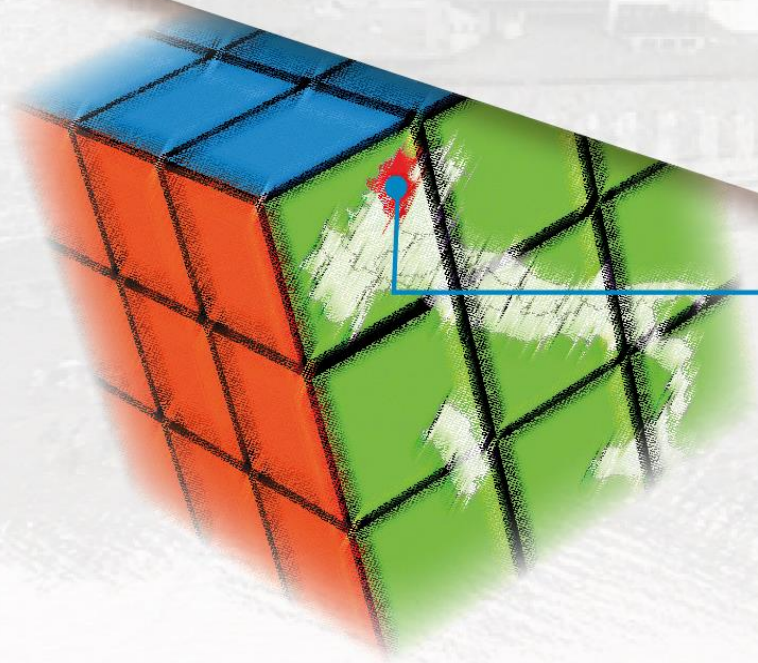
XX° CONGRESSO NAZIONALE CARD

CARD
Confederazione
Associazioni
Regionali di Distretto
Società Scientifica delle attività Sociosanitarie Territoriali

IL DISTRETTO E (è) LA SALUTE DI COMUNITÀ

NELLA CURA, CON APPROPRIATEZZA E CONTINUITÀ



TRENTO

13-14-15
OTTOBRE 2022
Grand Hotel Trento

La COT come propulsore della *governance* delle reti : la «Centrale delle Centrali» tra ADI e Ospedale di Comunità

L'idea del Distretto di Carbonia
ASL Sulcis

Dott. Lorenzo Espa
Dirigente Medico di Geriatria
U.O. Cure Domiciliari Integrate - Distretto Sociosanitario di Carbonia – ASL Sulcis
Referente USCA e Cure Domiciliari Integrate COVID – ASL Sulcis
Presidente eletto SIGG Sardegna

CONGRESSO CARD NAZIONALE

CONGRESSO CARD NAZIONALE

Offline: COVID-19 is not a pandemic

As the world approaches 1 million deaths from COVID-19, we must confront the fact that we are taking a far too narrow approach to managing this outbreak of a new coronavirus. We have viewed the cause of this crisis as an infectious disease. All of our interventions have focused on cutting lines of viral transmission, thereby controlling the spread of the pathogen. The "science" that has guided governments has been driven mostly by epidemic modellers and infectious disease specialists, who understandably frame the present health emergency in centuries-old terms of plague. But what we have learned so far tells us that the story of COVID-19 is not so simple. Two categories of disease are interacting within specific populations—infection with severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) and an array of non-communicable diseases (NCDs). These conditions are clustering within social groups according to patterns of inequality deeply embedded in our societies. The aggregation of these diseases on a background of social and economic disparity exacerbates the adverse effects of each separate disease. COVID-19 is not a pandemic. It is a syndemic. The syndemic nature of the threat we face means that a more nuanced approach is needed if we are to protect the health of our communities.

*

The notion of a syndemic was first conceived by Merrill Singer, an American medical anthropologist, in the 1990s. Writing in *The Lancet* in 2017, together with Emily Mendenhall and colleagues, Singer argued that a syndemic approach reveals biological and social interactions that are important for prognosis, treatment, and health policy. Limiting the harm caused by SARS-CoV-2 will demand far greater attention to NCDs and socioeconomic inequality than has hitherto been admitted. A syndemic is not merely a comorbidity. Syndemics are characterised by biological and social interactions between conditions and states, interactions that increase a person's susceptibility to harm or worsen their health outcomes. In the case of COVID-19, attacking NCDs will be a prerequisite for successful containment. As our recently published NCD Countdown 2030 showed, although premature mortality from NCDs is falling, the pace of change is too slow. The total number of people living with chronic diseases is growing.

Addressing COVID-19 means addressing hypertension, obesity, diabetes, cardiovascular and chronic respiratory diseases, and cancer. Paying greater attention to NCDs is not an agenda only for richer nations. NCDs are a neglected cause of ill-health in poorer countries too. In their *Lancet* Commission, published last week, Gene Bukhman and Ana Mocumbi described an entity they called NCDI Poverty, adding injuries to a range of NCDs—conditions such as snake bites, epilepsy, renal disease, and sickle cell disease. For the poorest billion people in the world today, NCDIs make up over a third of their burden of disease. The Commission described how the availability of affordable, cost-effective interventions over the next decade could avert almost 5 million deaths among the world's poorest people. And that is without considering the reduced risks of dying from COVID-19.

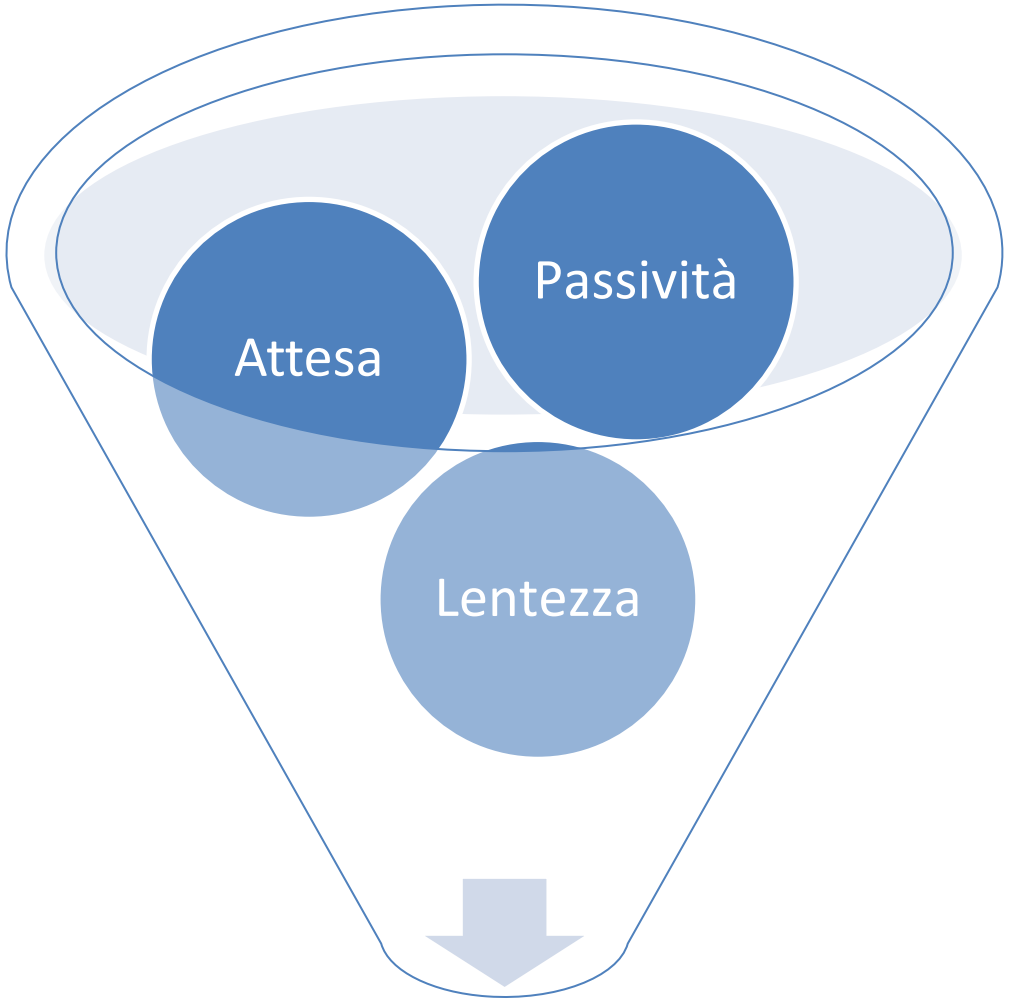
*

The most important consequence of seeing COVID-19 as a syndemic is to underline its social origins. The vulnerability of older citizens; Black, Asian, and minority ethnic communities; and key workers who are commonly poorly paid with fewer welfare protections points to a truth so far barely acknowledged—namely, that no matter how effective a treatment or protective a vaccine, the pursuit of a purely biomedical solution to COVID-19 will fail. Unless governments devise policies and programmes to reverse profound disparities, our societies will never be truly COVID-19 secure. As Singer and colleagues wrote in 2017, "A syndemic approach provides a very different orientation to clinical medicine and public health by showing how an integrated approach to understanding and treating diseases can be far more successful than simply controlling epidemic disease or treating individual patients." I would add one further advantage. Our societies need hope. The economic crisis that is advancing towards us will not be solved by a drug or a vaccine. Nothing less than national revival is needed. Approaching COVID-19 as a syndemic will invite a larger vision, one encompassing education, employment, housing, food, and environment. Viewing COVID-19 only as a pandemic excludes such a broader but necessary prospectus.

Richard Horton
richard.horton@lancet.com

L’epidemia da Covid-19 ha messo in luce che **viviamo nell’età della fragilità**, dell’invecchiamento e delle diseguaglianze crescenti.

La risposta alla pandemia ha evidenziato **le fragilità dei modelli di assistenza** (la scarsa integrazione sociosanitaria, il gap strutturale tra risorse e bisogni, la frammentazione dei servizi, la carenza di personale, l’uso sporadico della tecnologia digitale).



PRESA IN CARICO

CONGRESSO CARD NAZIONALE

In questo particolare contesto storico l'Italia si trova a vivere una situazione eccezionale in termini di opportunità per una finalmente totale riorganizzazione dei servizi potendo fruire di:

•una **VISIONE DI LUNGO PERIODO** contenuta nel Piano Nazionale Cronicità, già approvato nel 2016;

•una **STRATEGIA** condotta da una serie di azioni strumentali al raggiungimento di tale visione, ognuna accompagnata da uno specifico finanziamento e da un dettagliato piano operativo (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza);

•una **METODOLOGIA** per la corretta realizzazione delle attività che include una serie linee guida e regolamentazioni per la riorganizzazione dell'intera rete dei servizi territoriali (Documento Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale, DM77 del 23/05/2022)

La gestione delle transizioni di setting: un ponte tra i livelli di assistenza

Uno snodo cruciale nell'assistenza al paziente cronico è il presidio delle cosiddette "transizioni", ossia il passaggio da un setting di cura ad un altro

L’importanza delle Transizioni

I problemi di transito all’interno della rete tra setting di cura diversi hanno a che fare con target di popolazione di una certa complessità (non sempre e non solo sanitaria) che difficilmente si riesce a gestire con pratiche o procedure standard poiché richiedono interventi personalizzati.

I ***pazienti fragili*** sono coloro che sono portatori contemporaneamente di bisogni sanitari, sociosanitari o socioassistenziali. Le determinanti possono essere di natura clinica (gravità o complessità di una patologia), di natura funzionale fisica o cognitiva (impossibilità a svolgere autonomamente funzioni essenziali), di natura cognitiva o psicologica o di tipo sociale (assenza o indisponibilità di una famiglia o di un caregiver in grado di assistere).

Investire sulle ***Transitional Care*** per far fronte alla domanda di coorti sempre più ampie di pazienti che associano bisogni sanitari a quelli assistenziali e socio sanitari, centralizzando i processi di accesso a servizi che devono essere messi in sequenza (facendo transitare il malato dall’ospedale alle cure intermedie, per esempio) o in parallelo (associando alle valutazioni cliniche quelle sul contesto abitativo e familiare per inquadrare il caso e trovare il setting di destinazione adeguato).

Morkisch *et al. BMC Geriatrics* (2020) 20:345
https://doi.org/10.1186/s12877-020-01747-w

BMC Geriatrics

RESEARCH ARTICLE Open Access

Components of the transitional care model (TCM) to reduce readmission in geriatric patients: a systematic review

Nadine Morkisch[1], Luz D. Upegui-Arango[1,2], Maria I. Cardona[3], Dirk van den Heuvel[1], Martina Rimmele[3], Cornel Christian Sieber[3,4] and Ellen Freiberger[3*]

La ASL Sulcis incontra CARD

L'Azienda Sanitaria di Carbonia si distribuisce sul territorio della Provincia del Sud Sardegna e conta 23 comuni e circa 120.000 abitanti (7,5 % della popolazione sarda);

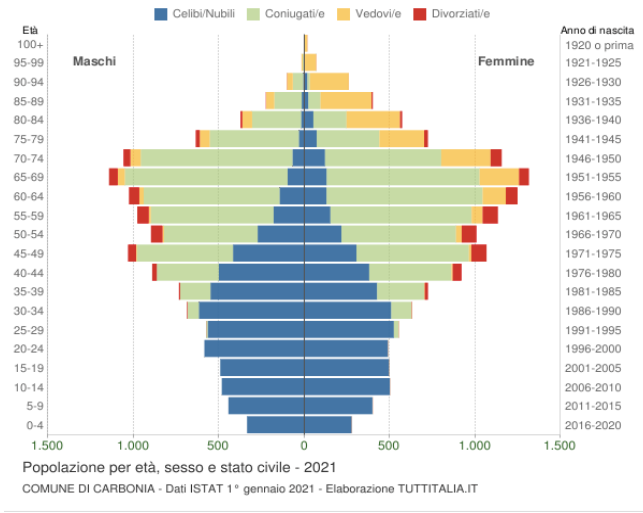
Il territorio dell'Azienda sanitaria Sulcis si articola in 3 distretti sociosanitari ed è caratterizzato da:

- Forte dispersione degli insediamenti abitativi
- Viabilità critica con rete di trasporto pubblico ancora inadeguata
- Distanza eccessiva tra comuni sede di cure primarie e gran parte dei centri abitativi

Distretto Carbonia

13 Comuni
54.959 abitanti (29.7 % over 65)

Comune capofila Carbonia



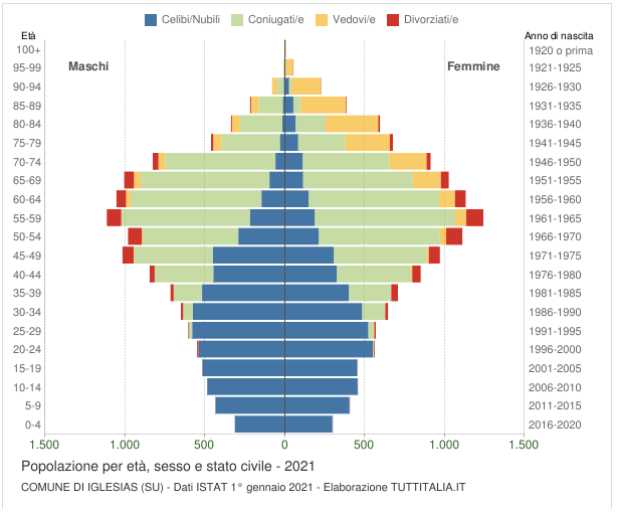
Anno	Indice di **vecchiaia**	Indice di **dipendenza** strutturale
	1° gennaio	1° gennaio
2021	330,8	65,0

IV Sardegna 231,5
IV Italia 182,6
Elaborazioni su dati ISTAT 2021

Distretto Iglesias

7 Comuni
44.786 abitanti (26.8 % over 65)

Comune capofila Iglesias

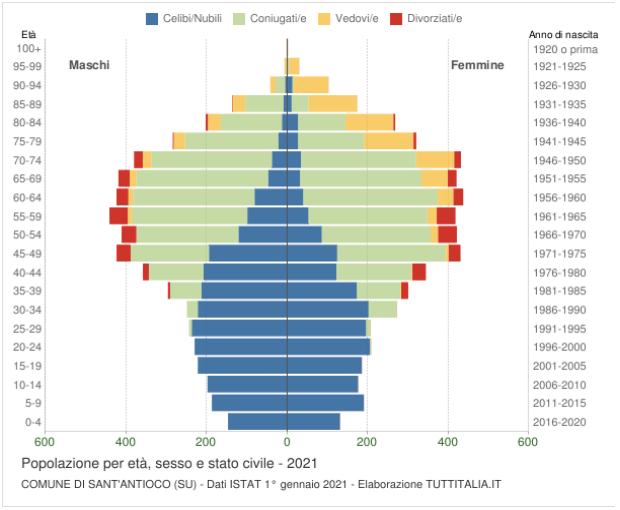


Anno	Indice di **vecchiaia**	Indice di **dipendenza** strutturale
	1° gennaio	1° gennaio
2021	285,2	56,6

Distretto Isole Minori

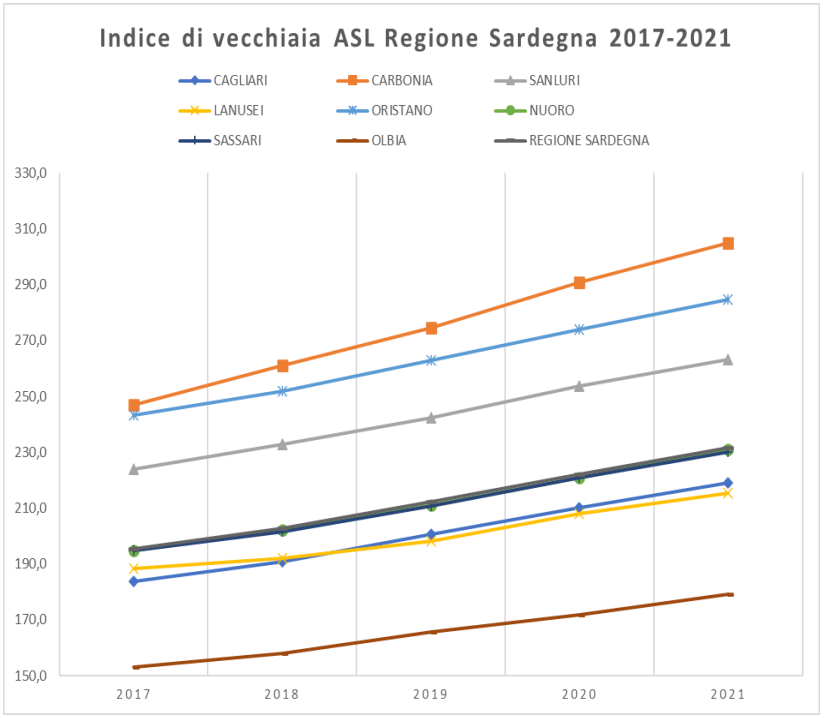
3 Comuni
19.530 abitanti (30% over 65)

Comune capofila Sant'Antioco



Anno	Indice di **vecchiaia**	Indice di **dipendenza** strutturale
	1° gennaio	1° gennaio
2021	312,7	65,1

Elaborazioni su dati ISTAT 2021



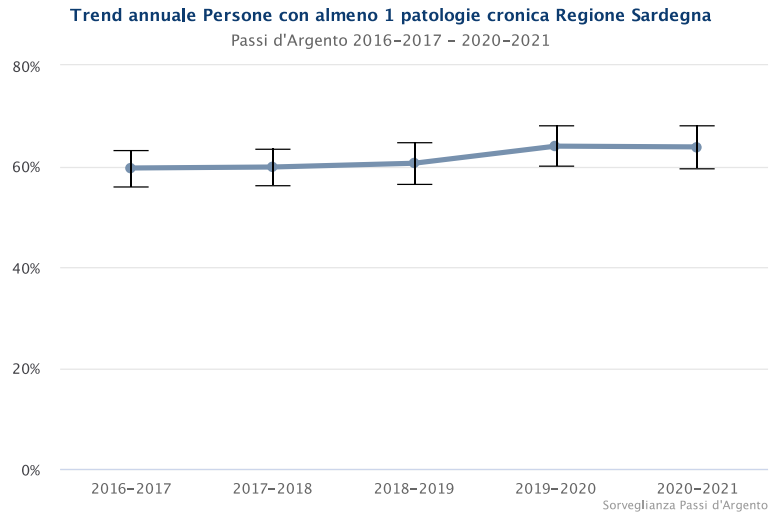
Stato di salute generale e cronicità – Italia e Sardegna-
Misure x 100 persone Periodo 2017-2020

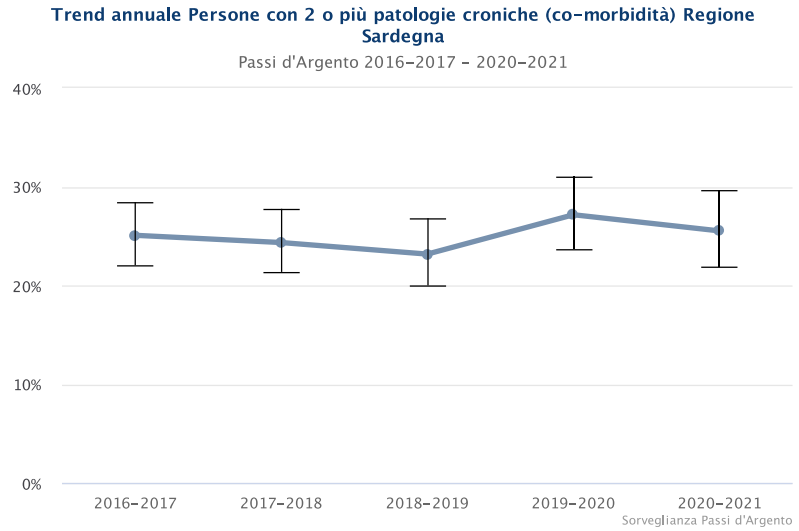
2017		2018		2019		2020	
Italia	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna	Italia	Sardegna
persone in buona salute							
69,6	64	68,9	66,4	68,8	62,6	72	68,5
persone con almeno una malattia cronica							
39,9	44,2	40,8	44,1	40,9	44,2	40,9	44,7
persone con almeno due malattie croniche							
20,9	24	21,5	26,3	21,1	24,7	20,8	23,8

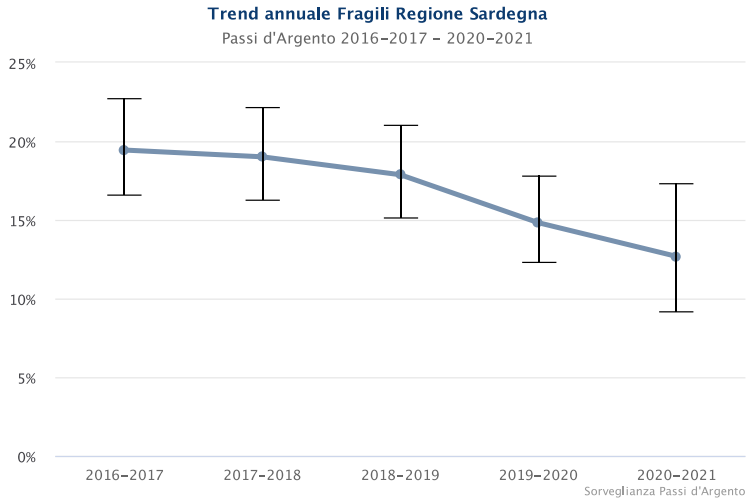
Fonte ISTAT. Aspetti vita quotidiana- anni vari

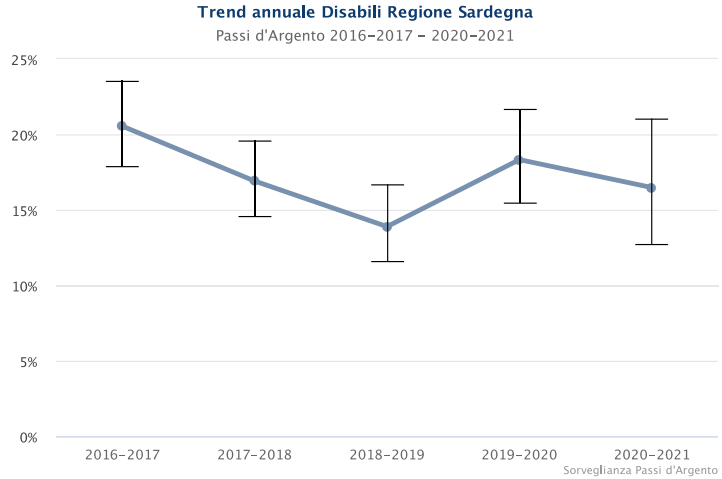
Istituto Superiore di Sanità
EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica

La sorveglianza Passi d'Argento









L'esperienza della ASL Sulcis nel corso della pandemia

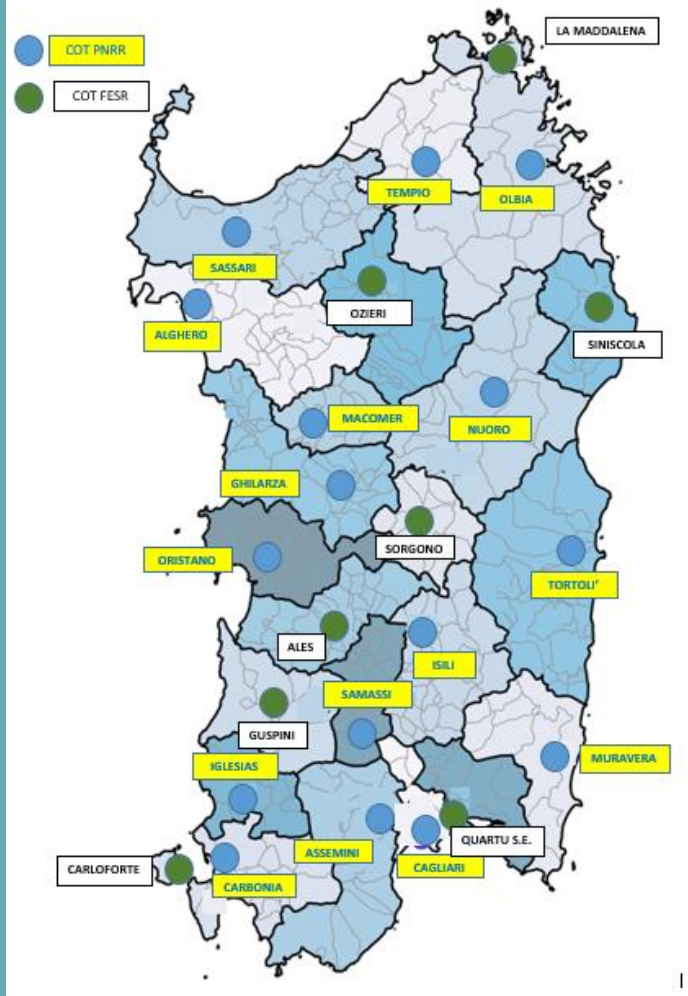
La regia del Distretto Sociosanitario di Carbonia

USCA *(Det. ASSL Carbonia n.719 del 04.05.20 e n.1433 del 23.09.20)*

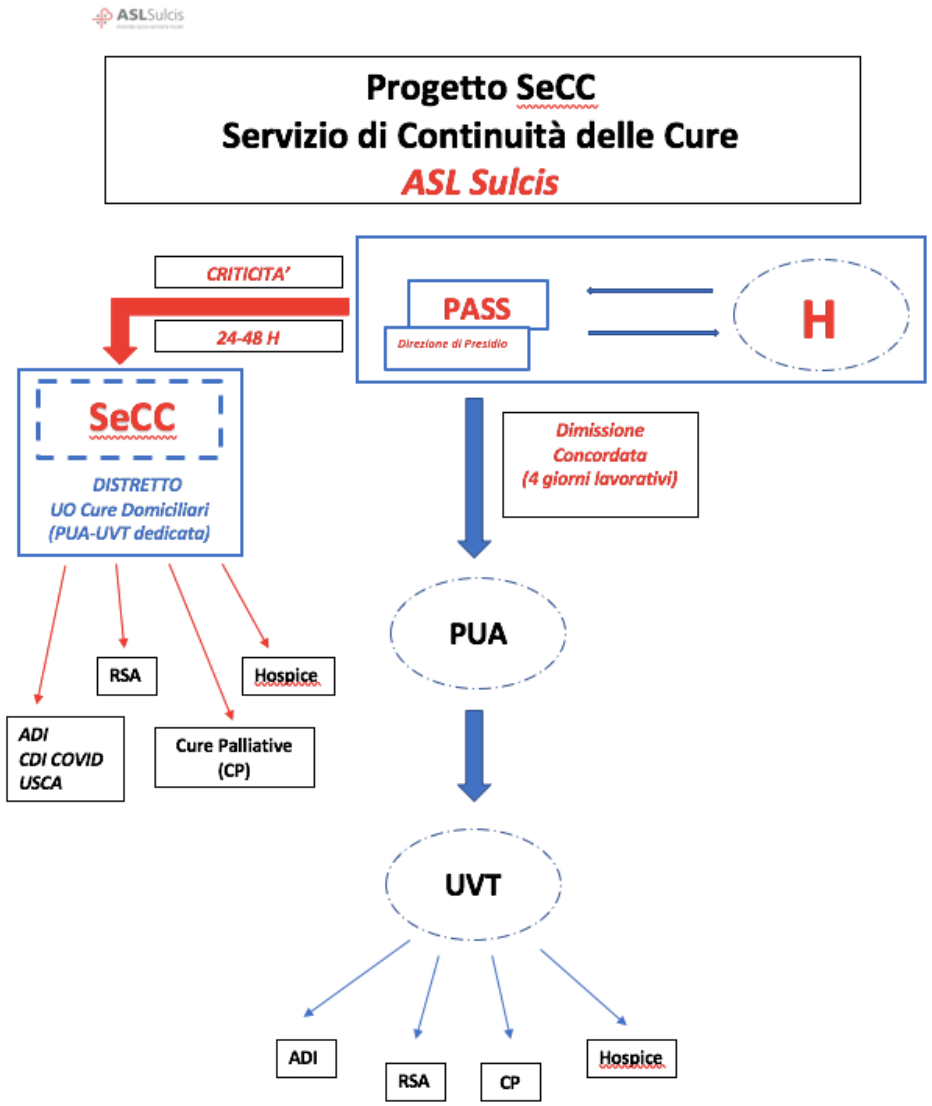
USCA Strutture *(Det. ASSL Carbonia n.6017 del 25.11.20)*

CDI COVID *(Det. ASSL Carbonia n.569 del 06.05.21)*

monitoraggio e assistenza domiciliare dei pazienti in isolamento domiciliare o in quarantena per Covid-19, nonché dei soggetti cronici, disabili, con disturbi mentali, con dipendenze patologiche, non autosufficienti, e in generale per le situazioni di fragilità



Elemento cardine dell'organizzazione territoriale è la Centrale operativa territoriale (COT) quale luogo dove si incontrano virtualmente i responsabili dei percorsi/processi assistenziali e dove si raccolgono, classificano e smistano le richieste per indirizzarle verso l'appropriata soluzione.



Migliorare e garantire la continuità delle cure per i pazienti cronici, in particolare anziani e con fragilità che presentano alla presa in carico ospedaliera elevate criticità per la dimissione attraverso i percorsi ordinari delle normali procedure di PIC.

Migliorare la qualità della vita dell'utente e della sua famiglia, la diminuzione della riospedalizzazione impropria e, per quanto possibile, dell'istituzionalizzazione.

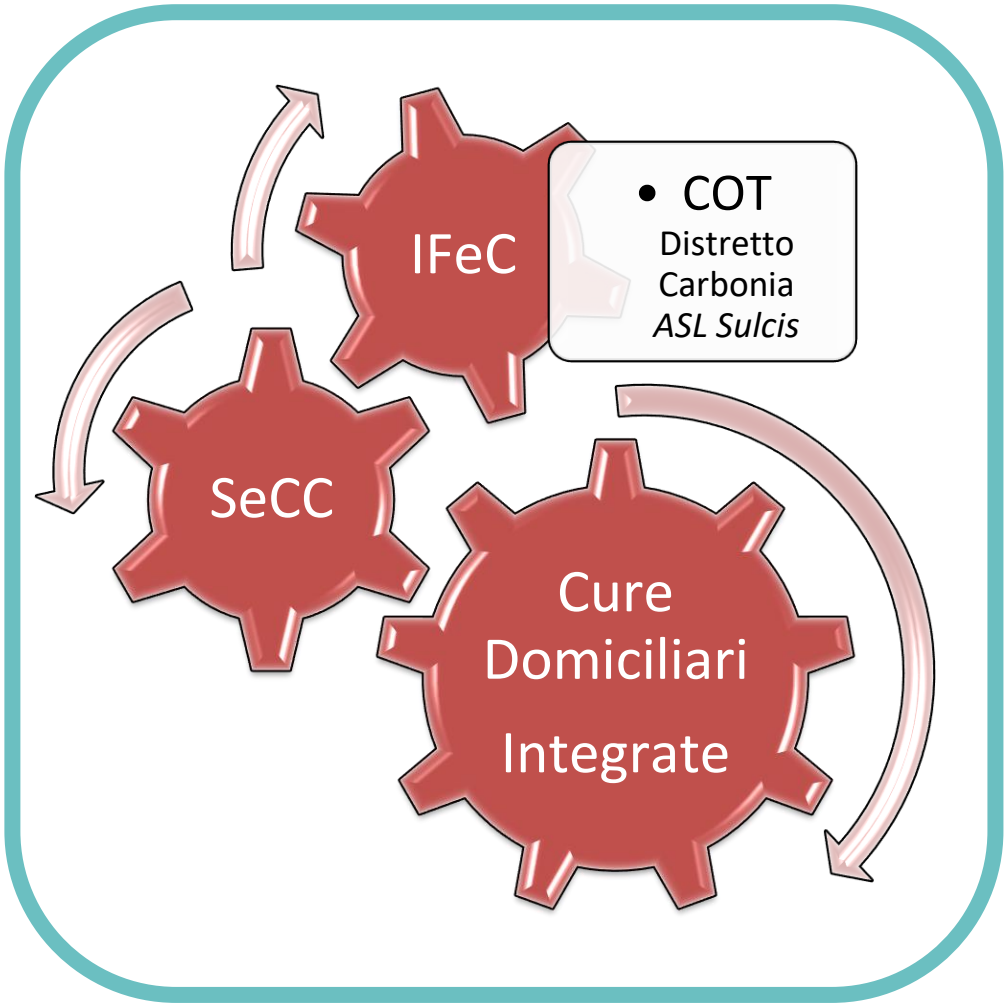
- A valenza sanitaria, ove viene garantita una continuità terapeutica che sia tecnicamente realizzabile in un setting territoriale ben definito
- A valenza sociale, al fine di fornire assistenza a soggetti non autosufficienti con una situazione di grave svantaggio socio- familiare

Team SeCC
Dirigente medico Geriatra
Infermiere
Assistente Sanitario
Assistente Sociale
Dirigente medico Fisiatra

La COT del Distretto di Carbonia – ASL Sulcis
«La Centrale delle Centrali»

Strumento strategico per guidare la presa in carico del cittadino in funzione delle specifiche esigenze o bisogni, coordinando e raccordando i soggetti della rete assistenziale.

- *Triage della presa in carico*
- *Propulsore dell'attivazione dei soggetti e delle risorse della rete assistenziale*
- *Cabina di regia organizzativa dei nodi della rete dei servizi della presa in carico*
- *Coordinamento dei SERVIZI e dei professionisti sanitari per la transizione efficace e rapida tra setting assistenziali*
- *Catalizzatore dell'appropriatezza del setting assistenziale*
- *Tracciamento e monitoraggio delle transizioni (da un luogo di cura ad un altro o da un livello clinico/assistenziale all'altro*
- *Mappatura continua delle risorse in campo*
- *Supporto informativo e logistico ai professionisti della rete assistenziale sui percorsi di cura*
- *Prevenzione e Promozione della salute*
- *Approccio trasversale ai servizi*



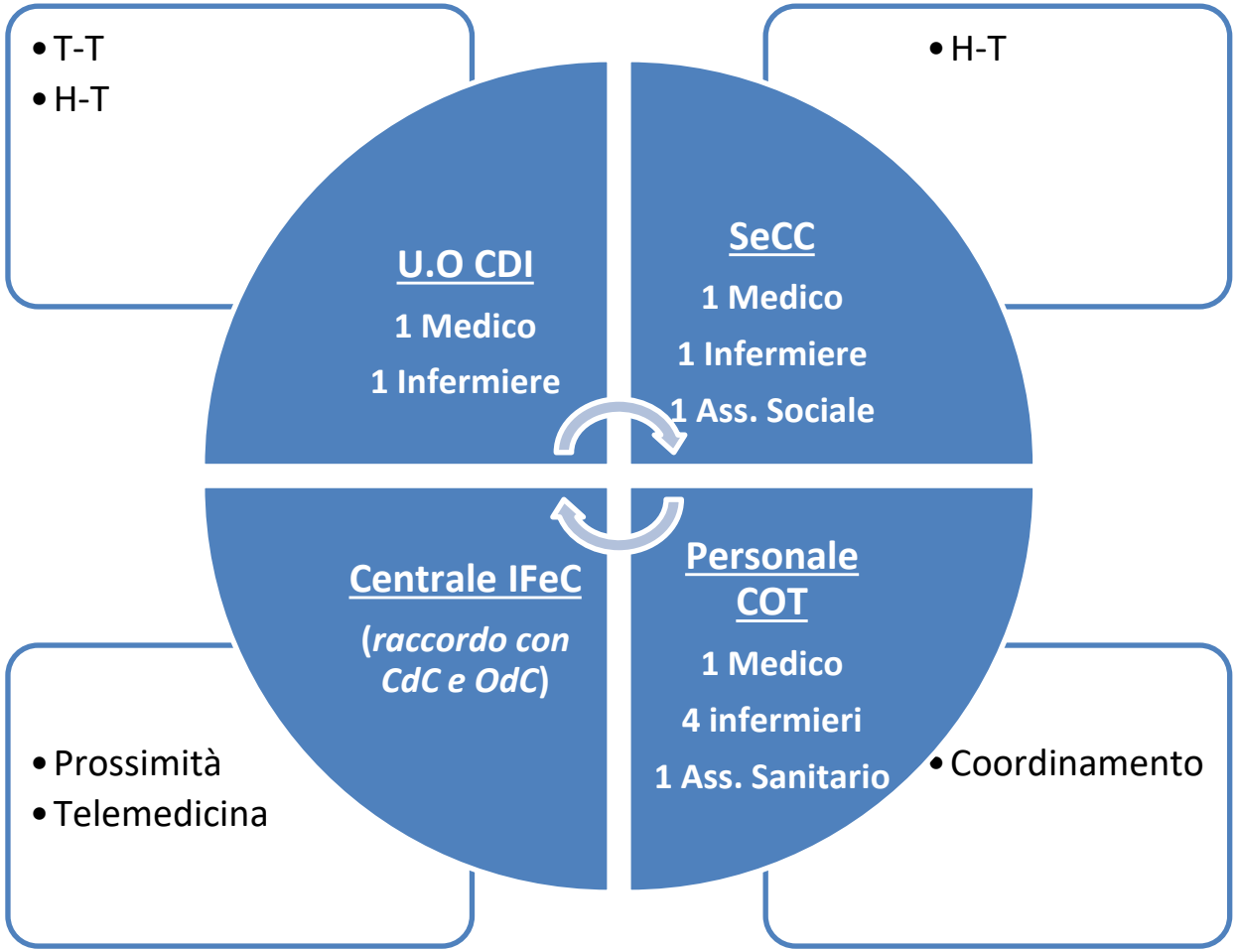
Nell'idea di COT del Distretto di Carbonia, i principali responsabili dei percorsi/processi assistenziali si incontrano realmente e condividono gli stessi spazi operativi nella forte convinzione che questo nuovo assetto logistico possa contribuire a facilitare, accelerare ed ottimizzare la presa in carico e la transizione tra i setting.

Target specifico → le persone con cronicità complesse, fragili, non autosufficienti, persone con disabilità.

4 Linee di azione

1. H ⟷ T (SeCC)
2. T ⟷ T (CDI e IFeC)
3. Prossimità (Telemdicina, IFeC)
4. Residenzialità e semiresidenzialità (PUA-UVT)

La COT della ASL Sulcis: non solo mura, il nostro personale



COME?

8 Funzioni

1. Valuta l'appropriatezza della segnalazione: gli operatori della centrale possono verificare se la richiesta di transizione è coerente con il target e con la filiera di riferimento;

2. Identificazione il bisogno del paziente: le centrali possono mettere in opera le scelte compiute dalla struttura inviante oppure quest'ultima può limitarsi a segnalare il caso, che viene poi valutato dall'equipe della centrale che inquadra il bisogno;

3. Identifica il *setting* coerente rispetto al bisogno del paziente. Questa funzione prevede che all'interno della centrale vi siano le competenze per valutare quale sia il luogo di cura più idoneo rispetto alle specificità del singolo caso;

4. Verifica la disponibilità del servizio necessario (es. posto letto in struttura)

5. «Consegna» il bisogno all'UVT;

6. Prenota Il servizio;

7. Monitora le condizioni di salute del paziente anche a seguito della transizione;

8. Report dei processi di transizione gestiti

Lo **STRUMENTO COT**: il grimaldello dell'Assistenza Sanitaria

- ✓ Raccolta e di classificazione del bisogno espresso,
- ✓ Prima analisi della domanda e individuazione del problema
- ✓ Attivazione delle risorse più appropriate,
- ✓ Programmazione e pianificazione degli interventi

La COT non si sostituisce alle funzioni proprie delle strutture interessate, non è il luogo della diretta "presa in carico" dell'utente, ma svolge una funzione di coordinamento e monitoraggio nei momenti di passaggio tra le varie strutture sanitarie e sociosanitarie della Rete dei Servizi.

La COT:

- **NON** deve essere una duplicazione di servizi e attività già esistenti (PUA-UVT)
- **NON** deve rappresentare un rallentamento dei percorsi assistenziali già consolidati
- **NON** deve essere un centralino/call center con elettiva attività di smistamento delle problematiche assistenziali e/o socio-assistenziali
- **NON deve sostituirsi al Distretto!**

Conclusioni

- Oggi più che mai **c'è uno straordinario bisogno di integrazione tra setting diversi** e la **COT** può finalmente dare una risposta positiva a questo bisogno e alla necessità di garantire la continuità assistenziale ai pazienti, soprattutto in un quadro come questo che si va arricchendo di nuovi setting (Case della Comunità, forte potenziamento degli Ospedali di Comunità, delle Cure Domiciliari e della Telemedicina).

- L'utilizzo delle COT dovrà essere **il nodo strategico** che permetterà di passare **da un approccio prestazionale ad una logica di presa in carico** del paziente da parte del Servizio Sanitario in maniera coordinata, continuativa e integrata.

Grazie per la Vostra attenzione