

Anna Maria Andena

Un'organizzazione territoriale solida e efficiente messa alla prova dalla prima ondata di Covid-19 e ancora di più dalla violenza della seconda.

Questo è il terzo post dedicato al Distretto di Piacenza. Il primo [scritto alla fine della prima ondata](#), il secondo [a settembre](#), sempre a firma di A.M. Andena.

Ogni atleta, quando si allena per una competizione, cerca di rafforzare i propri punti di forza ed attenuare i propri punti di debolezza. Lo stesso procedimento si attua nei percorsi organizzativi in sanità. La prima ondata epidemica di Sars-Cov-2 ha impietosamente messo in evidenza i punti di debolezza delle nostre organizzazioni. Debolezze create in maniera per così dire impalpabile, grazie al progressivo allontanarsi delle malattie infettive (almeno nei nostri emisferi). Il serrato controllo delle condizioni epidemiche è stato via via considerato meno cogente e di conseguenza meno destinatario di risorse materiali ed umane. **L'ondata pandemica ha invece sottolineato in modo implacabile che interi settori che riguardavano l'indagine epidemiologica, il tracciamento dei contatti, la sorveglianza sanitaria sugli affetti e sui contatti, le indicazioni di adeguati comportamenti preventivi, l'identificazione precoce dei casi, il monitoraggio serrato di condizioni ad evoluzione variabile (più o meno rapida), erano sottodimensionati e non in grado di far fronte ad una "peste manzoniana" come è stato definito Covid-19.**

Ogni Azienda Sanitaria ha fatto del suo meglio per affrontare le criticità, ed ora, all'alba di una nuova ondata, mette in campo strategie che prevedono il rinforzo dei Dipartimenti di Emergenza Urgenza e Terapie Intensive e Semintensive. Più dimesso anche se presente il rafforzamento dei Dipartimenti Territoriali, in particolare Dipartimento di Sanità Pubblica e Dipartimento delle Cure Primarie. **Così come ovunque anche a Piacenza si sta cercando di irrobustire i punti di forza e attenuare i punti di debolezza.** Una particolare cura ed attenzione è stata dedicata però alle competenze del Territorio. Innanzi tutto si è creata una **piattaforma informatizzata** il cui accesso venga condiviso dagli operatori della Sanità Pubblica, dai dipendenti delle Cure Primarie, dai professionisti delle USCA, dai medici convenzionati. Trattasi di **un contenitore dove a ciascun operatore sanitario è concesso l'accesso per le funzioni di propria competenza e ha in visione la situazione completa dei pazienti.** Tale piattaforma diventa l'ambito dove condividere le informazioni fra sanitari celermente e dove vedere generati i piani di lavoro sui singoli utenti.

L'équipe sanitaria dell'Igiene pubblica è stata rafforzata con l'assunzione sia di assistenti sanitari che di medici. L'area delle Cure primarie ha acquisito la collaborazione di diverse unità mediche che monitorino l'organizzazione e programmino secondo criteri di gravità gli accessi al domicilio delle USCA. **Le USCA** stesse sono state arricchite di personale medico ed infermieristico e dotate di ulteriore strumentazione. **Ai medici curanti** è stato sottoposto un accordo per farsi carico delle sorveglianza attiva quotidiana dei pazienti positivi. Anche la componente amministrativa che deve affiancare la diagnostica è stata rafforzata.

Cosa si è chiesto al sistema? Il medico curante (MMG o PLS o MCA) inoltra la notifica di malattia infettiva sospetta sulla piattaforma (che non a caso si chiama IGEA). **Tale notifica viene recepita dai due Dipartimenti Territoriali**, uno per programmare ed eseguire la diagnostica clinica ed eseguire i tamponi nasofaringei per il test molecolare e concordare i controlli necessari, l'altro per condurre le indagini epidemiologiche, il contact-tracing e parte della sorveglianza (quella sui contatti di positivi).

L'attività diagnostica avviene attraverso tre diversi canali:

- Soggetti asintomatici, rilevati attraverso le procedure di contact-tracing sulla popolazione generale e scolastica: Sede unica centralizzata, con numerosi box.
- Pazienti paucisintomatici: tampone domiciliare eseguito da un team infermieristico.
- Pazienti sintomatici con necessità di valutazione clinica: Tampone domiciliare e possibile intervento di assistenza domiciliare da parte del team medico-infermiere (USCA).

Saranno presto disponibili test rapidi naso-faringei che saranno utilizzati per pazienti delle RSA, pazienti a domicilio e studenti delle scuole. I test saranno prelevati in loco e processati presso le Case della salute. I test positivi richiederanno la conferma con test molecolare.

Una volta testati i pazienti "sospetti", **l'esito della diagnostica strumentale e di laboratorio viene registrato in piattaforma** in modo che i curanti, sui propri pazienti possano avere contezza del risultato e procedere alla presa in carico della sorveglianza attiva sui malati.

In prossimità della scadenza dei periodi di isolamento il sistema genera degli alert per proporre le verifiche di controllo e la chiusura dei periodi di quarantena. Il tutto sempre in visione ai curanti che provvedono in questo modo in sicurezza anche alle necessarie certificazioni. Affianca questo percorso l'ambito amministrativo che produce tutta la

documentazione necessaria ad identificare l'appartenenza di un test al soggetto su cui è stato eseguito (accettazione, etichettatura..) e non ultimo un laboratorio efficiente in grado di processare circa 3000 tamponi al giorno.

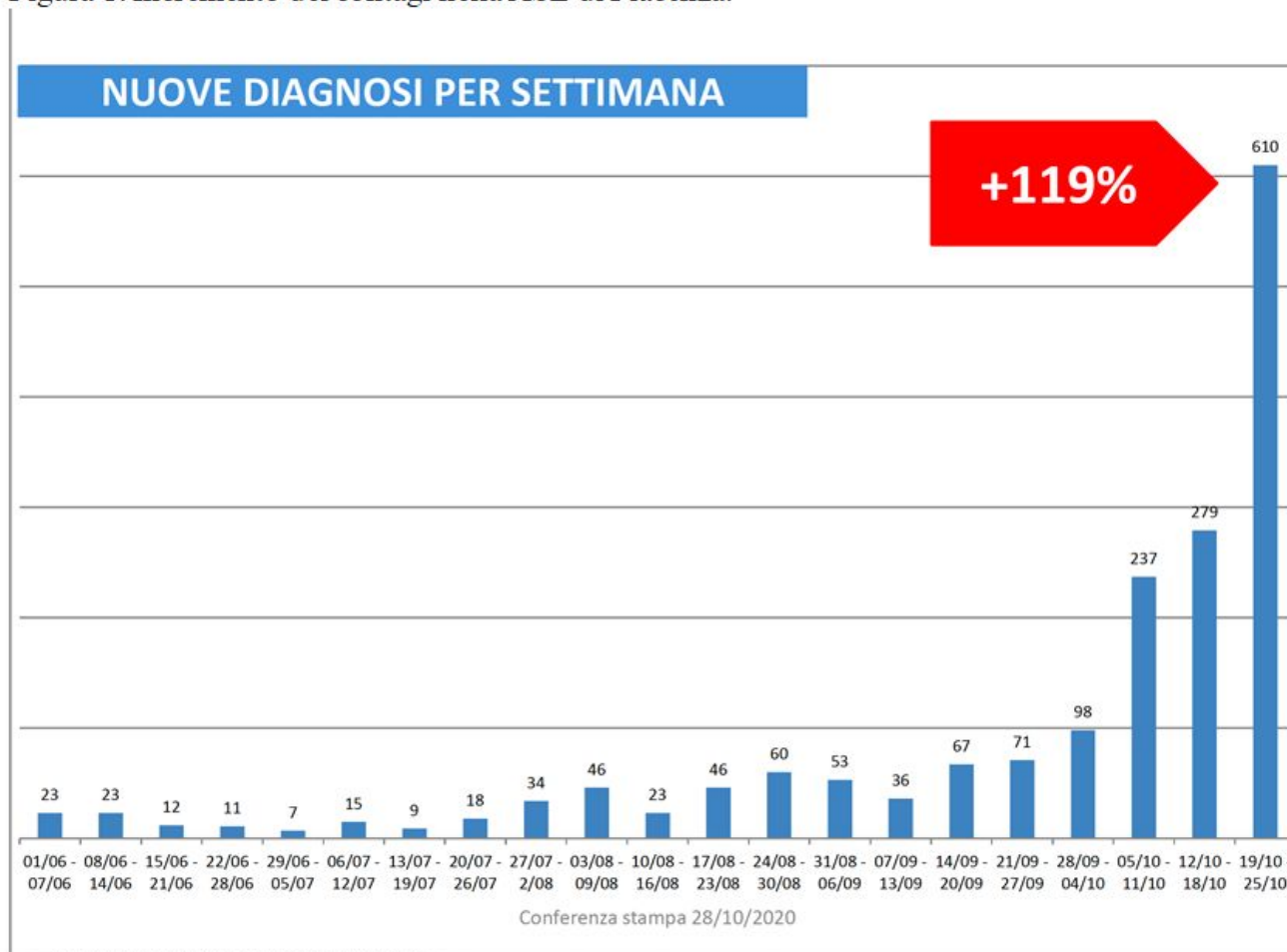
In questo processo è coinvolto anche tutto il sistema scolastico. Ogni scuola ha un referente scolastico COVID che può mettersi in contatto con il Dipartimento di Sanità Pubblica per segnalare casi o contribuire nella identificazione dei contatti di studenti risultati positivi per procedere, se nel caso, alla quarantena e alla diagnostica necessaria.

Tutto perfetto allora? Non proprio. Va tenuto presente che ogni caso positivo genera una media di 13-15 contatti stretti che devono avere la possibilità di essere monitorati e questo a cascata genera **una progressione del lavoro più che logaritmica.** A seguire i contatti telefonici si moltiplicano e questa situazione ha suggerito la possibilità di ingaggiare con dei bandi appositi profili non ancora completamente formati (studenti di professioni sanitarie per esempio) per il contact-tracing. **A seguito di un altro ulteriore bando per MMG e Medici di Continuità Assistenziale (MCA) si è intervenuti per cercare di sostituire i medici igienisti** nelle procedure di copertura vaccinale per influenza, pneumococco, zoster, tetano-difterite, HPV, e per affiancare gli stessi professionisti nelle inchieste epidemiologiche. **Un nutrito gruppo di giovani medici è stato sottoposto ad un percorso formativo specifico atto a garantire la corretta gestione delle indagini.**

Nel prosieguo di tempo purtroppo ci si aspetta che si realizzino dimissioni più precoci del consueto e che sia necessario mettere a punto un sistema di sorveglianza e di auto-monitoraggio di parametri al domicilio del paziente. Già ora è attiva una struttura ricettiva per pazienti anche parzialmente non autosufficienti, sui quali viene garantito il supporto medico da parte delle USCA e quello infermieristico. Nella nostra realtà nelle ultime tre settimane il tempo di raddoppio dei casi COVID si è attestato attorno ai sette giorni (**Figura 1**), quello dei ricoveri in regime ordinario attorno ai dieci e quello nei reparti di terapia intensiva/semintensiva attorno ai tredici. **La progressione spaventa anche in relazione all'aumento medio della carica virale riscontrata sui tamponi e al maggior utilizzo di spazi chiusi legati al clima autunnale.** Il rendimento di questo sistema al momento è discreto ma non è assolutamente detto che tale rimanga se proseguisse la crescita esponenziale dei casi (Vedi **Risorse**). **Altro fattore da non trascurare è la stanchezza e la deflessione del tono dell'umore degli operatori che avvertono tutta la vulnerabilità di una condizione instabile.**

Porteremo a termine questa corsa ad ostacoli? Non lo so ma sono certa che ci proveremo.

Figura 1. Incremento dei contagi nella ASL di Piacenza.



Risorse

[Dati ASL Piacenza. La situazione epidemiologica. Aggiornamento al 25/10/2020](#) (Conferenza Stampa del 28.10.2020) [PDF: 2Mb].

Anna Maria Andena, Direttore del Distretto sanitario di Piacenza.