

Soli e distanti, senza protezioni

La solitudine degli operatori sanitari, vittime dell'inerzia e di una mancata gestione del rischio

Il vissuto di solitudine appare come una sorta di filo conduttore di quasi tutte le testimonianze del personale in prima linea, sia in ospedale sia nel territorio e residenze sanitarie assistenziali. La mancata protezione del personale è stato probabilmente il fattore che più ha contribuito a questa sensazione, annullando – nella percezione – molte altre azioni fondamentali delle direzioni. Al 29 maggio, tra il personale sanitario, contiamo quasi 28.000 infettati (ben il 12 per cento del totale) e più di 200 deceduti.

I professionisti riferiscono non solo di non essersi sentiti tutelati, ma addirittura di aver subito una sorta di accanimento contro di loro come in una "gara al ribasso" per non proteggerli. Sarebbe infatti sbagliato attribuire questo disastro solo alla carenza iniziale di scorte di mascherine o alle promesse mancate da parte della Protezione civile nel primo mese, visto l'andamento della curva delle infezioni.

Le debolezze dei protocolli

Evidentemente i protocolli dell'Organizzazione mondiale della sanità (Oms) e dell'Istituto superiore di sanità (Iss) hanno indicato livelli insufficienti di protezione per il personale e inoltre sono stati messi in discussione troppo tardi dalle regioni, dalle asl oppure dagli ospedali.

L'Oms ha revisionato il proprio il 6 aprile¹, lasciando sostanzialmente tutto invariato rispetto al precedente del 19 marzo, nonostante le numerose segnalazioni dai paesi e nonostante la comunità scientifica si fosse mossa trasversalmente in merito²⁻³. Due i presupposti confermati nel protocollo dell'Oms: che la malattia si trasmetta solo attraverso il *droplet* (e per aerosol solo in seguito a manovre invasive) e che i soggetti positivi asintomatici siano poco infettanti. Autorevoli studi già davano evidenze opposte su entrambi i punti⁴⁻⁷.

Il primo protocollo di protezione dell'Iss, che era uguale a quello dell'Oms, è stato revisionato il 28 marzo⁸, inserendo alcune modifiche ma recependo solo minimamente quanto richiesto dai sindacati e da alcune organizzazioni indipendenti come la Fondazione Gimbe⁹ e ignorando i protocolli più tutelanti dell'European centre for disease prevention and control¹⁰ e dei Centers for disease control and prevention¹¹. Vi sarà poi il 10 maggio un'ulteriore revisione con poche variazioni. Nel documento dell'Iss non si indica di usare sistematicamente le ffp2 in tutte le situazioni di assistenza ai pazienti covid (vi sono vari distinguo). In aree di triage ospedaliero si prevedono solo mascherine chirurgiche per il personale. Nessuna protezione (nemmeno le mascherine chirurgiche) nei reparti non dedicati alla covid.

Tutto questo è apparso come assolutamente incomprensibile al personale sanitario in prima linea che ha assistito a molteplici epidemie ospedaliere (molte delle quali partite proprio da reparti in teoria non covid o da casi asintomatici) e che ha visto troppi colleghi infettarsi e alcuni dei quali morire. Senza parlare delle residenze per anziani o dei medici di

medicina generale. E infine dei familiari infettati. Purtroppo l'ipotesi che i soggetti positivi asintomatici fossero pochi e poco infettanti si è protratta oltre ogni limite ragionevole, nonostante il precoce studio del professor Crisanti a Vo' e nonostante l'allarme già lanciato da alcuni medici cinesi¹.

Dopo mesi di dibattiti e scontri sull'uso dei dispositivi di protezione individuali e sulle mascherine in particolare, forse la spiegazione dell'assoluto disallineamento tra organi istituzionali e professionisti è la seguente: da una parte Oms e Iss che cercavano di basare su solidi trial e/o revisioni sistematiche le loro indicazioni. Dall'altra, il personale che gridava: "Ci stiamo infettando e stiamo morendo, non vi basta come evidenza per accettare che il livello di protezione che ci indicate è sbagliato?".

In realtà per la metodologia della scienza, sarebbe sufficiente. Infatti secondo il "principio di falsificazione", proposto dal filosofo Popper, basta una sola evidenza contraria a una teoria per confutarla. Pertanto – visti i risultati – si può affermare che qualsiasi sia la teoria alla base dei protocolli Oms e Iss essa è sbagliata.

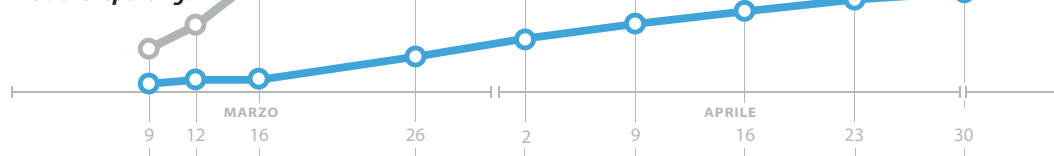
La logica della prudenza

In merito alla protezione del personale, sarebbe stato più utile un approccio pragmatico secondo la "logica del paracadute"¹²: non esiste alcun trial a suo supporto ma nonostante questo nessuno si getterebbe da un aereo senza. In assenza di certezze, sarebbe stato prudente iniziare con un livello di protezione elevato, non viceversa. Anche perché nelle passate epidemie da coronavirus (sars e mers), il tributo di vite del personale sanitario è stato molto elevato e in gran parte ritenuto evitabile.

Ma pur se partiti da protezione bassa, risulta incomprensibile non aver aumentato rapidamente gli standard dal momento che, per gli ambiti legati alla sicurezza, si usa di norma il metodo empiristico-induttivo. Ovvero si elevano i livelli di tutela in base ai singoli incidenti dai quali si cercano di ricavare regole/metodi universali per non farli ripetere. Pensiamo all'aviazione.

Nell'ambito sanitario, è quello che viene previsto dall'approccio reattivo della gestione del rischio clinico. Di fronte a un evento avverso evitabile, si analizzano le cause a monte per capire da dove esso sia generato. E si agisce

Non si sono mossi tutti urgentemente per "aggiustare il tiro" nonostante gli innumerevoli incident reporting.



Claudio Beltramello
Medico
specialista in igiene
Consulente e formatore
di organizzazione
e qualità dei servizi
sanitari

immediatamente di conseguenza per ridurre quel rischio in futuro. Per questo è difficile comprendere l'inerzia con la quale, nonostante i ripetuti incidenti (personale infettato, pazienti/ospiti infettati, familiari infettati) si sia protratta la sotto-protezione del personale che ne era la causa a monte.

E questa inerzia, spiace dirlo visto che chi scrive è un igienista, ce l'hanno avuta troppi direttori sanitari, direttori di ospedale, risk manager regionali e di azienda, medici del lavoro e responsabili del servizio di prevenzione e protezione, che non si sono mossi tutti urgentemente per "aggiustare il tiro" nonostante gli innumerevoli *incident reporting*.

A corollario di questa situazione drammatica di contagio e morte degli operatori sanitari, la politica ha tentato di sottrarre a tutti i livelli superiori qualsiasi responsabilità sulle infezioni e i decessi del personale¹³. E questa è stata certamente la conferma definitiva del senso di abbandono. ■

1. Who. Rational use of personal protective equipment for coronavirus disease (covid-19) and considerations during severe shortages.
2. Godlee F. BMJ 2020;369:m1324.
3. Covid-19: protecting health-care workers. Lancet 2020;395:921-1010.
4. Chang D, et al. Lancet Respir Med 2020;8:e13.
5. National research council 2020. Rapid expert consultation on the possibility of bioaerosol spread of sars-cov-2 for the covid-19 pandemic.
6. Li R, et al. Science 2020;368:489-93.
7. van Doremalen F, et al. N Engl J Med 2020;382:1564-7.
8. Rapporto Iss covid-19 n. 2/2020.
9. Gimbe. Proposta di modifiche al documento Rapporto Iss covid-19 n. 2/2020. 23 marzo 2020.
10. Ecdc. Personal protective equipment needs in healthcare settings for the care of patients with suspected or confirmed novel coronavirus (2019-nCoV).
11. Cdc. Interim infection prevention and control recommendations for patients with suspected or confirmed coronavirus disease 2019 (covid-19) in healthcare settings.
12. Potts M, et al. BMJ 2006;333:701.
13. Beux A. Quotidiano Sanità, 4 aprile 2020.