

L'Ambulatorio protetto: visitare ai tempi del Covid-19



Silvia Vignola, Antonella Lavagetto, Paola Barbieri, Daniela Bartoli, Carmela Coccia, Laura Di Febbraro, Piero Gianiorio, Brigida Manti

Pediatri di famiglia, Distretto 10, ASL3, Val Polcevera e Valle Scrivia

Alla vigilia della riapertura dell'anno scolastico, come pediatri in associazione del Distretto 10, ASL3, Val Polcevera e Valle Scrivia, abbiamo realizzato un ambulatorio condiviso, denominato "Ambulatorio protetto", che ci ha permesso, da una parte, di riprendere la nostra attività di assistenza diretta al bambino sintomatico non fortemente sospetto per SARS-CoV-2, contribuendo, secondo indicazioni OMS, alla strategia delle 3T (testare, tracciare, trattare) anche in zone disagiate e mal collegate ai presidi preposti; dall'altra di garantire l'attività di prevenzione e di gestione dei pazienti cronici e dei pazienti non infettivi nella maggior sicurezza possibile. La realizzazione si è resa possibile con autofinanziamento e come forma di volontariato dei pediatri partecipanti. La ASL ha contribuito con la fornitura dei DPI e dei tamponi molecolari.

On the eve of the reopening of the school year, as Associated Pediatricians of District 10 ASL3, Val Polcevera and Valle Scrivia, we created a shared outpatient clinic, called Ambulatorio Protetto, which allowed us, on the one hand, to resume our assistance activities directed to the symptomatic child not strongly suspected for SARS-CoV-2, contributing, according to WHO indications, to the 3 T strategy (Testing Tracing Treating) even in disadvantaged and poorly connected areas, on the other hand, to ensure the prevention and management of chronic patients and non-infectious patients with the best possible safety measures. The realization was made possible with self-financing and as a form of volunteering of the participating pediatricians. The Health District contributed with the supply of PPE and molecular swabs.

Siamo otto pediatri di famiglia della Val Polcevera e Valle Scrivia, due zone dell'entroterra genovese caratterizzate da territorio montuoso, distanti dal centro cittadino, con collegamenti e trasporti pubblici scarsi e poco fruibili, divenute purtroppo famose alla cronaca con la caduta del ponte Morandi. Questa tragedia ha drammaticamente segnato l'inizio di un periodo di enormi difficoltà di viabilità che perdura a fasi alterne tutt'oggi, con giornate in cui il traffico cittadino immobilizza letteralmente interi quartieri e proibisce il raggiungimento del centro città in tempi accettabili. Complessivamente seguiamo circa 8.000 bambini di cui un 30% immigrati spesso privi della possibilità di viaggiare con mezzi di proprietà.

Quando il 21 febbraio 2020 è stato annunciato il primo caso italiano di SARS-CoV-2 siamo rimasti tutti con il fiato sospeso, ma in pochi giorni abbiamo capito quanto eravamo assolutamente impreparati ad affrontare l'emergenza. Senza un programma, senza un punto di riferimento, senza mascherine né altri DPI, divenuti introvabili anche all'acquisto personale, con l'entrata in vigore del DPCM che di fatto impediva ogni movimento non indispensabile e l'accesso ai nostri studi di

casi sospetti, non abbiamo potuto fare altro se non ritirarci, bloccando le visite di controllo e lavorando via telefono e videochiamata. Abbiamo improvvisato una pediatria a distanza per supportare le nostre famiglie e siamo rimasti nei nostri studi, così tristemente vuoti. La chiusura immediata delle scuole e dei nidi, mai più riaperti per l'intero anno scolastico in corso, ha spazzato via la comune patologia invernale. È rimasta la difficoltosa gestione dei cronici, la programmazione di visite specialistiche sospese, delle vaccinazioni e degli esami a scopi diagnostici urgenti. Un mondo nuovo, con strumenti nuovi, che non ci permetteva di utilizzare le nostre abituali competenze e al quale abbiamo cercato di adattarci al meglio.

Con l'arrivo della stagione estiva, mentre tutti tiravano un sospiro di sollievo, abbiamo pensato che l'imminente riapertura delle scuole a settembre, con l'arrivo delle malattie stagionali e l'incubo di una seconda ondata, avrebbero comportato per noi pediatri un enorme rischio di contaminazione degli studi e di propagazione del virus. La recente esperienza della eterogenea espressività clinica del SARS-CoV-2 in età pediatrica, con manifestazioni spesso lievi, polimorfe e sub-

dole, e la accertata comunque potenziale contagiosità ci hanno indotto a cercare un modello di lavoro, ripetibile anche in altre realtà, che permettesse lo svolgimento della nostra professione nel rispetto delle indispensabili restrizioni relative alla pandemia da SARS-CoV-2 in atto per far fronte all'inevitabile incremento della patologia conseguente all'apertura della scuola.

I nostri principali obiettivi sono stati:

- distinguere i bambini fortemente sospetti per infezione SARS-CoV-2 da quelli con rischio minimo, nel rispetto della circolare di ALISA (Agenzia Sanitaria Regione Liguria) del 3 aprile 2020 [3];
- consentire anche in piena pandemia, l'accesso alle cure territoriali da parte dei nostri assistiti per i bisogni di assistenza primaria del bambino in piena sicurezza, continuando a fornire adeguate e tempestive risposte diagnostiche e terapeutiche e prevenendo accessi impropri al pronto soccorso;
- in considerazione delle difficoltà di collegamento sopra riportate, fornire un'alternativa agli hub cittadini, identificati dalla Regione per l'esecuzione di tamponi molecolari in un percorso preferenziale definito "scolastico", per per-



I PEDIATRI IN ASSOCIAZIONE
VALPOLCEVERA E VALLESCRIVIA,
CON AUTORIZZAZIONE ASL3
HANNO APERTO:

AMBULATORIO PROTETTO

PER POTER VISITARE
I LORO ASSISTITI
IN SICUREZZA
PER TUTTI

CON AFFETTO, I VOSTRI PEDIATRI:
Paola Barbieri, Daniela Bartoli, Carmela Coccia,
Laura Di Febbraro, Piero Gianiorio, Antonella Lavagetto,
Brigida Manti, Silvia Vignola.

COME ACCEDERE?

- Contatta il tuo Pediatra, che dopo il triage telefonico deciderà cosa fare
- Se necessaria la visita, il tuo Pediatra fisserà un appuntamento nell'AMBULATORIO PROTETTO dove il bambino verrà visitato con tutte le norme di sicurezza e se necessario sottoposto a tampone molecolare.

NOI CE LA STIAMO METTENDO TUTTA PER STARVI VICINO

mettere la rapida identificazione degli alunni sintomatici positivi e la ripresa della frequenza della scuola a quelli risultati negativi.

Il progetto realizzato, chiamato “Ambulatorio protetto” è stato sottoposto alla Direzione delle cure territoriali dell’ASL 3 genovese, ottenendone la piena approvazione. La ASL 3 inoltre ha provveduto alla fornitura dei DPI necessari e ha acconsentito a inserirci tra gli autorizzati all’esecuzione dei tamponi molecolari. Le spese di gestione e mantenimento dello studio sono a nostro carico e non è prevista ulteriore retribuzione.

L’ambulatorio è stato aperto il 21 settembre, una settimana dopo l’apertura della scuola, ed è attualmente l’unico nel suo genere presente nella realtà genovese in ambito pediatrico

Organizzazione del lavoro

Abbiamo deciso di suddividere la nostra attività in due aree, distinte anche per sede:

- un’area elettiva, sede della medicina di iniziativa ed erogativa per attività di diagnostica e cura di patologia a bassa complessità e nulla infettività e di malattie croniche non infettive, con sede nello studio del singolo pediatra;
- un’area infettiva/sporca, con sede unica, comune e condivisa in uno studio separato da altri ambulatori, dove noi pediatri turniamo, dotato di un proprio ingresso e di una propria sala di attesa, facilmente accessibile per tutti i pazienti del Distretto 10 in quanto abbastanza centrale rispetto al territorio, definendolo “Ambulatorio protetto”.

Area elettiva

L’area elettiva (AE) è stata svolta nei nostri studi abituali. Sono stati ovviamente contingentati gli accessi, esclusivamente su appuntamento, definendo per ognuno un tempo sufficiente che permettesse la pulizia e la disinfezione degli strumenti e delle suppellettili tra una visita e l’altra. L’accesso all’ambulatorio è stato consentito a un paziente e un accompagnatore.

Le sale di attesa sono state riorganizzate secondo le indicazioni della normativa vigente atte a garantire il distanziamento interpersonale, e fornite di adeguati presidi per la disinfezione delle mani e della cartellonistica per il corretto comportamento dei visitatori.

Il mantenimento di quest’area ci ha consentito lo svolgimento delle consuete attività (bilanci di salute, valutazione del paziente cronico, valutazione dell’acuto non infettivo, attività di prevenzione e informazione, vaccinazione, ecc.)

Ambulatorio protetto

Nell’Ambulatorio protetto ci alterniamo in turni di tre ore tutte le mattine dal lunedì al venerdì, per la valutazione clinica di pazienti di tutti gli associati con sintomatologia acuta non fortemente sospettata SARS-CoV-2, selezionati attraverso il triage telefonico/teleconsulto effettuato dal pediatra curante (Figura 1).

Avevamo necessità di definire criteri uniformi per decidere chi accettare e chi no. A tale scopo abbiamo creato uno score clinico che rispondesse alle norme di sicurezza in vigore. Lo score è composto da tre distinti gruppi (A, B, C). Nel gruppo A abbiamo inserito i sintomi definiti sospetti ai sensi del DPCM in vigore (febbre, tosse, difficoltà respiratoria), nel gruppo B sono stati considerati i sintomi che durante la pandemia abbiamo riconosciuto poter essere correlati anche a infezione SARS-CoV-2, mentre il gruppo C si riferisce al dato anamnestico di contatto sospetto o accertato nelle due settimane precedenti, senza distinzione tra contatto stretto o no, sulla base di un principio di precauzione. Possono accedere allo studio i pazienti che presentano non più di due sintomi del gruppo A, oppure un sintomo del gruppo A e due sintomi del gruppo B. La presenza di un dato positivo del gruppo C esclude l’accesso allo studio.

I pazienti vengono visitati, sottoposti a tampone molecolare nasofaringeo, secondo la regola delle 3T. L’accesso allo studio è possibile solo su indicazione del proprio pediatra, che si occupa di fissare l’appuntamento su un’agenda elettronica condivisa. L’ambulatorio è composto da due stanze comunicanti, dotate di ampie porte finestre che consentono ottimo ricambio d’aria. La prima stanza, a cui si accede attraverso una porta sul pianerottolo, è adibita a sala d’aspetto, mentre la seconda è lo

studio a cui accedono il bambino e un accompagnatore. L’arredo limitato all’essenziale per permettere facile e costante sanificazione, ottenuta, dopo ogni visita, con disinfezione delle superfici e della strumentazione non monouso con ipoclorito di sodio allo 0,5% spray, e con l’utilizzo di un apparecchio a ultrasuoni che nebulizza una soluzione acquosa di perossido di idrogeno 0,5% secondo le indicazioni vigenti [1-2] per 2 periodi di due ore nelle 24 ore al di fuori dell’orario di ambulatorio. Prima di soggiornarvi l’ambulatorio viene arieggiato per circa 20 minuti.

I nostri DPI prevedono l’utilizzo di abiti personali (maglietta e pantaloni) dedicati, camice monouso in TNT, cuffia per capelli e mascherina FFP2 + chirurgica (cambiata a ogni paziente), visiera e doppi guanti, di cui gli esterni vengono cambiati a ogni paziente.

Lo smaltimento dei DPI e del materiale monouso avviene rigorosamente secondo la normativa dei rifiuti speciali.

Abbiamo inoltre creato un indirizzo email dedicato, a uso esclusivo dei pediatri partecipanti allo studio, attraverso il quale comunichiamo le indicazioni del paziente alla visita e attraverso il quale il collega di turno relaziona circa l’esito della valutazione.

A novembre 2020 abbiamo ottenuto l’apertura di un secondo Ambulatorio protetto a Busalla, nell’ottica di limitare ancor più gli spostamenti e favorire le famiglie.

Risultati

Dal 21 settembre al 3 dicembre abbiamo visitato 219 bambini che presentavano sintomi non fortemente sospetti per infezione da SARS-CoV-2 di cui 32 dimessi con terapia in quanto affetti da patologie non suggestive per Covid-19 (otite, tonsillite streptococcica, riacutizzazione di

Figura 1. Scheda triage telefonico/teleconsulto per la valutazione del rischio Covid-19 in pazienti con sintomatologia acuta fortemente sospetta.

asma bronchiale in pazienti allergici, altro) e 187 sottoposti a tampone nasofaringeo con test molecolare. Di questi, 15 (6,8%) sono risultati positivi. La media di positività dei bambini inviati da ogni singolo pediatra al pronto soccorso per sintomi fortemente sospetti, è stata nello stesso periodo pari al 17,6%.

Nessun bambino, visitato presso il nostro studio e risultato negativo al tampone molecolare o non tamponato, ha presentato sintomi sospetti nei 21 giorni successivi, rassicurandoci sul fatto che nessun bambino si sia contagiato afferendo al nostro ambulatorio. Nessun pediatra tra noi, infine, si è a ora positivizzato.

Questi dati dimostrano che la procedura di filtro tramite triage telefonico è risultata efficace. Certamente il riscontro, comunque, di positività in una seppur bassa percentuale di bambini con sintomi lievi induce a essere sempre molto accurati nella raccolta anamnestica e nel rispetto dell'utilizzo di tutte le misure di prevenzione del contagio.

Dal punto di vista organizzativo, il sistema di comunicazione via email delle caratteristiche del paziente e del riscontro della visita è risultato molto agevole, facilmente tracciabile e ha permesso di riportare i dati senza ulteriore difficoltà nelle nostre cartelle cliniche.

Discussione

I riscontri a questa iniziativa da parte delle nostre famiglie è stata molto buona, in quanto si sono sentite rassicurate dalla risposta del pediatra ai bisogni acuti e cronici del bambino anche in questo periodo difficile.

Inoltre è stato garantito costantemente un accesso alle cure e alla diagnostica molto

semplificato, facilmente fruibile anche per i residenti che, per i motivi sopra riportati, non hanno dovuto affrontare disagi considerevoli per gli spostamenti verso gli hub preposti.

Da parte nostra abbiamo avuto la gratificante percezione di avere mantenuto l'importante ruolo centrale nell'assistenza al bambino e nel sostegno delle famiglie, demandando all'ospedale solo i casi selezionati per gravità o per patologia senza esporre noi stessi né la popolazione a un aumento di rischio di contagio da SARS-CoV-2.

Riteniamo che il metodo possa essere sufficientemente sicuro, in quanto il poter lavorare esclusivamente sul bambino sintomatico, senza alcuna distrazione, mantenendo alta la concentrazione e l'attenzione riduce l'errore procedurale e diminuisce il rischio di contagio.

Il fatto di aver mantenuto i nostri studi sempre "puliti", ci ha consentito di lavorare serenamente sui pazienti non sospetti e di poter proseguire nei nostri programmi di prevenzione e informazione

Conclusioni

Il nostro progetto, pur presentando margini di miglioramento per il suo pieno sfruttamento in tempo di pandemia, ha realizzato gli obiettivi che avevamo prefissati. Naturalmente una migliore organizzazione logistica (realizzazione all'interno della riorganizzazione della pediatria territoriale, con finanziamenti atti allo scopo, con la presenza di collaboratori di studio per l'accoglienza e la registrazione delle attività e di personale infermieristico), permetterebbe di aumentare di molto gli accessi quotidiani. La struttura potrebbe anche essere utilizzata come sede per lo svolgi-

mento delle vaccinazioni SARS-CoV-2, nel momento in cui ve ne sarà la necessità. È inoltre ipotizzabile, una volta finita l'emergenza SARS-CoV-2, il mantenimento del modello organizzativo attuato durante la pandemia, con strutturazione di associazioni funzionali territoriali che consentano di distinguere la medicina di iniziativa (bilanci di salute, campagne vaccinali stagionali, controllo dello sviluppo neurocognitivo, attività educativa, attività di prevenzione – effettuazione della manovra di disostruzione, induzione a corretti stili di vita, prevenzione delle malattie trasmissibili, prevenzione dell'obesità –, controllo longitudinale strumentale di malattie croniche, vaccinazioni obbligatorie e facoltative) e medicina erogativa (attività di diagnostica e cura di patologia a bassa complessità e nulla infettiva, diagnostica strumentale e trattamento di riacutizzazioni di malattie croniche non infettive, uso della telediagnostica o del teleconsulto (tramite apposito triage telefonico) dalla area infettiva con ottimizzazione delle risorse territoriali e riduzione degli accessi in pronto soccorso.

Auspichiamo che il nostro progetto possa costituire la base dove costituire un modello migliore, replicabile e adattabile a tutte le realtà.

✉ aelle62@gmail.com

1. Rapporto ISS Covid-19 n. 20/2020.
2. Goyal SM, Chander Y, Yezli S, Otter JA. Evaluating the virucidal efficacy of hydrogen peroxide vapour. *J Hosp Infect.* 2014 Apr;86(4):255-9.
3. ARSL_ge.alisa. REGISTRO UFFICIALE.U.0008828.03-04-2020.