

Organizzazione del lavoro e assistenza in Medicina Generale nella Fase 2 post COVID

Damiano Parretti, a nome di tutti gli Autori*

Premessa

Questo documento è stato pensato e costruito per fornire uno strumento tecnico/operativo tarato sulla necessità di riprogrammare l'organizzazione del lavoro e l'assistenza globale agli assistiti alla fine del periodo di emergenza provocata dalla pandemia da COVID-19, e tarato esclusivamente sullo scenario di transizione legato alla parziale riapertura della fase 2.

La necessità di riaprire alla vita sociale e agli spostamenti delle persone convivendo con la presenza del virus in una coda endemica che durerà fino a quando non sarà possibile effettuare una vaccinazione, presuppone una serie di comportamenti e di misure atte a garantire la massima sicurezza possibile, anche e soprattutto nelle attività professionali dei medici e nella gestione e modalità di accesso agli ambulatori: accesso consentito solo con mascherine e guanti dopo triage telefonico, mantenimento di un distanziamento sociale, scaglionamento e selezione delle presenze, organizzazione di una assistenza che preveda una modalità integrata di visite in presenza insieme a interventi proattivi di telemonitoraggio e teleassistenza.

Utilizzare al meglio la tecnologia esistente e gli strumenti che possono essere autogestiti al domicilio dagli assistiti può essere

un valido supporto per una nuova gestione dell'assistenza in Medicina Generale, che potrà dare indicazioni su nuove modalità organizzative e operative che dovranno proseguire nel tempo, secondo nuovi e più moderni modelli assistenziali.

Nei prossimi mesi, verosimilmente fino a quando sarà possibile attuare una campagna di vaccinazione, assisteremo a una più bassa incidenza di nuovi casi ma con la possibilità di nuovi focolai di riaccensione epidemica.

Si rende pertanto necessario mantenere condizioni di lavoro improntate alla massima sicurezza dei sanitari e degli assistiti:

1. accesso programmato e limitato allo studio;
2. accesso dei pazienti con mascherina;
3. distanza in sala d'attesa;
4. incontro con il medico di medicina generale (MMG) o con il personale dopo essersi lavati le mani/indossato guanti;
5. igienizzazione degli ambienti di lavoro (superfici, strumenti, ambienti);
6. indossare i DPI.

Carichi di lavoro

Quelli a contatto diretto con i pazienti risulteranno ridotti rispetto al nostro storico, sia per i rallentamenti indotti dalle misure di sicurezza che per la necessità di monitorare

un numero variabile di pazienti COVID correlati che richiedono comunque tempo per loro e per i familiari, e che necessitano non solo di cure ma anche di istruzioni, informazioni, certificati, ecc.

Aumenterà invece fortemente il carico di lavoro di un nuovo modello assistenziale da remoto, attraverso diversi canali comunicativi che comprendono il consolidato utilizzo dei telefoni, fino al ricorso a piattaforme per teleconsulti. I medici di famiglia conoscono molto bene i propri assistiti, come documentato dal livello di assidua frequentazione e dai flussi informativi regionali e nazionali, ma soprattutto la relazione di fiducia costruita nel tempo e il metodo incrementale permettono che ogni problema clinico venga affrontato senza perdere di vista la vita personale e la storia familiare, i livelli di stress, la dieta, le abitudini e come tutti questi aspetti si intrecciano e determinano bisogni diversi per ogni persona e di conseguenza richiedono soluzioni basate sulle caratteristiche di ciascuno. Questa relazione di cura che, accanto alla valutazione tecnica della malattia promuove salute e si fa carico della sofferenza nel senso più ampio, va salvaguardata anche in una fase di limitazione dei contatti diretti tradizionali.

Conflitto di interessi

Damiano Parretti dichiara nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Parretti D. Organizzazione del lavoro e assistenza in Medicina Generale nella Fase 2 post COVID. Rivista SIMG 2020;27(3):29-30.

© 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>

Le priorità

In questo periodo di transizione possiamo individuare alcune priorità da considerare nell'attività di MMG:

1. identificare tempestivamente i nuovi casi sospetti per COVID-19, a partire dai sintomi e dall'anamnesi di possibile esposizione, auspicando la pronta disponibilità e l'accesso tempestivo agli strumenti diagnostici;
2. monitorare pazienti COVID correlati (pazienti assistiti a domicilio, dimessi, in isolamento), fornendo oltre al monitoraggio clinico anche il supporto personalizzato con istruzioni, informazioni, certificati, ecc.;
3. processare le richieste di appuntamenti o visita domiciliare, risolvendo tutto quanto possibile in remoto, al fine di contribuire a limitare la circolazione e i contatti degli individui, in particolare adottando e aggiornando i vari strumenti utili a garantire continuità terapeutica o scambio di informazioni e documenti in remoto (Fascicolo sanitario, posta elettronica, telefono, teleconsulto etc.);
4. selezionare i pazienti con programmi di cura a lungo termine che per stabilità clinica, autonomia funzionale e cognitiva, documentata aderenza ai percorsi di cura e alla terapia farmacologica e non, possano essere monitorati in questa fase esclusivamente in remoto;
5. individuare, tra i molti pazienti con malattie cronico degenerative, coloro che presentano un elevato rischio di scompenso sia per le caratteristiche del quadro clinico che per situazioni di limitata autosufficienza e per i quali va organizzato un programma di monito-

raggio con controlli in remoto e quando serve in presenza;

6. gestire i disturbi non differibili, attraverso un triage telefonico preliminare, selezionando i pazienti per i quali sia necessaria una visita in presenza.

Inoltre, dovrà essere valutata la necessità di visite in presenza per alcuni pazienti, selezionati in base alla conoscenza del medico ma anche in base ad alcune condizioni cliniche particolari:

- patologie complesse quali scompenso cardiaco, diabete mellito instabile, BPCO, malattie oncologiche in fase attiva;
- terapia complessa in corso con necessità di monitoraggio attivo;
- pazienti in attesa di procedure chirurgiche o altri trattamenti rilevanti sul piano clinico, pazienti recentemente dimessi dopo ricovero in ospedale;
- i pazienti fragili socialmente e/o con ridotta autonomia funzionale e cognitiva (anziani soli, anziani non autonomi, disabili, pazienti con demenza).

In aggiunta a questi aspetti, l'assistenza nella fase II dovrà prevedere anche la pratica delle vaccinazioni, particolarmente importante per evitare o limitare, nei mesi prossimi, la concomitanza di nuovi focolai di COVID insieme all'insorgenza di patologie acute e debilitanti come l'influenza e le polmoniti.

Questo quadro generale ci ha indotto a condividere la stesura di questo documento, che comprende diversi capitoli dove vengono analizzati i percorsi e le strategie da considerare, un documento dinamico ed estensibile in tempo reale in base a nuove necessità e nuove situazioni.

I capitoli fin qui inseriti sono:

1. la campagna vaccinale antinfluenzale;
2. la gestione delle prestazioni non differibili;
3. la gestione delle cronicità;
4. fragilità, multimorbilità, disabilità, cure palliative, carichi di lavoro e nuovi modelli;
5. l'organizzazione del lavoro e dell'assistenza: suggerimenti organizzativi.

All'interno di alcuni capitoli sono inserite sintetiche schede operative per singole patologie acute o croniche, o per aspetti organizzativi. Questi suggerimenti pratici su specifiche situazioni non vogliono snaturare la medicina generale nella sua unicità di approccio globale alla persona, che resta e anzi si rafforza con nuovi strumenti e nuovi modelli, ma si propongono di dare uniformità di gestione di alcuni piccoli segmenti dell'attività globale.

* Gruppo di Lavoro: Damiano Parretti, Alessandro Rossi, Pierangelo Lora Aprile, Gerardo Medea, Maurizio Cancian, Raffaella Michieli, Gaetano Piccinocchi, Alberto Magni, Tecla Mastronuzzi, Ignazio Grattagliano, Gaetano D'Ambrosio, Italo Paolini, Francesco Paolo Lombardo, Andrea Zanchè, Alessandra Medolla, Lorenza Busco, Maria Grazia Bonesi, Alessandro Guerroni, Annarita Saponara, Edoardo Di Maggio, Maria Giovanna Amoroso, Chiara Villani, Giacomo Milani, Caterina Castori, Mauro Ruggeri, Aurelio Sessa, Augusto Zaninelli.

Per maggiore approfondimento, riportiamo il link al documento per esteso:

<https://www.simg.it/Coronavirus/organizzazione%20del%20lavoro%20e%20assistenza%20in%20MG%20nella%20fase%20post%20covid%20V2.1.pdf>