

Se in Italia, e in particolare in Regione Lombardia la pandemia tutt'ora in corso ha connotato e determinato le attività sanitarie almeno del secondo semestre, nel territorio lodigiano possiamo identificare un "D-day" preciso che sancisce l'inizio dell'emergenza coronavirus con il 20 Febbraio quando è giunta la conferma di positività per l'ormai famoso caso 1. Da quel momento sono cambiate tutte le logiche organizzative e di programmazione che fino a quel momento avevano governato l'azienda: con una velocità inimmaginabile si sono aperte nuove problematiche cliniche e professionali che ovviamente hanno determinato anche tutta l'attività di controllo del rischio.

Anche il dato delle segnalazioni spontanee per l'anno 2020 ha risentito di quest'impatto infatti si registra una flessione rispetto all'anno precedente (205 vs 240). Tra gli eventi segnalati, sei sono gli eventi sentinella segnalati al Ministero della Salute e anche il trend delle cadute accidentali registra una lieve flessione ma le peculiarità introdotte dalla pandemia rendono il dato poco comparabile con quello degli anni precedenti.

Possiamo identificare tre fasi temporali nella gestione della pandemia connotate da criticità diverse:

1. la gestione del primo picco pandemico, indicativamente da Febbraio a Giugno, dove la caratteristica dominante era l'incertezza, anche rispetto alle conoscenze cliniche riscaldate e in via di definizione, quando il lodigiano è stato travolto dalla "zona rossa" ma l'apporto di risorse esterne è stato significativo ed è stata sospesa l'attività ordinaria liberando preziose risorse;
2. la "quiescenza" ovvero il tentativo di ritorno alla normalità, da Luglio a Settembre;
3. la gestione del secondo picco pandemico, da Ottobre a Dicembre, con la ripresa della pandemia a livello nazionale, anche se per il lodigiano in forma minore rispetto alla prima ondata, e la necessità di mantenere attive anche le linee di attività ordinaria senza supporti esterni.

Nella fase 1 i principali ambiti d'intervento sono stati:

- riorganizzazione dei reparti di degenza secondo un modello per intensità di cura (aree intensive, aree subintensive, aree per acuti e aree per subacuti) sia per i pazienti ricoverati COVID+ che per i pazienti COVID-free (aree verdi) che non possono essere pensate come reparti realmente "COVID-free" perché comprendono tutte le specialità che sono rimaste attive, come ad esempio l'ostetricia, la pediatria e l'oncologia, le riabilitazioni, e che hanno dovuto destinare dei posti letto ai pazienti positivi che non potevano evitare il ricovero. Per questi pazienti sono state attivate pertanto all'interno dei reparti appositi posti letto per isolati con zone filtro d'accesso;

- costruzione di percorsi atti a tutelare queste due tipologie di pazienti cercando di minimizzare la possibilità di commistione tra pazienti positivi e non;
- comunicazione con i parenti dei ricoverati nell'impossibilità di consentire gli accessi dei visitatori alla struttura ospedaliera (personale dedicato alle telefonate giornaliere ai parenti, videochiamate e gestione delle camere mortuarie);
- emissione ed adeguamento di procedure (recepimento indirizzi ministeriali e regionali);
- gestione del personale, spesso oggetto di contagio, mediante
  - ✓ sorveglianza clinica e diagnostica,
  - ✓ fornitura di adeguati DPI,
  - ✓ Formazione e addestramento all'utilizzo dei DPI, dei percorsi e delle zone filtro e del continuo aggiornamento clinico rispetto alle terapie e all'utilizzo di sistemi di ventilazione invasiva;
- per quanto riguarda i percorsi territoriali era risultato evidente che gli ospedali da soli non potevano garantire tutte le risposte necessarie e che, anche per i pazienti COVID+, non sempre il ricovero costituiva la risposta adeguata e corretta al bisogno di cura. Nasce in questa prospettiva il progetto di diagnosi, terapia precoce e sorveglianza territoriale di rete con l'ATS Città Metropolitana che prevedeva il diretto coinvolgimento dei MMG e il supporto di un sistema di tele-sorveglianza offerto da una ditta informatica locale. Il target erano i pazienti affetti da COVID19, pauci sintomatici con evoluzione prevedibilmente favorevole, in fase precoce di malattia e l'obiettivo la gestione al domicilio affidati ad una centrale di sorveglianza (personale ospedaliero) se autonomi e/o seguiti da USCA e ADI-COVID se necessario.

Nelle fase 2 sono state dismesse le aree COVID riservando al PS la possibilità d'intercettare e gestire i casi trasferendo negli hub identificati quando necessario. I pazienti che accedono al PS e che necessitano di ricovero sono indirizzati alle aree verdi, solo in un residuale 3% si registra positività al COVID ma nella maggioranza dei casi il riscontro è occasionale e la sintomatologia che ha portato al ricovero non è riconducibile all'infezione. È stata quindi determinata la necessità di recuperare l'attività sospesa durante i mesi primaverili sia a livello ambulatoriale che di ricovero (in particolare prestazioni chirurgiche ed oncologiche) ampliando gli slot a disposizione ma senza abbassare la guardia e mantenendo una sorveglianza attiva per l'identificazione tempestiva dei pazienti positivi. Ma poiché il controllo del rischio comporta sempre dei costi almeno in termini organizzativi il ripristino delle attività ha comportato la necessità di una dilatazione dei tempi di

erogazione imputabili al mantenimento dei distanziamenti e alle attività di sanificazione e cambio dei DPI. A tutti i pazienti COVID+ che necessitavano di prestazioni tempo-dipendenti o urgenze indifferibili sono state garantite le prestazioni in appositi spazi dedicati ove previsti o in coda alle prestazioni programmate con conseguente sanificazione ambientale. Le segnalazioni delle anomalie procedurali rilevate dai clinici durante l'erogazione delle prestazioni sono state analizzate puntualmente con l'obiettivo di favorire l'osservanza delle procedure vigenti e l'adeguamento ove necessario. Per garantire lo svolgimento dell'attività ordinaria in sicurezza sono state dunque potenziate tutte le misure necessarie alla precoce identificazione dei casi:

- Triage anamnestico e sintomatico per indirizzare il paziente nel corretto percorso (COVID vs NO-COVID)
- Screening con tampone rapido in PS;
- conferma con TNF molecolare in PS se necessario ricovero;
- in fase di prericovero chirurgico esecuzione di rx torace
- per i ricoveri in elezione TNF entro 72h dal ricovero;
- per gli accessi ambulatoriali triage telefonico a carattere anamnestico (non percorribile nei 100% dei casi a causa della modalità di prenotazione seguita);
- triage anamnestico e sintomatico all'accesso ambulatoriale.

Dove sono stati sospettati o intercettati casi riconducibili al SARS-COVID sono stati indirizzati all'ambulatorio dedicato presente nei presidi ospedalieri di Lodi, Codogno e S. Angelo per l'inquadramento e la presa in carico.

Nella fase 3 la peculiarità che ha inciso profondamente sulla sicurezza è stata la necessità di far coesistere le due linee di attività: quella per la cura dei pazienti COVID e quella per la gestione delle attività ordinarie che, rispetto alla prima ondata pandemica, non sono mai state sospese. Inizialmente, secondo le indicazioni di RL i casi che accedevano al PS sono stati intercettati e trasferiti agli hub di competenza ma rapidamente si è assistito alla formazione di cluster ospedalieri in pazienti ricoverati con TNF – e all'impossibilità al trasferimento di tutti i pazienti per una mancata ricettività così sono stati gradualmente riattivati i reparti COVID secondo le modalità per intensità di cura. Per quanto riguarda la gestione dei reparti no-COVID si è mantenuto un alto livello di attenzione monitorando l'insorgenza di cluster che venivano segnalati ed analizzati alla ricerca delle "crepe" emerse nelle barriere progettate.