

Report su organizzazione del lavoro e assistenza in Medicina Generale durante la prima ondata della pandemia da SARS-CoV-2 nella zona della Versilia

Pier Lorenzo Franceschi¹, Alessandro Squillace^{1,2}

¹ Animatore di formazione MMG, Versilia; ² Coordinatore AFT, Camaiore

Riassunto

La pandemia da SARS-CoV-2 ha messo a dura prova il Sistema Sanitario Nazionale (SSN), in parte per la eccezionalità dell'evento, in parte per delle problematiche legate all'organizzazione sia del settore ospedaliero che del settore territoriale.

Si è dato grande risalto ai problemi di sovraffollamento degli ospedali e delle terapie intensive, considerando solo in parte il lavoro effettuato dalla Medicina Generale (MG).

Lo studio osservazionale retrospettivo, condotto fra i medici di medicina generale (MMG) della Versilia (distretto della ASL – Azienda Sanitaria Locale – Toscana Nord Ovest), ha mostrato, in linea con altre ricerche, che la MG ha preso in cura un numero molto elevato di pazienti affetti da SARS-CoV-2.

Nonostante le difficoltà dovute all'assenza iniziale di indirizzi operativi, alla penuria di dispositivi di protezione individuale (DPI), al ritardo nell'attivazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) per le visite dei pazienti domiciliari, alle difficoltà comunicative con le strutture del SSN, la MG ha saputo riorganizzarsi, contribuendo a evitare il collasso delle strutture ospedaliere, che nel frattempo si erano riconvertite e riorganizzate per far fronte all'emergenza infettiva.

Introduzione

È il 31 dicembre 2019 quando le autorità cinesi riferiscono all'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) l'insorgenza di numerosi casi di polmonite atipica a eziologia non nota, correlati al mercato del pesce e di animali vivi a Wuhan, provincia dell'Hubei in Cina. Alcuni medici cinesi cominciano a pensare che i diversi casi di polmonite interstiziale, rilevati già dagli inizi di dicembre 2019, siano dovuti allo stesso agente patogeno.

Il 9 gennaio 2020 il *Center for Disease Control* cinese comunica di aver identificato l'agente causale in un nuovo virus, chiamato SARS-CoV-2, della famiglia dei coronavirus (virus responsabili di varie patologie, che vanno dal comune raffreddore alla SARS, epidemia del 2003/2004). Il 20 gennaio 2020 alcuni scienziati cinesi scoprono che il virus si trasmette da uomo a uomo, non da animale a uomo come si credeva. Per questo motivo, il 23 gennaio, Wuhan entra in lockdown. Il 31 gennaio si scoprono i primi 2 casi in Italia: due turisti cinesi. Il 21

febbraio risulta positivo un uomo di 38 anni residente a Codogno. Scatta la ricerca del "paziente zero" e, poco dopo, muore il primo italiano, un uomo di 78 anni. Il 23 febbraio entrano in vigore le "zone rosse" in 11 comuni della Lombardia e il 9 marzo l'intero Paese è in lockdown. Durerà fino al 18 maggio. Durante questo periodo si cerca di organizzare un sistema di test e tracciamento; gli ospedali, nel nord del Paese, sono in difficoltà, si organizzano dei reparti "COVID", si rilevano i problemi di contagio nelle Residenze Sanitarie Assistite (RSA).

Conflitto di interessi

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Franceschi PL, Squillace A. Report su organizzazione del lavoro e assistenza in Medicina Generale durante la prima ondata della pandemia da SARS-CoV-2 nella zona della Versilia. *Rivista SIMG* 2021;28(2):48-52.

© Copyright by Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione – Non commerciale – Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Per la Medicina Generale (MG), che perde un alto numero di colleghi contagiati durante l'attività lavorativa, si pone il problema di come visitare i pazienti, in studio e a domicilio, in sicurezza. Il 9 marzo 2020 viene emanato il D.L. 14/2020, che all'art. 8 prevede l'obbligo per le regioni di istituire le Unità speciali per la gestione domiciliare dei pazienti affetti da coronavirus (c.d. Unità Speciali di Continuità Assistenziale, USCA), composte da un medico e da un infermiere dotati di opportuni dispositivi di protezione individuale (DPI), che vengono però attivate a livello di ASL in tempi piuttosto lunghi rispetto all'emergenza e in numero inizialmente insufficiente.

Anche il tracciamento del contagio con i test molecolari si rivela difficoltoso, fra i passaggi burocratici della richiesta da parte dei medici, le lunghe attese, i ritardi nella comunicazione dei risultati.

E intanto cominciano le prime considerazioni sulla inadeguatezza della MG, così come organizzata, a sostenere l'impatto della pandemia. Per questo motivo, ci siamo proposti di valutare quali procedure sono state adottate dai medici di medicina generale (MMG) della zona Versilia, relativamente alla organizzazione del lavoro, alle sue criticità e ai dati clinici di epidemiologia e trattamento.

Materiali e metodi

Abbiamo preparato, in formato Excel, due schede di rilevazione (Tab. I, II), che sono state inviate ai medici delle Associazioni Funzionali Territoriali (AFT) della Versilia: hanno aderito alla ricerca il 62,5% dei medici, per un totale di 75 MMG, e 100474 assistiti, corrispondenti al 62,79% della popolazione della Versilia (Tab. III).

La **scheda A-rilevazione dati clinici** (Tab. I) rileva la epidemiologia delle infezioni da SARS-CoV-2, con il numero dei casi accertati, dei ricoveri, dei decessi, dell'utilizzo delle USCA e di alcune terapie che sono state usate nella fase iniziale della pandemia, seguendo le opinioni degli esperti, peraltro senza evidenze di letteratura confermate da trial ben condotti.

La **scheda B-rilevazione criticità** (Tab. II) intende valutare come si erano organizzati i MMG di fronte a un inatteso e complica-

TABELLA I.

Scheda A-rilevazione dati clinici.

N° COVID accertati (tampone positivo)
N° COVID con precedente (< 14 giorni) frequentazione ambienti sanitari con casi accertati
N° COVID con precedente esposizione a casi accertati di familiari e/o colleghi
N° COVID ricoverati in ambiente ospedaliero (AO) dopo l'insorgenza della malattia
N° COVID ricoverati e deceduti in AO
N° COVID ricoverati e guariti (2 tamponi successivi negativi)
N° COVID guariti ma deceduti entro i primi 30 giorni dalla guarigione (per qualsiasi causa)
N° COVID trattati a domicilio senza ausilio delle USCA
N° COVID trattati a domicilio con l'ausilio delle USCA
N° COVID trattati a domicilio e guariti
N° COVID seguiti a domicilio con calcolo MEWS (<i>Modified Early Warning Score</i>)
N° COVID seguiti a domicilio con pulsossimetro e test del cammino
N° COVID trattati a domicilio con idrossiclorochina
N° COVID che hanno presentato effetti collaterali gravi da idrossiclorochina
N° COVID che hanno associato azitromicina a idrossiclorochina
N° COVID trattati a domicilio con EBPM (eparine basso peso molecolare)
N° COVID sospetti per clinica e/o diagnostica ma risultati negativi al tampone
N° COVID deceduti in RSA
N° COVID ricoverati e guariti in RSA

to stravolgimento della loro attività, con un aumento vertiginoso delle richieste di consulenza telefonica e con l'enorme difficoltà di continuare la normale gestione delle cronicità e delle richieste di altro genere non differibili.

La rilevazione dei dati ha interessato il periodo **1 febbraio - 31 maggio 2020**, che è stato, per diversi aspetti, il più difficile.

I dati sono stati ricercati a posteriori dai MMG partecipanti nelle schede cliniche presenti sul proprio database e sul portale regionale, che forniva i dati dei tamponi effettuati e del loro esito (Sistema Informativo Sanitario Prevenzione Collettiva, SISPC).

Risultati

L'elaborazione dei dati è stata condotta dagli animatori di formazione e presentata in un successivo incontro con i MMG.

I risultati cumulativi per le 6 AFT, e quindi 75 MMG e 100474 assistiti, sono riportati nelle Figure 1 e 2.

Nella scheda di **rilevazione A-dati clinici** (Fig. 1) si può notare come il numero complessivo dei pazienti affetti da COVID nel periodo marzo-maggio 2020, "intercettati" dalla MG, sia stato 489, cioè lo 0,48% della popolazione: nella "prima ondata" la diffusione del virus in Toscana è stata limitata, inferiore ad altre regioni. I sospetti risultati negativi al tampone sono stati 859 su 1348. I ricoverati sono stati 122, ovvero il 24,9% dei contagiati, e i deceduti sono stati 62 (di cui 13 ricoverati in RSA), con una letalità apparente del 12,67%.

Il ricorso alle USCA, anche per il ritardo nella loro attivazione, vi è stato per il 24,9% dei positivi. È stata usata la valutazione con il saturimetro e il test del cammino nel 34,1%

TABELLA II.**Scheda B-rilevazione criticità.**

Organizzazione lavoro	Si	No
Lavoro su appuntamento		
Triage telefonico con limitazione degli accessi e risoluzione telefonica problemi minori		
Triage telefonico per COVID sospetti		
Registrazione dati su scheda triage MW (MilleWin gestionale)		
Triage telefonico per cronicità		
Registrazione dati cronicità (scompenso, diabete, BPCO) su problema MW		
Monitoraggio telefonico COVID sospetti		
Registrazione dati COVID sospetti su scheda monitoraggio MW		
Materiale informativo ai pazienti (mail, SMS, Whatsapp)		
Materiale informativo in sala di aspetto		
Disattivazione e controllo impianti areazione		
Percorsi e/o sanificazione Sala aspetto e Ambulatorio		
Uso dispositivi protezione individuale		
Criticità		
Mancanza mascherine FFP2		
Mancanza camici		
Mancanza tamponi		
Mancanza saturimetri		
Impossibilità a prescrivere direttamente tamponi		
Ritardo nella attivazione USCA		
Difficoltà prescrizione dematerializzata		
Difficoltà sanificazione ambulatorio		
Difficoltà gestione telefonica appuntamenti		
Difficoltà a reperire farmaci		
Difficoltà a gestire malati fragili e domiciliari		
Difficoltà a gestire cronicità		

dei positivi, probabilmente in relazione alla gravità del caso, alla carenza dei saturimetri e alle difficoltà logistiche della prima fase. Alcuni pazienti, i più impegnati, sono stati seguiti anche con il calcolo MEWS, una scala di valutazione di stabilità clinica del paziente.

Si è usata la terapia secondo le indicazioni degli esperti, successivamente confermate solo in parte, nel 15,9% dei pazienti. L'utilizzo è stato effettuato in relazione alla gravità del caso, ma in modo limitato per la mancanza di indicazioni in letteratura. Le terapie considerate sono state idrossi-

clorochina, azitromicina e EBPM, utilizzate secondo le raccomandazioni per la terapia farmacologica dei pazienti a domicilio indicate dalla Regione Toscana.

Nella scheda di rilevazione delle modalità organizzative (Fig. 2) si può notare come l'87,5% dei MMG abbia adottato immediatamente il sistema di ricevimento su appuntamento.

La totalità dei MMG ha continuato, anche se con molte difficoltà, il controllo dei pazienti cronici (diabete, insufficienza cardiaca, BPCO, ma anche dolore cronico, disturbi della tiroide e oncologici) e la registrazione dei dati in cartella.

È stato un lavoro di enorme importanza, considerando che gli ospedali avevano deviato tutte le proprie risorse sulla gestione dell'emergenza COVID-19, riducendo drasticamente le visite specialistiche ambulatoriali e gli accertamenti non urgenti.

Tutti i MMG hanno adottato le buone pratiche di sanificazione raccomandate e hanno utilizzato DPI, in gran parte acquistati personalmente, considerando le difficoltà nella fornitura da parte delle ASL.

La Tabella IV mostra la percentuale per le diverse criticità affrontate nella "prima ondata" della pandemia. Si può notare come, pur con alcune differenze fra le AFT, si siano avute criticità, che hanno ovviamente pesato sulla gestione dei casi, nella fornitura dei DPI, nell'accesso ai tamponi, nella disponibilità dei saturimetri, nella continuità assistenziale dei pazienti fragili domiciliari, nella gestione telefonica degli appuntamenti. Meno critica è stata la risposta delle USCA, che si sono dimostrate un valido aiuto per i MMG, e la possibilità, attesa da molto tempo, della prescrizione dematerializzata delle ricette.

Discussione

La MG, in Versilia come nel resto d'Italia, durante il periodo della prima ondata di pandemia da SARS-CoV-2 è stata messa a dura prova.

Ha dovuto reinventare procedure di presa in carico dei pazienti, adottando con molte difficoltà la consulenza telefonica. Ha dovuto imparare sul campo e senza il supporto di LG (Linee Guida), almeno per le prime settimane, il triage telefonico dei pazien-

TABELLA III.

Numero di MMG coinvolti e pazienti arruolati.

	N° MMG	N° pazienti arruolati
AFT1	15	19870
AFT2	15	19450
AFT3	8	10632
AFT4	15	21418
AFT5	9	12534
AFT6	13	16570
Tot	75 su 120	100474 su 160649 ca.

FIGURA 1.

Dati cumulativi scheda A.

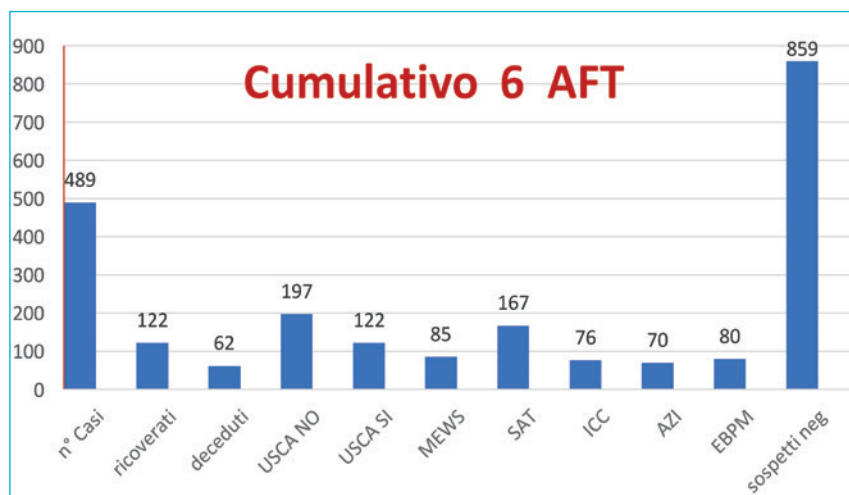


FIGURA 2.

Dati cumulativi scheda B 1ª parte.



ti con disturbi compatibili con COVID-19, per evitare l'accesso in ambulatorio e la possibile diffusione del virus, prendendo decisioni difficili, anche dal punto di vista medico-legale, possibili solo attraverso la conoscenza del paziente e un lungo rapporto di fiducia.

Ha dovuto anche strutturare procedure per continuare la presa in carico dei pazienti cronici, quasi sempre senza possibilità di riferimento al secondo livello.

La difficoltà di poter richiedere e avere in tempi utili le risposte agli esami di approfondimento è stata attenuata, anche qui, dalla profonda conoscenza del paziente e da un esteso utilizzo della valutazione clinica.

È da notare anche una certa dispersione di comportamento fra MMG e fra AFT, spiegabile certamente con delle differenze di organizzazione e di contesto.

Tuttavia, appare evidente quanto migliore poteva essere la presa in carico della popolazione utilizzando procedure standardizzate, costruite su linee guida nazionali condivise fra ospedale e territorio e praticate dalla intera MG, in cui fosse indicato chiaramente un percorso diagnostico terapeutico-assistenziale.

Tutto questo mostra come sia necessario rimodulare l'organizzazione della MG, investendo risorse economiche per aumentare il numero, o meglio, per fornire a tutti i MMG delle indennità adeguate per assistenti di studio e infermieri, dedicati ai pazienti del MMG singolo o del gruppo e in quotidiano contatto con il/i MMG della struttura, oltre a delle ulteriori risorse per locali idonei e per una minima strumentazione "point of care". Si potrebbe così disegnare una MMG moderna, diffusa, vicina al paziente, in grado di seguire le cronicità e pronta a sfide complesse come un evento pandemico.

Fra le tante difficoltà, ci sembra opportuno sottolineare la ritardata attivazione delle USCA, le estenuanti procedure per richiedere tamponi e per avere delle risposte in tempi clinicamente utili, le complicazioni certificative.

I MMG della Versilia sono riusciti comunque a tenere a domicilio un grandissimo numero di pazienti affetti da COVID-19, contribuendo in modo fondamentale alla lotta alla pandemia.

TABELLA IV.*Dati cumulativi scheda B 2ª parte*

Criticità	AFT1	AFT2	AFT 3	AFT 4	AFT 5	AFT 6
FP2	70	100	90	100	100	90
Camici	50	95	90	33	100	60
Tamponi	100	100	90	73	100	80
Saturimetri	60		100	60	100	60
Precr tamp	100	45	62	63	55	70
USCA ritardo	12	80	12	40	55	30
Dema	50	30	37	20	22	2
Sanificazione	60	70	40	65	33	30
Diff app tel	30	30	37	65	33	40
Farmaci	10	48	37	60	100	50
Dom frag	40	40	50	40	100	40

Conclusioni

Questa ricerca osservazionale, anche se può presentare qualche difetto di registrazione, indica come nel complesso la MG della Versilia (ma crediamo che la considerazione sia estendibile a tutta la MG toscana) abbia retto l'impatto della prima ondata della pandemia da SARS-CoV-2 e come, continuando con attenzione e disponibilità a seguire i pazienti cronici e ad affrontare i problemi urgenti, abbia contribuito a evitare il collasso delle strutture ospedaliere.

La ricerca è stata possibile grazie all'aiuto degli altri coordinatori delle AFT della Versilia – **Giuseppe Cavarani, Massimo Del Mutolo, Massimo Pardini, Paola Pucci, Riccardo Sarti**, che si sono rivelati indispensabili nella raccolta dei dati – e di tutti i MMG che hanno partecipato allo studio.