

Gestione fase iniziale della emergenza Covid 19: misure approntate dal Servizio ADI e cure palliative domiciliari Distretto Sanitario ASP Agrigento.

P. Toscano³, G. Amico¹, G. Micciché², G. Cognata⁴, C. Giacalone⁵

Distretto Sanitario Medicina di Base Agrigento Direttore dottor G. Amico

(¹Direttore DSB Ag; ²Dirigente medico Responsabile UOS UVM – ADI; ³ Dirigente medico UVM- ADI e uo cure palliative; ⁴ CPS infermiere UOS UVM – ADI; ⁵ Collaboratore amministrativo UOS UVM – ADI)

Riassunto

Le situazioni emergenziali obbligano le strutture coinvolte a rivedere le attività di routine, allo scopo di trovare soluzioni efficaci e immediate in risposta all'appalesarsi delle criticità .

Il presente lavoro descrive le azioni poste in essere dalla UOS UVM – ADI del Distretto di Agrigento nelle fasi iniziali dell'Emergenza Covid – 19.

Premessa

Il servizio ADI del DSB di Agrigento annualmente garantisce, in undici Comuni, assistenza mediamente a più di 1600 ammalati (tra assistenza domiciliare integrata e cure palliative). A fronte dell'emergenza Covid - 19 è stato necessario garantire la continuità delle cure quotidiane e, contemporaneamente, in linea con quanto previsto dai decreti legge nazionali e dalle ordinanze regionali, porre in essere misure adeguate al contrasto della diffusione del contagio, fronteggiando il panico e la crescente incertezza diffusa nella popolazione per la continua evoluzione della pandemia. Queste difficoltà gestionali sono state affrontate facendo ricorso ai principi metodologici propri della Medicina dei Disastri e dei protocolli *Infection Prevetion and Control* , la cui applicazione ha contenuto efficacemente l'insorgere di criticità, ottenendo anche risultati inattesi.

Introduzione

Ufficialmente l'odissea del contagio dal nuovo coronavirus inizia in Italia a fine gennaio 2020 quando una ordinanza del Ministero della Salute, prendendo atto della *“recente insorgenza di una nuova epidemia determinata da un nuovo Coronavirus e della notifica all'Organizzazione mondiale della sanità di casi all'interno di alcuni Paesi”*[1],avvia una serie di misure volte a contenere la diffusione dell'infezione.

Le ordinanze ministeriali, i DPCM, leordinanze regionali, si sono poi succedute in una inattesa ma comprensibile *escalation* man mano che si andava definendo la reale dimensione della criticità sanitaria a livello planetario, con l'obiettivo di superare la specifica emergenza e limitare i danni “collaterali”. La comparsa dell'attuale pandemia, infatti, ha messo il sistema sanitario pubblico sotto pressione per due ordini di motivi. Da una parte c'è la necessità di fronteggiare l'emergenza con tutte le risorse disponibili, dall'altrac'è la necessità di garantire la normale attività sanitaria anche durante l'emergenza, dal momento che l'infezione da SARS- Cov2 non cancella le altre patologie e le altre cause di morte. Le strutture sanitarie si trovano ad assistere quindi malati “covid”, malati “non covid” e malati “non covid” che diventano “covid”. Già il Commissario Borrelli, nell'ordinanza n. 630 del 03/02/2020, richiama la necessità di adottare *“misure volte a garantire la continuità di erogazione dei servizi di assistenza sanitaria nei territori interessati, anche mediante interventi di natura temporanea”*.

Tali misure tuttavia non sono state definite strutturalmente, essendo le modalità e le caratteristiche di erogazione dei servizi sanitari diversificate a seconda dei contesti regionali e provinciali.

Nella Regione Siciliana, l'Assessorato della Salute ha emanato circolari e disposizioni per gestire le criticità emergenti in ragione della evoluzione della crisi epidemiologica. In particolare la circolare n. 14840 del 13 marzo, nell'impartire direttive in vari ambiti assistenziali, nell'ottica di continuare ad erogare assistenza, dava facoltà, ai servizi delle aziende sanitarie competenti per territorio, di rimodulare gli interventi a domicilio considerati non differibili senza tuttavia prevedere nel dettaglio le azioni da intraprendere e senza indicare criteri di riferimento.

L'ampia discrezionalità concessa in tale disposizione dal decisore regionale, pone di fatto gli esecutori di fronte a difficoltà in ordine alla interpretazione e applicazione di quanto richiesto.

Al gruppo di lavoro del servizio ADI è stato immediatamente chiaro il tipo di risvolto che una situazione di urgenza sanitaria in continua evoluzione potesse comportare, a causa della tipologia dei malati presi in carico dal servizio. Si tratta infatti, per lo più, di soggetti ultra sessantacinquenni, con pluri-patologie, ai quali vanno aggiunti i malati assistiti in cure palliative, di qualsiasi età ma comunque con elevati livelli di fragilità e complessità che ne fanno il target di popolazione più esposta agli effetti nefasti dell'infezione. Proprio in ragione di questa peculiarità è apparsa improcrastinabile la tutela di tali malati, delle loro famiglie e degli operatori domiciliari, pur nella necessità di continuare l'assistenza sanitaria.

Lo staff dell'ADI ha applicato a tale emergenza, la cui sa esplosione e gravità era ed è ancora *in fieri*, i principi gestionali della *Preparedness e Readiness*[2], partendo dal presupposto che immaginare scenari impegnativi, ancorché non ancora presenti, renda agevole il prendere le decisioni adeguate al fine di mettere in sicurezza i malati, il personale sanitario impegnato nelle valutazioni multidimensionali a domicilio e gli operatori sanitari di fatto incaricati della assistenza domiciliare, attraverso misure precauzionali idonee a prevenire e anticipare eventuali peggioramenti della situazione.

Metodologia di lavoro

Preparedness e readiness

Lo strumento metodologico principale è stato quello del *briefing* che consente, all'interno del gruppo di lavoro, la pianificazione delle attività da svolgere, la valutazione dei rischi e delle criticità, e permette il confronto di idee e proposte allo scopo di stabilire le misure e le risoluzioni da applicare.

Il fulcro delle osservazioni fatte, tra la fine di febbraio e l'inizio di marzo 2020, dal gruppo Cure Domiciliari è stata la paventata possibilità, suffragata recentemente da uno studio pubblicato sulla rivista scientifica *sciencemag.org* e riportato nella Ordinanza contingibile n. 13 [3], che l'infezione sia completamente asintomatica nella gran parte della popolazione: questa previsione "pessimistica" fa estendere, di necessità, le precauzioni anti-contagio anche a persone in apparente buona salute, considerando cioè ogni persona "portatore" di possibile contagio. Le precauzioni alle quali fare riferimento sono quelle del programma per la Prevenzione e Controllo delle Infezioni (*Infection Prevention and Control IPC*) dell'OMS [4], che raccomanda Procedure Operative Standard per ridurre la diffusione di malattie da agenti trasmissibili. L'obiettivo di tali misure è quello, tra gli altri, di ridurre la trasmissione di infezioni nei contesti assistenziali, di incrementare la sicurezza di staff, pazienti e conviventi, di aumentare la capacità del sistema sanitario di rispondere alle epidemie e di minimizzare la possibilità che gli stessi operatori del sistema sanitario possano essere involontario veicolo per la diffusione del contagio.

La strategia basilare della *Infection Prevention and Control* prevede l'applicazione, in ogni contesto assistenziale, per tutti i pazienti e per tutte le situazioni a rischio, delle misure precauzionali standard di base, valide per la prevenzione di qualsiasi tipo di infezione: igiene delle mani, igiene respiratoria, DPI adeguati alla situazione, *management* in sicurezza dei dispositivi e del loro corretto smaltimento, igiene ambientale. Queste misure, insieme alle misure riguardanti la sorveglianza e gestione dei casi sospetti/confermati, trovano già applicazione a livello nazionale, grazie alle campagne di comunicazione del Ministero della Salute.

La priorità di un gruppo, durante la fase di *preparedness*, è quella di prevedere le criticità e quindi di intraprendere azioni (*readiness*) che aumentino la capacità del sistema di fare fronte agli scenari possibili.

All'interno del gruppo di lavoro dell'ADI emergono almeno due criticità. La prima concerne la necessità di individuare la presenza a casa dell'assistito di "casi sospetti", tenuto conto del fatto che la mobilità extra – regionale è un fenomeno molto diffuso nella nostra provincia, sia per motivi di salute, sia per motivi di lavoro che di studio. Il costante e consistente flusso di rientro di conterranei provenienti da aree a rischio appare subito come una possibile fonte di contagio e si pone anche la necessità di mettere in sicurezza gli operatori che si recano a casa dei malati. La seconda criticità riguarda i criteri da adottare per rimodulare le assistenze, fornendo solo le prestazioni ritenute indifferibili. Va anche tenuto presente che all'inizio della fase di emergenza non era chiara la durata della stessa e quindi per quanto tempo avrebbero dovuto essere mantenute le misure intraprese in via "temporanea".

Per rispondere alla prima criticità, emerge la proposta di utilizzare un triage telefonico calibrato sulla identificazione precoce, secondo quanto esplicitato dal DPCM del 22/02/2020, dei casi "sospetti".

Viene quindi ideato un triage telefonico, sulla falsa riga dei *trriage* predisposti per i servizi di pronto soccorso e di emergenza territoriale del 118, **attraverso l'elaborazione di un format da compilare per ogni contatto telefonico con i malati attualmente in linea, direttamente o attraverso i care givers**. Presa tale risoluzione, si prepara la nota per ottenere la necessaria autorizzazione dal Direttore del Distretto.

Per quanto riguarda la seconda criticità, il gruppo operativo dell'ADI si confronta sul concetto di "differibilità" delle prestazioni domiciliari. La prima valutazione riguarda i casi di malati terminali (nella maggioranza affetti da patologia oncologica), i quali necessitano, nella stragrande maggioranza dei casi, di assistenza specialistica complessa, per le delicate condizioni sanitarie e socio – familiari. A tale proposito si fa anche riferimento alle indicazioni dell'Assessorato della Salute secondo cui vengono considerate indifferibili le prestazioni rese ai malati oncologici.

Dopo attenta analisi della situazione, si ritiene di poter sospendere le prestazioni delle figure professionali del fisioterapista, dello psicologo e dell'assistente sociale, proprio allo scopo di ridurre al minimo i contatti e di mantenere il distanziamento fisico, misura individuata come strategia fondamentale di contrasto alla diffusione del contagio. Non si ritiene di potere considerare differibili le prestazioni dei medici, degli infermieri e degli Operatori Socio Sanitari.

Per quanto riguarda la assistenza in ADI si è ritenuto di stabilire dei criteri oggettivabili, che tenessero conto del grado di autonomia e di disabilità del malato e della complessità assistenziale richiesta per definire differibile o indifferibile una prestazione. Si è pertanto ricorso alla classificazione dei profili PCOG, PMOB, PADL, PSAN e PSOC, individuando come indifferibili le prestazioni rese ad ammalati con i profili più impegnativi. Un ulteriore criterio tenuto in conto è quello di evitare un eventuale potenziale danno provocato al malato dalla sospensione di una prestazione, i rischi connessi al mantenimento dell'assistenza, la presenza di supporto familiare adeguato.

Anche per questa opzione è stata redatta una nota, con autorizzazione del Direttore del Distretto. Per entrambe le risoluzioni, è stata prevista l'opportuno raccordo con i MMG, sempre coinvolti nei dettagli delle singole assistenze.

Fase operativa

Completata la fase di preparazione, si passa alla fase operativa.

Con lo strumento del *trriage* telefonico vengono tracciati telefonicamente più di 600 utenti in ADI e circa 90 malati in cure palliative, per lo più contattando i *care givers*, che hanno risposto alle domande e hanno collaborato con lo staff. Il *trriage*, in qualche caso, è stato ripetuto periodicamente, al fine anche di mantenere un contatto con i malati e le famiglie.

L'iniziativa ha avuto un'ottima accoglienza, con risvolti che sono andati oltre le aspettative.

Nel momento in cui è iniziata l'attività di *triage*, lo staff impegnato ha dovuto adattarsi alla evoluzione progressiva della situazione emergenziale. A tutti gli effetti il servizio ADI si è configurato come centro operativo di riferimento per le attività delle onlus che svolgono l'assistenza domiciliare in regime contrattualizzato, supportando e sostenendo l'interlocuzione con i MMG e l'utenza, comprensibilmente in affanno e impaurita dalle notizie desunte dai canali di informazione giornalistica e digitale.

Il *triage* telefonico si è esteso ai conviventi degli ammalati e, nel contesto delle conversazioni telefoniche, sono state raccomandate le misure igieniche corrette da tenere a domicilio, sono state fornite informazioni sui siti ufficiali da consultare per ottenere indicazioni veritiere e sono state date indicazioni sui sintomi *alert*. Va ricordato ancora che in molti casi si tratta di persone anziane, che vivono da soli o con "badanti", privi del supporto di figli e nipoti residenti altrove, e non sempre capaci di comunicare tramite *smartphone* o similari. Nei casi nei quali si è riscontrato un possibile caso sospetto, che gli ammalati e/o i familiari non avevano comunicato al proprio MMG, è stata attivata la procedura di segnalazione prevista dai protocolli regionali e aziendali.

Alcuni ammalati e alcuni familiari, obbedendo alla disposizione *#iorestoacasa*, hanno trovato confortanti le conversazioni telefoniche, ritenendo "fiduciario" il contatto con il personale dell'ADI che, in tempi di normalità, si reca a domicilio degli assistiti per le valutazioni e i controlli di rito, e che spesso è di supporto in situazioni familiari e cliniche difficili e delicate. Questo è stato uno sviluppo inatteso del protocollo operativo descritto, e che più ha colpito lo staff dell'ADI.

In un momento in cui sui pazienti assistiti a casa, per lo più anziani e/o disabili, grava la solitudine imposta dalla necessità del distanziamento sociale e di restare a casa, i contatti telefonici hanno rappresentato un mezzo per dare voce ai sofferenti, per infondere fiducia e arrecare qualche momento di sollievo. Molto spesso, infatti, le conversazioni telefoniche sono andate ben oltre la mera compilazione del formato, e si sono prolungate per dare risposta al bisogno di essere ascoltati e di essere informati.

Essenziali sono state le doti empatiche e le abilità comunicative degli operatori, tramite le quali è stato trasmesso un messaggio dal contenuto non solo tecnico e professionale, ma soprattutto tranquillizzante: in molti casi le persone hanno espresso la loro soddisfazione per l'iniziativa, dai più percepita come un autentico intento di proteggere gli anziani ammalati, i familiari, gli operatori. Ciò ha contribuito a migliorare il clima e la fiducia nella istituzione sanitaria, fatto da non sottovalutare in una situazione di crisi.

Possiamo quindi, e a buon diritto, elencare alcuni vantaggi che sono stati riscontrati attivando tale procedura:

- 1) attività di sorveglianza sanitaria;
- 2) supporto all'attività di identificazione di casi sospetti;
- 3) dialogo con persone ammalate, spesso anziane, mitigando l'isolamento sociale previsto dall'attuale emergenza;
- 4) diffusione di corrette informazioni su misure igienico – sanitarie;
- 5) contrasto alle *fake news*;
- 6) chiarimenti sui protocolli regionali e provinciali per i casi sospetti;
- 7) ascolto di difficoltà gestionali con proposta di soluzioni e suggerimenti.

In breve, è stato effettuato un monitoraggio efficace, da remoto, in collaborazione con i curanti, di un numero considerevole di ammalati, tutti con poli – patologie e pertanto tutti ad alto rischio di complicanze gravi in caso di contagio. L'indubbio ulteriore vantaggio, anch'esso inatteso, è stato quello di monitorare il clima socio-familiare e le condizioni psicologiche del malato, avvisando in molti casi la *équipe* incaricata dell'assistenza di situazioni particolari sulle quali prestare particolare attenzione. Si è concretizzata così, in questa situazione di emergenza, la funzionalità della assistenza in rete, che è il fondamento su cui si basano le cure domiciliari, specie quelle palliative.

L'esperienza di *triage* telefonico, è stata poi estesa nell'ambito delle assistenze domiciliari sia integrate che in cure palliative, riproponendo le figure professionali di psicologo e assistente sociale con contatto telefonico. Questo nuovo approccio assistenziale è stato subito sposato dalle direzioni sanitarie delle onlus, che hanno messo a disposizione i propri professionisti per intraprendere questa modalità innovativa di vicinanza al malato e alla famiglia.

L'importanza di recare sollievo ai sofferenti con questa prassi risponde anche alla necessità di creare una situazione di "normalità" e di routine, utile a diminuire lo stress dell'isolamento coatto e della paura legata all'incertezza della situazione.

Dopo l'avvio della procedura operativa decisa con la metodologia del *preparedness / readiness*, è stata emanata una circolare assessoriale che consigliava proprio l'approccio telefonico per il controllo a distanza della situazione sanitaria delle persone ammalate.

Considerazioni finali e conclusioni

Nel suo piccolo, in questo contesto di emergenza, l'ADI del DSB di Agrigento, ha strutturato gli interventi di propria competenza applicando strumenti teorici mai messi in atto in precedenza.

Le simulazioni teoriche di scenari critici, appresi nei corsi di formazione, era rimasta solo sulla carta, ma al momento di applicare sul piano della concretezza quanto appreso, il gruppo di lavoro ha messo a frutto gli strumenti studiati. La sorpresa è stata la facilità di utilizzo delle metodiche apprese in via concettuale, quando applicate nella pratica del quotidiano.

Lo strumento della *preparedness e readiness* ha consentito di affrontare la congiuntura di crisi con coerenza, competenza e professionalità, bandendo la improvvisazione e l'approssimazione. I principi di gestione delle emergenze sanitarie sono stati applicati con facilità e fluidità, arrecando vantaggi allo staff e all'utenza. L'approccio metodologico attualizzato è servito anche da traino agli altri servizi del distretto che hanno adattato le soluzioni dell'ADI in contesti simili, velocizzando le procedure grazie all'esperienza maturata dal gruppo.

Si conclude che una pianificazione attenta e responsabile delle azioni, con un occhio alla prevenzione degli scenari probabili e delle criticità, avvalendosi di strumenti validati, può facilitare l'*outcome* in situazioni ad alto rischio.

INFINE ...

Chi scrive mentre è ancora in atto la crisi sanitaria da Covid – 19 non può dimenticare gli operatori sanitari vittime del contagio, a cui vanno i nostri commossi ringraziamenti.

E ci preme anche ringraziare tutti gli operatori delle cure domiciliari che continuano, a testa bassa, a lavorare nelle case degli ammalati, con dedizione e professionalità, lontano dai riflettori e dalle ribalte mediatiche.

NOTE

1. MINISTERO DELLA SALUTE - ORDINANZA 25 gennaio 2020: Misure profilattiche contro il nuovo Coronavirus (2019 - nCoV). (GU Serie Generale n.21 del 27-01-2020).
2. Materiale divulgativo Istituto Superiore di Sanità – Prevenzione e controllo delle infezioni nel contesto dell'emergenza Covid – 19
3. Ordinanza Contingibile e urgente 1 aprile 2020, n. 13 – Suppl. Ord. N.1 alla GURS n. 19 del 03/04/2020.
4. Cfr. <https://www.who.int/infection-prevention/about/ipc/en/>