

**ALL'ATTENZIONE DEL PRESIDENTE CERISCIOLI
DEL RESPONSABILE SERVIZIO SALUTE LUCIAQ DI FURIA
LORO SEDI**

CONSIDERAZIONI AAROIEMAC SULLA "FASE 2 SANITARIA"

La fase critica dell'epidemia COVID 19 ha colpito la nostra regione fin dai primi di marzo. L'ondata di infezioni ha stravolto l'organizzazione del lavoro nei nostri ospedali con decisioni "forti" da parte di chi ci governa e ci amministra, necessarie ed anche illuminate, la cui applicazione nell'arco di 48 ore ha necessitato abnegazione e sacrificio da parte degli operatori sanitari in qualsiasi ruolo essi abbiano svolto il loro operato. Per gli anestesisti rianimatori della nostra regione, questo ha comportato da una parte l'esposizione massimale al contagio, dall'altra una consistente rivoluzione dei reparti di Rianimazione e Terapia Intensiva (RTI) caratterizzata da:

- a) Incremento progressivo dei Posti Letto (PL) con riserva prioritaria per Pazienti Covid;
- b) Individuazione di ospedali dedicati al trattamento di Pazienti Covid, INRCA compreso nonostante l'assenza storica di una RTI;
- c) Incremento dei turni di lavoro a copertura delle attività in rianimazione;
- d) Incremento della presenza H/24 di Anestesisti Rianimatori nelle Rianimazioni utilizzando tutti coloro che sarebbero stati dedicati alle sale operatorie di elezione, nel frattempo sospese dall'attività programmata;
- e) Netto aggravamento delle condizioni di lavoro.

Si è passati da 120 PL regionali (dato pre-Covid) al picco del giorno 31 marzo di 169 PL per pazienti COVID ricoverati per insufficienza respiratoria acuta, con alcuni ospedali che hanno addirittura incrementato del 400% i PL nelle loro Rianimazioni.

Nel contempo chi ci governa e ci amministra ha strategicamente individuato alcuni ospedali dedicati al trattamento dei Pazienti COVID, assicurando una distribuzione territoriale ed, al loro interno, quella filiera gestionale parallela al percorso della malattia, dalla RTI alla subintensiva, alla degenza e riabilitazione fino alla dimissione ed al trattamento domiciliare.

Non solo, per certi versi si è garantito il trattamento degli altri casi necessitanti di RTI, in particolare l'effettuazione di urgenze chirurgiche e di interventi per pazienti oncologici, ovviamente in ospedali individuati come "liberi da COVID".

Per la gestione dei turni e la copertura delle necessità di tutti gli ospedali regionali per acuti, la regione ha provveduto all'assunzione di due tipologie di medici:

- a) Colleghi anestesisti rianimatori posti recentemente in quiescenza: AAROIEMAC si è fatta partecipe dell'appello "al rientro in servizio", con adesione di 15 colleghi posti a copertura delle turnazioni preferenzialmente in ospedali "no Covid", data l'età e l'incremento delle complicanze e della mortalità in relazione all'eventuale loro contagio;
- b) Specializzandi del IV° e V° anno della scuola di specializzazione in Anestesia e Rianimazione diretta dal Prof. Abele Donati, con adesione di 17 medici.

Quest'ultimo provvedimento ha consentito la riduzione delle turnazioni ulteriori a quelle contrattualmente previste da parte dei colleghi strutturati e provati dal repentino cambiamento lavorativo, pur senza riuscire del tutto a garantire per essi il numero minimo di turni mensili. Questo perché la dotazione organica regionale degli anestesisti rianimatori (pari a circa 340 specialisti – documento raccolta sistematica dati aaroiemac 2019) è cronicamente sofferente da anni (310 strutturati), con il ricorso in condizione normale preCovid a diverse coperture di turni in modalità

“aggiuntiva” pari alla carenza di 30 dirigenti (mediamente 750 turni aggiuntivi / mese), nonostante diversi concorsi a cui non ha partecipato nessuno o che hanno reclutato un numero insufficiente di colleghi specialisti.

L’abnegazione dei Cittadini che hanno e continuano a rispettare il distanziamento sociale e di tutti gli operatori sanitari, dai Vertici regionali ai Direttori generali delle Aziende, da quelli di Area Vasta ai Direttori sanitari, dai Direttori di struttura ai colleghi strutturati e neoassunti, ha consentito di superare l’estrema criticità del periodo critico di fine marzo – primi 15 gg di aprile, con l’auspicata riduzione della casistica grave fino al dimezzamento dei Pazienti COVID ricoverati in RTI pari al n° di 80 della giornata di ieri 20 aprile, con concomitante riduzione dei PL di RTI occupati (citiamo ad esempio Pesaro da 40 a 10 – Torrette da 40 a 20: si vedano i dati GORES).

Infine la Regione, in piena fase acuta del picco di ricoveri in RTI, ha assunto il deliberato di preparare e rendere effettivo un’ulteriore possibilità di ricovero per questi Pazienti, avviando il percorso di realizzazione del cosiddetto “ospedale COVID 100” presso la Fiera di Civitanova Marche.

E’ quindi possibile l’avvio di una “FASE 2” sanitaria? Ad avviso di AAROIEMAC sì.

Ma con alcune riflessioni di seguito ritenute importanti e che si sostengono nell’eventualità l’ultima parte del corrente mese garantisca la prosecuzione dell’andamento della discesa della curva relative al ricovero RTI dei Pazienti COVID.

1. L’identificazione di “ospedali COVID”, che ha consentito il trattamento dei Pazienti ricoverati in RTI durante la fase critica, deve continuare per il periodo successivo con il ridimensionamento del loro numero correlato alla garanzia del trattamento in RTI di un n° di Pazienti ritenuto idoneo (ad avviso di AAROIEMAC attorno agli 80 o meno). La RTI, infatti, non può essere un reparto escluso dal contesto ospedaliero, laddove l’esperienza di questi 45 giorni garantirebbe sia l’importante filiera sopra ricordata cui si aggiunge il 118 e il Pronto Soccorso, sia l’interrelazione con gli altri specialisti (infettivologi - internisti – cardiologi – pneumologi – epidemiologi ...) e le dotazioni tecniche di laboratorio e di diagnostica per imaging adatte al Paziente critico.
2. In questi ospedali così rideterminati (ne servirebbero 6 o 7 tra quelli attualmente definiti e distribuiti sul territorio regionale) permarrrebbe anche la possibilità di procedere ad interventi di tipo chirurgico secondo le diverse specialità, qualora le complicanze del paziente COVID ricoverato lo richiedessero, senza trasferimento del medesimo, a maggior ragione in ospedale NO COVID.
3. La necessità di sottoporre Pazienti COVID ad elevatissima gravità al trattamento specialistico ECMO (circolazione extracorporea) deve essere garantita presso il solo ospedale regionale che, come già effettuato in alcuni casi, rappresenta l’unico ambiente in grado di garantire questa complessa procedura.
4. E’ necessario ponderare con gradualità la ripresa dell’attività chirurgica programmata negli ospedali NO COVID. E’ infatti prioritario assicurare agli anestesisti rianimatori (come a tutti gli altri dipendenti, infermieri e OSS coinvolti nel sostegno sia all’incremento del n° di PL nelle RTI, sia ai vari livelli di degenza) un adeguato e scagionato periodo di riposo per il ricupero psicofisico dopo il periodo di stress lavorativo accumulato (turni ulteriori e con frequenza notturna incrementata, assenza di riposi adeguati e del riposo settimanale, blocco delle ferie...), garantendo l’apertura dell’attività chirurgica con un numero di sedute operatorie che raggiunga progressivamente e in relazione all’andamento della casistica epidemica il numero ottimale settimanale o mensile pre-COVID.
5. Il supporto dei colleghi pensionati e specializzandi deve essere considerato ancora vitale in questa seconda fase, a supporto della turnistica specialistica che, in attesa dell’espletamento dei concorsi previsto in regione, tamponi il deficit regionale dimostrato di almeno 30 anestesisti rianimatori.

Alcune considerazioni sono dovute in merito all'ospedale COVID 100 in allestimento presso la Fiera di Civitanova Marche.

- A. L'intento di riservare a tale struttura il compito di alleggerire il peso degli ospedali regionali relativo al trattamento dei pazienti COVID in RTI non può tradursi nella creazione nel solo numero di "box" di RTI. In questa eventualità ci troveremmo di fronte alla totale non condivisione, con l'assenza della filiera ospedaliera sopra ricordata e che ha garantito il superamento della fase acuta regionale.
- B. Una simile struttura riserverebbe un trattamento intensivo del tutto incompleto, senza riferimenti diagnostico-immunologici e soprattutto senza possibilità di procedere alla progressiva gestione del paziente in fase di miglioramento clinico, fino alla degenza di qualche giorno ed alla sua dimissione in ambiente protetto o al proprio domicilio.
- C. Al momento non potrebbe trovare applicazione per il fatto che **non ci sono specialisti in anestesia e rianimazione disponibili**, per le motivazioni sopra esplicitate. E questa non è una affermazione secondaria, ma determinante, visto che la delibera regionale ha delegato ASUR al reclutamento del personale idoneo. Analogamente trattasi anche degli infermieri di area critica che sono in carenza strutturale ed alcuni di questi in quarantena o addirittura colpiti dall'infezione.
- D. Al contrario gli ospedali auspicati dal presente documento nella applicazione della fase 2 sarebbero sufficienti a garantire la continuità del trattamento rianimativo nella sua completezza, come sopra specificato.
- E. L'Ospedale "COVID 100" qualora confermato deve avere la garanzia **della sua flessibilità strategica**, in una definizione che potrebbe rilevarsi maggiormente utile come ricovero di Pazienti post critici in attesa della loro definitiva dimissione in ambienti protetti o a domicilio, lasciando a quelli regionali che permangono come COVID, il proseguo del trattamento intensivo e subintensivo nella preziosa esperienza maturata nel periodo recente.

AAROIEMAC considera queste riflessioni condivise tra gli iscritti inoltrandole alle Sigg.rie Loro per l'opportuna analisi.

Tolentino 21 aprile 2020

***Il Presidente regionale AAROIEMAC
Marco Chiarello***