

Al Signor Ministro della Salute

On.le Roberto Speranza

Lungotevere Ripa, 1

00153 - Roma

Onorevole Ministro,

considerata la pandemia da COVID-19 in corso e le gravose difficoltà del sistema SSN nella gestione del contenimento del contagio, l'ARCA (Associazioni Regionali Cardiologi Ambulatoriali) vuole dare il proprio contributo non solo scientifico ma anche con proposte organizzative alla gestione dell'emergenza sanitaria che stiamo vivendo.

PREMESSA

Secondo un recente report dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS) **la mortalità in pazienti deceduti e positivi al COVID-19 è del 5,8%, ed è più alta nei pazienti con malattie cardiovascolari.**

Da un'analisi ISS fatta sui pazienti deceduti con COVID-19, il 27.4% presenta cardiopatia ischemica, il 12% ictus, il 16.4% scompenso cardiaco, il 23% fibrillazione atriale, il 73.5% ipertensione arteriosa. La mortalità, che è poco superiore al 2% nella popolazione generale, sale al 6% nei pazienti ipertesi e raggiunge il 10% nei pazienti con scompenso cardiaco o altre malattie cardiovascolari.

Il dato che i pazienti COVID-19 con patologie cardiovascolari siano a maggior rischio di manifestare un decorso critico non è solo legato alla loro maggiore età e/o fragilità, ma anche alla destabilizzazione di problematiche cardiovascolari preesistenti che si possono associare ad un maggior danno cardiaco acuto e a complicanze di tipo aritmico.

COVID-19 e complicanze cardiovascolari

Il COVID-19 colpisce nella gran parte dei casi l'apparato respiratorio e nel 10% dei casi determina polmoniti interstiziali bilaterali, insufficienza respiratoria con la frequente necessità di ventilazione non invasiva e invasiva.

L'infezione può scatenare una risposta infiammatoria a livello polmonare molto importante con la produzione di grandi quantità di radicali liberi ed interleuchine che vengono immesse in circolo trasformando l'infiammazione da locale in sistemica spesso con una vasculite che in gran parte dei casi comporta il riscontro di trombosi molte volte ampiamente disseminata. Lo stato infiammatorio sistemico, pertanto, può portare alla destabilizzazione di placche ateromasiche, anche piccole, che portano ad un **aumento degli eventi cardiovascolari acuti (infarti del miocardio, ictus, vasculopatie)** in questi pazienti. Uno dei rischi del COVID-19, quindi, è la possibilità di infarti del miocardio che decorrono in maniera misconosciuta in soggetti clinicamente compromessi e frequentemente intubati, in grado di pregiudicarne in maniera importante la prognosi.

La stessa risposta infiammatoria innescata da COVID-19 potrebbe avere degli effetti dannosi diretti sul miocardio. Infatti, non si può escludere **che l'infezione virale causi un danno miocitico diretto** con associate miocarditi, come è stato già dimostrato nel caso di infezione da altri tipi di coronavirus. In una recente pubblicazione (Covid-19 and the cardiovascular system; Ying-Ying Zheng e coll. *Nature Reviews Cardiology*) si sostiene che l'azione del virus sul cuore potrebbe essere mediata da un recettore particolarmente espresso sia dalle cellule dei polmoni che dalle cellule del tessuto cardiaco: l'ACE-2. Secondo i primi studi il COVID-19 esattamente come altri coronavirus (ad esempio quello della SARS nel 2003), sarebbe in grado di legarsi al recettore ACE-2, espresso a livello cardiovascolare, grazie a una sua proteina di superficie: la cosiddetta proteina "Spike". Se l'ipotesi sarà confermata con ulteriori dati avremmo una spiegazione del meccanismo alla base di alcune delle manifestazioni a livello cardiaco del COVID-19.

Altra problematica è l'alterazione degli scambi gassosi dovuti alla scarsa capacità dei polmoni di ossigenare il sangue che ha come diretta conseguenza un carico di lavoro superiore per il cuore, a cui viene chiesto di pomparne di più e più velocemente. Tutto ciò può far precipitare verso un quadro di scompenso conclamato i soggetti con cardiopatia nota e/o fibrillazione atriale.

Inoltre, **nella pratica clinica sono sempre più frequenti i pazienti non-COVID19 con TIA o SCA che ritardano e/o rifiutano il ricovero in ambiente ospedaliero per paura di eventuale contagio.** E' stato notato che i pazienti con infarto acuto arrivano in ospedale in misura minore o più tardivamente rispetto a prima del diffondersi dell'epidemia. Questo fa presagire che, superata la fase di urgenza COVID-19, potremmo trovarci a trattare una serie di cardiopatici che nel frattempo non sono stati curati in

modo opportuno. Pertanto, essendo questa una tra le categorie di malati cronici in assoluto più a rischio, è necessaria per essi una particolare attenzione soprattutto in questo momento.

I Cardiologi Ambulatoriali operanti sul territorio, dopo l'adozione delle "misure di contenimento", sono stati invitati a ridurre la propria attività alle sole prestazioni contrassegnate con richiesta medica in base ai codici RAO con la lettera U (urgente) o B (breve attesa) o addirittura a sospendere la propria attività in quanto non provvisti di adeguati dispositivi di protezione così come gli altri operatori sanitari del territorio (MMG, Pediatri di libera scelta, etc). Tutte le visite mediche con codice D e P sono state rimandate con l'indicazione a preferire il triage telefonico. Sulla base di queste indicazioni è di difficile comprensione come un cardiopalmo aritmico, una precordialgia, uno scompenso cardiaco possano essere gestiti e/o risolti telefonicamente.

A nostro avviso gli Ambulatori del territorio devono continuare a funzionare soprattutto per evitare una maggiore affluenza in ospedale di paziente instabili.

Ovviamente con le dovute precauzioni: termoscanner all'ingresso, lavaggio delle mani con soluzione alcolica all'ingresso e all'uscita dall'ambulatorio, uso di mascherina, dare appuntamento con specificato l'orario della visita, evitare assolutamente assembramenti nella sala di attesa.

Una particolare nota dolente è che l'organizzazione ambulatoriale sul territorio è molto differente in quanto legata alla diversa organizzazione sanitaria regionale. Sarebbe auspicabile che, in un momento di grande difficoltà come questo, ci siano risposte concrete ed univoche.

In questo contesto la nostra Società Scientifica propone quanto segue:

PROPOSTA:

- 1. Acquisizione di dispositivi di protezione individuale (DPI)**
- 2. Uso dei tamponi**
- 3. Necessità di una diversa organizzazione sanitaria in fase critica**

1. **Acquisizione DPI:** l'articolo 2 della normativa vigente (vari D.P.C.M. a partire da quello del 4.3.2020) detta le misure da adottare sull'intero territorio nazionale e recita che **“il personale sanitario si deve attenere alle appropriate misure di prevenzione per la diffusione delle infezioni per via respiratoria...”**

I Medici per poter garantire appropriate misure di prevenzione **devono però essere dotati non solo di mascherine apposite ma anche**, quando è necessario, **di occhiali di protezione, guanti, camici monouso, copricapo e soprascarpe impermeabili**. Cioè dei dispositivi di protezione individuale (DPI). Tali dispositivi devono essere forniti non solo ai Medici che sono in prima linea nelle strutture ospedaliere (verso cui diamo per scontata la precedenza) ma anche a chi si trova ad operare sul territorio.

(segue)

| Contesto di lavoro | Destinatari dell'indicazione (operatori/pazienti) | Attività | Tipologia di DPI o misure di protezione |
|---|---|---|--|
| Ambulatori ospedalieri e del territorio nel contesto di COVID-19 | | | |
| Ambulatori | Operatori sanitari | Esame obiettivo di pazienti con sintomi respiratori | Mascherina chirurgica (FFP2 in specifici contesti assistenziali) ¹⁰ Camice / grembiule monouso Guanti Occhiali di protezione/occhiale a mascherina/visiera |
| | Operatori sanitari | Esame obiettivo di pazienti senza sintomi respiratori | I DPI previsti per l'ordinario svolgimento della propria mansione con maggiore rischio. |
| | Pazienti con sintomi respiratori | Qualsiasi | Mascherina chirurgica se tollerata |
| | Pazienti senza sintomi respiratori | Qualsiasi | Non sono necessari DPI |
| | Operatori addetti alle pulizie | Dopo l'attività di visita di pazienti con sintomi respiratori. Areare gli ambienti dopo l'uscita del paziente e prima di un nuovo ingresso. | |

¹⁰ In contesti assistenziali sul territorio ove vengono assistiti numerosi pazienti COVID-19, può essere preso in considerazione il ricorso a FFP2, in base a una appropriata valutazione del rischio che tenga anche conto del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente.

2. Uso dei tamponi: Nella pratica clinica stiamo assistendo sempre più a vedere personale sanitario che si contagia nello svolgere il proprio dovere. Ci sono tanti esempi di Medici che sono stati “diffusori” del virus non sapendo di esserne infetti. Pertanto, l’uso dei tamponi per il personale sanitario che viene a contatto in vario modo con i pazienti anche non-COVID è da considerarsi prioritario, al fine di individuare in maniera precoce i sanitari positivi al COVID-19 ed evitare così la diffusione del virus. Serve, inoltre, **sensibilizzare gli stessi operatori sanitari a non prestare attività se presentano sintomi anche sfumati**, effettuando i tamponi di verifica prima di qualsiasi contatto o meglio ancora con i nuovi kit IgM/IgG. che permettono di avere un risultato in breve tempo.

3. Necessità di una diversa organizzazione sanitaria in fase critica: Le strutture sanitarie delle Regioni del nord, che si sono trovate ad affrontare inaspettatamente il rapido diffondersi del COVID-19, hanno dovuto velocemente attrezzarsi con numerosi posti letto dedicati e di terapia intensiva. **Il trattamento di pazienti COVID-19 si svolge pertanto nelle regioni più colpite essenzialmente in Ospedale.**

Con il passare dei giorni, però, sono sempre più numerose le voci di Medici che fanno emergere **i grossi limiti del sistema OSPEDALE-CENTRICO**. Gli Ospedali ormai sono diventati essi stessi, a volte, amplificatori della diffusione. Pertanto, **vi è urgente bisogno di un cambio di mentalità nella gestione con programmi che abbiano una visione anche prospettica.**

Va detto anche che molte Regioni del Centro-Sud vengono da anni di commissariamento che ha comportato tagli non solo dei posti letto ma anche del personale qualificato. Pertanto, se la curva di diffusione improvvisamente si impennasse in queste aree del Centro-Sud, gli ospedali verrebbero sopraffatti e verosimilmente in un lasso di tempo molto inferiore a quello delle Regioni del Nord.

La proposta, pertanto, è quella di adottare in particolar modo nelle Regioni del Centro-Sud, in cui la diffusione è allo stato più limitata, un **modello TERRITORIO-CENTRICO** e che punti essenzialmente sulla **prevenzione**.

1. **Misure contenitive sulla popolazione:** data la diffusione veloce il Governo, seguendo l'esempio della Cina, ha adottato "misure draconiane" di contenimento adottando politiche di "**distanziamento sociale**". La prevenzione del contagio tramite limitazione dei contatti è sicuramente la prima risposta efficace contro le infezioni da nuovi patogeni, ma nella pratica può presentare grossi limiti se non si associano altre misure come:
 - a. **Uso diffuso di mascherine**
 - b. **Tamponi/Ig KIT rapidi** eseguiti a tappeto ma **in maniera mirata** su alcuni gruppi della popolazione (es sanitari, personale di esercizi a contatto con il pubblico, etc.) o su pazienti con problematiche cardiopolmonari con sintomi sfumati da effettuarsi:
in ambulatorio
in modalità "DRIVE-IN" (paziente in macchina)
 - c. "**distanziamento sociale**" anche **nelle famiglie**, soprattutto se presenti soggetti cardiopatici, prevedendo strutture (es alberghi) per isolamento precauzionale.
2. **Riattivazione degli Ambulatori del territorio**, soprattutto cardiologici, mantenendo un triage telefonico sulle prestazioni differibili per evitare un affollamento delle sale di attesa, **con personale medico fornito di DPI**.
3. Puntare su tutti gli strumenti e le tecnologie che permettono di aumentare le **cure domiciliari (dalla nutrizione all'ossigenoterapia)** e rendere più flessibile l'assistenza, ad esempio con il ricorso alle **strutture sanitarie mobili** per i casi meno gravi.
4. Istituire figure sanitarie-tecniche di coordinamento Governo-Regioni per l'organizzazione delle attività territoriali differenti per il Nord e per il Centro-Sud.

5. Estendere l'impiego della **telemedicina**, che sempre più si sta sviluppando nel mondo, che rappresenta una nuova e importantissima frontiera della medicina, con il vantaggio di **non esporre** il personale sanitario e i pazienti stessi al **rischio di contagio** in situazioni di emergenza come quella causata dal Coronavirus. Per telemedicina intendiamo una modalità di erogazione di servizi di assistenza sanitaria, tramite il ricorso a tecnologie digitali, in situazioni in cui il professionista della salute e il paziente (o due professionisti) siano a distanza. La prestazione in telemedicina non sostituisce la prestazione sanitaria tradizionale ma la integra.

Come impatta la telemedicina in questa emergenza sanitaria?

Innanzitutto il **telemonitoraggio domiciliare**, il cui attore principale è la **medicina del territorio** (Medici di famiglia e Specialisti ambulatoriali) andrebbe a salvaguardare i pazienti che hanno **patologie diverse dal COVID-19**, che sono la stragrande maggioranza.

La sua attuazione riduce il sovraffollamento Ospedaliero, dei Distretti Sanitari di base e degli Ambulatori fornendo consigli sulla gestione delle patologie croniche che affliggono soprattutto la popolazione anziana comorbida, attualmente confinata in casa.

La Telemedicina consentirebbe inoltre ai Medici di famiglia di prendersi carico dei pazienti che hanno sintomi lievi, sospetti per COVID-19, monitorandoli da casa, ma garantendo il ricovero ai pazienti più critici. Il monitoraggio quindi è continuo e si completa con una televisita gestita da remoto.

Si abbassa così il rischio di una ulteriore diffusione in ospedale dell'infezione e si consente una degenza a casa, protetta, controllabile e isolabile.

Tutto ciò è ancora più importante per i Distretti poco serviti come quelli montani.

La risoluzione telematica di una parte consistente delle necessità assistenziali, associata a consultazioni più snelle tra gli stessi professionisti, consentirà di ridurre le liste d'attesa e le prestazioni inappropriate e sarà dunque fonte di risparmio per il Servizio Sanitario pubblico (nella misura in cui si riducono gli accessi ai pronto soccorso e i ricoveri inappropriate).

La “digitalizzazione e la teletrasmissione di dati medici”, quella comunemente nota come cartella clinica elettronica, riduce gli errori medici facendo sì che le informazioni sanitarie del paziente (per es. eventuali intolleranze, terapie concomitanti, etc.) siano note a tutti i Medici che lo prendono in carico ed inoltre riduce la ripetizioni di esami poiché rende facilmente visionabili quelli già fatti.

In ambito ospedaliero il **telemonitoraggio** può alleggerire le terapie intensive: la tecnologia digitale permette di portare le competenze del medico di terapia intensiva anche nei reparti creati ex novo aumentando il servizio a parità di personale specializzato. Inoltre mette in condivisione professionalità remote, collegando reparti ed addirittura Ospedali diversi, riducendo il rischio di contagio per gli Specialisti consulenti, così preziosi dati i carichi crescenti di lavoro cui sono soggetti.

La lettera che la FNOMCEO ha inviato al BMJ pubblicata il 16 marzo 2020 (*Italian Doctors Call for Protecting Healthcare Workers and Boosting Community Surveillance during Covid-19 Outbreak*) afferma un concetto fondamentale **“Un modello incentrato sull'Ospedale si è dimostrato inadeguato nell'affrontare l'epidemia di Coronavirus. In realtà, le epidemie devono essere contrastate attraverso una sorveglianza della comunità ben pianificata a livello locale identificando e isolando a casa i casi sospetti o sintomatici. Ciò è diventato evidente poiché interi Ospedali in Italia sono stati chiusi a causa della diffusione dell'infezione tra un certo numero di medici e infermieri”**.

L'occasione è gradita per inviare i migliori saluti e l'augurio di buon lavoro.

dott. Giovanni Zito

Presidente Nazionale

