bisogni più complessi che necessitavano di una presa in carico più strutturata.

- Medici di Medicina Generale

Successivamente il numero del Call Center Sociale è stato diffuso ai **MMG per comunicare all'ATS** i casi di **pazienti positivi o sospetti** (persone con sintomi) o che avevano avuto contatti con persone positive (quindi, in maggioranza, di richieste sanitarie); queste richieste sono state gestite dal Direttore delle Aree Distrettuali di Monza e Lecco in raccordo con il Dipartimento di Prevenzione.

LA SORVEGLIANZA SINDROMICA ATTIVA

Lo scopo principale della sorveglianza è quello di monitorare lo stato di salute della persona contagiata ed evitare il diffondersi dell'infezione. Le persone, quindi, poste in isolamento sono state sottoposte a **sorveglianza** giornaliera per 14 giorni, nell'ambito dell'attività gestita e coordinata dal Dipartimento d'Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS). Ogni operatore addetto alla sorveglianza,

in occasione dei vari contatti con i soggetti "sorvegliati", ha avuto modo di rilevare l'esistenza di **problematiche sociali** e poter direttamente coinvolgere il Call Center Sociale.

LE SEGNALAZIONI DEL CALL CENTER SOCIALE ATS

Nel periodo di riferimento compreso tra il 09.03.2020 e il 30.07.2020 sono pervenute n. 500 richieste telefoniche da parte di diversi soggetti (Fig. 31), relative a diverse casistiche legate all'emergenza sanitaria CoViD-19. In almeno 1/3 dei casi le richieste hanno comportato più di un contatto.

Distribuzione delle richieste pervenute al call center (per richiedenti e casistiche) nei mesi di maggiore emergenza



Fig.31

DESCRIZIONE DELLE CASISTICHE

Sono state identificate le principali tipologie di casistiche:

1. **Aggiornamento numero dei casi positivi/isolamento** (richieste pervenute soprattutto **nei primi giorni di attivazione del call center** da parte dei Sindaci/Assessori per conoscere il numero delle persone positive nel proprio comune; queste richieste sono state identificate come richieste di tipo informative e rimandate all'Ufficio Sindaci)
2. **Contatto con persone positive** (trasporto al domicilio dopo dimissione, informazioni su quarantena)
3. Indicazioni persone con sintomi/isolamento
4. Attivazione servizi di supporto, (es. consegna e spesa e farmaci al domicilio, indumenti per ricoverati...) attivazione 2° livello per casi complessi.
5. **Informazioni su aspetti generali:** rientrano anche le richieste pervenute, soprattutto nei primi giorni di attivazione del call center, da parte di Assistenti Sociali comunali che chiedevano informazioni su gestioni/aperture/chiusure servizi e strutture sociali).

CASISTICHE RICHIESTE SANITARIE

Come si evince dal grafico della figura 32, il 52% delle richieste pervenute è di tipo Sanitario.

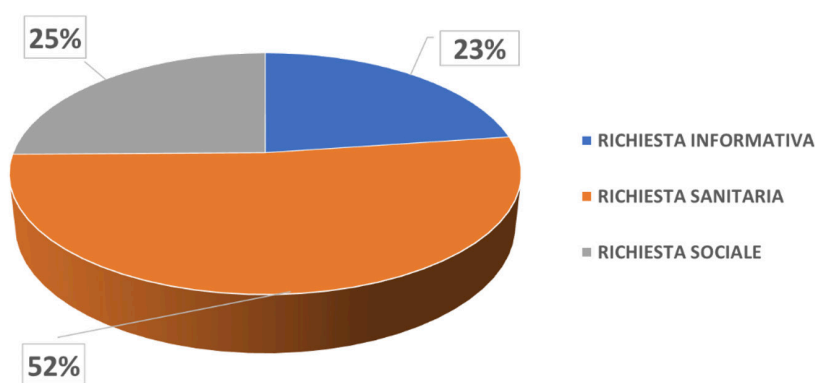


Fig.32

Relativamente alle casistiche, nel grafico della figura 33 notiamo che il 47% delle richieste sono relative ad indicazioni per persone con sintomi/isolamento (sanitarie), mentre il 19% delle richieste riguardano richieste di attivazione di servizi di supporto.

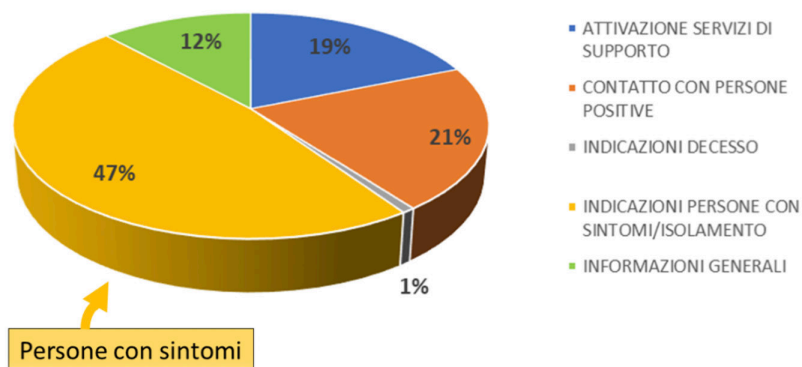


Fig.33

CASISTICHE RICHIESTE INFORMATIVE

Come si evince dal grafico della figura 32, il 23% delle richieste pervenute è di tipo Informativo.

Relativamente alle casistiche, si nota che il 47% sono richieste riconducibili al bisogno di indicazioni per persone con sintomi/isolamento fiduciario (sanitarie) (Fig. 34).

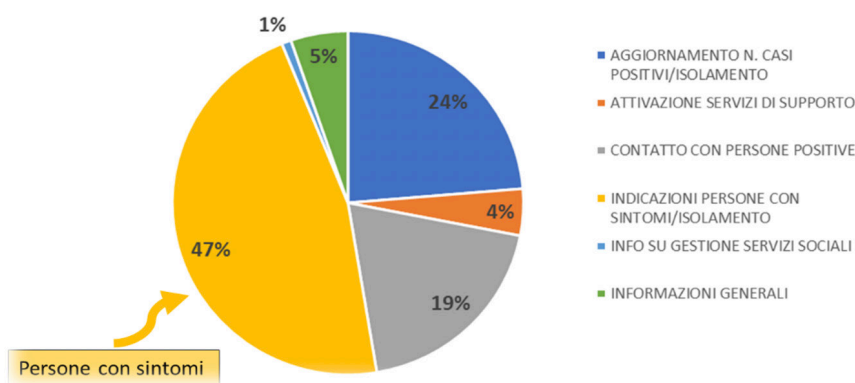


Fig.34

CASISTICHE RICHIESTE SOCIALI

Come si evince dal grafico della figura 32, il 25% delle richieste pervenute è di tipo Sociale.

Relativamente alle casistiche, si rileva che l'83% delle richieste sono riconducibili all'esigenza di attivazione di servizi di supporto prettamente di natura sociale (Fig. 35).

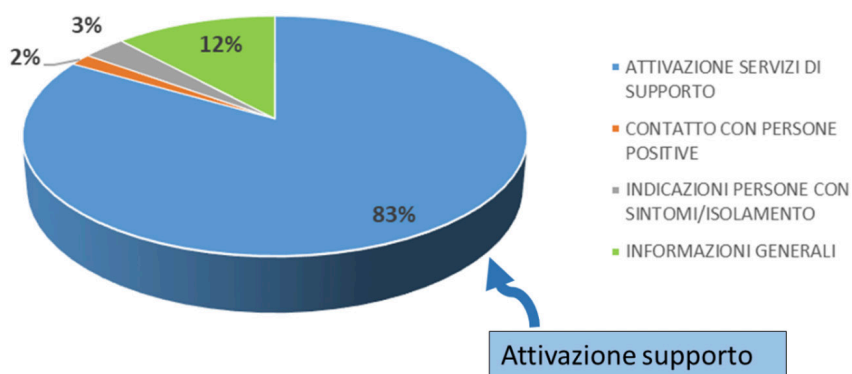


Fig.35

AZIONE SUGGERITA/ATTIVAZIONE DIRETTA OPERATORE CALL CENTER

In merito alle azioni suggerite/attivazioni dirette effettuate dagli operatori del call center, nel grafico riportato nella figura 36 si rileva che il 42% delle richieste si riferisce ad indicazioni fornite direttamente dall'operatore del call center, mentre il 21% riguarda l'attivazione di una rete di supporto sociale/sanitaria, e successiva attivazione di II° livello, per le quali si è resa necessaria un'integrazione tra sanitario, sociosanitario e sociale.

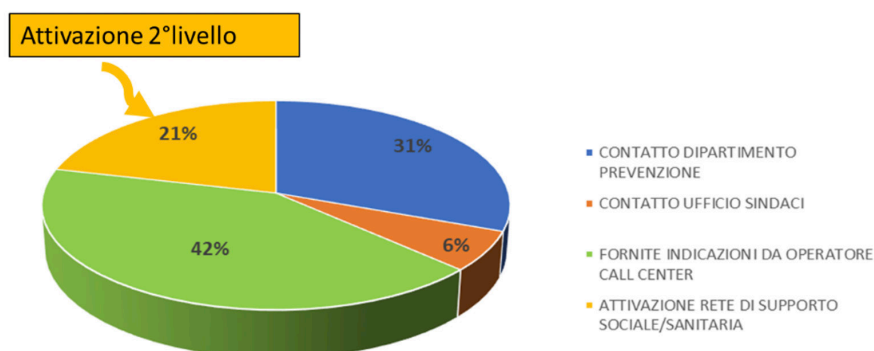


Fig.36

L'ESPERIENZA DEGLI OPERATORI NELL'EMERGENZA

Gli operatori del call center hanno svolto le loro attività in una realtà mutevole, in condizioni di incertezza, confrontandosi con situazioni emotivamente coinvolgenti. È importante mettere in evidenza le variabili critiche che hanno dovuto affrontare sotto vari profili:

- **Dell'identità professionale:** come professionisti di area sociale è importante evidenziare l'impegno a padroneggiare il linguaggio sanitario della prevenzione e le nozioni sanitarie relative al contagio per poter contribuire a risolvere il problema sociale;
- **Degli impatti che la COVID ha provocato sui bisogni,** facendo emergere necessità nuove affrontabili con interventi sperimentali, in una fase in cui i confini tra bisogni sanitari e bisogni sociali diventano labili;
- **Della lettura della realtà,** impegnandosi in un processo di attribuzione di significati e di senso, vissuto sia personalmente che condiviso socialmente con i colleghi. Questo ha permesso di raggiungere una relativa autonomia, di auto organizzarsi e sostenere le proprie attività ricercando autonomamente informazioni e confrontandosi con vari attori organizzativi del territorio.

3.6 Il lavoro delle Associazioni

Il report di CSV Monza Lecco Sondrio (Centro di Servizio per il Volontariato), con la collaborazione di CSVnet, restituisce l'immagine di un volontariato diverso.

La pandemia coincide con un passaggio storico destinato a trasformare le regole del nostro vivere comune e del nostro essere società. La COVID-19 ha colpito duramente la regione Lombardia, mettendo a dura prova le strutture ospedaliere, il personale medico, l'intera popolazione e presentando un conto altissimo in termini di vite umane.

Le realtà del terzo settore e del volontariato si sono trovate a fronteggiare un'emergenza che da sanitaria è divenuta ben presto anche sociale. Per questo oggi siamo obbligati a **ripensare approcci e modelli di intervento**, in uno scenario socioeconomico che sappiamo già essere, con ogni probabilità, il più difficile dai tempi della Seconda guerra mondiale. Ci è sembrato importante quindi dare vita, con la collaborazione di **CSVnet**, a una ricerca **per comprendere ciò che è accaduto** in questi mesi alle organizzazioni e agli enti di terzo settore e per capire quali idee iniziano a circolare per immaginare **una possibile ripartenza**.

IL 70% DELLE ORGANIZZAZIONI È RIMASTO ATTIVO

Al questionario hanno risposto **1.062 enti, il 92% dei quali di tipo associativo**: in massima parte si tratta, infatti, **organizzazioni di volontariato (55%)**, seguite da una importante componente di associazioni di promozione sociale (27%) e, in percentuali minori, altri tipi di associazioni, cooperative, enti filantropici, imprese sociali, società di mutuo soccorso, reti associative, enti religiosi, ecc. Il 50% delle realtà censite e rimaste attive ha dichiarato di avere svolto attività attinenti l'emergenza, offrendo in prevalenza **servizi di consegna di beni di prima necessità come cibo e farmaci, compagnia e vicinanza telefonica e telematica, educazione a distanza**, ma anche raccolte fondi, trasporto sociale e volontariato sanitario. Il 70% del campione totale ha comunque proseguito le proprie attività legate all'ordinario, mentre si è fermato del tutto il 30%.

ATTENZIONE PER LE FASCE A RISCHIO E NUOVE ATTIVITÀ

I destinatari principali delle azioni messe in atto dalle realtà del terzo settore coincidono con le fasce più a rischio della popolazione rispetto alla minaccia del SARS-CoV-2: **anziani** in primis, seguiti da **cittadini in quarantena** e poi persone con disabilità e minori. Possiamo parlare di azioni sia straordinarie che ordinarie, dato che il 45% dei soggetti rimasti attivi in Lombardia dichiara di aver svolto sia attività tipiche e tradizionali, sia nuovi tipi di attività. Il 48% delle organizzazioni ha dovuto fermare completamente le proprie attività, il 23% le ha dimezzate, il 22% le ha parzialmente ridotte e solo il 7% le ha mantenute come prima dell'emergenza. Laddove le organizzazioni ed enti del terzo settore si sono fermati, hanno messo uno "stop" ad attività di tipo **formativo, culturale e ricreativo**, facendo registrare un vero e **proprio tracollo dei servizi culturali ed educativi** rientranti nell'ambito degli enti di terzo settore.

Le attività svolte sono state nuove o in linea con quanto già si faceva? (Fig. 37)

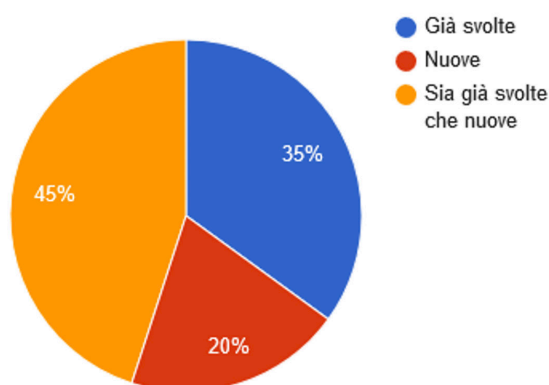


Fig.37

INSIEME, AL FIANCO DEI COMUNI

Uno dei tratti più salienti di questa nuova stagione del volontariato è sicuramente la collaborazione stretta con i Comuni, elemento previsto anche dalle ordinanze emesse per far fronte all'emergenza. Ma la collaborazione è una cifra che – al di là della tipologia di soggetto – sembra attraversare davvero buona parte dei progetti e delle azioni messe in campo negli ultimi mesi dato che (oltre che con le amministrazioni locali) numerose forme di cooperazione sono state avviate per esempio con altre associazioni non profit. Sarà quindi necessario interrogarsi su cosa rimarrà di questa esperienza nei prossimi mesi e su come si trasformeranno questi nuovi legami venutisi a creare.

IL NODO DEI VOLONTARI

La risposta delle associazioni ai nuovi bisogni è stata immediata, ma diversi sono stati i problemi incontrati innanzi tutto nel reperire persone che fossero nelle condizioni di operare. Gran parte delle organizzazioni infatti sono storicamente composte per massima parte da persone appartenenti a fasce anagrafiche ad alto rischio rispetto al Coronavirus e, quindi, costrette a restare a casa. **È infatti una percentuale altissima, pari all'87%, quella di associazioni che hanno coinvolto nuovi volontari in questi mesi, in sostituzione di quelli ordinari bloccati in casa.** Un dato che restituisce anche la dimensione della **forte mobilitazione della cittadinanza** e, in particolare, delle fasce anagrafiche giovani e adulte. Un bacino che – come altri colleghi di CSV lombardi hanno già rilevato – sarà **prezioso coinvolgere** già nel futuro più prossimo, comprendendone caratteristiche, dinamiche e approfondendone **il possibile ruolo all'interno delle associazioni.**

Basta pensare che dalla mappatura svolta dai CSV nel territorio di Monza Brianza e Lecco sono stati attivati 3.592 iniziative di sostegno.

Nello specifico CSV Monza Lecco Sondrio si è attivato:

- Per il sostegno ai Comuni per l'attivazione dei COC (Centro Operativo Comunale)
- Per il coordinamento dei volontari all'ospedale San Gerardo di Monza, volontari che hanno portato a domicilio la spesa e volontari che hanno attivato forme di ascolto
- Le associazioni dei tre territori hanno intrapreso attività di raccolta fondi indirizzate a ospedali e istituti sanitari
- Attività di sostegno alle persone sole o fragili: servizi a domicilio di spesa, farmaci
- Telefono amico
- Attività di sostegno ai minori: attività di lettura fiabe, attività artistiche musicali e sportivi tramite piattaforme.
- Sostegno alla didattica a distanza
- Attività di mediazione familiare (centri anti violenza, gestione di conflitti nelle case, nei condomini, ecc ...)

Viene quindi da chiedersi: **cosa succederà a queste forme di attivazione? E quali ipotesi di ulteriore coinvolgimento ci saranno per questi cittadini?** A questo tema, che rimette in primo piano la questione del ricambio generazionale e delle necessità di nuova linfa nelle organizzazioni (Fig. 38), si sommano altri due punti critici: la carenza di DPI e quella di risorse economiche.

Composizione dei volontari attivi in Lombardia durante l'emergenza CoViD-19

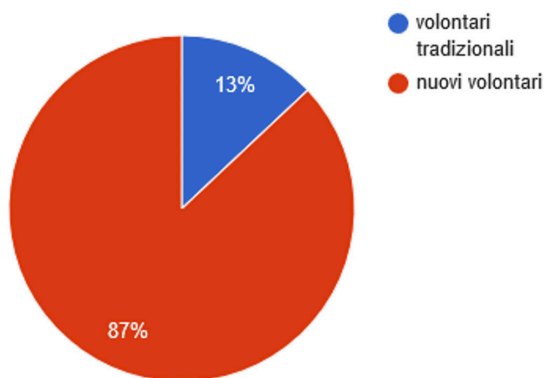


Fig.38

NEL FUTURO DISAGIO SOCIALE ED ECONOMICO?

Si conferma l'idea che le problematiche preponderanti saranno di tipo sia sociale che economico. Si prefigura un contesto nel quale la **solitudine** sarà un pericoloso elemento di disgregazione da arginare, anche perché da sempre l'aggregazione e la prossimità sono due delle dimensioni più tipiche del mondo del volontariato. Disagio sociale ma anche economico, con un **conseguente aumento della povertà** e probabili difficoltà nella gestione domestica e finanziaria. Gli intervistati confermano i propri enti di appartenenza come disponibili a spendersi anche su fronti differenti rispetto a quelli tradizionali: in particolare in servizi di assistenza pratica (con-

segna a domicilio di beni di prima necessità) e di relativa prossimità (assistenza psicologica, ascolto e compagnia telefonica).

UN BILANCIO ECONOMICO CHE RISCHIA DI ESSERE NERISSIMO

È fosco il panorama che si osserva concentrandosi esclusivamente sul lato economico, dato che poco più della metà degli intervistati prevede una riduzione delle proprie entrate pari al 50%. Il 52% di loro dichiara di non avere attività in convenzione con una pubblica amministrazione. Il 41% delle realtà che avevano attività in convenzione prima dell'emergenza dichiara poi di aver dovuto sospendere tutte quante le attività in corso a causa della pandemia, consolidando purtroppo un trend nettamente negativo (Fig. 39) e che ipotizza in modo sensibile il futuro del volontariato.

A quanto ammonterà la riduzione delle tue entrate?

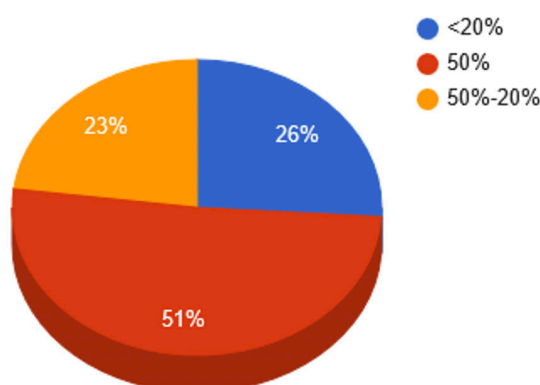


Fig.39

IL RUOLO DEI CSV FRA PRESENTE E FUTURO

Le organizzazioni si immaginano che dai CSV ora arrivi soprattutto un **supporto per re-immaginare la ripartenza** e che i CSV stessi diventino un punto di riferimento per progettare il futuro. Una conferma, quindi, del ruolo sia il ruolo sociale che culturale dei centri di servizio, sempre considerati come attivatori e facilitatori di progettualità dentro ai territori. Sempre ai CSV si chiedono ulteriori **approfondimenti delle normative e sui DPI dedicati alla sicurezza, aiuto nella ricerca volontari** (a conferma delle difficoltà legate anche al ricambio generazionale), **supporto al fund raising e attività di facilitazione delle relazioni con le pubbliche amministrazioni.**

DA DOVE RIPARTIRE?

Sembrano proprio questi ultimi, in modo particolare, alcuni degli argomenti-chiave su cui progettare un nuovo inizio. Una ripartenza è possibile attraverso processi culturali e di sistema che favoriscano la **collaborazione locale tra terzo settore e pubblica amministrazione**, incoraggiando l'integrazione di competenze e di ruoli. Altro importante fattore sarà la messa in dialogo di forme

di attivazione dei cittadini e mondi associativi, sollecitando confronti e socializzazione di pensiero, disponibilità ed energie. Si apre, insomma, **una stagione importante per ritessere i legami e le collaborazioni** dentro ai territori, con **ripensamenti anche radicali** per il terzo settore, ingaggiando la sfida della ripartenza. In tutto questo abbiamo compreso che insieme potremo affrontare le incertezze del futuro con più decisione ed efficacia.

Occorre preventivamente stabilire alleanze soprattutto con i Comuni e gli Uffici di Piano. La programmazione e la progettazione condivisa con i Comuni, ATS e gli enti preposti, il mondo profit sarà l'arma vincente contro le morse della crisi.

Una approfondita lettura dei bisogni, la scelta intelligente delle priorità e dei target, l'attivazione delle risorse della Comunità e la costruzione delle alleanze tra i partner, saranno d'ora in avanti le modalità operative da privilegiare.

3.7 La cura nelle strutture per anziani e per disabili

Sul territorio di ATS Brianza è presente una significativa rete di unità d'offerta sociosanitarie. La tabella che segue (Tab. 26) illustra la distribuzione delle strutture residenziali e semiresidenziali per tipologia e distretto di ubicazione aggiornata al 31/12/2019.

Distribuzione della rete d'offerta di strutture sociosanitarie residenziali sul territorio										
Tipologia UDO	Distretto di Lecco			Distretto di Monza			Distretto di Vimercate			Totale pl contratto ATS
	PL autorizz.	PI accredit.	PI contratto	PL autorizz.	PI accredit.	PI contratto	PL autorizz.	PI accredit.	PI contratto	
RSA (68)	2216	2101	1998	1757	1757	1491	2118	1932	1752	5241
RSD (9)	152	152	149	144	144	144	117	117	117	410
CDI (33)	222	222	163	392	392	304	356	331	254	721
CDD (32)	230	230	215	230	230	230	337	337	330	775
CSS (14)	99	99	99	10	10	10	30	30	30	139
SRM minori (2)	40	40	40	0	0	0	36	36	36	76
RIA amb/CDC (7)	294	294	294	0	0	0	0	0	0	294
Cure Intermedie (2)	55	55	55	0	0	0	0	0	0	55
Post Acuti (3)	10	10	10	40	40	40	0	0	0	50
Hospice (5)	12	12	12	31	31	31	32	32	32	75
Comunità Dipendenze (9)	89	89	82	29	29	29	58	58	58	169
Bassa Intensità Dipendenze (4)	18	18	17	0	0	0	5	5	5	22

Tab. 26

Sul territorio dell'ATS Brianza sono presenti 68 RSA, di cui 4 solo autorizzate, 5 autorizzate e accreditate e 59 a contratto con una disponibilità complessiva di 6.091 posti autorizzati, di cui 5.790 accreditati e 5.241 posti a contratto.

All'interno dei posti contrattualizzati sono ricompresi anche i posti dedicati alle persone affette da demenza: in attuazione della DGR XI/1046 del 17/12/2018, ATS Brianza ha potenziato i "nuclei Alzheimer" con la riconversione di 116 posti accreditati e a contratto, di cui 76 per la provincia di Lecco e 40 per la provincia di Monza e Brianza, pari ad un totale complessivo di 312 posti contrattualizzati, di cui 90 nel distretto di Lecco e 222 nei distretti di Monza e Vimercate.

Sul territorio sono presenti, inoltre, 9 Residenze Sanitarie per Disabili (RSD), con un totale complessivo di 413 posti letto autorizzati e accreditati, di cui 410 a contratto. I Centri Diurni per Disabili (CDD) sono complessivamente 32 con una disponibilità complessiva di 797 posti ordinari, di cui 775 a contratto: in particolare, delle 32 strutture, 9 sono ubicate nel Distretto di Lecco, 14 nel Distretto di Vimercate e 9 nel Distretto di Monza. Le Comunità Socio Sanitarie per Disabili (CSS) sono complessivamente 14 per un totale di posti letto contrattualizzati di 139: nel distretto di Lecco sono presenti 10 strutture per un totale di 99 posti, collocate per lo più agli estremi del territorio.

IL PERIODO EPIDEMICO

Il quadro epidemiologico instauratosi nel corso della pandemia da COVID – 19 ha fortemente coinvolto la rete d'offerta sociosanitaria in particolare nel setting della residenzialità (RSA/RSD/CSS): la violenza del contagio e la sua rapidità hanno interessato principalmente le RSA che hanno dovuto affrontare in poco tempo: livelli assistenziali elevati a forte valenza sanitaria, la necessità di riorganizzare gli assetti assistenziali a seguito della carenza di personale verificatasi in conseguenza del contagio e, per un certo periodo, la carenza di dispositivi di sicurezza (DPI).

L'analisi di quanto successo unitamente alle attività di monitoraggio presso le strutture poste in essere da ATS nel corso dell'epidemia, mettono in evidenza quegli aspetti da riconsiderare in fase di riorganizzazione, in particolare nell'accompagnamento delle strutture a definire i nuovi Piani Organizzativo Gestionali (P.O.G.) (DGR N. 3226 del 09/06/2020).

Vengono di seguito riportati alcuni aspetti di rilevanza particolare per le RSA/RSD nel corso della pandemia, in un'ottica di miglioramento del sistema:

- La gestione clinica dei pazienti positivi e l'accesso alle prestazioni specialistiche

La diffusione del contagio all'interno delle RSA ha coinvolto soggetti già particolarmente fragili: la presenza di una comorbilità significativa, unitamente alla rapida evoluzione del quadro in senso peggiorativo, hanno determinato in alcune strutture un numero significativo di decessi. La difficoltà ad accedere alle prestazioni diagnostiche, a seguito dell'isolamento e alla situazione di grossa difficoltà degli ospedali, hanno posto in evidenza la necessità di affiancare ai medici delle strutture modalità di accesso alle consulenze specialistiche attraverso percorsi dedicati, anche mediante l'utilizzo della telemedicina, oltre all'importanza di affiancare le strutture solo autorizzate nella gestione dei pazienti positivi anche attraverso le USCA.

- L'adeguamento alle norme anti-COVID

ATS Brianza, fin dall'inizio della pandemia, ha attivato un sistema di informazione capillare nei confronti di tutte le UdO relativamente agli aggiornamenti normativi in tema di contenimento della diffusione del virus. Tutte le strutture hanno risposto ponendo in atto, in maniera sufficientemente tempestiva, gli adeguamenti dal punto di vista logistico/strutturale per l'isolamento dei casi positivi e le misure connesse con l'approvvigionamento dei DPI, strumenti peraltro già in uso nell'attività ordinaria.

È importante segnalare la presenza di strutture che non hanno mai avuto casi di ospiti positivi e che sono riuscite a gestire il periodo della pandemia con interventi di alta efficacia preventiva.

- L'informazione ed interazione con i familiari degli ospiti

L'attenzione a mantenere una costante informazione nei confronti dei parenti degli ospiti, a seguito dell'impossibilità degli stessi ad accedere alle strutture, è stata rilevata nella quasi totalità delle strutture, anche attraverso modalità interessanti e innovative.

Nell'ambito delle strutture semiresidenziali, in particolare quelle dedicate ai disabili e agli anziani, sono state prese fin da subito decisioni per la chiusura dei servizi: ciò ha comportato l'attivazione di modalità a distanza per consentire l'erogazione delle prestazioni in supporto alle famiglie, al fine di evitare fenomeni di affaticamento e difficoltà della rete sociale-familiare nella gestione delle persone al domicilio durante il lockdown. In questo contesto sono emerse forme innovative di erogazione dei servizi, certamente da considerare anche nel periodo di ripresa.

4 LA SORVEGLIANZA EPIDEMIOLOGICA

Il progressivo adeguamento dei processi di riorganizzazione della rete di offerta in senso preventivo e di contenimento deve accompagnarsi ad un'efficace azione di contrasto alla diffusione del virus per evitare una ripresa dei contagi e mantenere la condizione di gestibilità da parte del Sistema.

In questa prospettiva hanno assunto una valenza strategica tutte le azioni poste in essere nell'ambito della prevenzione che, per loro natura, sono trasversali a tutti i setting di intervento e di cura: in particolare, si è operato nell'obiettivo di rafforzare il sistema di accertamento diagnostico, il monitoraggio e la sorveglianza della circolazione del SARS-CoV-2 al fine di intercettare tempestivamente eventuali focolai di trasmissione del virus.

Le indicazioni regionali hanno posto in capo al Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria (DIPS) il coordinamento dell'attività di gestione della sorveglianza e del tracciamento dei casi e dei contatti e della modalità di attuazione delle misure preventive, in particolare quelle riferite alle popolazioni a maggior rischio.

Nel periodo dal 31 marzo al 7 giugno 2020 al Call center del DIPS sono arrivate n. 4.456 telefonate con richieste di informazioni e indicazioni.

4.1 Contact Tracing

Nell'ambito della sorveglianza epidemiologica rientrano tutte le azioni volte ad incrementare sensibilità ed efficienza nell'intercettare i nuovi casi e i cluster, mettendo prontamente in atto interventi di controllo e utilizzo degli strumenti di diagnosi/screening di infezione da SARS-CoV-2. Nel processo di "definizione del caso e della sua gestione", le fasi più significative sono rappresentate dalla diagnosi effettuata mediante l'esecuzione del tampone nasofaringeo e dal contact tracing, che sta alla base del contenimento dei casi secondari. È un processo di identificazione e gestione delle persone che possono essere state esposte ad un caso di malattia durante il periodo di contagiosità del caso; gli obiettivi sono:

- identificare e isolare i nuovi casi secondari il più rapidamente possibile;
- ridurre la possibilità di contagio nella popolazione;
- interrompere le catene di trasmissione dell'infezione.

Si definisce "contatto stretto di un caso COVID-19":

- qualsiasi persona esposta ad un caso probabile o confermato di COVID-19 in un lasso di tempo che va da 48 ore prima a 14 giorni dopo l'insorgenza dei sintomi nel caso (o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento);
- se il caso non presenta sintomi, si definisce contatto una persona esposta da 48 ore prima fino a 14 giorni dopo la raccolta del campione positivo del caso (o fino al momento della diagnosi e dell'isolamento del caso).

Un programma di contact tracing efficace è in grado di:

1. Identificare tutte le esposizioni ad alto rischio (contatti stretti);

2. Informare i contatti stretti in maniera sufficientemente rapida per prevenire l'ulteriore trasmissione del virus;
3. Assicurare la disponibilità di risorse necessarie per la valutazione clinica e di laboratorio di qualsiasi contatto sintomatico o che diventi sintomatico durante il periodo di monitoraggio;
4. Assicurare che le persone esposte osservino la quarantena o l'isolamento in maniera sicura, sostenibile ed efficace per impedire la trasmissione dell'infezione.

Sebbene il concetto di contact tracing possa sembrare relativamente nuovo, è già in uso nelle istituzioni sanitarie da decenni come tentativo di evitare la diffusione di malattie trasmissibili, identificando accuratamente i punti di trasmissione e rallentando la loro espansione nella comunità.

Uno dei casi più famosi di contact tracing è quello di "Typhoid Mary" a New York City all'inizio del XX Secolo. La fonte del contagio si rivelò essere una portatrice asintomatica, cuoca casalinga itinerante per alcune famiglie benestanti della città. Solo grazie al lavoro scientifico e diligente di George Soper (considerato da molti il primo epidemiologo), le autorità sono state in grado non solo di identificare la fonte, ma anche di rendersi conto che alcune persone potevano portare e trasmettere la malattia, pur apparendo in buona salute.

Per poter comprendere come il contact tracing nel caso del COVID-19 possa risultare particolarmente difficile è necessario sapere che:

- Un caso può essere contagioso già a partire da 48 ore prima della comparsa dei sintomi, che potrebbero anche passare inosservati. Inoltre, la trasmissione può avvenire anche da persone che non svilupperanno mai sintomi.
- La finestra di opportunità per trovare i contatti dei casi e metterli in quarantena prima che possano a loro volta diventare contagiosi è piuttosto stretta.
- La presenza di "casi" può generare rapidamente grandi focolai. Si stima che, in media, ogni persona può infettare 2 o 3 persone, pertanto se una persona infetta trasmette l'infezione ad altre 3 persone, si può passare da 1 caso a 59.000 casi in 10 cicli di trasmissione.

In considerazione di quanto illustrato in precedenza, fin dai primi mesi della prima ondata pandemica, che ha interessato il territorio lombardo e di ATS Brianza, è stato subito chiaro che era prioritario acquisire un sistema che permettesse di gestire tutti i casi di positività riscontrati nel territorio, ma dove fosse possibile anche creare collegamenti tra il "caso indice", i contatti e gli eventuali casi secondari. L'impegno degli operatori nell'attività di contact tracing è importante: dall'inizio della pandemia si è passati dai 12 operatori, afferenti alla U.O.S. Malattie Infettive, normalmente impegnati nelle attività di segnalazione, profilassi, gestione delle patologie infettive, ai "150 case manager attuali", con il coinvolgimento e collaborazione di operatori afferenti a tutte le U.O.C. e U.O.S. del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria ma anche a tutte le altre U.O.C. di ATS Brianza.

Nel grafico sotto riportato (Fig. 40) viene indicato il numero di contatti individuati, su base settimanale, da aprile a giugno 2020.

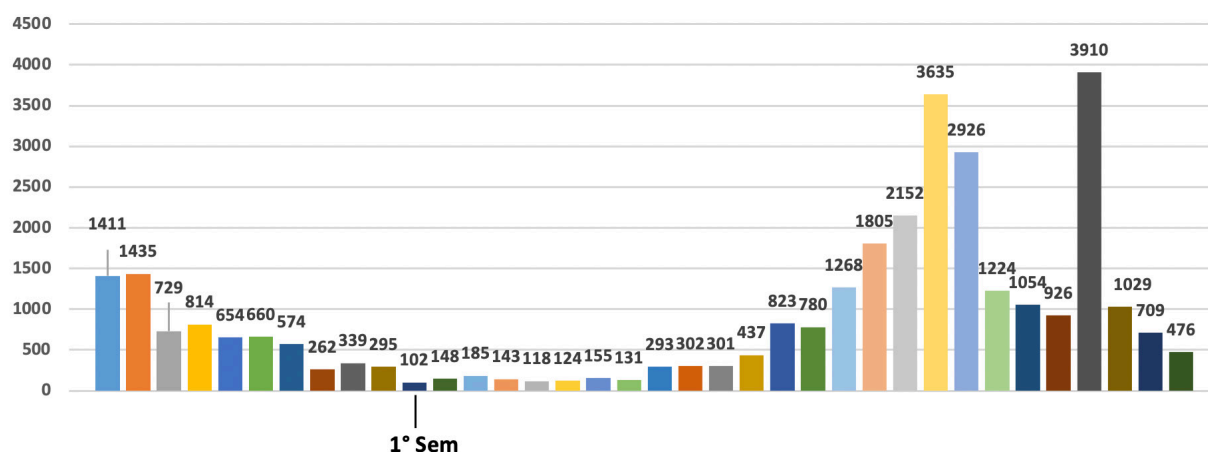


Fig. 40

Da queste necessità, con il supporto di una software house che già collaborava con ATS Brianza, è nato il portale **E-CoViD**. Il sistema è in costante evoluzione: la versione aggiornata utilizzata nella seconda ondata ha permesso al soggetto risultato positivo di ricevere un SMS contenente un link, attraverso il quale, dopo una fase di autenticazione, ogni persona è in grado di:

- scaricare informazioni relative all'isolamento;
- scaricare l'attestazione di sorveglianza;
- prenotare il tampone di fine sorveglianza;
- indicare tutti i contatti stretti, che saranno poi contattati da operatori ATS e che saranno presi a loro volta in carico.

Come già detto, il sistema è in continuo perfezionamento: al momento è in sperimentazione un nuovo sistema di gestione dei casi con individuazione di "case manager", ossia figure che avranno in carico i soggetti positivi sino alla loro negativizzazione.

I tempi di "*Typhoid Mary*" sono lontani e il tracciamento dei contatti, un processo un tempo complesso e che si basava sulla memoria spesso incompleta o imprecisa di un individuo, deve entrare nell'era digitale.

È il tempo dei database che consentono l'individuazione di dati eterogenei e l'associazione di record provenienti da diverse banche dati, riconducibili alla stessa persona. Ciò rappresenta un enorme risparmio di tempo in una situazione in cui la velocità è fondamentale. L'utilizzo di soluzioni di data management rende possibile stabilire (e visualizzare) i collegamenti tra i pazienti, i loro contatti e i luoghi che potrebbero frequentare per restringere e concentrare gli sforzi delle risorse alla ricerca dei contatti più probabili.

5 LA COMUNICAZIONE

5.1 La comunicazione istituzionale

ATS Brianza, tramite l'Ufficio Comunicazione, si è da subito attivata per garantire una comunicazione istituzionale che, soprattutto nella prima fase emergenziale (marzo – aprile 2020), è stata orientata a sostenere i bisogni informativi della popolazione legati al tema dell'emergenza CoViD.

Per fare ciò sono stati utilizzati i diversi canali di comunicazione disponibili, nel pieno rispetto delle indicazioni regionali e ministeriali, e sono stati effettuati interventi di informazione mirati, idonei a fornire contenuti di approfondimento su argomenti e notizie destinate a differenti segmenti di pubblico e portatori di interesse del territorio.

5.2 La consulenza alla rete dei servizi

Attività di raccordo da parte dell'Ufficio Sindaci con gli Enti Locali

Fin dalle prime fasi dell'emergenza sanitaria legata alla COVID-19, ATS Brianza ha attivato e strutturato un canale di comunicazione con i Sindaci del territorio con diverse finalità: trasmettere tempestivamente tutte le informazioni legate all'emergenza, raccogliere proposte e segnalazioni, lavorare congiuntamente per risolvere i singoli problemi e per costruire risposte di sistema.

L'Ufficio Sindaci è stato il canale individuato per le comunicazioni con gli Enti Locali e ha operato con le seguenti modalità:

- Due operatori attivi a tempo pieno nel raccordo con i Sindaci;
- Istituzione di un numero telefonico dedicato;
- Gestione dell'indirizzo e-mail dedicato
- Ampio orario di accesso al canale:
 - lunedì-venerdì dalle 9:00 alle 18:00
 - sabato ore 9:00 – 13:00,
 - possibilità di contattare il numero alla sera o nei giorni festivi per casi urgenti.

L'attività è stata principalmente dedicata al raccordo con i Sindaci, assicurando anche un quotidiano collegamento con gli uffici comunali, uffici di piano, polizia locale, forze dell'ordine, Medici di Medicina Generale e, in alcuni casi, i singoli cittadini.

Principali attività svolte:

- Trasmissione di tutte le informazioni utili (decreti, ordinanze, linee guida, informative, provvedimenti sulle scuole);
- Gestione delle informazioni sui contagi;
- Chiarimenti sui file con le informazioni sui casi COVID+ e sulle sorveglianze attive trasmessi quotidianamente ai Sindaci e gli accessi

al Cruscotto regionale;

- Raccolta delle segnalazioni e loro risoluzione, anche con il coinvolgimento dei dipartimenti di ATS (sia per problematiche dei singoli cittadini, sia per le unità di offerta);
- Raccordo con il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci per la gestione delle comunicazioni ai Comuni.

È stato inoltre attivato un numero dedicato per i Servizi Sociali dei Comuni, gestito dalla Direzione di Area Distrettuale e dal Dipartimento PIPSS, per i casi che richiedevano integrazione sociosanitaria (Call center sociale già citato).

Per tutto il periodo di emergenza, ATS Brianza ha, inoltre, continuato a coordinarsi con gli organismi di rappresentanza dei Sindaci.

5.3 La consulenza ai cittadini

Attività dell'Ufficio Relazioni con il pubblico

Dall'inizio della pandemia, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha dovuto gestire la continue richieste di assistenza e di supporto della popolazione attraverso i due canali dedicati: mail e telefono.

Nel periodo compreso tra il 9 marzo e il 1 luglio 2020, l'Ufficio Relazioni con il Pubblico ha inviato n. 5.000 email tra comunicazioni esterne e comunicazioni a colleghi e operatori interni all'agenzia.

Dal 20 aprile 2020 è stata attivata anche la casella email tamponi@ats-brianza.it per la gestione delle richieste di prelievi ed analisi di tamponi nasofaringei per i rientri lavorativi e da cui sono stati inviati complessivamente 1.368 messaggi.

L'assistenza telefonica è sempre stata garantita anche, soprattutto, con il supporto del personale collocato in smart working, grazie alla deviazione delle linee dei numeri di telefono dell'URP della sede di Lecco e di Monza su cellulari aziendali. Tale impegno di lavoro è stato oltremodo gravoso perché l'aggravarsi dell'epidemia ha comportato un incessante bisogno di aiuto da parte dei cittadini.

Analisi dei contatti

Gli argomenti delle richieste ricevute da parte dei cittadini nel periodo di pandemia sono la conseguenza delle criticità emerse nell'ambito della gestione della COVID, tra cui:

- informazioni circa gli accessi alle RSA, diagnosi, ricovero, assistenza al domicilio;
- modalità di effettuazione dei tamponi, dei test sierologici, difficoltà di acquisire i referti;
- informazioni sulle modalità di rientro al lavoro in sicurezza;
- rientro dall'estero e relativo isolamento;
- apertura strutture sociali;
- richieste di assistenza per l'impossibilità di avere una risposta da parte dei n. di telefono dedicati alla sorveglianza;
- richieste di assistenza per favorire il raccordo con i MMG/PDF impegnati nella gestione dell'emergenza;
- richieste di informazioni per temi di competenza di ASST (scelta revoca, esenzioni, protesica, emergenze, pin tessera sanitaria, carta dei servizi).

6 LA SPINTA AL COORDINAMENTO E ALL'INTEGRAZIONE

La pandemia da COVID-19 e le sue conseguenze sanitarie e sociali hanno creato un contesto caratterizzato da incertezza e imprevedibilità, mettendo le organizzazioni a confronto con il fattore tempo, inteso come rapida evoluzione delle situazioni e dei bisogni, e creando la necessità di rispondere rapidamente alle circostanze con soluzioni flessibili.

Questa esperienza drammatica ha messo in luce l'esistenza di una grande capacità di reazione degli attori sociali che hanno assecondato, tempestivamente, la tendenza "naturale" a fare rete e a modellare le organizzazioni sulle situazioni urgenti e sui nuovi bisogni dei cittadini. La questione centrale che ci si è posti ha riguardato, pertanto, la necessità di ridisegnare in modo costruttivo i nostri sistemi e i tradizionali modelli di intervento: le nostre "certezze" dovevano essere momentaneamente abbandonate per seguire nuove strade. I nuovi percorsi hanno fatto emergere la necessità di superare nodi problematici comuni, di valorizzare le risorse esistenti e prevenire la loro dispersione, di creare sinergie e non sovrapposizioni. Questo livello di coesione, indispensabile nella situazione in atto, non può prescindere dalla presenza di un sistema di governo e di coordinamento in grado di accompagnare e rafforzare l'azione collettiva a vantaggio degli individui e della comunità.

La prima fase pandemica, che inevitabilmente ha coinvolto tutti i livelli del sistema, è stata segnata da un continuo lavoro di comprensione della realtà e di tessitura di una trama, inizialmente incerta, che nel volgere di alcune settimane ha mostrato i suoi contorni con maggiore chiarezza. Abbiamo vissuto un periodo di grande interscambio tra tutti gli attori, di strette collaborazioni, di ascolto dei cittadini e di ricerca di soluzioni per i più fragili e per i più colpiti.

Questo documento è una testimonianza del grande impegno degli operatori sanitari e sociosanitari che hanno lavorato in prima linea, dei Comuni e degli Ambiti che hanno attivato numerosi servizi e iniziative con il supporto indispensabile del volontariato, per rispondere alle necessità e dare sostegno alle persone più fragili. Tutto questo all'interno di un sistema istituzionale che ha garantito il governo degli interventi.

Nella prospettiva di uscita dalla prima fase di emergenza, il territorio, nelle sue diverse componenti (istituzioni, enti locali, unità d'offerta, terzo settore, volontariato, comunità locali, cittadini) si è impegnato alla necessaria riattivazione dei servizi e degli interventi. Questo importante passaggio ha aperto la possibilità di valorizzare le risorse professionali sotto il profilo della responsabilità e della flessibilità oltre che nell'adeguare il lavoro quotidiano sulla base di nuove regole volte alla prevenzione e al contenimento del contagio.

Il convergere di soggetti diversi (pubblico, privato sociale, cittadini, privato) nelle attività e negli interventi sperimentali per far fronte ai nuovi bisogni, soprattutto a favore di chi è più fragile, ha consentito di sviluppare spazi dinamici di collaborazione in ambito socio-sanitario nella logica della responsabilità.

In questa direzione, nel mese di agosto 2020 Regione Lombardia ha richiesto alle ATS di adottare un piano territoriale che, oltre a definire ulteriori misure in materia di azioni di sorveglianza epidemiologica, integri l'assetto di riorganizzazione della rete di assistenza territoriale avviato nei mesi precedenti.

Con l'istituzione del Tavolo di Coordinamento per la Rete Territoriale (CRT), nel quale sono rappresentati le diverse componenti istituzionali, sociali e professionali, si lavorerà insieme per potenziare i sistemi di monitoraggio e sorveglianza, implementare i modelli assistenziali innovativi per la gestione dei casi, rafforzare il coordinamento e l'integrazione dei diversi soggetti.

ABBREVIAZIONI E ACRONIMI

ADI	Assistenza Domiciliare Integrata
AREU	Agenzia Regionale Emergenza e Urgenza
ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASST	Azienda Socio Sanitaria Territoriale
ATS	Agenzia di Tutela della Salute
C.C.S.	Centro Coordinamento Soccorsi
CA	Continuità Assistenziale
CCR	Call Center Regionale
CDD	Centro Diurno per Disabili
CIO	Gruppo Controllo Infezioni Ospedaliere
COC	Centro Operativo Comunale
CO.CO.CO.	Collaborazione Coordinata Continuativa
COVID+	Covid positivo (caso)
COVID-19	Malattia da Coronavirus 2019 (CoronaVirus Disease 2019)
CPAP	Continuous Positive Airway Pressure (pressione positiva continua)
CPE	Comunicazione Preventiva di Esercizio
CRT	Coordinamento della Rete Territoriale
CSS	Comunità Socio Sanitarie per Disabili
CSV	Centro di Servizio per il Volontariato
CUP	Centro Unico di Prenotazione
DGR	Delibera di Giunta Regionale
DPI	Dispositivo di Protezione Individuale
DRG	Diagnosis Related Group (raggruppamento omogeneo di diagnosi)
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
L.R.	Legge Regionale
MMG	Medico di Medicina Generale
OMS	Organizzazione Mondiale della Sanità
OSS	Operatore Socio Sanitario
P.O.G.	Piano Organizzativo Gestionale
PDF	Pediatra di Famiglia
PDTA	Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali
PIC	Preso In Carico

PIPS	Dipartimento Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali
PL	Posto Letto
PS	Pronto Soccorso
RLS	Responsabile dei Lavoratori per la Sicurezza
RSA	Residenza Sanitaria Assistenziale
RSPP	Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione
SAD	Servizio di Assistenza Domiciliare
SARS-CoV-2	Coronavirus 2 da sindrome respiratoria acuta grave (Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2)
SIA	Servizi Informativi Aziendali
SITR	Servizio Infermieristico e Tecnico Sanitario
SMS	Short Message Service (messaggino)
SSN	Servizio Sanitario Nazionale
U.O.C.	Unità Operativa Complessa
U.O.S.	Unità Operativa Semplice
UdO	Unità d'Offerta
USCA	Unità Speciale di Continuità Assistenziale

Ringraziamenti

Un sincero ringraziamento va a tutti coloro che hanno partecipato alla stesura di questo documento, in particolare ai collaboratori delle diverse strutture e dipartimenti di ATS Brianza che hanno vissuto in prima linea le difficoltà e la sfida generata dal desiderio di contenere lo sviluppo della pandemia e di tutte le criticità da essa generate, alle tre ASST del territorio (Brianza, Lecco e Monza), importanti punti di riferimento per la cittadinanza, alle due Prefetture di Lecco e di Monza sempre in costante collegamento, alle due Province e a tutti i Comuni delle due Province con i quali si è instaurato un dialogo continuo, alle strutture sanitarie private che hanno dato un importante sostegno, alle associazioni di volontariato e al terzo settore che hanno permesso il supporto alle persone più fragili, e a tutti coloro che fanno parte del Sistema Brianza.

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Brianza