

## Info Authors :

<sup>1</sup> ASL La Spezia (Italy) Emilia<sup>2</sup> Italian Network for Safety in Health Care

## Parole chiave:

COVID-19, pandemia, infezioni

## Keywords:

COVID-19, infections, pandemic

# LA GESTIONE SANITARIA DELLA PANDEMIA COVID-19: UN PROBLEMA DI RESILIENZA ISTITUZIONALE

Micaela La Regina <sup>1</sup>, Michela Tanzini <sup>2</sup>, Riccardo Tartaglia <sup>2</sup>

## RIASSUNTO

L'articolo è una riflessione sulla gestione dell'emergenza in Italia e sul ruolo che hanno svolto le istituzioni nelle decisioni sin dall'inizio della pandemia.

Fornisce inoltre considerazioni sul ruolo del rischio clinico regionale e aziendale.

L'impressione è che nella gestione dell'emergenza non ci sia stata una strategia sistemica, affrontando più problemi insieme, ma secondo una modalità sequenziale e verticistica, con un forte accentramento delle decisioni e senza una visione olistica.

Questa modalità ha allungato i tempi di reazione all'emergenza, in tutte le sue fasi.

Le terapie intensive e i pronto soccorsi si sono riorganizzati con nuovi modelli organizzativi per rispondere alle nuove necessità per merito della loro professionalità e resilienza.

Nelle organizzazioni ad alta affidabilità (HRO), il tempo rappresenta la variabile chiave e gli operatori sanitari sembrano essere i soli a esserne consapevoli, perché nel far fronte alla pandemia il sistema sanitario, nella sua completezza, non è stato in grado di anticipare gli eventi, e non solo in Italia.

Ora è il momento di rispondere alle domande essenziali su come gestire il ritorno alla vita "precedente" e qualcuno deve assumersene la responsabilità.

## ABSTRACT

The article is a reflection on emergency management in Italy and on the institutions role on decisions since the beginning of the pandemic.

It also suggests considerations on the clinical risk management role.

The impression is that in the emergency management we did not move systemically, tackling multiple problems together, but in a sequential and top-down manner, with a strong centralization of decisions and without a holistic vision.

This method has lengthened the response times to the emergency, in all its phases.

Intensive care units and emergency departments established new organizational models to respond to the outbreak thanks to the will, professionalism and resilience of healthcare workers.

In high reliability organizations (HRO), time represents the key variable and healthcare professionals seem to be the only ones who know it very well, because in coping Covid-19 we have not been able to anticipate the events, and not only in Italy.

Now it's time to answer to essential questions regarding how to manage the return to "previous" life and someone has to be in charge of it.

# INTRODUZIONE

**E'** ormai passato oltre un mese e mezzo dal primo caso di COVID-19 a Codogno (18 febbraio 2020) e sono passati quasi tre mesi e mezzo dall'inizio dell'epidemia in Cina, la prima segnalazione all'OMS fu il 31 dicembre 2019.

Mentre i primi paesi asiatici colpiti dal virus (Cina e Corea del Sud) stanno riprendendosi, noi siamo a metà del guado (Figura I) <sup>(1)</sup>.

Se la quarantena si protrarrà sino alla fine di maggio, come si sente dire, noi inizieremo ad uscirne fuori alla fine di questo mese, quindi con un tempo maggiore rispetto ai paesi che ci hanno preceduto.

Il numero assoluto di morti in Italia, a oggi, è nettamente superiore agli altri, (19.470 decessi in Italia vs 16.353 Spagna al 12 aprile 2020) <sup>(2)</sup> e se si stabilizza questo dato dovremo capirne il motivo. Sono necessari degli approfondimenti e i numeri assoluti diffusi quotidianamente servono a poco per interpretare quanto sta avvenendo.

In relazione ai numerosi input provenienti dalla prima linea, sono state messe a punto della raccomandazioni sulla sicurezza di facile e agile consultazione in un momento in cui i professionisti sono sotto pressione e il tempo disponibile per la consultazione della letteratura è limitato <sup>(1)</sup>.

E' doveroso evidenziare che le terapie intensive, con sacrifici enormi da parte del loro personale, hanno tenuto rispetto all'impatto delle complicanze di COVID-19, e questo grazie a una loro rapida riorganizzazione che ha consentito di poter rispondere in modo soddisfacente alla domanda, dimostrando la loro resilienza.

Come ormai sostengono tanti esperti, la gestione territoriale è stata fondamentale, laddove le cure primarie sono state messe in grado di operare in sicurezza, infatti, la gestione ha avuto esiti migliori.

I pronto soccorso si sono attrezzati con le tende di pre-triage che hanno consentito una prima selezione

dei pazienti sospetti COVID-19 prevenendo il rischio di propagazione dell'infezione in ambienti non preparati a un afflusso così massiccio di pazienti.

Adesso si sta affrontando il problema delle RSA le quali sarebbero dovute essere protette da subito.

L'impressione è però che nella gestione dell'emergenza non ci si è mossi in modo sistemico, affrontando più problemi insieme, ma secondo una modalità sequenziale e verticistica, con un forte accentramento delle decisioni e senza una visione olistica.

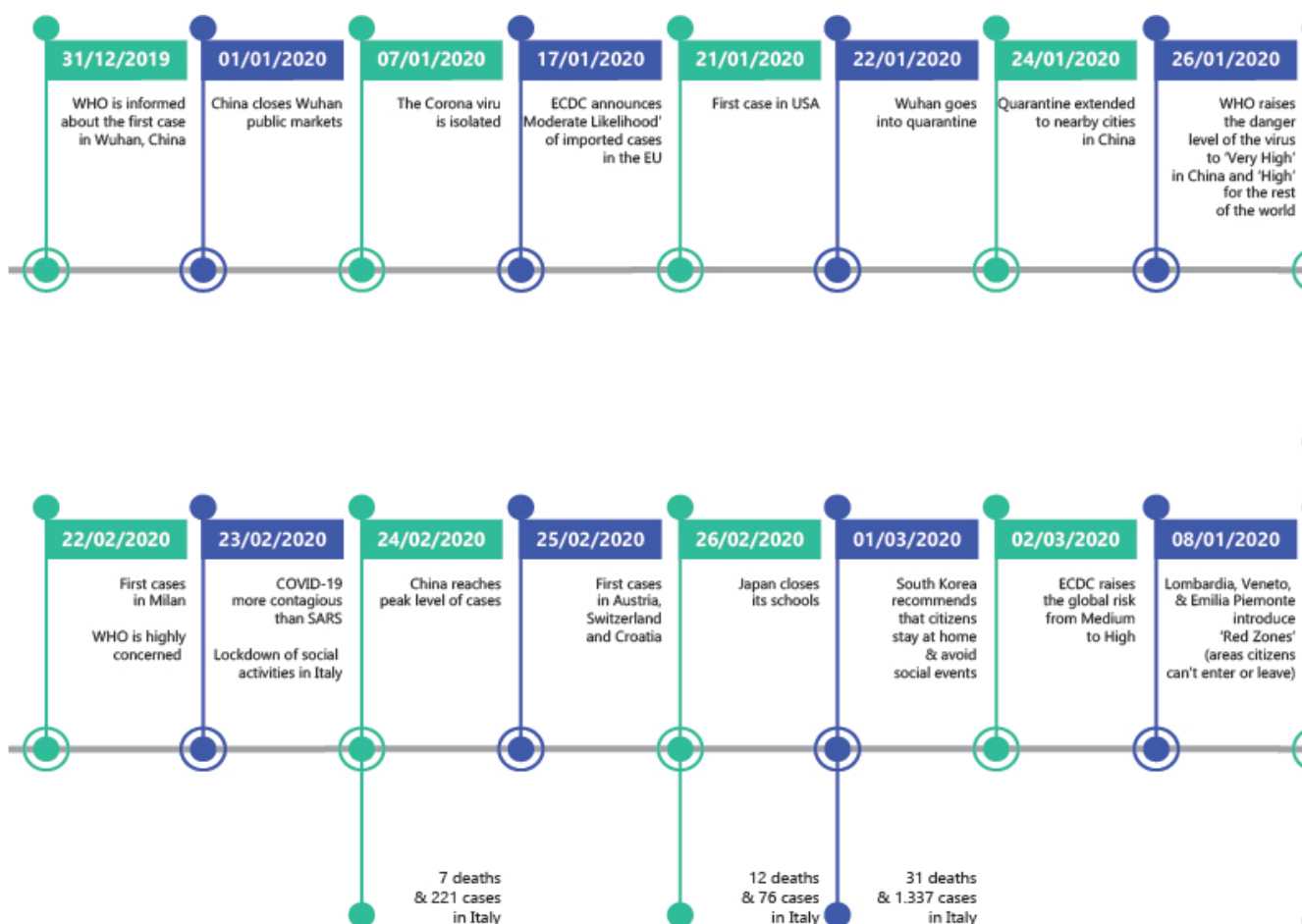
Questa modalità ha allungato i tempi di reazione all'emergenza, in tutte le sue fasi.

Non si potrà mai finire di elogiare, il senso di responsabilità e abnegazione di tutti gli operatori sanitari che si sono resi immediatamente disponibili all'assistenza, rischiando in prima persona e pagando un prezzo altissimo e inaccettabile.

Detto questo, crediamo che quando l'epidemia si sarà trasformata in endemia sarà necessaria una profonda riflessione, un audit, per imparare dagli errori commessi che, inutile nascondersi, ci sono stati e non riguardano solo l'Italia.

Il rischio clinico può giocare un ruolo strategico in questo, in collaborazione con gli operatori per dare una memoria alle nostre organizzazioni sanitarie ed evitare che certi errori e scelte si possano verificare nuovamente.

La nostra impressione è che con i problemi enormi che ogni regione e ogni struttura ospedaliera, ogni struttura residenziale, i medici di medicina generale, i pediatri, gli operatori a tutti i livelli hanno improvvisamente dovuto affrontare, sopravvivenza dei pazienti e contenimento di un virus pericoloso e dilagante, la gravità della situazione ha posto in secondo piano la sicurezza dei lavoratori e quella delle cure nel suo complesso e tutto quello che la legge 24/2017 ha sapientemente stabilito, ponendoci, a questo punto solo teoricamente, come un paese all'avanguardia in questo campo <sup>(3)</sup>.



Va detto che non tutte le regioni e aziende sanitarie hanno integrato la funzione di clinical risk management e di medico competente nelle task force per questa emergenza sanitaria.

Molti medici e infermieri hanno posto il problema della loro carente protezione e questo ha rappresentato certamente una grave criticità anche per la sicurezza dei pazienti.

Qualcuno ha anche fatto notare che la criticità delle infezioni correlate all'assistenza durante questa epidemia non sono scampate e hanno continuato a dare il loro contributo.

In base ai dati dell'ISS oltre l'insufficienza respiratoria e renale una frequente complicanza sono state, nel 10,2% dei casi, le sovrainfezioni <sup>(4)</sup>.

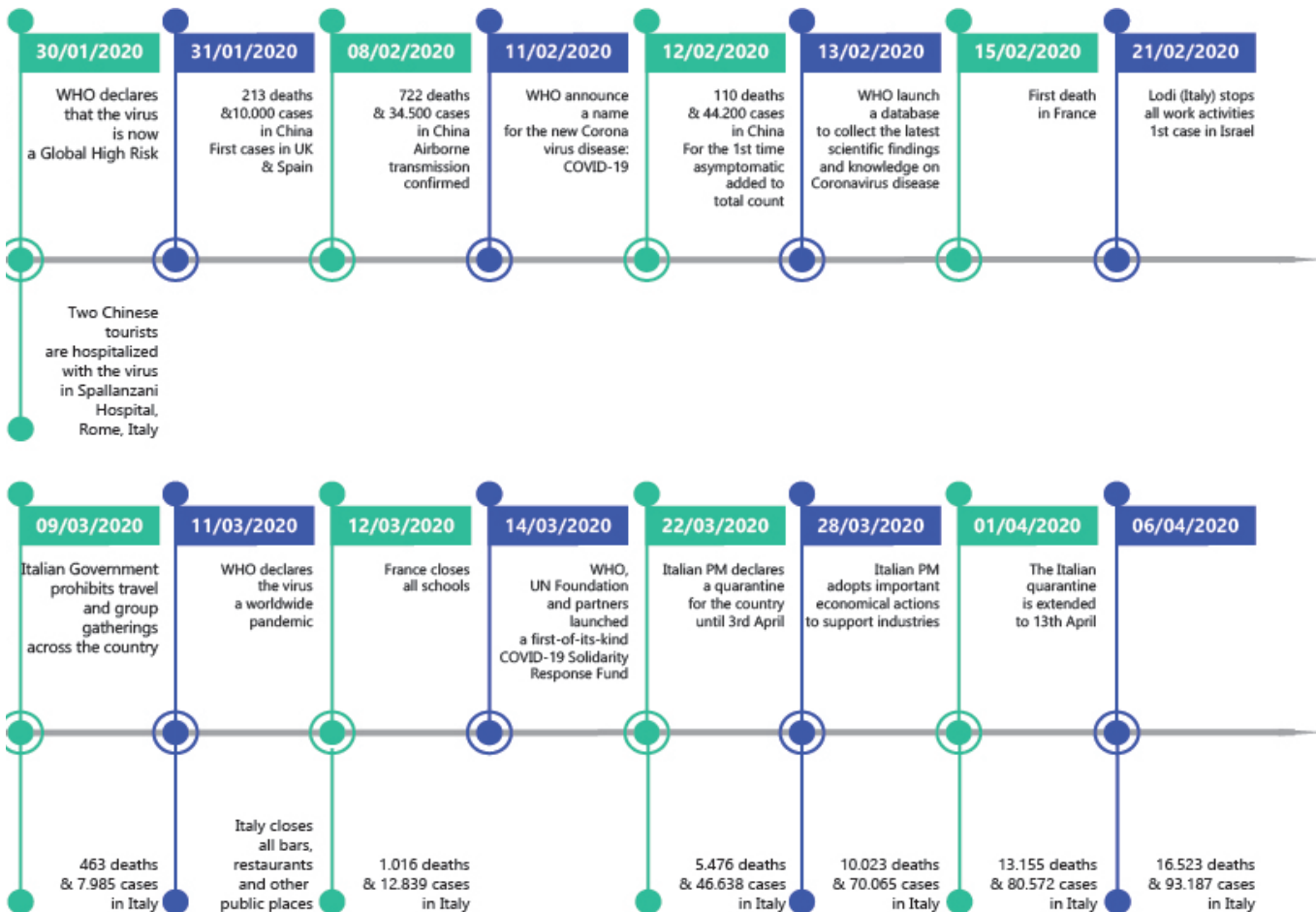
Questa pandemia, era un evento "prevedibile" tanto che fu predisposto il 13 dicembre 2007, dopo circa quattro anni dai casi di influenza aviaria, un piano del Ministero della Salute, aggiornato il 15 dicembre 2016, che s'intitolava "PREPARAZIONE E RISPOSTA A UNA

PANDEMIA INFLUENZALE" (disponibile su sito del Ministero della Salute in italiano e anche in inglese).

Settantacinque pagine di un lungo elenco di attività da fare con indicazioni dei ruoli coinvolti per la loro applicazione, Ministero della Salute e Regioni.

In un punto del piano è affermato: "Costituire, previo censimento dell'esistente, una riserva nazionale di: antivirali, DPI, vaccini, antibiotici, kit diagnostici e altri supporti tecnici per un rapido impiego nella prima fase emergenziale, e, contestualmente, definire le modalità di approvvigionamento a livello locale/regionale nelle fasi immediatamente successive all'epidemia. Responsabilità: Ministero della Salute, Regioni".

Uno dei punti di critici, come sappiamo, è stato l'approvvigionamento di mascherine, chi doveva occuparsene? Il Ministero della Salute? Un suo dipartimento? Le Regioni? Alla fine probabilmente, stando ai fatti, sembra che non se ne sia occupato nessuno.



In un altro punto del piano, il 2.2 (Piani pandemici regionali) si dice: “stimare il fabbisogno di DPI e di kit diagnostici e mettere a punto piani di approvvigionamento e distribuzione”.

Qualcuno ha fatto questa stima? Chi doveva pensare a quantificare l'approvvigionamento dei DPI, mettendo da parte la predisposizione di kit? Come mai questo documento non è mai stato preso in considerazione per lavorare preventivamente per gestire una possibile pandemia? <sup>(5)</sup>

Una caratteristica delle organizzazioni complesse ad alta affidabilità è anticipare i rischi: nel caso di COVID-19 non si è stati capaci di anticipare gli avvenimenti e non solo in Italia. A cosa è servito questo piano nazionale, visto che abbiamo dovuto rincorrere gli eventi?

E' avvenuto per i DPI, per le RSA e presumibilmente avverrà per l'impatto psico-sociale della quarantena, argomento questo che sembra che ancora non sia stato affrontato.

Lancet, una delle più importanti riviste di medicina, in un articolo di circa un mese fa, avvisava di evitare dei prolungamenti a singhiozzo della quarantena, meglio definire un periodo lungo per poi ridurlo piuttosto che frustranti comunicati di prolungamento <sup>(6)</sup>.

Alla luce di ciò, è evidente che a questo punto bisognerà porsi le seguenti domande definendo i relativi tempi e responsabilità.

Quando potremo mettere a disposizione di tutta la popolazione italiana le mascherine, facendo assoluto divieto di uscirne senza?

Quando potremo disporre di disinfettanti per l'igiene mani e degli oggetti per tutti?

Come potremo prevedere incontri o altre iniziative pubbliche garantendo una distanza sociale di almeno un metro?

Come fare a effettuare tamponi a tutti, isolando subito i positivi e tracciandoli sul territorio? Come potremo riprendere a usare mezzi pubblici?

Come potremo evitare che qualcuno vada al lavoro con tosse e raffreddore o porti i bambini malati alla scuola materna (comportamenti non più accettabili)?

Ma la domanda suprema è: chi dovrebbe rispondere a questi interrogativi assumendosene la responsabilità?

E' auspicabile che siano le task force nazionali e regionali a fornire la risposta, aprendosi alle competenze esterne, se non ce la faranno da sole.

Nelle organizzazioni sanitarie ad alta affidabilità il tempo è una variabile essenziale e gli operatori sanitari sembrano gli unici a saperlo molto bene.

Come affermato in un recente articolo, su uno delle riviste scientifiche più importanti, è mancata la resilienza istituzionale <sup>(7)</sup>.

## BIBLIOGRAFIA

1. Micaela La Regina, Michela Tanzini, Francesco Venneri et. Al. Responding to COVID-19: The experience from Italy and recommendations for management and prevention *Int J Quality Health Care* in press
2. EHO. Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 83  
[https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200412-sitrep-83-covid-19.pdf?sfvrsn=697ce98d\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200412-sitrep-83-covid-19.pdf?sfvrsn=697ce98d_4)
3. Tommaso Bellandi, Riccardo Tartaglia, Aziz Sheikh and Liam Donaldson. Italy recognises patient safety as a fundamental right A new law takes a bold new step towards enhancing patient safety. *BMJ* 2017;357:j2277 doi: 10.1136/bmj.j2277 (Published 2017 May 22)
4. Istituto Superiore di Sanità. Characteristics of COVID-19 patients dying in Italy <https://www.epicentro.iss.it/en/coronavirus/sars-cov-2-analysis-of-deaths>.
5. Ministero della Salute. NATIONAL PLAN FOR PREPAREDNESS AND RESPONSE TO AN INFLUENZA PANDEMIC.  
[http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_publicazioni\\_511\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_511_allegato.pdf)
6. Samantha K Brooks, Rebecca K Webster, Louise E Smith, Lisa Woodland, Simon Wessely, Neil Greenberg, Gideon James Rubin. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 2020; 395: 912–20 Published Online February 26, 2020 Available online at: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
7. Albert W. Wu, MD, MPH; Cheryl Connors, BSN, MS, DNP; George S. Everly Jr., PhD COVID-19: Peer Support and Crisis Communication Strategies to Promote Institutional Resilience <https://annals.org/aim/fullarticle/2764357>