

EMERGENZA FASE 2

OSSERVAZIONI E SUGGERIMENTI DI UN GRUPPO DI MEDICI

PREMESSA

Prima di parlare di possibili progetti per fronteggiare le fasi successive dell'epidemia di coronavirus in Valle d'Aosta, non si può che iniziare ringraziando quanti, sanitari e non, hanno prestato la propria opera nella fase 1 e rivolgendo un pensiero alle persone venute a mancare, ai familiari, a quanti hanno affrontato la malattia, il confinamento, la quarantena e infine ai cittadini ristretti e alle categorie economiche provate dal fermo delle attività.

La Regione autonoma Valle d'Aosta è stata colpita duramente dalla fase 1, risultando la prima regione per contagi e la seconda per mortalità. Questi dati oggettivi richiedono da subito una revisione critica di come è stata affrontata questa fase 1, un audit che permetta di fare emergere criticità ed errori non per cercare colpevoli, ma per non rischiare di ripetere gli stessi errori nel caso di una esacerbazione della pandemia. Tra l'altro l'epidemia si è sviluppata nella realtà valdostana già gravata da performance di salute tra le peggiori d'Italia (vedasi indicatori di salute quali la mortalità evitabile o l'aspettativa di vita alla nascita e a 65 anni).

Possiamo ritenere probabile che il quadro valdostano dell'epidemia provenga da una sciagurata campagna promozionale sciistica (attestata dalla prevalenza di infetti) ma soprattutto dall'essere arrivati come sanità valdostana alla epidemia in condizioni polipatologiche e di fragilità (attestata dalla prevalenza di mortalità) con territorio e RSA totalmente impreparati e una programmazione sanitaria fortemente carente di protocolli operativi sanitari (come gestire i malati al domicilio, chi inviare in ospedale, come evitare il contagio da e tra operatori sanitari, ecc.).

La fase 2 è già iniziata, ma oggi non è possibile sapere quanto durerà questa fase, né a cosa possa portare, se a una fase 3 oppure a un ritorno alla fase 1 per una recrudescenza della pandemia. I piani e gli interventi devono quindi concentrarsi sull'oggi e sui prossimi mesi, prospettando piani di intervento coerenti con gli scenari possibili.

Pare che l'andamento dell'epidemia abbia subito un mutamento, per fattori diversi, con ridotta necessità di ospedalizzazione e ricorso alla terapia intensiva.

In questa fase è quindi necessario in primo luogo pensare alla tutela della salute a partire da dove si può generare e sviluppare il rischio ovvero dal territorio, così da poter contenere dall'inizio la patologia e le relative problematiche epidemiologiche: presa in carico sul territorio di malati e positivi asintomatici e gestione dei contatti a rischio.

La seconda direttrice di intervento in caso di nuove ondate diffuse è quella di matrice strutturale/ospedaliera con l'individuazione di due strutture, una per la terapia intensiva dei contagiati e la seconda per il monitoraggio dei soggetti a rischio nei quindici giorni di possibile latenza della positività. Questi due edifici non devono coincidere con le altre strutture sanitarie così da non interferire con le patologie ordinariamente esistenti al di fuori del coronavirus e non limitare processi e procedure curative.

Se si devono tenere conto le esigenze di salute pubblica, tutelate dalla Costituzione, si deve considerare anche le problematiche economiche perché senza un equilibrio nel medio e lungo periodo ne uscirebbero danneggiate entrambe.

La Regione autonoma Valle d'Aosta si è venuta a trovare in una tempesta perfetta: Consiglio, Giunta, Presidenza, Prefetto tutti decaduti ed in regime di prorogatio straordinaria dettata forzatamente dalla pandemia e la stessa Azienda USL commissariata da 2 anni. Nelle oggettive condizioni di precarietà istituzionale i responsabili pro tempore hanno il dovere di organizzare e gestire la fase 2, già iniziata, con un orizzonte temporale di pochi mesi. La politica ha il dovere morale di garantire un pronto ricorso alle urne per dare alla regione un governo stabile, legittimato a pianificare gli obiettivi per il futuro.

PERSONALE

Non si può iniziare a pensare il futuro senza attribuire la giusta importanza alla principale risorsa del servizio sanitario regionale cioè il personale, primo e più importante presidio da garantire alla popolazione: senza personale nelle quantità, qualità e diverse professionalità necessarie, qualunque progetto non troverà mai il modo di essere realizzato.

Devono quindi innanzi tutto essere individuate le esigenze e tempestivamente colmate le carenze, secondo le priorità evidenziate. Numeri e figure professionali da reperire dovranno essere motivati solo dai bisogni epidemiologicamente espressi dalla popolazione assistibile. Poi il personale deve essere protetto con controlli, Dispositivi di Protezione Individuali (DPI), formazione, procedure codificate, esercitazioni.

È necessario fare una esatta mappatura della situazione di contagi tra il personale, pianificare controlli periodici sierologici e di tamponi, in modo da avere sempre la situazione del personale sotto controllo, sia per prevenire ulteriori contagi, sia per muovere il personale a seconda delle zone scoperte.

In questa fase occorre prevedere forme di sostegno psicologico per il personale che intenda avvalersene e successivamente prevedere azioni di formazione permanente, su aspetti della sicurezza sul lavoro, sul rischio clinico e sulla medicina/nursery basate sulle evidenze,

che sono un obbligo di aggiornamento ma anche un investimento sulla professionalità degli operatori.

Occorre considerare quella che era già una emergenza prima dell'epidemia, vale a dire la difficoltà a reperire personale sanitario qualificato, soprattutto medici ma non solo. Da un lato occorre utilizzare tutti gli strumenti concessi dalla normativa per recuperare il personale (contratti libero professionali, specializzandi, pensionati...) e dall'altro continuare a lavorare per la stabilizzazione rapida del personale ancora precario.

È necessario lavorare con i sindacati per trovare strumenti premianti, non solo economici, per i lavoratori coinvolti nella gestione della epidemia, e poi attuare una politica di attrazione e di fidelizzazione del personale, attraverso incentivi economici ed extra economici per i nuovi assunti, ma anche per coloro che già da tempo lavorano per l'Azienda USL.

OSPEDALE COVID E NON COVID

Duplicare l'ospedale non è realizzabile in tempi brevi e non esiste in Valle una struttura privata capace di convertirsi in poco tempo in ospedale COVID (strutture, attrezzature, personale), come avvenuto in altre realtà regionali.

Senza dimenticare che l'unico altro ospedale presente, la Clinica di St. Pierre, oltre ad avere già rifiutato ufficialmente tale proposta, ha sviluppato in questi anni una attività specialisticamente rivolta alla chirurgia ortopedica e alla riabilitazione. Inoltre realizzare pronto soccorso, terapie intensive, diagnostica radiologica e di laboratorio richiede investimenti possibili solo su lungo termine e quindi un ospedale che dovrebbe sostenersi anche in epoca non covid mediante convenzione con l'USL. Questo vorrebbe dire creare un 3° polo ospedaliero e moltiplicare i costi ospedalieri già alti, cioè limitare investimenti in altri settori che hanno evidenziato criticità (segnatamente il territorio). Senza dimenticare che delegare totalmente al privato una funzione così importante lo renderebbe non più complementare al pubblico ma sostitutivo, trovandosi in un regime di monopolio con potere contrattuale molto forte.

Progetti futuri che richiedono tempi di realizzazione più lunghi (triangolo, ampliamento, nuovo ospedale) vanno oltre i tempi della fase 2 ed oltre i tempi di permanenza in carica di questi vertici istituzionali.

In un ospedale come il Parini, con molteplici ingressi dall'esterno ed una struttura ancora in parte a corpi separati e aggiunti in maniera posticcia al corpo del Mauriziano (corpo C delle chirurgie e corpo D delle malattie infettive) si può definire una area confinata da dedicare

ai covid+ consolidando l'esperienza fatta in questi 2 mesi di gestione della pandemia. Inoltre, poiché di fatto la separazione Covid-No covid non può essere assoluta ma probabilistica non si potrà mai escludere completamente che pazienti infetti si trovino al Parini, con grossi problemi di spostamenti da e verso l'ospedale COVID esterno. Questa sembra essere la strategia prevista da molti ospedali del nord Italia (in primis Codogno dove è nato il problema) e un confronto con l'Ufficio Tecnico potrebbe essere molto utile.

Un progetto realizzabile è quello di un rapido adeguamento delle strutture esistenti secondo un piano che consenta di affrontare una eventuale nuova ondata di richieste di ricoveri e ricorso alla terapia intensiva per recrudescenza della pandemia. Se i tempi non consentono nuove realizzazioni strutturali, sono però possibili rapidi adeguamenti modulari dell'esistente (viale Ginevra, Beauregard, ex maternità eccetera) creando le condizioni che permettano di fare convivere una parte dell'ospedale COVID con il resto dell'ospedale in regime ordinario:

- percorsi differenziati di accesso per covid+, per sospetti, per non covid;
- degenze differenziate con garanzia di isolamento delle due funzioni;
- rigorose procedure di isolamento e contenimento;
- rapido monitoraggio laboratoristico per individuare ed isolare nuovi casi nella parte non covid.

Lo spostamento del dipartimento materno-infantile dal Beauregard al Parini prevede di nuovo l'avvio di cantieri la cui durata è stimata in 18 mesi, non risolvendo nessun problema nell'immediato e pregiudicando ancora le scelte cui sarà chiamato il Consiglio Regionale da rieleggere a breve.

Andrebbe inoltre possibilmente potenziato l'Hospice fino ad almeno 10 posti letto mentre il trasferimento della psichiatria, che non è una lungodegenza andrebbe considerato temporaneo in mancanza di altre alternative valide e rispetto a soluzioni più razionali.

Occorre inoltre pensare di avere una struttura ospedaliera di backup in grado di garantire la funzionalità minima anche in situazioni impreviste di fuori uso di settori core del Parini (es. sale operatorie, pronto soccorso, ..). Si è visto ad esempio che il pronto soccorso di Alzano Lombardo è stato chiuso, seppure per poco, per contaminazione da covid. Ma tale evenienza potrebbe occorrere anche per altri eventi calamitosi ad es. terremoto, accidenti chimici (già occorsi) o nucleari (sulla viabilità internazionale viaggiano sostanze radioattive legali e, non escludibile, anche illegali). Poiché il più vicino ospedale dista 100 km occorre la garanzia di poter riattivare in tempo brevissimo funzioni minimali salvavita di proprietà pubblica. Il Beauregard che dispone di piazzuola per elicottero, camera calda, sala operatoria ecc. potrebbe avere tale funzione.

PREVENZIONE E CONTROLLO EPIDEMIA

La principale carenza del sistema sanitario regionale è costituita dall'assenza di una struttura organica e funzionale di epidemiologia umana, come evidenziato anche da questa epidemia. È urgente istituire immediatamente anche in deroga all'atto aziendale, una struttura semplice dipartimentale di Epidemiologia Umana costituita da personale in numero sufficiente, in grado di monitorare in questa e nelle successive fasi l'evoluzione dell'epidemia COVID 19.

Con questa struttura, tutto il Dipartimento di Prevenzione dovrebbe coordinare le attività per

- monitorare, in caso di nuovi focolai, un campione significativo di soggetti per verificare l'eventuale incidenza, prevalenza e suscettibilità della popolazione;
- governare i provvedimenti contro la diffusibilità anche attraverso un contatto molto stretto con i medici del territorio;
- tutelare il personale sanitario, per salvaguardare la loro preziosa opera sul territorio e perché non siano gli involontari strumenti di contaminazione crociata;
- gestire diversamente i contatti a rischio (tampone negativo non è sempre indice di assenza di malattia considerata la finestra di negatività di 10/15 giorni anche nei soggetti positivi);
- distribuire capillarmente i DPI (anche solo mascherina chirurgica) alla popolazione per ridurre al minimo la trasmissione del virus nei luoghi pubblici e di contatto;
- promuovere campagne di educazione sanitaria sui gesti e le azioni virtuose e sui comportamenti viceversa a rischio.

Non appena verrà attivata la App per tracciare i contatti con i positivi, deve già essere pronto a livello regionale un progetto di controllo dei contatti con quarantena, test molecolare, isolamento domiciliare dei positivi. Questo presuppone un laboratorio adeguatamente potenziato in termini di risorse umane, apparecchiature, reagenti, in grado di dare risposte ad un numero elevato di test in tempi brevi (sierologia, molecolare qualitativa e quantitativa). Per quali-quantificare questi bisogni laboratoriali sarebbe però necessario definire preliminarmente la strategia che si intende adottare per la gestione COVID (es. approccio epidemiologico tipo "Veneto" o approccio diagnostico-reattivo tipo "Lombardia").

AREA TERRITORIALE

La programmazione sanitaria in Valle d'Aosta ha finora privilegiato il mondo ospedaliero secondo un modello reattivo (intervento a malattia già presente) e prestazionale (erogazione di singoli esami o consulenze). Occorre ri-orientare il servizio verso un modello proattivo di tutela e mantenimento della salute e contrasto alla cronicità (medicina di iniziativa) e promuovere la gestione delle patologie nei setting territoriali e domiciliari.

Tutto il personale sanitario che opera sul territorio dovrebbe essere attivamente coinvolto nella programmazione e gestione di questa fase: in particolare Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) dovranno essere organizzati e coordinati fra loro per lavorare per obiettivi di salute prefissati, incentivati e retribuiti in funzione dell'impegno e delle performance ottenute. A fronte di un impegno rinnovato MMG e PLS dovranno avere rappresentanza anche negli organismi direzionali dell'Azienda (vedi Collegio di Direzione) . Si ricorda che in Valle d'Aosta (unica regione in Italia in questa straordinaria situazione) i MMG e PLS utilizzano tutti una unica cartella clinica informatizzata, permettendo quindi all'amministrazione regionale e all'USL di disporre di un sistema informativo potentissimo che intercetta quasi tutti gli assistibili per eventi acuti e cronici, anche prima delle complicanze delle patologie croniche; intercettando stili di vita, aderenza alle terapie, aderenza a linee guida, potrebbe consentire di stratificare tutta la piramide dei bisogni della popolazione, già in fase preospedaliera e contrastare l'insorgenza delle malattie.

Questa epidemia ha evidenziato in tutta Italia la debolezza dal punto di vista sanitario e preventivo delle attuali strutture per anziani. In attesa di un nuovo modello, le strutture debbano essere riorganizzate a breve ipotizzando una diminuzione degli ospiti e regolando l'accesso dei parenti, in modo che non si trasformino in causa di contagio. Le stesse rigide azioni di contenimento andrebbero pensate per le altre strutture residenziali, per disabili, carcere, ecc.

Nella fase 1 si è sottovalutato il carico assistenziale del territorio, ulteriormente aumentato dalle misure di distanziamento sociale e di isolamento domiciliare, mentre le azioni terapeutiche e assistenziali a domicilio andavano incrementate per decongestionare le strutture ospedaliere dei soggetti cronici, disabili, non autosufficienti e in situazioni di fragilità. Ora è necessario:

- incentivare l'assistenza domiciliare (ADI e cure palliative domiciliari), mediante utilizzo di infermieri e OSS distaccati da altre strutture aziendali ovvero con contratti libero professionali in attesa di bandire ed espletare i concorsi di assunzione e inoltre sgravati da incombenze amministrative;

- rafforzare i servizi infermieristici con l'introduzione dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti covid+, supportando le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e i servizi offerti dalle cure primarie;
- istituire una Centrale Operativa Territoriale, coordinata da un Direttore di Distretto, in grado di coordinare gli interventi sanitari programmati (ADI), regolare l'attività delle USCA in relazione alle richieste e agli interventi dei MMG e PLS e attivarsi per le dimissioni protette dall'ospedale;
- incrementare a 2-3 il numero dei medici delle USCA e se necessario aumentare anche il numero delle stesse, coinvolgendo anche i medici specialisti ambulatoriali convenzionati interni e fornendo apparecchi RX portatili per fare radiografie ai pazienti;
- creare delle "degenze di sorveglianza", utilizzando strutture alberghiere, dove gestire le quarantene di positivi sintomatici o paucisintomatici quando le condizioni familiari e abitative non consentano un efficace isolamento domiciliare;
- fornire saturimetri ai pazienti domiciliari, al fine di garantire un costante monitoraggio della saturazione dell'ossigeno, per intervenire nel modo più tempestivo possibile.

Un sostegno economico potrebbe essere pensato (a livello regionale) per le famiglie che riescono a mantenere a domicilio i pazienti, per gli aspetti più assistenziali, slegati dal reddito e dall'utilizzo (badanti piuttosto che diminuzione dell'attività lavorativa individuale).

TELEMEDICINA

Deve essere elaborato un progetto che attraverso la Centrale Territoriale possa coordinare gli interventi di telemedicina sul territorio, specialmente a domicilio.

Vanno aumentati gli ambiti della tele refertazione e del teleconsulto, prevedendo per quest'ultimo caso orari e modalità ben definite in cui gli specialisti sono rintracciabili per i medici territoriali o delle USCA, e andranno fatti accordi sindacali per il riconoscimento economico di tale attività.

CONCLUSIONI

La prospettiva di lavoro di questa amministrazione regionale prorogata ed in attesa di elezioni (quindi non legittimata dal voto popolare) e della USL (commissariata ed altrettanto delegittimata) dovrebbe essere limitata alla gestione dei prossimi mesi e non alla elaborazione di nuovo piano sanitario con effetto per i prossimi decenni.

Quanto prima partirà una campagna elettorale, che potrà fare uscire la Valle d'Aosta dalla tempesta perfetta, e sarà quello il momento in cui i partiti potranno proporre ai cittadini elettori il proprio progetto di sanità, la propria visione, i propri programmi di intervento strutturali ed organizzativi, si impegneranno con la cittadinanza a realizzare i propri programmi. I cittadini dovranno conoscere cosa si propongono di realizzare i partiti in competizione e potranno scegliere il programma e le persone che riterranno migliori, affidando con il loro voto un mandato a realizzare un modello di sanità. I partiti, la coalizione, che avrà l'onore e l'onere di governare avrà il dovere di realizzare il programma proposto in campagna elettorale, legittimati democraticamente dal consenso elettorale. Per realizzare i propri obiettivi la politica dovrà avvalersi di un braccio operativo, l'azienda USL, governato da una direzione aziendale stabile e non commissariale.

Aosta, 18 maggio 2020

Sandro ALBANI
Rosaldo ALLIETA
Marisa BECHAZ
Giorgio BEGLIUOMINI
Rosa BERTI
Cinzia BODRATO
Paolo CRISTALLINI
Lindo FERRARI
Guido FERRETTI
Mariagiovanna FILIPPELLA
Silvio GONO-CALVETTO
Roberto GIORNETTI
Fulvia GRASSO
Teodoro MELONI
Carlo ORLANDI
Luca PEANO
Massimo PESENTI CAMPAGNONI
Salvatore RAZZI
Silvia SPINAZZÉ
Carlo VETTORATO