

Sistema Socio Sanitario



Regione
Lombardia

ATS Insubria

**RELAZIONE ANNUALE CONSUNTIVA
(ANNO 2020)
ART.2 - LEGGE GELLI.**

ATS DELL'INSUBRIA

RENDICONTAZIONE - ANNO 2020

Premessa

L'Agenzia ha assicurato il governo della fase transitoria e la gestione delle fasi di attuazione della L.R. n. 23/2015 coerentemente con la programmazione regionale: per effetto della L.R. 28 novembre 2018, n. 15 "Modifiche al Titolo I, al Titolo III e all'Allegato 1 della L.R. n. 33/2009", n. 29 Comuni dell'area territoriale del Medio Lario sono stati riassegnati a decorrere dal 1° Gennaio 2019 da ATS Montagna a ATS Insubria e, con essi, la competenza rispetto alle relative funzioni istituzionali.

In attuazione alle Regole di sistema 2019 e alla DGR n. XI/1681 del 27.05.2019, è stata realizzata a decorrere dal 1° gennaio 2020 la dismissione della struttura Medicina dello Sport e con essa la competenza rispetto alle relative funzioni istituzionali (deliberazione n. 680 del 19.12.2019).

TERRITORIO La competenza territoriale di ATS Insubria coincide con la Provincia di Varese e con parte della Provincia di Como (quest'ultima dapprima senza il Distretto Medio Alto Lario, e dal 2019 con l'annessione di 29 Comuni che fanno parte dell'ambito territoriale del Medio Lario, con l'ospedale di Menaggio).

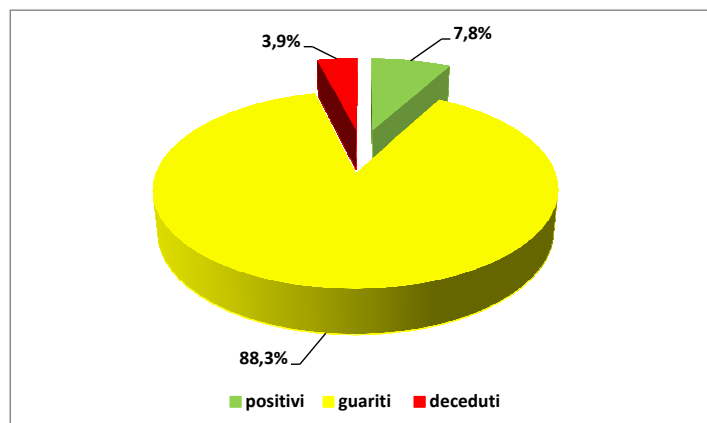
La popolazione complessiva, pre-emergenza Covid-19, risultava pari a 1.479.339 abitanti (dati ISTAT 01.01.2020), distribuiti in 270 Comuni, suddivisi in tre Distretti (Distretto Sette Laghi; Distretto Valle Olona; Distretto Lariano).

SUPERFICIE La superficie coperta è pari a 2.237,54 Km². La densità abitativa (popolazione assistita totale/superficie) è pari a 661,15 abitanti per Km².

EMERGENZA COVID-19 Al 10 gennaio 2021, in ATS risultano complessivamente 88.457 casi, 53,3% femmine e 46,7% maschi; l'età media pari a 48 anni.

Il numero dei soggetti attualmente positivi, è pari a 6.915 (7,8% dei casi totali), il numero dei soggetti guariti è di 78.089 (88,3%) e il numero di deceduti è pari a 3.453 (3,9%).

CASI POSITIVI, GUARITI E DECEDUTI DI COVID-19 AL 10.01.2021 (N=88.457)



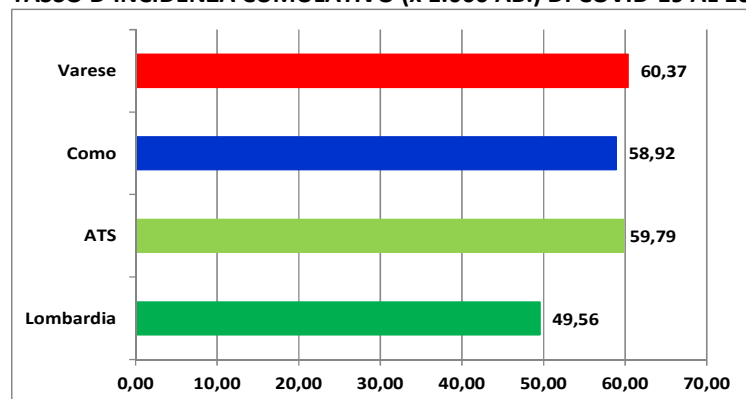
Dopo la seconda ondata risulta un po' più colpita dal contagio l'area di Varese, rispetto a quella di Como: l'ATS ha rilevato un'incidenza superiore del 21% rispetto a quella regionale. Nella diversa distribuzione territoriale ha influito la diversa mobilità della popolazione, con un iniziale coinvolgimento delle aree meridionali limitrofe al milanese e un progressivo raggiungimento delle zone settentrionali risparmiate dalla prima ondata.

L'andamento è stato un po' differente nelle due province, con picchi in novembre ben più alti di aprile,



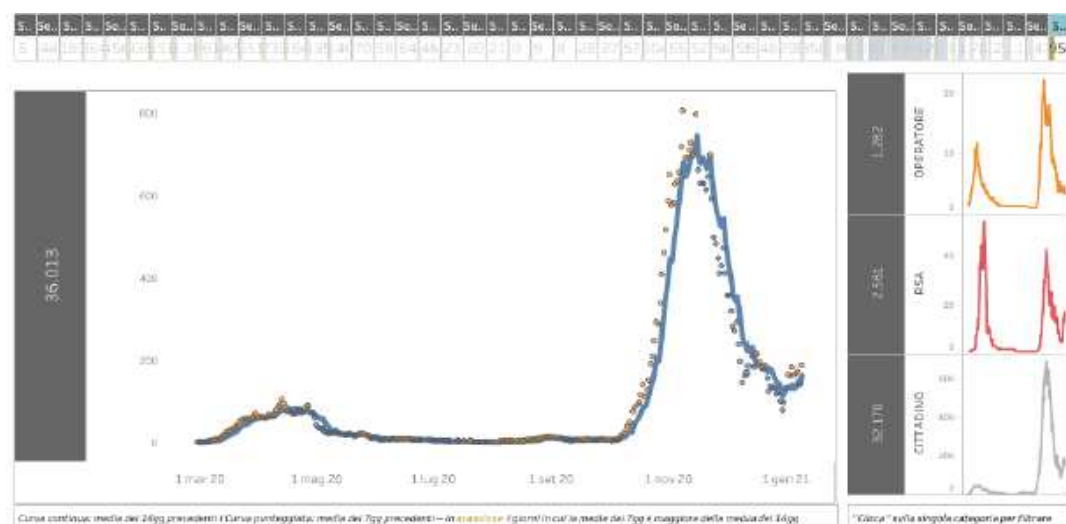
soprattutto a Varese, in particolare per quanto riguarda i cittadini e gli operatori; a Como per le RSA il picco maggiore si è registrato ad aprile, a Varese in novembre.

TASSO D'INCIDENZA CUMULATIVO (x 1.000 AB.) DI COVID-19 AL 10.01.2021

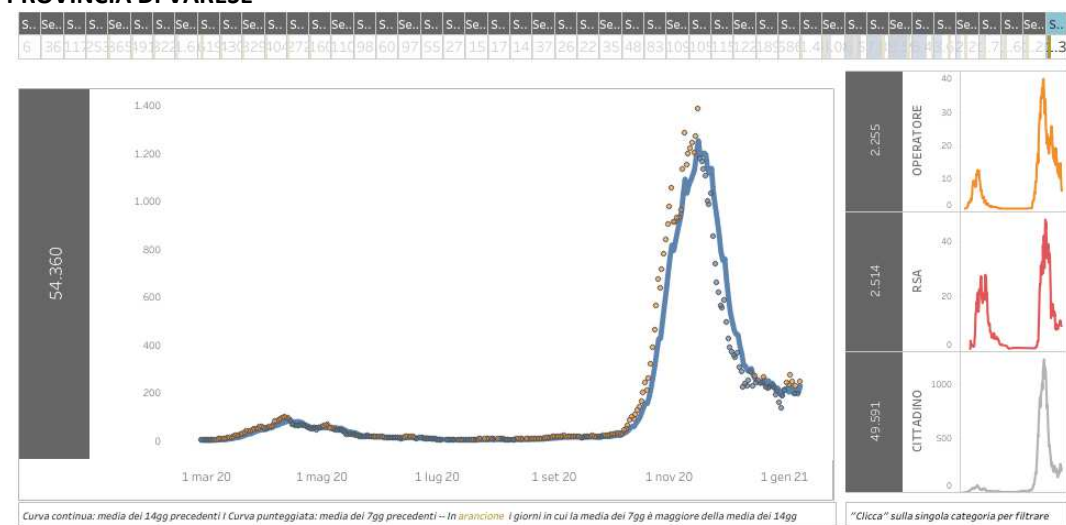


ANDAMENTO GIORNALIERO DEI CASI DI COVID-19 IN BASE ALLA DATA DI RICEVIMENTO DEL TAMPONE IN PROVINCIA DI COMO E VARESE (fonte: Regione Lombardia –al 10.01.2021)

PROVINCIA DI COMO



PROVINCIA DI VARESE



2 ORGANIZZAZIONE

L'evoluzione e l'intensificarsi dell'emergenza epidemiologica da COVID-19 ha determinato la necessità per ATS di riorientare il complesso delle attività e delle relative risorse umane nella direzione di una completa e proattiva attuazione delle misure nazionali e regionali di contrasto al fenomeno e per la salvaguardia del funzionamento del servizio sociosanitario.

L'Agenzia ha pertanto re-impostato il modello organizzativo con una forte connotazione "adattativa e di resilienza":

- definizione del fabbisogno e dotazione del personale in relazione all'andamento epidemico sia per i **processi core** (diagnosi e sorveglianza sanitaria, attività di testing e interventi di screening, cure primarie e domiciliarità; rete delle unità d'offerta ospedaliere ed extraospedaliere, Covid-sociale) sia per quelli **trasversali** (approvvigionamenti, sistemi informatici, gestione tecnica...).

La dotazione del personale del Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria addetto ai percorsi integrati di sorveglianza, diagnosi e controllo dei casi e dei contatti è stata via via incrementata con operatori di altre unità organizzative aziendali: questo incremento ha comportato la pianificazione del tutoraggio da parte di responsabili identificati e la gestione di interventi formativi mirati e periodici, a recepimento delle novità normative e di processo interno.

Il modello organizzativo dei processi *core*, e in particolare del processo riferito alle Inchieste Epidemiologiche e tracciamento, è stato fortemente modificato all'esordio di quella che sarebbe stata la *seconda ondata epidemica*.

Nel corso del primo periodo la verifica e l'assegnazione dei casi positivi era affidata a pochi operatori con il compito di riassegnare a ogni operatore presente e disponibile l'attività di *contact tracing*.

Le registrazioni sanitarie erano documentate e gestite attraverso una cartella sanitaria cartacea, periodicamente revisionata e aggiornata sulla base delle normative vigenti. La distribuzione dei documenti aggiornati era attuata attraverso la intranet aziendale. Nel mese di maggio è stata infine introdotta una cartella sanitaria informatizzata su cui è stato possibile "travasare" i casi sino ad allora e con cui è stato infine possibile raccogliere in maniera organica, ordinata e coerente, le notizie clinico-anamnestiche di casi e contatti stretti.

Tale cartella, modificata e aggiornata nel corso dei mesi in coerenza con le norme vigenti, ha seguito gli aggiornamenti del modello organizzativo del processo *core* Inchieste Epidemiologiche.

A partire dal mese di settembre per la riapertura delle scuole, la funzione di Risk Management, su mandato della direzione strategica, ha progettato e sperimentato un modello organizzativo-gestionale "a piramide" istituendo formali elementi di controllo trasversali, visto l'obiettivo di efficientare il processo relativo alle Inchieste Epidemiologiche ovvero la gestione dei provvedimenti di quarantena e la individuazione precoce dei casi clinici di infezione.

Sono state pertanto istituite dodici Squadre di *tracciatori* ognuna con un Caposquadra, questo con funzioni di monitoraggio delle inchieste assegnate e della qualità del dato in cartella, formazione e tutoraggio degli operatori, reporting periodico al Risk Manager dei dati.

La funzione di RM ha gestito e implementato il modello di definizione e arruolamento delle squadre, e in collaborazione con la direzione dipartimentale e con i Flussi Informativi, il modello di raccolta e monitoraggio dei dati degli indicatori definiti in accordo con la direzione strategica a partire dalla cartella sanitaria informatizzata.



I DUE MODELLI: PRIMAVERA 2020



I dirigenti identificati verificano e assegnano a ogni singolo operatore presente i casi COVID, in un primo tempo attraverso smistamento cartaceo poi attraverso la cartella sanitaria informatizzata, prime revisioni.

Nella primavera estate 2020, inizialmente era presente una gestione che vedeva alcuni operatori/ dirigenti nelle due sedi territoriali principali che accertavano i nuovi casi e in maniera cartacea effettuavano l'attività di assegnazione dei casi accertati agli operatori presenti. Questo ha implicato un impiego di tempo notevole nella stampa dei casi, e distribuzione agli operatori in servizio e la registrazione delle inchieste su supporto cartaceo non ha di fatto consentito una coerente e tempestiva raccolta di dati interni relativi alla completezza e all'efficienza del processo *core*.

.... AUTUNNO – INVERNO 2020



Con la ripresa della pandemia e in correlazione con l'apertura delle scuole è stato sperimentato un sistema di governo del processo delle inchieste sostanzialmente "piramidale": il *superallocator* con funzioni di verifica quotidiana dei nuovi casi e distribuzione ai dodici capisquadra, secondo i criteri definiti in procedura, di appartenenza territoriale, focolai attivi ed numero di operatori mediamente attivi nella squadra. I capisquadra, ricevendo i casi, possono riassegnare, tramite la cartella informatizzata, le inchieste ai tracciatori seguendo la logica della esperienza

acquisita, dei focolai attivi e dei contatti stretti convertiti in caso già appartenenti all'operatore individuato.

Questa modificazione di processo è stata attuata in maniera performante anche attraverso una rimodulazione delle presenze dei tracciatori ovvero, in linea con le indicazioni aziendali, articolando e gestendo le presenze di questi operatori su una base lavorativa settimanale sempre di 5 giorni ma pianificando i due riposi su due giorni "qualunque" della settimana. Questo ha permesso di garantire una tempestiva presa in carico dei casi anche nei week end e festivi senza grosse interruzioni operative: tanti colleghi, nel pieno della pandemia, si sono peraltro resi disponibili a proseguire le inchieste senza soluzione di continuità, costituendo esempio di grande spirito di abnegazione e senso etico nei confronti dei cittadini.

Questo modello è risultato efficiente anche nel monitoraggio dei dati ed efficace nella capacità di formazione capillare dei tracciatori, passando attraverso l'azione personale del caposquadra.

Anche i dati e il reporting risultano di più facile ed immediato riscontro: azione di *counselling* pressoché quotidiano da parte del superallocator verso i CS permette il recepimento del clima interno alle squadre



e di allineare, anche sulla base di questi momenti informali, i contenuti dei momenti formativi attuati periodicamente con cadenza almeno quindicinale.

//

CASI IN GESTIONE AI TRACCIATORI – ANDAMENTO PERIODICO –

L'andamento continuamente monitorato riferisce i soli casi accertati COVID positivi: i contatti stretti inseriti o i focolai accertati sono evidenziati in altra reportistica. Questo rappresenta uno dei dati iniziali di contesto, raccolto a partire dalla cartella sanitaria informatizzata e rappresentato periodicamente ai capisquadra.

TRACCIATORI ATTIVI E PRODUTTIVITA' –

Si mette in evidenza gli operatori DIPS ed extra DIPS arruolati ed autonomi nell'attività delle inchieste epidemiologiche e l'andamento delle gestione casi correlata. In occasione delle settimane precedenti il Natale, grazie alla costante azione sinergica in accordo con la direzione strategica e alla nuova attività informativa periodica verso i capisquadra, si è osservato un decremento importante dei casi in carico ai singoli tracciatori, ovvero è aumentata l'efficienza nella gestione dei casi, con provvedimenti di chiusura maggiormente tempestivi in linea con le norme vigenti.

TIMING non CONFORMI -

Sono stati monitorati il numero di casi *positivi a lungo termine* in cui il provvedimento di fine isolamento è stato predisposto e inviato con un ritardo ricompreso tra 1 e 5 gg, monitorato sulla totalità dei casi assegnati e gestiti dai tracciatori di ATS. Altro dato consiste in un indicatore definito internamente in accordo con la direzione strategica ovvero la registrazione in cartella della telefonata a inizio dell'inchiesta epidemiologica entro 48 ore dall'assegnazione: anche questo è estratto da tutti i casi in carico.

È stato registrato un decremento temporale di queste *non conformità* a ragione della continua azione di monitoraggio e di formazione e tutoraggio attuata dalla funzione di Risk Management in stretta connessione con il DIPS e con la UOC medicina preventiva delle comunità nonché i flussi informativi.

TIMING GESTIONE PROVVEDIMENTI -

Nell'ultimo periodo si è evidenziato l'aumento consistente della % delle inchieste gestite secondo tempistica coerente con il profilo tamponatorio dei casi accertati e relativi provvedimenti di inizio-fine isolamento obbligatorio. Si correla il miglioramento del dato alla azione continuativa di formazione e aggiornamento nonché alla costanza di azione di monitoraggio e reporting sui capisquadra e sui singoli operatori del contact tracing.

3 SCENARIO DELL'EMERGENZA EPIDEMICA COVID-19

Per quanto attiene l'emergenza epidemiologica Covid-19, tuttora in corso, l'agenzia ha continuamente assicurato la funzione primaria di supporto all'emergenza mediante l'attuazione proattiva dei provvedimenti adottati a livello nazionale e regionale.

Le indicazioni fornite a tutti gli operatori del settore hanno riguardato molteplici aree di intervento, tra cui:

- riorganizzazione e rafforzamento delle attività di sorveglianza e *contact tracing*;
- trasformazione e riordino della rete ospedaliera nella direzione di coniugare le esigenze del quadro epidemico anche con i vari possibili scenari evolutivi;
- riorganizzazione della rete territoriale
- ripresa delle attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria e di supporto alle categorie fragili, con l'obiettivo di contenere il rischio di ripresa di focolai epidemici da SARS-CoV-2;
- potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale e della gestione integrata ospedale - territorio per l'assistenza ai pazienti affetti da covid-19 o sospetti tali;
- avvio processo di attuazione del piano nazionale e regionale vaccinale anti SARS-CoV2.

IN ATS:

Il Dipartimento di Igiene e Prevenzione Sanitaria ha assicurato l'attività di prevenzione, diagnosi e controllo mediante:

- l'individuazione precoce dei **singoli casi** tramite l'attività diagnostica attuata da MMG/PLS e dalle strutture sanitarie di ricovero (tampone diagnostico) su tutti i casi sospetti in base alla sintomatologia, integrata da quella erogata direttamente da ATS mediante postazioni territoriali in *drive-thought* e tramite attività di screening su coorti di popolazione definite a livello regionale/nazionale o sulla base di modificazioni del livello di rischio epidemiologico;
- l'individuazione precoce dei focolai epidemici;
- la tempestiva ricerca e gestione dei contatti stretti di caso accertato (*contact tracing*);
- la disposizione delle misure di isolamento nei confronti dei soggetti positivi e dei contatti stretti di caso;
- il monitoraggio continuo delle comunità chiuse e/o sensibili attraverso l'indicazione di idonee misure preventive a seguito di caso COVID.

L'andamento epidemico è stato monitorato attraverso i flussi informativi anche nei confronti degli Enti Istituzionali preposti (Regione, Ministero, Prefetture, Enti Locali, ecc.);

Il Dipartimento delle Cure Primarie ha mantenuto rapporti stabili e strutturati con i Medici di Medicina Generale e i Pediatri di Libera Scelta. L'ATS coordina le risorse professionali rappresentate dalle USCA, rendendole disponibili anche a MMG/PLS per assicurare l'attività di cura dei soggetti COVID-19 e dei pazienti cronici/fragili, da attivarsi sulla base della valutazione del quadro clinico e dei bisogni assistenziali;

Le strutture del Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto delle Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie (PAAPSS) e il Dipartimento della Programmazione per l'Integrazione delle Prestazioni Sociosanitarie con quelle Sociali (PIPSS) hanno definito e condiviso tempestivamente, con gli erogatori pubblici e privati di prestazioni sanitarie e sociosanitarie coinvolti, indicazioni operative per la uniforme applicazione sul territorio delle misure di contenimento del contagio. Analoghe attività sono state assicurate nei confronti delle strutture sociali e socioassistenziali.

È stato istituito con deliberazione aziendale il Comitato Tecnico di Sorveglianza Covid-19, aprile 2020, di cui fanno parte, tra gli altri, le funzioni di Servizio Prevenzione Protezione, Risk Management e il Medico

Competente per gli aspetti inerenti la sicurezza dei lavoratori.

E' attiva l'Unità di Crisi aziendale, di cui il RM è componente fin dall'esordio dell'emergenza pandemica, in costante collegamento con il livello regionale, di cui il RM è parte attiva fin dall'inizio del periodo epidemico.

=.=.=.=.

4 DATI COVID

A partire dalle prime due settimane di ottobre, la recrudescenza dell'epidemia attestata dall'aumento dei casi positivi registrati, ha comportato un sempre crescente impegno di risorse sia interne che esterne, in particolare sui percorsi integrati di sorveglianza, diagnosi e controllo. Particolare attenzione è stata riservata alla gestione dei sistemi per la sorveglianza e l'elaborazione dei flussi informativi (flussi alimentati; sistema integrato DB-Covid-19; sistema di reporting). L'interconnessione dei diversi attori e sistemi è garantita dall'operatività di sistemi di gestione aziendali. Il processo di *Inchieste epidemiologiche, come detto*, è stato ridefinito e informatizzato al fine di consentire il tempestivo rintraccio e la .

Le tabelle sotto riportate espongono i dati maggiormente rappresentativi. (al 31/12/2020)

DATI	VALORI
TOTALE CASI	84.301
POSITIVI	6.752
GUARITI	74.440
DECEDUTI	3.109
% DECEDUTI	3,7%
POPOLAZIONE RESIDENTE	1.472.796
NUMERO CASI SU POPOLAZIONE RESIDENTE (TASSO DI INCIDENZA)	57,24 x 1000 ab.

ESECUZIONE TAMPONI TERRITORIO ATS

DATI	VALORI
TAMPONI ESEGUITI NEL TERRITORIO ATS	255.509
TAMPONI POSITIVI	12.016
TAMPONI NEGATIVI	239.406
TAMPONI DEBOLMENTE POSITIVI	4.087
PERSONE TAMPONATE	157.608
NUMERO PERSONE TAMPONATE SU POPOLAZIONE RESIDENTE X 1000 ABITANTI	107,01

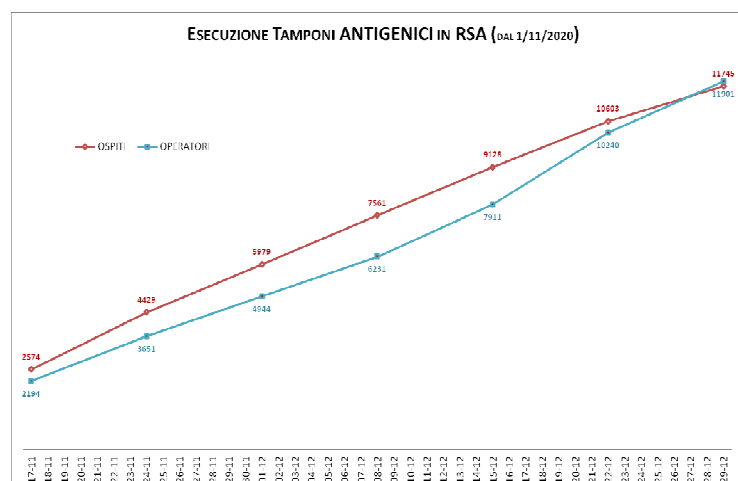
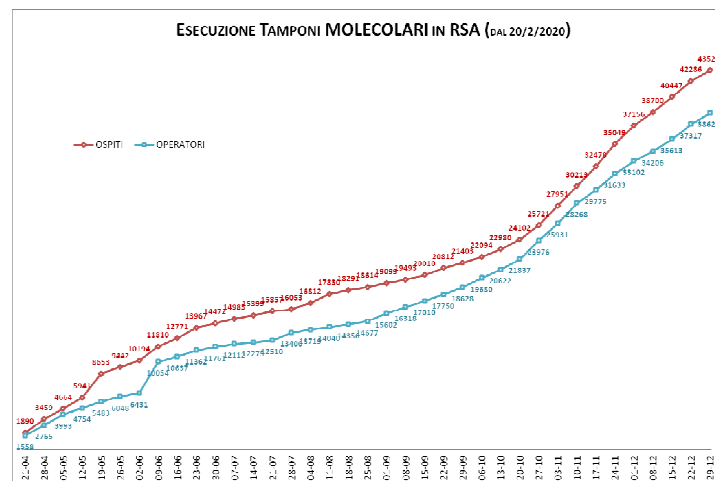
ESECUZIONE TEST SIEROLOGICI SCUOLE – PERSONALE DOCENTE E NON DOCENTE (ATTIVITÀ CONCLUSA)

TENDA	INVITATI	ESEGUITI	POSITIVI	NEGATIVI
VARESE	6.904	6.184	104	6.080
COMO	8.043	6.543	245	6.298
BUSTO ARSIZIO	5.624	5.018	38	4.980
TOTALE	20.571	17.745	387	17.358

ESECUZIONE TAMPONI ATS - RIENTRO ESTERO E SCUOLE

RAGGRUPPAMENTO	TENDA	TIPOLOGIA	INVITATI	ESEGUITI
RIENTRO ESTERO	ERBA - RIENTRI	MOLECOLARE	3.306	2.829
RIENTRO ESTERO	MALPENSA - RIENTRO	MOLECOLARE	50.610	50.589
RIENTRO ESTERO	MARA-UK	MOLECOLARE	772	636
RIENTRO ESTERO	MXP EXTRA	MOLECOLARE	6.208	3.837
RIENTRO ESTERO	VARESE - RIENTRI	MOLECOLARE	9.277	8.199
SCUOLE	ERBA - SCCONTATTI	MOLECOLARE	11.937	10.668
SCUOLE	VARESE - SCCONTATTI	MOLECOLARE	5.016	4.190
SCUOLE	COMO - TR	TAMPONE RAPIDO	13.419	5.156
SCUOLE	INTELLI - TR	TAMPONE RAPIDO	1.139	589
SCUOLE	MFIERE - TR	TAMPONE RAPIDO	2.208	912
SCUOLE	VARESE - TR	TAMPONE RAPIDO	13.781	7.094
TOTALE			260.945	216.441

ESECUZIONE TAMPONI IN RSA



==.==.==.

28/02/2021

Il Risk Manager di ATS dell'INSUBRIA

dr.ssa Cristina Curioni