

La riorganizzazione di un servizio di degenza in epoca Covid-19

Mayra Veronese¹, Francesca Tosato²

^{1,2}Infermiere, Azienda Ospedale-Università di Padova - Padova

Corrispondenza: veronese.mayra@gmail.com

INTRODUZIONE

Il 31 dicembre 2019 le autorità sanitarie cinesi hanno allertato l'OMS per un focolaio epidemico di polmonite atipica a eziologia non nota nella città di Wuhan. Nei successivi 4 mesi il virus denominato Sars-Cov2 si è diffuso in tutti i Paesi, regioni e comunità del mondo, portando alla nascita di una vera e propria pandemia mondiale (Turale et al., 2020).

Durante la pandemia da Covid-19 l'aumento dei pazienti in condizioni critiche ha portato a dei cambiamenti organizzativi a livello ospedaliero, al fine di fornire una risposta immediata e idonea alla situazione che si stava prospettando. In Italia i primi casi accertati sono stati a fine febbraio 2020 e da Marzo vi è stato un progressivo incremento, con apertura di nuovi posti di Terapia Intensiva, di semi intensiva e di aree mediche specifiche per accogliere pazienti affetti da polmonite da Sars-Cov2.

In questo articolo andremo a definire dapprima le emergenze in ambito sanitario e i fattori che sono da tenere in considerazione per riorganizzare una UO; successivamente verranno inquadrare le differenze tra la situazione quotidiana di un servizio di degenza medico e la situazione ipotetica di trasformazione dello stesso in un ambito dedicato alla cura dei pazienti affetti da Sars-Cov2, tenendo in considerazione sia pazienti che necessitano di cure semintensive, sia pazienti che non ne necessitano.

EMERGENZE DI SALUTE PUBBLICA

In letteratura sono presenti varie definizioni di emergenza in ambito di salute pubblica. Tutte le definizioni sono caratterizzate da eventi imprevedibili che rappresentano una grave minaccia per l'organizzazione e per il gruppo. Secondo Nelson et al. (2007) le emergenze di salute pubblica sono definite tanto dalle loro conseguenze sulla salute, quanto dalle loro cause e dagli eventi precipitanti. Una situazione diviene di emergenza quando le sue

conseguenze sulla salute hanno il potenziale per sopraffare le capacità di routine della comunità. Pertanto la definizione proposta si concentra su situazioni che *whose scale, timing, or unpredictability threatens to overwhelm routine capabilities*.

L'*American Red Cross*, definisce il disastro come un evento minaccioso o accaduto, di tale grandezza e forza distruttiva da dislocare le persone, separare i familiari, danneggiare o distruggere case e ferire o uccidere persone. Un disastro produce un livello di sofferenza immediata e dei bisogni umani fondamentali che non possono essere prontamente o adeguatamente indirizzati dalle persone interessate, così come impedisce loro di iniziare e procedere con i loro sforzi per il recupero. I disastri naturali includono inondazioni, tornado, uragani, tifoni, tempeste invernali, tsunami, tempeste di grandine, incendi, tempeste di vento, epidemie e terremoti (Stangeland, 2015)

In queste definizioni emerge che in caso di disastro/emergenza di salute pubblica, la minaccia per il sistema è su larga scala. Questi eventi che mettono a rischio la sicurezza di tutta la popolazione includono molti fattori complessi e rendono i risultati difficili da valutare. L'ambiente cinetico che caratterizza queste situazioni può rapidamente diventare imprevedibile, in particolare quando sono in gioco le vite delle persone; per tale motivo i contesti ospedalieri per acuti, di per sé molto complessi e per loro natura dinamici, devono adattarsi e modificarsi (Samuel et al., 2015).

L'ASSISTENZA INFERMIERISTICA AL TEMPO DEL COVID-19

Bambi et al. (2020) hanno affermato che durante una crisi/disastro sanitario dovrebbe essere monitorato il carico di lavoro degli infermieri mediante strumenti validati. È stato analizzato il carico di lavoro infermieristico durante l'assistenza di pazienti critici affetti da Covid-19, che è risultato maggiore del 33% rispetto al solito mix di casi di pazienti in terapia intensiva.

A maggio 2020 l'Associazione Nazionale Infermieri di Area Critica (ANIARTI) ha emanato delle raccomandazioni sulla gestione dei pazienti affetti da Covid-19. Alcune indicazioni includono:

- previsione di carichi di lavoro aumentati a causa di elevate necessità di pronazione e delle procedure di vestizione e svestizione dei DPI;
- necessità di clusterizzare gli interventi assistenziali ed anticipazione di eventuali situazioni prevenibili/prevedibili per ridurre il tempo di stazionamento al letto del paziente e permettere adeguati tempi di intervallo/ recupero senza DPI;
- potenziamento degli operatori di supporto per le necessità logistiche legate alla decontaminazione e ricondizionamento dei materiali di cura ed assistenza non monouso;
- formazione capillare e puntuale con adeguate simulazioni sulle procedure di vestizione e svestizione con i DPI;
- necessità di programmare i turni nei servizi Covid-19 in modo che gli infermieri non indossino i DPI per più 3 ore (4 al massimo) e adozione di adeguate misure di prevenzione per limitare lesioni da pressione derivanti da DPI (idrocolloidi protettivi su punti di contatto di maschere filtranti).

limitazione prudenziale e temporanea dell'accesso alle visite dei pazienti in tutte le aree dell'ospedale, con assoluto divieto di ingresso a persone con sintomatologia respiratoria, con l'introduzione di strategie alternative di comunicazione con le famiglie dei ricoverati (, videochiamate, e-mail, ecc.).

RIORGANIZZAZIONE DI UN SERVIZIO DI DEGENZA IN EPOCA COVID-19

La situazione di emergenza sanitaria richiede un ampliamento dei posti letto di Medicina e di livello semintensivo respiratorio, per accogliere pazienti affetti da polmonite Covid-19, al fine di rispondere alle necessità che la pandemia pone. Pertanto, secondo la revisione della letteratura, l'odierna organizzazione dei servizi di degenza ospedalieri dovrebbe essere oggetto di revisione, sia strutturale che organizzativa, per garantire la corretta gestione dei pazienti affetti da questa infezione.

La destinazione dei pazienti avviene sulla base dell'intensità di cura, e a tal proposito sono stati designati tre gradi di intensità: livello alto, che fa riferimento alle terapie intensive in cui viene accolto il paziente che necessita di supporto ventilatorio invasivo; livello media intensità (sub-intensiva), per i pazienti che necessitano di supporto ventilatorio non invasivo; livello bassa intensità, per i pazienti che non necessitano di supporto ventilatorio, ma per i

quali è indicata una degenza ospedaliera in ambito medico. Fondamentale il ruolo del Pronto Soccorso, che funge da filtro per tutto il sistema.

FATTORI STRUTTURALI

La trasformazione di un servizio di degenza medico in un ambito che accoglie pazienti positivi al Covid-19 richiede la ridefinizione degli spazi, centrata sulle nuove necessità. L'Istituto Superiore di Sanità (2020) afferma l'esigenza di creare percorsi dedicati per garantire quanto più possibile la separazione tra aree pulite e aree sporche. Di conseguenza il primo fattore da tenere in considerazione è la predisposizione di una stanza pulita per garantire l'adeguata vestizione del personale e di una stanza filtro prima dell'ingresso nel corridoio del servizio, con la definizione di un percorso dedicato sporco di uscita.

La suddivisione del servizio comprende quattro zone:

- *zona arancio* – è considerata quella più a rischio, dove avviene il contatto diretto con il paziente infetto. I DPI necessari per questa zona sono la tuta o camice cerato, la visiera, tre paia di guanti e il camice monouso verde;
- *zona gialla* - zona di passaggio tra le varie aree. Gli operatori in quest'area dovranno indossare la tuta o camicie cerate, visiera e due paia di guanti;
- *zona blu* – è quella più pulita all'interno del servizio. Comprende l'area ristoro e i servizi igienici per il personale. In quest'area gli operatori dovranno indossare la tuta o camice cerato e un paio di guanti;
- *zona verde* – è la zona pulita del servizio, separata dalla zona sporca. Gli operatori sanitario dovranno qui indossare copri scarpe (ISI, 2020).

La Zona Filtro è localizzata all'ingresso del servizio e consiste in un'area di filtro funzionale tra la zona di vestizione (zona pulita) e si svestizione (zona sporca), in cui il personale eseguirà la svestizione dai DPI.

Quando si passa da una zona sporca ad una più pulita l'operatore dovrà eliminare i DPI previsti per quell'area, viceversa se deve passare da una zona più pulita ad una più sporca l'operatore dovrà indossare i DPI.

LE STANZE DI DEGENZA

Nel caso in cui una degenza di medicina dovesse essere trasformata in servizio dedicato ai pazienti positivi al Covid-19, in primis dovrebbe essere considerata la riduzione dei posti letto, con una diminuzione del numero di letti presenti all'interno delle stanze multiple, in modo tale da poter posizionare i letti in modo alternato. Le stanze doppie devono essere trasformate in stanze singole, le stanze quaduple in doppie, e così via.

In ogni stanza di degenza sarà presente un tavolino servitore, ove verrà posizionato il materiale standard per l'assistenza (es. garze, soluzioni fisiologiche, deflussori, disinfettanti, siringhe, etc) secondo uno schema definito, in modo che il personale non debba mai uscire dalla stanza del paziente prima di aver completato la procedura che sta svolgendo.

Gli indumenti personali dei pazienti verranno chiusi in un sacco con l'identificativo e posizionati in un'area dedicata. I familiari potranno portare solo beni di prima necessità, come biancheria intima e oggetti per la cura personale.

In caso di apertura di un servizio di semi-intensiva è necessario identificare una stanza di magazzino per posizionare tutto il materiale di scorta necessario per la ventilazione non invasiva dei pazienti (ventilatori, alti flussi, etc.).

Ogni posto letto viene allestito specificatamente per accogliere pazienti della unità semintensiva respiratoria. Oltre alla composizione dell'unità letto standard sarà necessario: comodino servitore da utilizzare per posizionare gli eventuali dispositivi di ventilazione non invasiva, monitor portatile con collegamento per la telemetria.

Il paziente, nella stanza di degenza e in tutto il servizio, dovrà sempre indossare il camice monouso e la mascherina chirurgica. In caso di trasporto del paziente in ambulanza per la dimissione o di trasferimento in Terapia intensiva verranno aggiunti la cuffia copricapo, i calzari e i guanti.

All'interno del servizio le visite ai pazienti non saranno consentite (ISI, 2020). I colloqui telefonici con i familiari sono a carico del personale medico presente nell'area sporca in un orario ben definito. Successivamente al colloquio telefonico con il medico, i familiari potranno parlare anche con il paziente.

IL PERSONALE DEDICATO ALL'ASSISTENZA

Il personale sanitario con esperienze specifiche non risulta sufficiente per affrontare l'emergenza che ci troviamo a fronteggiare. Quindi ulteriore personale deve essere reclutato dalle varie UO dalle quali è possibile recuperare unità, dalla chiusura di alcuni servizi e da nuove assunzioni avvenute appositamente per l'emergenza. Questo determina una varietà molto ampia di conoscenze e competenze nella gestione del paziente affetto da Covid-19.

La gestione infermieristica dei pazienti è di tipo modulare, con la presa in carico di un numero definito di pazienti per tutto il turno. La gestione modulare dei pazienti avviene a carico di due infermieri per modulo, in modo da garantire, oltre ad una omogeneità delle competenze, anche un adeguato utilizzo dei DPI. La presenza di due infermieri per modulo garantisce la presenza all'interno della stanza di un infermiere dedicato all'assistenza diretta del paziente e un infermiere fuori dalla stanza per il passaggio del materiale e la fornitura di eventuale supporto.

Bambi et al. (2020) hanno rilevato che, durante le emergenze, gli infermieri dichiarano di usare le loro abilità di base e il lavoro di squadra per fornire assistenza ai loro assistiti. Le risorse primarie necessarie di cui gli infermieri devono disporre per affrontare un disastro includono: eccellenti capacità infermieristiche di base, risoluzione attiva dei problemi e senso di unità del personale. Affermano inoltre che è necessaria ulteriore formazione per migliorare l'assistenza dei pazienti durante un periodo di crisi.

Considerato, quindi, che l'equipe infermieristica si viene a creare a causa delle diverse provenienze degli infermieri, è necessario che il coordinatore infermieristico equilibri i turni sul versante delle conoscenze e delle competenze. Uno dei primi fattori da tenere in considerazione è la conoscenza e la capacità di utilizzo della cartella informatizzata.

Nello specifico il servizio di semintensiva respiratoria è di tipo specialistico, all'interno del quale sono necessarie competenze specifiche nell'ambito della ventilazione; qui è fondamentale che vi sia presente all'interno della coppia un infermiere che sappia gestire la ventilazione non invasiva e la gestione del paziente critico. Importante è l'identificazione per ogni turno di un team leader, infermiere esperto che funge da riferimento per tutto il gruppo, avviando alla possibilità di un abbassamento degli standard di qualità dell'assistenza, con potenziali rischi per la sicurezza del paziente (Bimbi et al., 2020).

Il fabbisogno di personale è nettamente diverso rispetto alla normale gestione quotidiana di un servizio medico e semintensivo, in quanto vi è un aumento del carico di lavoro infermieristico, di conseguenza la quantità di personale andrebbe rivista e riadattata alla situazione d'emergenza (ANIARTI, 2020; Bambi et al., 2020).

RUOLO DEL COORDINATORE INFERMIERISTICO

Il Coordinatore di unità operativa ricopre una posizione unica, di snodo, all'interno del sistema azienda sanitaria. In essa si realizza il passaggio dall'area tecnico-operativa all'area gestionale e si abbinano e si confrontano i bisogni degli assistiti e dei professionisti con quelli dell'organizzazione. Nel contesto di un'organizzazione sanitaria, il Coordinatore è un manager di primo livello che si interfaccia direttamente con i professionisti clinici e sostiene i rapporti con le persone assistite e le loro famiglie per contribuire in modo diretto alla loro soddisfazione (Calamandrei et al., 2015).

Nell'apertura di un nuovo servizio, il Coordinatore infermieristico svolge un ruolo cruciale sia dal punto di vista dell'organizzazione del servizio, sia per il mantenimento di un buon clima organizzativo, per far sì che vi sia un ambiente positivo e piacevole in un momento di tensione, in cui i professionisti sanitari sono direttamente coinvolti. Per quanto riguarda l'organizzazione del servizio, il Coordinatore è responsabile della pianificazione della turnistica e della definizione dell'orario di lavoro. Deve quindi essere programmato un turno equilibrato da un punto di vista delle competenze e deve essere fornito un orario di lavoro il più possibile stabile. Il Coordinatore infermieristico dovrebbe promuovere il corretto utilizzo degli strumenti di lavoro, fornendo chiare e rapide indicazioni sul loro utilizzo, sulla presenza di nuove forniture che, in tempo di emergenza, cambiano frequentemente, e garantire la presenza di materiale adeguato sulla base delle nuove necessità del servizio. Non in ultimo il Coordinatore è responsabile dell'approvvigionamento dei farmaci all'interno del servizio e della fornitura adeguata dei DPI sulla base delle indicazioni aziendali.

Il passaggio di informazioni tra i membri dell'equipe, sia cliniche che organizzative, è una funzione indispensabile del Coordinatore, in particolare durante una situazione di emergenza sanitaria, in cui le indicazioni e le procedure a

livello ministeriale, regionale e aziendale cambiano con una frequenza molto elevata. Si rende quindi necessaria una comunicazione celere e capillare tra tutto il personale.

Nei diversi studi analizzati viene sottolineato il ruolo cardine che la comunicazione svolge durante un disastro, tanto che la comunicazione viene definita 'pietra miliare di una crisi'. Senza comunicazione efficace e capillare a tutto il personale non è possibile mantenere il personale direttamente coinvolto informato di quello che sta accadendo, utilizzando anche gruppi online di tipo informale per la comunicazione rapida di informazioni, fermo restando l'utilizzo di mezzi istituzionali per le comunicazioni ufficiali (Allameh, 2020; Shuman, 2020).

Il Coordinatore deve saper trasferire positività e coinvolgimento, orientando e valorizzando il personale sanitario. Deve saper delegare attraverso il processo di *empowerment*, che tende a valorizzare le persone, mediante l'implementazione di politiche e scelte organizzative idonee a distribuire autonomia, responsabilità, informazione, conoscenza e riconoscimento in tutto il gruppo ed evitare stanchezza e inefficienza nel team di gestione delle crisi (Allameh, 2020).

In situazioni di emergenza sanitaria il clima organizzativo che si crea all'interno del gruppo, anche se temporaneo, è essenziale per un buon funzionamento dell'equipe e per una adeguata presa in carico del paziente.

CONCLUSIONI

Il nostro obiettivo era quello di descrivere quali sono i fattori strutturali, organizzativo-gestionali da tenere in considerazione per riorganizzare un servizio di degenza per pazienti positivi al Covid-19, nello specifico una degenza medica e una degenza semintensiva respiratoria in situazione di emergenza sanitaria.

Dalla letteratura analizzata e dalla normativa nazionale non è emersa alcuna indicazione su quali fattori basare la riorganizzazione strutturale e organizzativo-gestionale di una degenza in situazione di emergenza sanitaria. Le trasformazioni a cui va incontro una UO sono notevoli ed è stato quindi necessario riorganizzare molti aspetti nella trasformazione per pazienti con problematiche mediche non intensivistiche.

La trasformazione non può altro che avvenire gradualmente e ci deve essere un continuo feedback tra i professionisti, il Coordinatore infermieristico e la direzione aziendale. Il personale è coinvolto in un adattamento continuo, in quanto lo scenario lavorativo è in costante evoluzione e le criticità che si rilevano nella quotidianità vengono analizzate da tutta l'equipe per arrivare ad una soluzione unica e condivisa da tutti. Molto importante da considerare è anche il sovraccarico emotivo nel personale sanitario coinvolto in prima linea: questo può essere causato da carenza di adeguati DPI, turni di lavoro incalzanti, fatica fisica, eterogeneità e formazione non adeguata del personale. A tutto ciò si aggiunge l'essere chiamati ad intervenire in discipline diverse da quelle di appartenenza e il timore del possibile contagio, con la consapevolezza di poter mettere a rischio la propria famiglia. C'è un elevato rischio di incorrere in percezione di isolamento professionale con senso di cinismo, sentimento di impotenza e mancanza di speranza, frustrazione e rabbia verso la professione e il sistema sanitario. Le conseguenze più gravi possono essere il *burn-out* e la depressione.

La presenza di professionisti che provengono da realtà lavorative diverse risulta sia un punto di forza che di debolezza nel contempo. Il punto di forza consiste nel fatto che ogni professionista presenta conoscenze specifiche in un determinato ambito assistenziale e questo permette la valorizzazione e la condivisione delle esperienze e delle competenze con gli altri colleghi. Dall'altra parte, risulta un limite la mancata standardizzazione di determinate procedure e la mancata esperienza gestionale di pazienti affetti da grave insufficienza respiratoria. In questo contesto si evince che la metodologia di confronto multiprofessionale e multidisciplinare, normalmente utilizzata in sanità, non è praticabile in momenti di emergenza, in quanto i professionisti sono completamente assorbiti dall'assistenza diretta.

Il Coordinatore infermieristico, come sottolineato dalla letteratura, gioca un ruolo fondamentale in una situazione di emergenza sanitaria, in quanto è colui che si trova a interloquire con il personale sanitario coinvolto. Egli dovrebbe trasmettere empatia, positività e disponibilità. L'utilizzo della delega per determinate attività risulta l'unico modo per evitare un'eccessiva stanchezza e inefficienza del team in situazioni di emergenza (Allameh et al., 2020).

Bambi et al. (2020) affermano che l'attuale esperienza di pandemia da Covid-19, che ha portato con sé una riorganizzazione degli ospedali, può insegnarci un nuovo modello per gestire le risorse infermieristiche nel futuro, per esempio superare il lavoro esclusivo in un'unica area di specialità clinica o di Terapia Intensiva e incoraggiare gli infermieri a variare sede operativa durante la loro carriera professionale. L'ampliamento delle competenze ,degli

infermieri potrebbero portare a benefici sia all'interno del team multidisciplinare sia al professionista stesso, con una maggiore resilienza e un aumento delle conoscenze teoriche e pratiche.

Conflitto di interessi

Si dichiara l'assenza di conflitto di interessi.

Finanziamenti

Gli autori dichiarano di non aver ottenuto alcun finanziamento e che lo studio non ha alcuno sponsor economico.

BIBLIOGRAFIA

- Allameh S. F., Khajavirad N., Labaf A., Mirzazadeh A., Sadeghniaat-Haghighi K., Mortazavi S. J., Jafarian A. (2020), *Twelve lessons on hospital leadership during COVID-19 pandemic*. Archives of Bone and Joint Surgery, 8 (suppl1), 277.
- Bambi S., Iozzo, P., Lucchini A. (2020), *New Issues in Nursing Management During the COVID-19 Pandemic in Italy*. American Journal of Critical Care, e1-e2.
- Calamandrei C., Orlandi C., Aletto L. (2015), *Coordinatori e dirigenti delle professioni sanitarie storie e identità, ruoli e funzioni*. In: *Manuale di management per le professioni sanitarie*. McGraw-Hill, Milano.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie*. Rapporto ISS Covid-19. N. 4/2020 Rev.
- Istituto Superiore di Sanità (2020), *Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-COV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2*. Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020.
- Longstaff P. H., Yang S. U. (2008), *Communication management and trust: their role in building resilience to "surprises" such as natural disasters, pandemic flu, and terrorism*. Ecology and Society, 13(1).
- Nelson C., Lurie N., Wasserman J., Zakowski S. (2007), *Conceptualizing and defining public health emergency preparedness*. American Journal of Public Health, 97 Suppl 1(Suppl 1):S9-11.
- Samuel P., Griffin M. T. Q., White M., Fitzpatrick J. J. (2015), *Crisis leadership efficacy of nurse practitioners*. The Journal for Nurse Practitioners, 11(9), 862-868.
- Shuman C. J., Costa D. K. (2020), *Stepping in, Stepping up, and Stepping out: Competencies for Intensive Care Unit Nursing Leaders During Disasters, Emergencies, and Outbreaks*. American Journal of Critical Care, 29(5), 403-406.
- Stangeland P. A. (2010), *Disaster nursing: a retrospective review*. Critical Care Nursing Clinics, 22(4), 421-436.
- Turale S., Meechamnan C., Kunaviktikul W. (2020), *Challenging times: ethics, nursing and the COVID-19 pandemic*. International nursing review, 67(2), 164-167.