

## Organizzare ospedale e territorio in tempi di COVID-19

Damiani G.<sup>1,2</sup>, Furia G.<sup>3</sup>, Michelazzo M.B.<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Fondazione Policlinico Universitario A. Gemelli IRCCS, Roma, Italia;

<sup>2</sup> Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma, Italia;

<sup>3</sup> ASL Roma 1.

<sup>4</sup> Medico Specialista in Igiene e Medicina Preventiva

**Keywords:** Pulsed-xenon ultraviolet device; Environmental contamination; Operating rooms; Disinfection

**Parole chiave:** Luce UV pulsata allo Xenon; Contaminazione ambientale; Sale operatorie; Disinfezione

La situazione emergenziale dei mesi appena trascorsi dovuta alla pandemia da SARS-CoV-2 ha determinato la necessità di riorganizzare le attività a livello di ospedale, territorio e di interazione tra questi due ambiti. Quello che viviamo è certamente un momento epocale in cui due livelli di assistenza e cura del SSN - ospedale e territorio - sono invitati ad una nuova rafforzata interazione e integrazione (inter ed intra-professionale) (1).

In un numero precedente di questa Rubrica si è detto come la pandemia abbia condotto ad una accelerazione della utilizzazione o nuova creazione di strumenti tecnologici in grado di semplificare la gestione dell'attività professionale (2). Negli ospedali l'attività ambulatoriale è stata del tutto ripensata e riorganizzata alla luce delle nuove norme sociali di distanziamento. Le Aziende Sanitarie Locali e Provinciali italiane stanno introducendo e incoraggiando in questi ultimi mesi l'uso della telemedicina per la gestione dei pazienti cronici o fragili e in previsione di ricoveri programmati, il teleconsulto, nuove reti informatiche di comunicazione tra setting assistenziali diversi, sistemi di prenotazione e pagamento online delle prestazioni sanitarie, nonché una separazione dei flussi dei pazienti (3). È stata ristrutturata anche la gestione degli appuntamenti e delle agende che deve garantire un distanziamento temporale congruo fra una visita ed un'altra, tale da permettere una presenza dei pazienti in sala d'attesa ridotta al minimo indispensabile.

Ma i cambiamenti organizzativi non hanno riguardato soltanto il settore più strettamente tecnologico. I pronto soccorso italiani, così come i reparti di degenza, hanno dovuto riconsiderare i percorsi dei pazienti e le tipologie di ingresso alla struttura. In particolare, i percorsi ospedale territorio dei pazienti affetti da COVID-19 hanno rappresentato una vera e propria sfida per i Servizi Sanitari Regionali. Le caratteristiche cliniche della malattia hanno suggerito un'organizzazione dell'assistenza per intensità di cura, a seconda dei diversi gradi di instabilità clinica e impegno assistenziale dei pazienti. Per alcune Regioni come ad esempio Emilia-Romagna (4), Lazio (5) e Lombardia (6), è stato fondamentale creare partnership con il settore privato, relativamente a tutti i livelli di cura (ospedale per acuti, strutture residenziali, strutture alberghiere) al fine di ottenere prestazioni interamente dedicate all'emergenza e adeguare la capienza della rete assistenziale.

Laddove presenti e operative, le Centrali Ospedale Territorio e le Centrali di Continuità Assistenziale delle Aziende Sanitarie hanno proseguito la loro funzione di snodi comunicativi tra ospedale e gli altri livelli anche in questo particolare scenario. La Regione Veneto le ha inserite formalmente nel Piano "Epidemia Covid 19 - Interventi Urgenti di Sanità Pubblica" come punto di smistamento dei pazienti sospetti nelle strutture sanitarie più idonee al caso (7). Anche in Toscana la continuità ospedale-territorio attraverso l'Agenzia COT (ACOT) è stata potenziata come strumento di governo di tutti i percorsi, non solo monodirezionali da ospedale a territorio. ACOT ha ad esempio la possibilità di vedere in diretta la disponibilità di posti letto delle varie strutture intermedie (8).

Inoltre, l'organizzazione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), costituite da Medici di Medicina Generale (MMG), Pediatri di Libera Scelta e altri specialisti, ha contribuito a sviluppare una visione proattiva della prestazione medica, permettendo la gestione delle acuzie di quei pazienti COVID-19 positivi direttamente ed elettivamente presso il proprio domicilio o in strutture residenziali. (9-10)

In Emilia-Romagna, in particolare nell'ASP di Parma, un ruolo importante è stato svolto dalle Unità Mobili Multidisciplinari, nate nel 2019 come modello sperimentale di integrazione tra ospedale e territorio. Si tratta di mini-equipe costituite da specialisti ospedalieri che già in tempi pre-COVID si recavano presso strutture residenziali per anziani al fine di evitarne l'accesso in ospedale (11). Di fatto, durante la pandemia hanno costituito una forma di USCA con funzione di collegamento tra ospedale e territorio, specialmente per quanto riguarda le residenze socio assistenziali, ed hanno contribuito a determinare una divisione delle USCA per livello di specializzazione. Nel Lazio è stata prevista nelle USCA anche la componente infermieristica, e l'importanza della presenza degli infermieri in questo contesto è sottolineata anche dall'istituzione dell'Assistenza Proattiva Infermieristica (API), collegata funzionalmente con le Centrali Operative distrettuali e i servizi domiciliari, nonché con le Unità di Cure Primarie, per effettuare interventi diretti sul paziente, sia esso a domicilio o in strutture residenziali, di ascolto attivo, assistenza e monitoraggio. (12)

Durante l'emergenza Covid-19 il Distretto, come nell'esempio del Lazio attraverso le sue Centrali Operative, ha avuto l'opportunità di manifestare la sua funzione di collegamento tra gli attori dell'intervento clinico-assistenziale individuale (medici e infermieri del territorio) e gli interventi di sanità pubblica (Dipartimento di Prevenzione). Quest'ultimo ha svolto principalmente attività di contact tracing, studio dell'epidemia e adozione di provvedimenti di sanità pubblica.

Lo stato di emergenza ha evidenziato la necessità di potenziare i Distretti e i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), così come la medicina del territorio e la componente delle professioni sanitarie a livello di assistenza primaria. In particolare, per quel che riguarda quest'ultima, il Decreto Rilancio ha previsto l'assunzione con incarichi di lavoro autonomo di circa 8 unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti (circa 9.600 assunzioni). (13)

Importante obiettivo del futuro è non disperdere quanto già implementato nella fase di emergenza, ed anzi estenderlo ulteriormente all'interno di un'ampia riflessione ragionata e coordinata sul rapporto tra ospedale e territorio.

## BIBLIOGRAFIA

1. Regione Lazio. Emergenza COVID-19 Azioni di Fase IV. Visitabile al sito: [http://www.regione.lazio.it/binary/rl\\_main/tbl\\_documenti/SAN\\_NO\\_391183\\_30\\_04\\_2020\\_Allegato\\_1.pdf](http://www.regione.lazio.it/binary/rl_main/tbl_documenti/SAN_NO_391183_30_04_2020_Allegato_1.pdf)
2. ISS. Il Medico di Medicina Generale e la pandemia di COVID-19: alcuni aspetti di etica e di organizzazione. Rapporto ISS COVID-19 n°35/2020.
3. Altems. UCSC. Analisi dei modelli organizzativi di risposta al Covid-19. 21.05.2020. Visitabile al sito: <https://altems.unicatt.it/altems-INSTANT%20REPORT%20ALTEMS%20NUMERO%208%2021%20MAGGIO.pdf>
4. Regione Emilia-Romagna. Criteri e Percorsi di uscita da reparti Covid (Terapie Intensive e acuti). PG/2020/0244099 del 23/03/2020.
5. Direzione Regionale: Salute E Integrazione Sociosanitaria. Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-2019. Ordinanza del Presidente N. Z00003 del 06/03/2020.
6. Regione Lombardia. Direzione Generale Welfare. Decreto n°160. Annullamento e integrale sostituzione per mero errore materiale del decreto del direttore generale della dg welfare n. 3351 del 14/03/2020 "disposizioni integrative in attuazione della DGR n. XI/2906 dell'8/03/2020 per l'organizzazione della rete ospedaliera in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid - 19. 15/03/2020.
7. Regione Veneto - Azienda Ospedale Università Padova. Piano "Epidemia Covid 19 Interventi Urgenti di Sanità Pubblica". 2020.
8. Regione Toscana. Linee di indirizzo per la gestione del percorso COVID-19 in ambito territoriale. 2020.
9. D.L. 14/2020 - L'istituzione delle Unità speciali di continuità assistenziale (Usca). 09/03/2020.

10. Ministero della Salute. Circolare del 25/3/2020.
11. Azienda Ospedaliera-Universitaria di Parma. Le Unità Mobili del Maggiore, screening in 80 case di riposo e ora consulenza anche a domicilio. 05/05/2020.
12. Regione Lazio. Programma di potenziamento delle cure primarie - Emergenza Covid 19. 08/04/2020.
13. DL 19 maggio 2020, n. 34. Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.