

OSPEDALE E TERRITORIO

LE DUE REALTÀ INDISPENSABILI PER GESTIRE LA CRISI

OSPEDALI MA NON SOLO, ANCHE TERRITORIO

L'elemento chiave di questa nostra riflessione parte dal fatto che anche qui, come in altre Regioni, si sia assistito a un intervento rivolto a una gestione prevalentemente (se non esclusivamente) ospedaliera dell'epidemia, portando a un sovraccarico di lavoro e di impegno delle strutture e favorendo inoltre il contagio del personale, spesso non adeguatamente protetto. A fronte di ciò, vi è stata l'assenza di una indispensabile strategia complementare per la gestione dell'epidemia con e sul territorio. Altrove, dove invece è stata posta attenzione al territorio e si è adottata una strategia ad hoc per intercettare fin da subito i contagi e isolare i contatti, fornendo adeguato supporto e dotazioni ai medici territoriali, si è ottenuta una riduzione della pressione sugli ospedali e un differente numero di ricoveri e di decessi.

LE SITUAZIONI CRITICHE DA GOVERNARE SUL TERRITORIO: LE CASE DI RIPOSO

Altro aspetto da sottolineare, sempre a livello territoriale, è stata la mancanza fin da subito di una strategia preventiva ed operativa di valutazione delle situazioni più critiche, dove era facilmente pensabile che il contagio avvenisse e soprattutto dilagasse: non si sono messe in atto nelle strutture residenziali che ospitano persone fragili e in età avanzata misure rigorose di controllo e di gestione dei casi emergenti, con una non necessaria e prevedibile diffusione del contagio e un incremento, accanto ai ricoveri e alle morti inevitabili, di ricoveri e morti evitabili.

BOLLETTINO DI CRISI: DATI SUI PAZIENTI E DATI SUL PERSONALE SANITARIO

Altra mancanza è quella di un bollettino giornaliero che indichi le scelte strategiche di intervento decise dall'Unità di crisi sulla base dei rilevamenti epidemiologici, in modo da dare agli operatori in prima linea puntuale indicazione del numero dei ricoveri suddivisi tra intensiva e non. Ma anche tempestivo riscontro del numero di operatori divenuti positivi, e/o sintomatici e di quelli ricoverati, anche qui suddivisi tra intensiva e non (da noi richiesto già in data 18 03 2020). Questo ci chiedono i colleghi medici e gli infermieri che operano "sul fronte", così come ci è stata domandata la certezza che, qualora uno di loro risulti positivo, si possano rapidamente controllare i familiari garantendo a questi un percorso preferenziale dedicato e preordinato. E questo, oltre che dovuto, ci sembra ben poca cosa a fronte della disponibilità da parte loro a mettere in gioco la propria vita, essendo in prima linea a fronteggiare l'epidemia.

CRITICITÀ - ESEMPI CONCRETI

In aggiunta a questi rilievi sul quadro generale di gestione dell'epidemia in questa prima fase, ricordiamo ancora a titolo di esempio:

- 1) la mancanza di dati sull'esatta diffusione dell'epidemia, viziata dall'esecuzione di un numero ridotto di tamponi. Stime della medicina generale ci dicono di moltiplicare almeno per 7 i dati ufficiali;
- 2) l'attribuzione della diagnosi di morte per Covid solo ai deceduti in ospedale, in quanto solo per questi era possibile una diagnosi certa, mancando al conteggio delle morti quelle avvenute a domicilio o in residenza, dove i tamponi non sono stati eseguiti, con conseguente netta sottostima della mortalità;

- 3) la presentazione dei dati come “numero degli infetti” e come “numero dei deceduti” senza tassi di mortalità, di letalità e di contagio;
- 4) la mancata fornitura di protezioni individuali ai medici del territorio (MMG, PLS, CA e medici delle RSA) e ai medici ospedalieri, che ha determinato l’aumento dei contagi tra gli operatori e messo a rischio di trasmissione non solo i pazienti ma anche i propri familiari. Favorendo il rischio potenziale di mortalità e la diffusione del contagio, specie all’inizio dell’epidemia, questa carenza è diventata proprio un elemento chiave di moltiplicazione del contagio stesso;
- 5) le gravi difficoltà a raggiungere telefonicamente il SISP per quanto attiene la messa in malattia dei pazienti con tamponi positivi o in quarantena dei conviventi. Questi servizi vanno potenziati con implemento delle risorse umane e vanno introdotte linee dedicate esclusivamente ai medici. Stessa criticità vale per l’INPS;
- 6) la gravissima carenza delle attività di igiene pubblica (non si è potenziato numericamente il servizio fin da subito) a causa della quale non è stato possibile intercettare immediatamente sul territorio i sintomatici, i positivi e far seguire a questo il tracciamento rigoroso dei contatti, la quarantena dei conviventi o dei sospetti a rischio con eventualmente: isolamento dei contatti, tamponi sul territorio a malati e contatti, ecc...
- 7) la mancata esecuzione tempestiva dei tamponi agli operatori sanitari del territorio e al personale operante nelle strutture ospedaliere pubbliche e private, che ha determinato senza dubbio un ulteriore motivo involontario, ma prevedibile, di diffusione del contagio;
- 8) la valutazione, anche nei confronti della sanità privata, di interventi di attenzione e sostegno in particolare nei confronti degli odontoiatri, che per la natura della loro professione risulteranno alla ripresa dell’attività la categoria più esposta in assoluto;
- 9) la mancata percezione dell’importanza del territorio nel governare l’epidemia non ha permesso di mettere immediatamente in atto le misure di controllo, attraverso i medici che capillarmente su di esso operano. Il non aver dotato i medici di territorio di sufficienti e adeguati DPI, così come di strumenti di diagnosi, controllo e di percorsi preferenziali per una diagnosi rapida e tempestiva, ha determinato un sovraffollamento dei posti letto ospedalieri, con il rischio di saturazione degli stessi, a cui in alcuni casi si è aggiunta la necessità di dover mantenere sul territorio, non per scelta programmata, ma per necessità, pazienti che potevano/dovevano essere messi in sicurezza mediante ricovero.

La situazione problematica in cui si è venuta a trovare la nostra Regione è leggibile proprio in questo sbilanciamento della gestione dei pazienti negli ospedali anziché sul territorio, che avrebbe potuto e dovuto essere un primo filtro efficace, se adeguatamente attrezzato e supportato. Si è anche pagato il progressivo depotenziamento delle risorse territoriali, dovuto ai continui tagli e al contenimento della spesa che hanno impedito fossero realmente operative le aggregazioni funzionali territoriali, dotandole degli strumenti sia diagnostici che informatici che sarebbero stati di estrema utilità per fronteggiare un’emergenza di questo tipo. E si sono sovraccaricati gli ospedali, anche loro gravemente penalizzati in questi anni da tagli di personale e posti letto.

Solo ora è stata riconosciuta la possibilità del trattamento domiciliare di pazienti positivi asintomatici o paucisintomatici; è necessario un chiarimento sulle modalità di gestione, sui protocolli da applicare, sulle modalità di prescrizione e di somministrazione dei farmaci, sull’assunzione di responsabilità e sulle garanzie di tutela nella loro applicabilità verso coloro che sono poi chiamati a metterli in pratica a livello territoriale.

PROPOSTE E SUGGERIMENTI

Per essere propositivi forniamo qui di seguito alcuni suggerimenti.

Definire chiari livelli di intervento coordinati e condivisi tra Territorio e Ospedale, prevedendo livelli progressivi di intervento:

- Livello 1 territoriale
 - Livello 2 residenziale/ospedaliero a bassa intensità
 - Livello 3 residenziale/ospedaliero a media intensità
 - Livello 4 ospedaliero ad alta intensità
-
- Garantire un'attivazione uniforme delle USCA su tutto il territorio regionale, dotando i colleghi di tutti i mezzi di protezione necessari: senza queste Unità Speciali non si potrà iniziare la terapia domiciliare tempestiva né tantomeno seguire a domicilio i malati precocemente dimessi. E' importante che questo avvenga nello stesso modo in tutta la Regione.
 - Mappare e monitorare in modo rigoroso le residenze per anziani e le RSA con isolamento immediato dei sintomatici e dei positivi, con vie preferenziali per l'esecuzione di tamponi di conferma e l'immediato controllo dei contatti di tipo sanitario e non.
 - Qualora validato il test immunologico, valutare l'efficacia di sottoporre tutti gli operatori sanitari al test rapido immunologico.
 - Valutare la medesima procedura per gli addetti alle attività non sanitarie. E' evidente come questo necessiti di un rilevante numero di risorse, soprattutto umane, ed è altresì evidente come la stessa, al momento, sia l'unica atto a consentire la ripresa dell'attività lavorativa in relativa sicurezza.

Riteniamo inoltre indispensabile che tutta la popolazione si doti, quando esce da casa, di mascherine di protezione non sanitarie con l'obiettivo di proteggere gli altri proteggendo anche se stessi. Si chiede che codesta Regione oltre a fare propria questa indicazione faccia pressione a livello di Ministero della Salute e di Presidenza del Consiglio affinché la misura sia adottata su tutto il territorio nazionale.

Naturalmente quanto sopra dovrà essere accompagnato dall'uso costante, per tutta la popolazione e in particolare nei luoghi di lavoro, di idonei comportamenti e protezioni ipotizzando una ripresa graduale, prudente e progressiva, ma attentamente calibrata e facendola precedere dalla messa in campo dei mezzi, e delle risorse sopra indicata con tempistiche e modalità ben definite e condivise.

Nell'esprimere le riflessioni sopra indicate, gli Ordini del Piemonte ritengono di svolgere la propria funzione di organo sussidiario dello Stato ed esprimono disponibilità ad un confronto costante con le Istituzioni preposte alla gestione dell'emergenza.

I Presidenti degli Ordini provinciali dei medici chirurghi e odontoiatri del Piemonte