Monografia Covid-19

LA PANDEMIA DA CORONAVIRUS E LE ORGANIZZAZIONI SANITARIE COMPLESSE

progetti, idee, start up, innovazioni tecnologiche, modelli organizzativi.

ED. 2021

a cura del Forum delle Professioni sanitarie di Federsanità

SANITÀ 4.0
LE AZIENDE SANITARIE DIALOGANO

Supplemento a Sanità 4.0

COMITATO SCIENTIFICO
Angelo Aliquò
Giovanni Messori Ioli
Tiziana Frittelli
Federico Lega
Giuseppe Pasqualone
Gennaro Sosto

DIREZIONE EDITORIALE
Flavio Boraso
Gian Paolo Zanetta

DIRETTORE RESPONSABILE
Claudio Risso

DIRETTORE COMMERCIALE
Mario Gadaleta

REDAZIONE
Teresa Bonacci
Magda Verazzi

HANNO COLLABORATO A QUESTO PROGETTO
Luca Catalano Gonzaga
Massimo Podio

www.sanitas40.it

REALIZZATO IN COLLABORAZIONE CON

Roche

sham
ASSICURAZIONI E GESTIONE DEI RISCHI
una società del gruppo relyens

SCHELL

itel

PROGETTO GRAFICO
Instant Love Srl - Torino

instant love
Make your brand beat

INDICE

6
EDITORIALE
a cura di Tiziana Frittelli e Lucia Mitello

ABRUZZO

11
AMBULATORI TEAM INFERMIERISTICI TAMPONI SARS-COV-2
Modello Organizzativo Prelievi Campioni Biologici Sars-CoV-2 Ospedale-Territorio
ASL Teramo

15
ASSISTENZA PROTESICA "RETE.COVID"
Medicina in rete-erogazione ausili: riabilitazione Territoriale /Area Assistenza Protesica
ASL Teramo

20
DALLO STRESS-TEST - COVID 19 - ALLA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE
Rilevare e promuovere il benessere organizzativo nella ASL di Teramo
ASL Teramo

26
IL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA
Per la continuità assistenziale ospedale – territorio. Ucat – usca – cure primarie
ASL Teramo

34
LA TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA SARS COVID-19 TRA IL PERSONALE DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO RICONVERTITO A COVID HOSPITAL:
studio osservazionale
ASL Teramo

EMILIA ROMAGNA

41
MODELLO ASSISTENZIALE PER LE DEGENZE DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19
AUSL della Romagna - Ambito Forlì

45
ANALISI DELL'IMPATTO DELLA MALATTIA DA SARS-COV-2 NEI DIPENDENTI DELL'AUSL DELLA ROMAGNA DISTRETTO DI FORLÌ
AUSL della Romagna - Ambito Forlì

48
U.O. PNEUMOLOGIA:
revisione a 360° in tempo di pandemia
AUSL della Romagna - Ambito Forlì

LAZIO

54
PROGETTO PER ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO CLINICO ATTIVO DI PAZIENTI DOMICILIATI AFFETTI DA COVID 19 LIEVE E MODERATA
Centrale di Risposta Territoriale e Monitoraggio (CRTM)
ARES 118 - Azienda Regionale Emergenza Sanitaria

57
PERCORSO PAZIENTI MALATTIA COVID-19 LIEVE:
attività Mezzi di Soccorso Infermieristici zona Castelli Romani CORES Roma Area-Metropolitana
ARES 118 - Azienda Regionale Emergenza Sanitaria

61
IL TEAM INFERMIERISTICO ACCESSI VASCOLARI DELLA ASL ROMA 2 NELL'EMERGENZA COVID
ASL Roma 2 - UOC Assistenza alla Persona

64
CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO DOMICILIARE PER PERSONE IN NAD (NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE) COVID POSITIVI
ASL Roma 2

66
L'ORGANIZZAZIONE DELLE VACCINAZIONI PER COVID19 PRESSO RESIDENZE/DOMICILI
L'esperienza infermieristica della ASL Roma 2
ASL Roma 2

68
L'ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING PER COVID19 CON TEST CON TAMPONI A DOMICILIO - "DRIVE TROUGH" – "WALK IN SCUOLA"
L'esperienza infermieristica della ASL Roma 2
ASL Roma 2

70
TELEMEDICINA COVID-19
ASL Roma 2

75
IL TEST ANTIGENICO PRESSO IL PORTO DI CIVITAVECCHIA:
attività di prevenzione nella diffusione del SARS COV-2
ASL Roma 4

78
IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER COVID 19 "A TRAZIONE INFERMIERISTICA" NELLA ASL RM5
Azienda Sanitaria Locale Roma 5
Dipartimento delle Professioni Sanitarie

82
MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EFFICIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CONTRASTO ALL'EMERGENZA:
esperienza ASL Frosinone
ASL di Frosinone

85
TASK FORCE INFERMIERISTICA PER GESTIONE EMERGENZA COVID
ASL Latina - UOC Professioni Sanitarie Dip. Rete Ospedaliera

88
DRIVE-IN PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE MOLECOLARE ED ANTIGENICO:
una risposta organizzativa per l'individuazione precoce dei cittadini Covid-19 positivi
ASL Roma 6 - UOC Professione Infermieristica

91
L'INTEGRAZIONE DELLA TELEMEDICINA CON L'ASSISTENZA PROATTIVA INFERMIERISTICA, UNA RISPOSTA ORGANIZZATIVA PER RISPONDERE AI BISOGNI CLINICI ED ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI IN ISOLAMENTO DOMICILIARE
ASL Roma 6 - UOC Professione Infermieristica

94
GLI ABBRACCI AL TEMPO DEL COVID-19
ASL Roma 6 - Medicina Covid 2

INDICE

96
LA ASL ROMA 6 INCONTRA LE SCUOLE NELL'EMERGENZA COV SARS-2
ASL Roma 6

99
RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE DA DESTINARE A PAZIENTI COVID POSITIVI DI TIPO ESTENSIVO
ASL Roma 6 - UOC Professione Infermieristica

103
LA STRATEGICITÀ DEI MODELLI ASSISTENZIALI NELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMIOLOGICHE IL PRIMARY NURSING QUALE APPROCCIO PER LA PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA NELLE MEDICINE COVID
ASL Roma 3

107
APPROCCIO MULTISPECIALISTICO AL PAZIENTE CON COVID-19:
un'opportunità per l'ottimizzazione dell'assistenza
Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

111
MISURE OPERATIVE ADOTTATE A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ DI DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI
Policlinico Tor Vergata - Coordinamento Infermieristico Trapianti

113
CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE OSPEDALIERA DEL SARS-COV-2:
contact tracing
Policlinico Tor Vergata

119
INTERVENTO RIABILITATIVO DI GRUPPO SPECIALE:
focus sulle componenti emotive e cognitive post Covid-19
Policlinico Tor Vergata – Servizio Psichiatrico diagnosi e cura

121
GESTIONE DELLA SALA DI EMODINAMICA PER EMERGENZA COVID-19
Fondazione Policlinico Tor Vergata - Area Funzionale delle Professioni Sanitarie e Sociali - U.O.C. Direzione Infermieristica

124
IL SUPPORTO DEL VOLONTARIATO NEI PROCESSI DI CURA:
un patto di alleanza efficace
Policlinico Tor vergata di Roma - UOC Direzione Infermieristica

127
IL TELENURSING:
uno strumento per la continuità assistenziale e la presa in carico dei cittadini nella pandemia da SARS COV 19
Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

130
ACQUISIZIONE E DIMENSIONAMENTO DEGLI ORGANICI IN TEMPO DI PANDEMIA
Azienda Ospedalera San Camillo Forlanini - Roma - Direzione Generale

135
ESECUZIONE DI ESAMI TC PRESSO IL SITO DEDICATO AL PERCORSO PAZIENTI COVID-19
Azienda San Camillo Forlanini Dipartimento delle Professioni Sanitarie

138
RIELABORAZIONE DELLA LOGISTICA DEI PAZIENTI COVID-19 IN UN OSPEDALE A PADIGLIONI
Azienda San Camillo Forlanini Dipartimento delle Professioni Sanitarie

141
NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI A CONFRONTO IN UNA TERAPIA INTENSIVA COVID:
l'eperienza dell'A.O. San Camillo Forlanini
Azienda Ospedalera San Camillo Forlanini - Roma

144
IMPLEMENTAZIONE DEL TEST DI LABORATORIO PER LA DIAGNOSTICA MOLECOLARE, ANTIGENICA E SIEROLOGICA DI SARS COV2 E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ LAVORATIVE
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini Diparimento Delle Professioni Sanitarie - Governo Professioni Sanitarie TSLB Laboratorio di Microbiologia e Virologia

147
COME CAMBIA IN EPOCA COVID-19 IL LAVORO DEL FISIOTERAPISTA PEDIATRICO NEI REPARTI DI NEONATOLOGIA
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini Roma - UOS Servizio Riabilitativo Aziendale

150
LA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA:
esperienza di fisioterapia respiratoria in un gruppo di pazienti Covid-19
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini Roma - Riabilitazione Respiratoria

154
ANALISI E REVISIONE DEI PROCESSI IN RISPOSTA AL COVID-19
L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

158
PANDEMIA DA SARS-COV2:
una nuova esperienza assistenziale per la gravidanza, il parto e il puerperio
Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini Dipartimento Salute della Donna e del Bambino

164
ATTIVAZIONE DI DUE CENTRI VACCINALI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

167
IL CORAGGIO DI ESSERE UMANI
A.O.U. Sant'andrea

INDICE

LOMBARDIA

172
A CASA MA NON DA SOLI
ASST Bergamo Est
Ospedale Bolognini di Seriate (Punto Nascita) – Consultori Familiari Territoriali

176
LA GESTIONE ORGANIZZATIVA ED ASSISTENZIALE DELLA DAPSS IN ASST SETTELAGHI DURANTE IL SECONDO PICCO PANDEMICO DA SARS-COV-2
ASST Sette-Laghi

180
MAPPATURA DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE PER LA SELEZIONE E L'ALLOCAZIONE NEI SETTING DI CURA PER COVID-19:
definizione di un potenziale modello operativo
Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valle Olona

186
LA SALUTE A SCUOLA
Progetto pilota: inserimento dell'infermiere scolastico presso l'Istituto Superiore Mariagrazia Mamoli, Bergamo
CNAI- Associazione Regionale Lombardia Infermieri
Associazione Cuore Batticuore Onlus

191
OLTRE LA LEGGE 23
Agenzia di Tutela della Salute di Pavia

194
SURVIVING COVID-19:
progetto clinico-organizzativo e di ricerca, con case management infermieristico e approccio multidimensionale, per il follow-up delle persone che hanno contratto l'infezione da SARS-CoV-19
Azienda Socio Sanitaria Territoriale - ASST Papa Giovanni XXIII

202
L'ESPERIENZA DELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA DELLA ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO, IN CONTESTO PANDEMICO DA SARS COV-19
ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo

MARCHE

207
STORIA DI UN'ORGANIZZAZIONE RESILIENTE
Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord Pesaro (PU)

PIEMONTE

213
AUDIOTECA IN CORSIA
ASL TO 3

PUGLIA

216
EVOLUZIONE DEL PROGETTO "DIOMEDEE" NEL FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SANITARIA
Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia

TOSCANA

223
COVID-NET:
ingresso familiari Terapia Intensiva COVID Arezzo
Azienda USL Toscana Sud Est

227
LA RETE DI ASSISTENZA RESPIRATORIA DOMICILIARE
Azienda USL Toscana sud est - Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche, Dipartimento della Medicina

230
RSA:
pronti a proteggere
Azienda USL Toscana Sud Est
Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche e Zona/Distretto

234
RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEL PERSONALE TSRM FINALIZZATA ALL'IMPLEMENTAZIONE DI MISURE PER IL CONTRASTO ED IL CONTENIMENTO DEL VIRUS COVID-19
Azienda USL Toscana nord ovest - Dipartimento delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione
UOC Professioni Sanitarie della Diagnostica per Immagini A

UMBRIA

238
INTEGRAZIONE TRA L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA E L'OSPEDALE MILITARE
Il confronto come miglioramento continuo nell'assistenza dei pazienti con covid-19
Azienda Ospedaliera di Perugia

Torna all'indice

Tiziana Frittelli Presidente Nazionale Federsanità e Dg AO San Giovanni Addolorata di Roma
Lucia Mitello Coordinatrice Forum PRO.SA di Federsanità e Direttrice DI.PRO. AO San Camillo Forlanini

EDITORIALE

La pandemia da COVID-19 rappresenta una delle crisi più gravi a livello globale verificatasi nel corso dell'ultimo secolo.

Non esistono più confini, regioni, quartieri. Ciò che stiamo attraversando ha un carattere sovraidentitario e sovra- culturale. Il contagio è la misura di quanto il nostro mondo è diventato globale, inter- connesso, inestricabile.

Un po' di chiarezza: SARS-COV-2 è il virus, COVID-19 la malattia. Sono acronimi impegnativi, anonimi, scelti probabilmente per facilitare la comprensione e renderli innocui accettabili dalla mente umana. COV-2 è un virus a RnA, è una forma di vita elementare.
L'umanità intera si divide per il virus in **tre gruppi**: i **suscettibili**, quelli cioè che potrebbe ancora contagiare, gli **infetti** ovvero quelli che ha già contagiato e i **rimossi**, cioè quelli che, si spera, non possano più essere contagiati, perché guariti. Per interrompere questa catena servono cure ma anche misure di controllo non farmacologiche, basate su sorveglianza attiva, distanziamento sociale, isolamento precoce dei casi e dei relativi contatti e il contact tracing. Tali misure rappresentano azioni necessarie al controllo dell'evoluzione dell'epidemia, ma non sufficienti all'eliminazione dell'infezione nelle aree colpite. Il pieno controllo dell'epidemia e l'eliminazione di COVID-19 come minaccia significativa al benessere pubblico a livello globale potrà essere raggiunta solo integrando le attuali misure non farmacologiche con interventi farmacologici mirati che includono: la profilassi primaria nei soggetti sani non esposti con vaccinazioni di massa fino a raggiungere l'immunità delle popolazioni, interventi di profilassi post-esposizione con l'uso di nuovi anticorpi monoclonali e infine il trattamento precoce dei casi sintomatici.

L'emergenza Coronavirus ha determinato tra i professionisti della sanità una spinta verso l'innovazione che ha contribuito a lanciare la più grande sfida sanitaria: una presa in carico dei pazienti reale e olistica (protocolli di screening, indicazioni al ricovero, percorsi codificati…).

L'arrivo del Coronavirus ha reso necessario mettere in campo azioni che limitassero la diffusione dell'infezione, i sistemi sanitari di tutto il mondo hanno dovuto sperimentare nuovi modelli organizzativi per far fronte all'emergenza.

In Europa e soprattutto in Italia sono avvenuti decessi attribuiti alla SARS-COV-2 in numerose case di cura per anziani e per soggetti diversamente abili e in comunità, la trasmissione è avvenuta in numerosi casi in ambito assistenziale sia tra operatori sanitari che tra degenti delle strutture ospedaliere per acuti. Le analisi condotte su eventi epidemici associati alle cure hanno dimostrato che gli operatori sanitari contribuiscono alla diffusione dell'epidemia sia come vittime che come fonte di infezione dei cluster di trasmissione.
Il management della sanità ha giocato un ruolo fondamentale nella gestione dell'emergenza COVID-19, garantendo la tenuta del SSN e un contributo decisivo per la successiva fase di rilancio del Paese, che avrà la necessità di vision e competenze sulle scelte organizzative e allocative con la valorizzazione del diversity management e alla composizione dello skill-mix.

I professionisti della salute sono stati chiamati da sempre a trovare soluzioni organizzative nei momenti di crisi per far fronte a problemi legati alla gestione delle Risorse Umane, alla scarsità di risorse, alle riorganizzazioni di spazi e setting assistenziali, il tema, in occasione di tale pandemia, ha assunto un rilievo particolare e Federsanità ha investito ed è intervenuta con proposte a breve, medio e lungo termine. Alcuni processi di cambiamento irrealizzabili in tempi di normalità si sono rivelati praticabili nella condizione straordinaria di emergenza.
L'emergenza pandemica ha reso più urgente la necessità di misure innovative e strutturali relative a tutti gli ambiti che impattano sulla sanità, dal reclutamento del personale, alla formazione e alla gestione delle risorse umane. La pandemia ha contribuito a mettere in discussione il modello a silos verso una circolarità delle idee, a ridimensionare le barriere disciplinari e professionali che hanno consentito il cambio repentino degli assetti organizzativi esistenti che si sono dimostrati resilienti ai cambiamenti e alle riconfigurazioni.

Torna all'indice

Tiziana Frittelli Presidente Nazionale Federsanità e Dg AO San Giovanni Addolorata di Roma
Lucia Mitello Coordinatrice Forum PRO.SA di Federsanità e Direttrice DI.PRO. AO San Camillo Forlanini

EDITORIALE

Foto di Luca Catalano Gonzaga

La pandemia ha costretto i manager a rivedere i modelli tradizionali, a superare inerzie storiche e a rivalutare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e delle relazioni tra questa e gli ospedali per acuti; il territorio con i distretti è stato l'epicentro del cambiamento e le professioni sanitarie è in quest'ambito che hanno sperimentato la maggior parte delle innovazioni organizzative, andando oltre l'emergenza.

Un patrimonio enorme di esperienze che rappresentano una capitalizzazione per il futuro di modelli che contribuiranno a costruire un'assistenza territoriale che sarà capace di dare risposte efficaci all'appropriata presa in carico della popolazione assistita e al conseguente uso appropriato delle strutture per acuti.

L'emergenza da COVID-19 ha fatto emergere problematiche mai affrontate con metodo e determinazione e ha consentito alle aziende di rispondere con logiche mission driven, e flessibilità capovolgendo a proprio favore il dramma della pandemia. Lo svantaggio si è rivelato un'opportunità per migliorare in efficacia ed efficienza.

La pandemia ha fatto riflettere sullo stato dell'arte in merito alla gestione del rischio nelle Aziende e sulle attività a garanzia della sicurezza dei luoghi di cura, mettendo al centro la prevenzione. Sono stati rivalutati le cure primarie, il ruolo dei medici di medicina generale, la telemedicina e le tecnologie digitali, l'integrazione sociosanitaria, flussi informativi socio-sanitari e Big Data. Federsanità fin dal 1995, data della sua costituzione si è impegnata, per statuto, nel sostegno all'integrazione sociosanitaria "in modo da offrire alle Comunità una rete di servizi realmente integrati senza vuoti assistenziali o scollamenti che rischiano di vanificare anche il miglior modello sanitario o il miglior modello sociale", l'associazione ha promosso nel tempo progetti di deospedalizzazione, servizi territoriali avanzati e prevenzione, e il 9 febbraio 2021 in una audizione informale alla Commissione Affari Sociali della Camera dei Deputati ha formulato una proposta di Piano Nazionale e Resilienza, di seguiti i punti esposti:

Orientare gli investimenti edilizi per le infrastrutture ospedaliere verso soluzioni in grado di garantirne la flessibilità dell'offerta rispetto al fabbisogno e la sostenibilità ambientale degli interventi (consumi energetici e gestione del ciclo dei rifiuti), fattori di spesa per investimento che tuttavia in prospettiva riducono anche significativamente le spese di gestione.

Definire standard adeguati di posti di terapia intensiva/sub-intensiva attivati e attivabili al bisogno. Definire Linee guida e protocolli per il corretto ciclo dei rifiuti nell'ambito delle strutture ospedaliere e definire criteri standard di approvvigionamento energetico da fonti rinnovabili per le nuove strutture. **Favorire l'ammodernamento tecnologico**, anche attraverso forme di acquisizione alternative agli acquisti; rendere strutturale una riduzione dell'imposizione IVA almeno sugli investimenti per aggiornamento del parco tecnologico (e delle eventuali lavori necessari per l'installazione degli stessi).

Supportare un nuovo protagonismo della Medicina Generale e della Pediatria di Libera Scelta, in modo da far evolvere le attuali AFT in modelli agili e maggiormente integrati con gli altri servizi sanitari e sociali di comunità.
Agevolare l'acquisizione di strumenti diagnostici e di risorse infermieristiche e **amministrative** per l'utilizzo in rete da parte di studi associati di MMG e PLS.

Rafforzare le strutture assistenziali territoriali colmando il divario fra le regioni italiane e riequilibrando l'offerta assistenziale alla non autosufficienza. Rafforzare i servizi per la salute mentale, garantendo percorsi precoci di presa in carico a partire dall'età scolare, attraverso servizi di supporto psicologico.

Individuare un punto di maggiore equilibrio nel rapporto tra Case di Comunità, **presidi di cure intermedie e numero di abitanti**, tenendo conto delle caratteristiche fisiche del territorio, della viabilità e delle potenzialità di connettività.

Torna all'indice

Tiziana Frittelli Presidente Nazionale Federsanità e Dg AO San Giovanni Addolorata di Roma
Lucia Mitello Coordinatrice Forum PRO.SA di Federsanità e Direttrice DI.PRO. AO San Camillo Forlanini

EDITORIALE

Foto di Massimo Podio

Definire standard di presenza infrastrutturale sulla base di n. abitanti, densità abitativa e caratteristiche orografiche del territorio.

Attuare l'integrazione sociosanitaria dando piena attuazione alla L.328/2000. Definire i livelli essenziali delle prestazioni in ambito socioassistenziale e trovare le necessarie complementarietà rispetto ai LEA. Garantire il finanziamento dei LEP attraverso il Fondo Nazionale Politiche Sociali.

Dedicare una maggiore attenzione ai territori meno popolosi, con particolare attenzione a quelli montani o alle c.d. "aree interne", che già soffrono di carenze di Medici di Medicina Generale e Pediatri di Libera Scelta. Questi territori vedono inoltre una maggiore presenza di fasce di popolazione anziana, che spesso presenta difficoltà nell'utilizzo di device tecnologici.
Individuare modalità di incentivazione alla presenza di professionisti sanitari nei territori con caratteristiche di aree interne.

Ricorrere alla leva del volontariato e del servizio civile per avvicinare i servizi – sanitari, sociali e di pubblica utilità – ai cittadini delle aree più deboli, sia attraverso la presenza di presidi fissi sia di strutture mobili. A questo proposito una buona pratica è quella delle Botteghe della Salute sperimentate in Toscana. Nel quadro del completamento della Riforma del Terzo settore, individuare modalità ad hoc in ambito sociosanitario, valorizzando esperienze innovative, coinvolgendo anche i caregiver in processi formativi utili alla presa in carico, anche per il tramite delle associazioni dei pazienti.

Affiancare a interventi straordinari specifiche risorse strutturali per sostenere l'ammodernamento tecnologico degli ospedali e dei presidi sociosanitari locali.

Promuovere un approccio di sistema tra la Missione 1 relativa alla digitalizzazione con gli interventi di coesione territoriale rispetto alla strategia nazionale per le aree interne – Missione 5 –. Il superamento delle distanze fisiche consentito dalla telemedicina avrà infatti bisogno di infrastrutture di accesso oggi distribuite in maniera diseguale all'interno del Paese.
Sviluppare una governance non 'a canne d'organo', ma in grado di individuare e sviluppare le opportune sovrapposizioni tra le diverse Missioni e componenti del Piano, oltre che con le politiche ordinarie. Sviluppare la connettività digitale delle zone interne per facilitare gli interventi di telemedicina.

Promuovere una migliore organizzazione, standardizzazione e accessibilità dei dati sociali e sanitari, anche attraverso la interoperabilità delle relative banche dati. Ciò rappresenta il prerequisito per una più efficace gestione di percorsi assistenziali integrati. Messa a regime del FSE sull'intero territorio nazionale. Sviluppo della cartella sociosanitaria informatizzata.
Definizione di standard e modalità di raccolta comuni dei dati, che consentano il confronto e l'integrazione tra le diverse fonti nel rispetto della privacy.

Individuare criteri condivisi per la promozione di una rete di strutture territoriali – sociali, sociosanitarie e socioassistenziali – basate sulle reali esigenze dei territori e sulle possibili sfide individuate a partire da un approccio predittivo rispetto alle criticità. Individuare standard di presenza di servizi e strutture sociosanitari sull'intero territorio nazionale, in grado di garantire l'intera copertura dei percorsi assistenziali attivabili.

Definire un adeguato quadro istituzionale – ad esempio con consorzi o convenzioni tra aziende sanitarie ed enti locali – e basato su una governance multilivello tra Regioni, ASL e distretti e che veda la partecipazione dei Comuni e delle rappresentanze del Terzo settore. Definizione di un cronoprogramma per l'avvio di forme sperimentali di governance sociosanitaria nelle regioni che non hanno individuato modelli specifici.

Torna all'indice

Tiziana Frittelli Presidente Nazionale Federsanità e Dg AO San Giovanni Addolorata di Roma
Lucia Mitello Coordinatrice Forum PRO.SA di Federsanità e Direttrice DI.PRO. AO San Camillo Forlanini

EDITORIALE

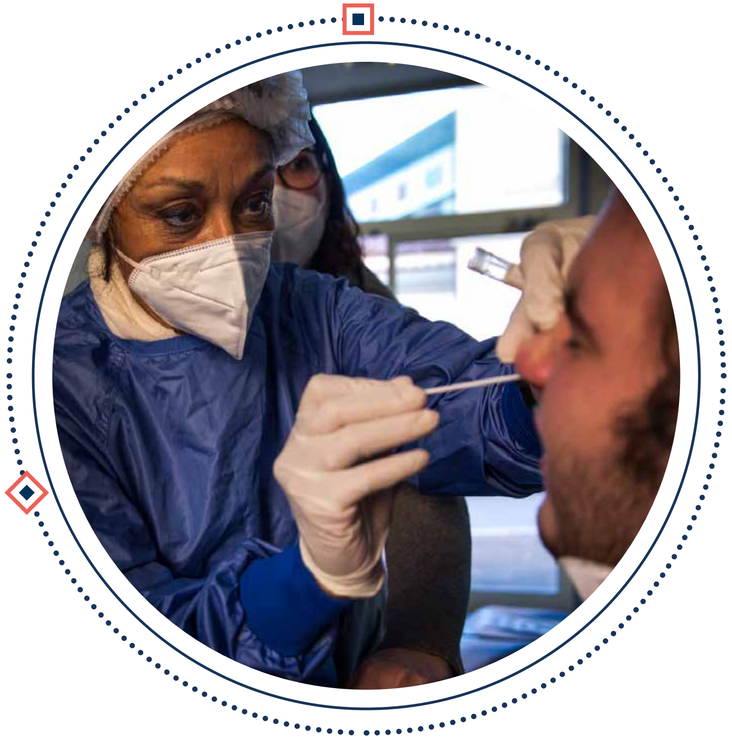


Foto di Massimo Podio

Promuovere adeguati piani di formazione dedicati agli aggiornamenti tecnico-professionali, digitali e manageriali. In particolare, si tratta di formare manager con una visione integrata rispetto alla programmazione sociosanitaria, capaci di interpretare nuovi dati e informazioni e di gestire organizzazioni complesse, valutabili non soltanto sulla base di logiche aziendali. Eliminare l'imbuto formativo, con ulteriori 12.000 borse per le scuole di specializzazione, puntando sui profili specialistici più carenti e finanziare politiche retributive volte a differenziare le retribuzioni di chi operi in zone disagiate, per attutire il fenomeno dell'urban-rural divide.

Federsanità-ANCI con questo nuovo contributo è ancora una volta al fianco dei protagonisti del cambiamento e a coloro che con le loro idee e con il loro lavoro hanno consentito di governare i processi professionali, sociali e organizzativi del sistema sanitario pubblico.
I team multidisciplinari messi in campo in ogni ospedale, in ogni territorio per fronteggiare la pandemia che ragionano sulle soluzioni fin qui adottate e di quelle future, può rappresentare la soluzione per non trovarsi di nuovo sorpresi di fronte a potenziali minacce come quella della pandemia SARS-COV2.

I temi trattati nei lavori che compongono la monografia sono quelli che sono già stati affrontati in maniera approfondita in sede di implementazione dei setting assistenziali organizzati per la cura della malattia COVID-19.

Le esperienze maturate nelle Aziende Ospedaliere o nelle ASL vengono descritte e confrontate, sistematizzazione metodologicamente alla luce di eventuali altre realtà nazionali e internazionali. Rispetto al vissuto aziendale e di quanto il gruppo di lavoro ha approfondito a livello teorico, i progetti descrivono i processi, sintetizzano proposte, valutazioni e indicazioni emergenti.

Il lavoro si propone di raccogliere e sistematizzate le esperienze, le conoscenze esistenti e avviate e/o consolidate, per seguirle nel tempo e fornire un apporto informativo critico a chi volesse sperimentarle nel proprio ambito ma anche a produrre linee guida, raccomandazioni, suggerimenti su tematiche specifiche, connesse alla gestione e all'operatività aziendale. I lavori rappresentano i differenti contesti sanitari regionali, e i percorsi avviati dai professionisti coinvolti dalla pandemia e evidenziano i risultati positivi e le eventuali criticità con l'obiettivo di trasferire queste informazioni a tutta la rete di Federsanità ANCI e a tutti coloro che intendono porre in essere cambiamenti organizzativi. Si propone inoltre di diffondere le buone pratiche sanitarie sperimentate per il COVID-19 che migliorano la qualità di vita dei pazienti.

Torna all'indice

REGIONE

Abruzzo

Torna all'indice

AMBULATORI TEAM INFERMIERISTICI TAMPONI SARS-COV-2

Modello Organizzativo Prelievi Campioni Biologici Sars-CoV-2 Ospedale-Territorio

Abruzzo – ASL Teramo

REFERENTI:

Dr. Giovanni Muttillo	Dirigente Professioni Sanitarie
Dr.ssa Giovanna Michela Pace	Dirigente Professioni Sanitarie

IN COLLABORAZIONE CON:

Dr. Maurizio Brucchi	Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Valerio Profeta	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale DAT
Dr. Giandomenico Pinto	Direttore UCAT
Dr.ssa Gabriella Lucidi	Pressanti Direttore Dipartimento dei Servizi
Dr.ssa Fatima Parravano	CPS Infermiera referente Ambulatorio Team Infermieristico Tamponi SARS Cov-2 PP.OO.
Dr.ssa Emanuela Zenobi	CPS Infermiera referente Ambulatorio Team Infermieristico Tamponi SARS Cov-2 Area Territoriale
Dr.ssa Carolina De Simone	CPS Infermiera
Dr. Michele D'Antuono	CPS Infermiere
Dr. Battista Pisciaroli	CPS Infermiere
Dr.ssa Alessandra Ulian	CPS Infermiera
Dr.ssa Pina Di Paolo	CPS Infermiera
Dr.ssa Daniela Nori	CPS Infermiera
Dr.ssa Patrizia Ciaffoni	CPS Infermiera
Dr.ssa Claudia Nanno	CPS Infermiera
Dr. Luciano Pannelli	CPS Infermiere referente professioni sanitarie UCAT

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

ABSTRACT

Lo scenario, complesso ed inaspettato, che la pandemia da Sars-CoV-2 ha generato in Italia e nel mondo intero nell'ultimo anno ha posto per il management delle organizzazioni sanitarie e in particolare per quello infermieristico l'attenzione urgente a processi gestionali mai prima individuati. Ciò ha portato all'adozione di scelte organizzative e formative che in breve tempo riuscissero a garantire le competenze richieste ai professionisti sanitari nel loro ruolo chiave, e renderli competenti nel rispondere con estrema immediatezza ed efficienza ai nuovi bisogni di salute.

Il progetto "ambulatori team infermieristico tamponi Sars-CoV-2 ospedale-territorio" nasce proprio dalla necessità di implementare in tempi rapidi un modello organizzativo innovativo che potesse da una parte garantire un percorso di formazione/addestramento a supporto dei bisogni evidenziati dal personale sanitario, dall'altro l'adozione di setting gestionali-assistenziali quali ambulatori infermieristici ospedalieri e territoriali in cui garantire l'idonea esecuzione della procedura del tampone per la ricerca Sars-CoV-2, l'educazione sanitaria al singolo e alla collettività sulle corrette norme comportamentali anti Covid-19, la definizione dei processi sanitari organizzativi e dei percorsi.

INTRODUZIONE

In base al DL n°6 del 23/02/2020 e la circolare n°7922 del 09/03/2020 del Ministero della Salute e successive modifiche ed integrazioni l'Asl di Teramo approva i documenti "Emergenza Covid-19" con delibere n°479 del 20/03/2020 n°497 del 26/03/2020 e n°622 del 20/04/2020, nelle quali si evidenzia la necessità immediata di individuare e formare e addestrare un team infermieristico dedicato su base inizialmente volontaria con l'obiettivo di gestire in maniera completa e strutturata le criticità emergenti con la pandemia:

- Formare e addestrare il personale sanitario in modo efficace ad acquisire le conoscenze e le abilità tecniche e comportamentali indispensabili ad adottare le misure preventive e protettive nell'affrontare la pandemia con il corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuali, la vestizione/svestizione e l'individuazione dei percorsi idonei.
- Attivare il servizio di consulenza infermieristica per la valutazione dell'appropriatezza dei percorsi e dei comportamenti individuali e collettivi per il contenimento del contagio.
- Istituire un team infermieristico che potesse garantire in tempi rapidi l'effettuazione dei tamponi rino-orofaringei per la l'individuazione dell'agente eziologico Sars-CoV-2 sia al livello ospedaliero che territoriale (Raccomandazioni ad interim per il corretto prelievo, conservazione e analisi sul tampone rino/orofaringeo per la diagnosi di Covid-19 rapporto ISS Covid-19 n°11/2020 Rev.2).
- Fornire ai cittadini e agli operatori sanitari le norme comportamentali per la prevenzione e il contenimento del contagio.
- Strutturare e condividere il modello organizzativo "prelievi campioni biologici Sars-Cov-2 ospedale-territorio" in aderenza con i provvedimenti adottati in sede di Unità di Crisi.

ANALISI DEL CONTESTO

L'ASL di Teramo comprende una rete ospedaliera costituita da un P.O. Hub (Teramo) e tre PP.OO Spoke (Giulianova, Atri, S.Omero); una rete territoriale (DAT) costituita da due UOC (Gran Sasso-Laga e Costa Adriatica). È un territorio complesso che comprende zone montane difficili da raggiungere e una vasta zona costiera, una popolazione di 303.900 residenti e una densità abitativa di 157,3 abitanti per Kmq. con 47 Comuni (ultimi dati Istat).

In questo contesto per soddisfare i bisogni di salute della popolazione dettati dalla necessità pandemica, nasce l'esigenza di adottare il modello organizzativo funzionale strutturato a piccola equipe con 2 referenti infermieristici (ospedaliero e territoriale) con funzioni di Case Manager, in raccordo alla governance della Direzione delle Professioni Sanitarie. La ASL con Delibera n.459 del 10/3/2021 istituisce l'Ambulatorio Team Infermieristico Tamponi Sars-CoV-2 adottando il modello organizzativo funzionale a piccola equipe, dotato di autonomia decisionale, pensiero critico e competenze trasversali nell'area operativa e gestionale.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

Il team infermieristico avendo chiari gli obiettivi da perseguire, ha elaborato i seguenti interventi:

- Realizzazione di un video tutorial sulla procedura di vestizione/svestizione immediatamente disponibile sul sito aziendale.
- Progettazione e attuazione del Corso di formazione/informazione/addestramento teorico-pratica in presenza sul "Corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuali, vestizione/svestizione ed esecuzione del tampone per la ricerca Sars- CoV-2". Il Corso ha visto la partecipazione dei dipendenti del ruolo tecnico-sanitario, propedeutico alla presa in servizio dei neoassunti, all'effettuazione del Tirocinio Clinico per gli studenti del Corso di Laurea in Infermieristica CLI, tirocinanti OSS, volontari, Protezione Civile, agenti di Polizia Penitenziaria, personale addetto alle pulizie UU.OO. Covid-19.
- Attivazione della Consulenza infermieristica nella definizione dell'appropriatezza dei percorsi strutturali ed organizzativi per la gestione degli ambienti "sporchi-puliti" nelle strutture Hub e Spoke, strutture territoriali e convenzionate.
- Addestramento pratico con tutoraggio per l'esecuzione del tampone rino-oro-faringeo per la ricerca dell'agente eziologico Sars-CoV-2 nei seguenti setting assistenziali:
  - UU.OO. ospedaliere.
  - Ambulatori infermieristici ospedalieri Hub e Spoke.
  - Rete territoriale (Distretto Socio Sanitario e cooperative afferenti, strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali, casa circondariale, l'istituto zooprofilattico, ect..).
- Attuazione della procedura per l'effettuazione del tampone Sars-CoV-2 in ambito ospedaliero (nelle UU.OO. e negli ambulatori dedicati) e territoriale (domiciliare, strutture e nei test drive).
- Interventi di consulenza ed educazione sanitaria rivolta al singolo e alla famiglia per la prevenzione e contenimento del contagio negli ambienti domestici.

RISULTATI

A distanza di 1 anno dall'avvio del Corso di formazione/informazione/addestramento teorico-pratica in presenza sul *"Corretto utilizzo dei dispositivi di protezione individuali, vestizione/svestizione ed esecuzione del tampone per la ricerca Sars-CoV-2"* iniziato il 12/3/2020, i risultati sono più che incoraggianti sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo. Il personale con competenze specialistiche riconosciute nell'ambito delle malattie infettive ha assicurato la formazione a n.2300 partecipanti con indicatori di esito della qualità percepita con un alto indice di gradimento sia per contenuti che per metodologia didattica. Nella fase iniziale dei primi ricoveri i Tamponi rino-oro-faringeo per la ricerca dell'agente eziologico Sars-CoV-2 effettuati nell'U.O. di malattie infettive sono stati eseguiti dal personale infermieristico i primi di febbraio 2020, mentre il giorno 11 marzo 2020 è partita l'esperienza Tamponi sul territorio e negli ambulatori dedicati del P.O. Hub di Teramo e dei restanti 3 PP.OO. Spoke di Atri-Giulianova-Sant'Omero. A fine marzo 2021 registriamo l'effettuazione del numero di Tamponi complessivi (Ospedale-Territorio) pari ad un numero di oltre **215.000**.

CONCLUSIONI

Il Team Infermieristico in questa provata e stimolante esperienza si è reso regista in ogni ambito assistenziale, con ogni mezzo ed equipaggio a disposizione, con ogni condizione meteorologica della realizzazione del modello organizzativo "Ambulatori Team Infermieristici tamponi Sars-CoV-2 ospedale-territorio".

La condivisione e il raggiungimento degli obiettivi ha favorito le dinamiche di gruppo con una forte coesione e motivazione nell'affrontare le criticità quotidiane legate all'incertezza e alla continua evoluzione delle conoscenze scientifiche disponibili. La passione che accomuna la Direzione delle professioni Sanitarie e il Team infermieristico ha messo in evidenza nuovi ambiti di autonomia e responsabilità professionali tali da spingere il professionista ad una ricerca di aggiornamento continuo quale priorità della valorizzazione del Capitale Professionale.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

Il progetto in cui ha creduto la Direzione Strategica Aziendale, ha permesso di riflettere sul futuro investimento di professionisti e di ripensare con dinamicità al disegno dei processi di erogazione dei servizi in tutte le fasi della Pandemia. I dati raccolti, i volumi delle prestazioni informatizzate ed i livelli di soddisfazione degli utenti, pongono il progetto come volano della continuità del nuovo ciclo Territorio-Ospedale-Ospedale-Territorio con l'integrazione del percorso formativo tra professionisti evidenziando una evidente crescita del sistema. Una crescita in piena pandemia, con l'opportunità di rivalutare la presa di decisioni in maniera sistematica sul processo organizzativo, le modalità operative e i risultati attesi attraverso il pensiero critico e le evidenze disponibili per un nuovo paradigma: "la pandemia da Covid-19 non finirà finchè non sarà finita per tutti".

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Dirigenti delle Professioni Sanitarie, Coordinatori infermieristici, Infermieri, Studenti CLI, Direttori UU.OO, / aree Dipartimentali / Servizi Informatici, CUP, Associazioni di Volontariato.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Febbraio 2020 – marzo 2021.

RIFERIMENTI

1. DL n°6 del 23/02/2020.
2. Circolare n°7922 del 09/03/2020 del Ministero della Salute.
3. D.L. n° 34 del 19 maggio 2020 – Conversione in L. 77 del 17.07.2020 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
4. "Emergenza Covid-19" delibere n°479 del 20/03/2020 n°497 del 26/03/2020 Emergenza COVID-19. Istruzione operativa test diagnostico SARS-COV 2 Ricerca agente eziologico Delibera n.0622 del 20.04.2020.
5. Rapporto ISS Covid-19 n°11/2020 Rev.2).

Scarica Il Modello Organizzativo Ambulatorio Team Infermieristico Tamponi Sars-Cov-2

Torna all'indice

ASSISTENZA PROTESICA "RETE.COVID"

Medicina in rete-erogazione ausili: riabilitazione Territoriale /Area Assistenza Protesica

Abruzzo – ASL Teramo

REFERENTI:

Dott.ssa Maria Gabriella Di Nicola	Coordinatrice Aziendale Attività Riabilitative Territoriali
Dott. Mario Pellone	Dirigente Medico Uff. di Riabilitazione Area Assistenza Protesica ed Integrativa
Dott.ssa Diana Coruzzi	Direttore DSS "Gran Sasso - Monti della Laga"
Dott.ssa Giuseppina Franzone	Dirigente Fisiatra UOSD MFR
Dott. Giovanni Muttillo	Dirigente delle Professioni Sanitarie, Direttore Attività Didattiche professionalizzanti Università degli studi dell'Aquila
Dott. Valerio Filippo Profeta	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale
Dott.ssa Ft. Anna Ceci	Posizione Organizzativa della Riabilitazione
Dott.ssa Alberta D'Alesio	Infermiera Professionale
Dott.ssa Merty Taraborrelli	Op. Front End/Office
Gilda Falconi	Assistente Amministrativo
Dott. Paolo Clemente	Op. Tecnico EDP
Dott.ssa Annalisa Di Donato	Op. Tecnico EDP
Ondina Fortunato	Op. Tecnico EDP
Simone Fidanza	Op. Front End
Egidio Santedicola	Assistente Amministrativo
Donato Pantoli	Assistente Amministrativo
Giampiero Masi	Coadiutore Amministrativo
Terziano Dell'Aguzzo	Coadiutore Amministrativo

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

ABSTRACT

La normativa (nazionale e regionale) attualmente vigente in tema di assistenza protesica, evidenzia come il servizio sanitario, sia primariamente erogato dalle strutture territoriali delle ASL. Queste ultime, in relazione all'assistenza ai disabili in generale e all'erogazione di ausili e protesi in particolare, svolgono due funzioni essenziali:

- **una di carattere socio-sanitario**, ovvero l'assistenza erogata a domicilio dei pazienti o presso strutture deputate quali centri diurni, RSA, ecc., da medici specialisti ed altri operatori sanitari e sociali e comprendente anche la prescrizione di eventuali ausili e protesi di supporto al progetto rieducativo del paziente disabile;
- **una di carattere tecnico-amministrativo**, ovvero la gestione del processo di autorizzazione ed erogazione di protesi e di ausili a pazienti aventi diritto, con l'erogazione di eventuali servizi correlati (consegna/ritiro, manutenzione, sanificazione, ecc.).

In relazione alla fase di emergenza Covid 19 in atto, il presente progetto, denominato **"Assistenza Protesica - Rete Covid"** è prodotto "dall'Ufficio di Riabilitazione Territoriale Area Assistenza Protesica ed Integrativa", con l'obiettivo di ottimizzare i criteri che guidano il processo di erogazione di protesi / ausili, dalla fase di programmazione del fabbisogno fino alla concessione degli stessi. Tale scelta privilegia la trasmissione delle prescrizioni e delle istanze per via telematica sfruttando l'insieme delle tecnologie e dei prodotti che afferiscono alla sanità e, in una accezione più ampia, alla salute ed al benessere. Il modello telematico sarà sperimentato nel periodo emergenza Covid e dopo valutazione dell'impatto sociale, potrebbe rappresentare una traiettoria di sviluppo di telemedicina con la garanzia di adeguati standard qualitativi per i pazienti affetti da disabilità.

INTRODUZIONE

A seguito della pandemia la prospettiva di dover affrontare un periodo non breve di distanziamento sociale, ci obbliga a ripensare il processo di formazione delle varie fasi utili all'erogazione del "servizio" con un modello organizzativo di riferimento che ne faciliti la realizzazione in questo particolare periodo.

Obiettivo principale è la tutela della sicurezza, utilizzando le "reti" esistenti per annullare la distanza tra persone creata dalla diffusione del virus e nel contempo implementare la possibilità di estendere i servizi telematici attivati durante l'emergenza sanitaria, oltre la durata della stessa, al fine di ottenere la loro stabilizzazione duratura nella pratica routinaria:

1. facilitare l'accesso all'assistenza protesica ed integrativa con lo snellimento delle procedure burocratiche-amministrative;
2. migliorare l'integrazione "rete ospedale e territorio", attraverso l'attivazione del modello organizzativo NAIOT in raccordo con strutture ADI, DSS e farmacie ospedaliere, Infermiere di Famiglia / UCAT ed altre istituzioni presenti sul territorio;
3. garantire continuità assistenziale-riabilitativa nei diversi setting assistenziali.
4. implementare il monitoraggio assistenziale riabilitativo dei pazienti dalla consegna dei dispositivi protesici alla fase di collaudo;
5. monitorare i dati sanitari del Progetto-Riabilitativo-Assistenziale-Individuale (PRAI) con follow up del decorso clinico assistenziale riabilitativo degli assistiti.

ANALISI DEL CONTESTO

La modalità telematica per la concessione degli ausili, perfettamente in linea con le misure restrittive e di contenimento dell'emergenza in atto, favorisce l'integrazione "rete ospedale e territorio", garantisce la continuità assistenziale, riduce l'accesso degli utenti presso gli sportelli ASL, gli assembramenti nelle sale di attesa o in altri ambienti delle UO, diminuendo la possibilità di contagio e snellendo anche le procedure burocratiche-amministrative. Trattandosi di dati sensibili, il trasferimento delle informazioni avverrà nel **rispetto assoluto della privacy** e potrà avvalersi di un'area dedicata sul portale della ASL di Teramo.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

Tale applicazione è idonea per "*…semplificare, agevolare ed accelerare lo svolgimento della procedura evitando di porre a carico degli assistiti o dei loro familiari adempimenti non strettamente necessari*" come riportato esattamente nell' Allegato 12 – comma 1 art. 1 – D.P.C.M. 2017 e a quanto disposto dalla Legge n. 241 del 07.08.1990 in merito ai principi del procedimento amministrativo su istanza di parte.

In particolare, l'innovazione è rappresentata dall'acquisizione delle istanze per **via telematica**, possono essere inoltrate direttamente dai MMG/PLS, per l'Assistenza Integrativa o dagli utenti stessi attraverso indirizzi di posta elettronica dedicati riferiti ai Distretti di appartenenza degli assistiti.

Il canale telematico, assolve inoltre l'importante funzione di individuare le erogazioni degli ausili, in via prioritaria per tutti i casi in cui si rendano necessari dimissioni protette e/o dimissioni ordinarie, (come delineato anche nel Progetto NAIOT).

Sono individuate le seguenti fasi:

- acquisizione delle istanze;
- valutazione amministrativa;
- autorizzazione;
- standardizzazione delle Procedure del Servizio di Riabilitazione con l'individuazione delle priorità.

Inerenti a:

a. casi di dimissioni protette;

b. erogazione di ausili monouso per la cura e la protezione personale di cui all'Allegato 2 – Dpcm 2017;

c. consegna a domicilio di apparecchiature per la ventilazione meccanica respiratoria;

d. ritiro ausili a domicilio non utilizzati.

- invio delle autorizzazioni emesse a mezzo posta e/o anche in via telematica (art.1 comma 1 lettera n-ter del Codice Amministrazione Digitale).

METODOLOGIA

Costituzione gruppo di miglioramento: creazione di una rete tra i Referenti professionali UU.OO/Servizi Ospedalieri, NAIOT; Infermiere di Famiglia / UCAT MMG interessati e il personale del Servizio di Riabilitazione Territoriale /Area di Assistenza Protesica ed Integrativa.

Audit organizzativo: in raccordo con il CED e l'URP valutazione e condivisione dei processi organizzativi di supporto alle attività riabilitative (es. sistema informativo, procedure organizzative finalizzate al raccordo dei professionisti coinvolti).

Passaggi di comunicazione istituzionale: Posizione Organizzativa della Riabilitazione raccordo e comunicazione con i Servizi Aziendali interessati, Direzione Professioni Sanitarie, Aree Dipartimentali coinvolte.

Il modello può essere implementato a seguito di un processo di informatizzazione per raccolta e monitoraggio dati.

INDICATORI

- N. prescrizioni dimissioni protette o dimissioni ordinarie (NAIOT)/ sul n. totale delle richieste pervenute.
- N. istanze presentate per via telematica dagli utenti/ n. di domande pervenute.
- N. di autorizzazioni concesse/ n. di domande pervenute.

RISULTATI

I risultati rispetto agli obiettivi prefissati ed in via di elaborazione saranno noti alla fine del 2021.

CONCLUSIONI

Il progetto realizza, attraverso l'indagine delle esigenze indotte dallo stato pandemico, l'applicazione di un processo di digitalizzazione utile allo snellimento delle procedure mediante il dialogo costante tra le molteplici figure organizzativo-professionali coinvolte.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

TEMPI DI REALIZZAZIONE

TEMPI DI REALIZZAZIONE										
		7 giorni	10 giorni	14 giorni	15 giorni	30 giorni	90 giorni	180 giorni	270 giorni	360 giorni
fasi										
1	ridefinizione dell'organizzazione									
3	attuazione procedure burocratiche / amministrative del progetto									
4	implementazione del progetto									
5	monitoraggio									
	raccolta flussi dati ogni 90 giorni									
6	analisi/verifica dei risultati									
		Responsabili Medici	Medici + team di lavoro	Medici + Pos Org riab + team di lavoro + Dirig. Prof. San + Nairot	Medici + Pos Org riab + team di lavoro + Dirig. Prof. San + Nairot	Medici + Pos Org riab + team di lavoro + Dirig. Prof. San + Nairot	Medici + Pos Org riab + team di lavoro + Dirig. Prof. San + Nairot Addetti alla contabilità	Medici + Pos Org riab + team di lavoro + Dirig. Prof. San + Nairot Addetti alla contabilità	Medici + Pos Org riab + team di lavoro + Dirig. Prof. San + Nairot Addetti alla contabilità	Medici, Responsabile DAT Addetti alla contabilità
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ										

Il progetto è concentrato sugli obiettivi illustrati, che rendono possibile l'ottimizzazione del processo di erogazione di protesi/ausili su vasta scala territoriale.
La sperimentazione è stata accolta da parte dell'utenza favorevolmente prefigurando possibili scenari di sviluppo delle performances adottate con tale sistematica: pertanto può definirsi una chiave di volta per la costituzione di nuovi processi.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Equipe multiprofessionale multidisciplinare;
Dirigenti Medici;
Dirigenti Professioni Sanitarie;
Posizione Organizzativa della Riabilitazione;
Fisioterapisti;
Fisiatri;
Infermieri;
Farmacisti;
Operatori Front End/Office;
Operatori Tecnici;
Assistenti amministrativi;
Coadiutori amministrativi.

Torna all'indice

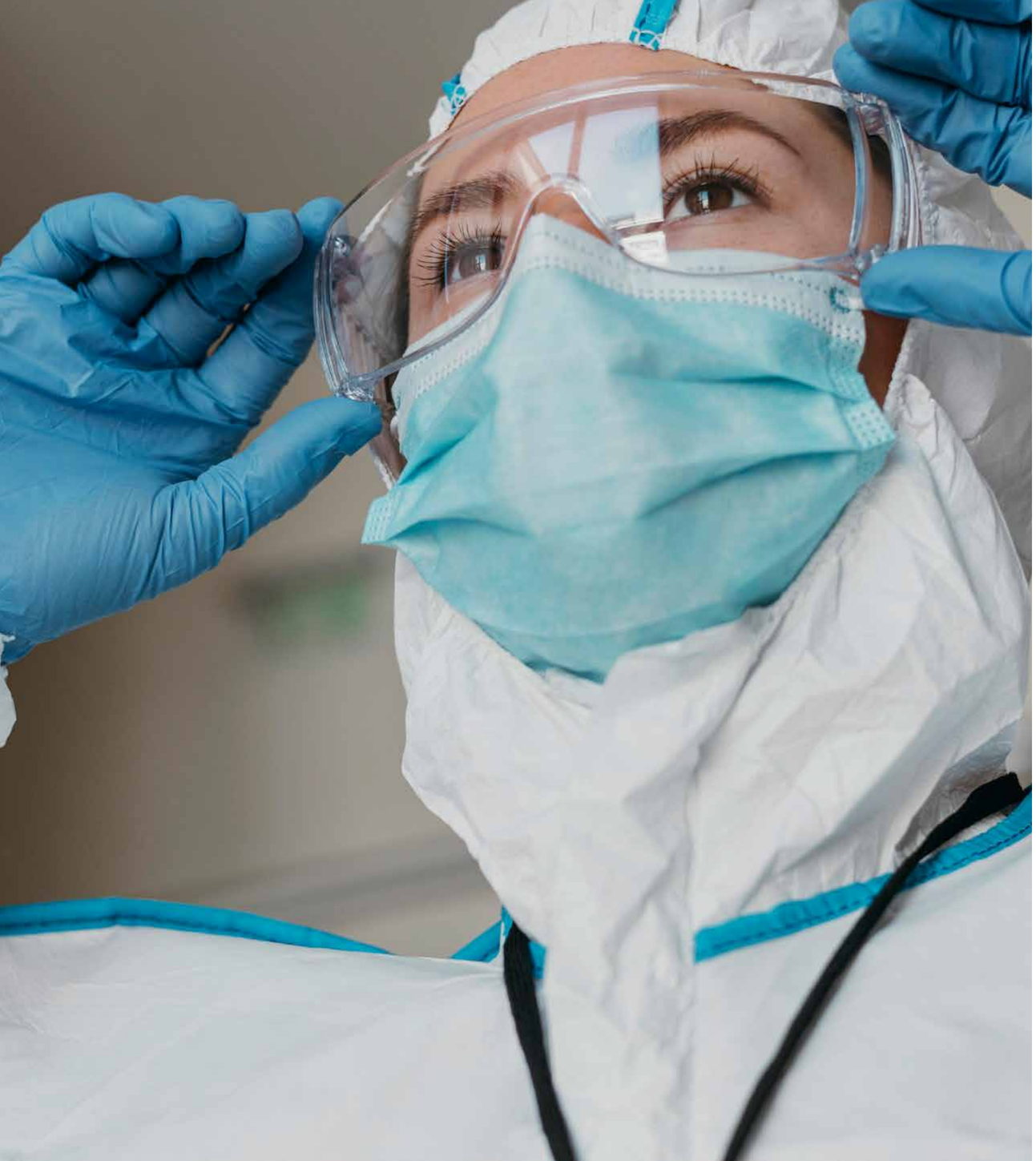
ABRUZZO – ASL TERAMO

BIBLIOGRAFIA ESSENZIALE

- Damiani G., Ricciardi G. Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria, Idelson-Gnocchi, Napoli, 2005.
- Cicchetti A. La progettazione organizzativa. Principi, strumenti e applicazioni nelle organizzazioni sanitarie, Franco Angeli / Sanità, Milano, 2004.
- Politiche sanitarie in Italia il futuro del SSN in una prospettiva storica, Il pensiero scientifico Editore, Roma 2011.
- Bergamaschi M., (a cura di), L'organizzazione delle Aziende Sanitarie, McGrawHill, Milano, 2000.
- Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19 versione 13 aprile 2020. Istituto Superiore di Sanità.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- DPCM 12.01.2017
- D.M. 332/1999
- L. 241/1990
- D. Lgs 33/2013
- D. Lgs 97/2016
- D. Lgs 229/1999
- D.P.R. 445/2000
- Pr.Reg. RA/142947
- GDPR 679/2016



Torna all'indice

DALLO STRESS-TEST - COVID 19 ALLA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE

Rilevare e promuovere il benessere organizzativo nella ASL di Teramo

Abruzzo – ASL Teramo

REFERENTI:

Dott. Giovanni Muttillo	Dirigente delle Professioni Sanitarie, Direttore Didattico Attività Professionalizzanti Corso di Laurea in Infermieristica Sez. ASL TE Università degli studi dell'Aquila
Prof.ssa Lia Ginaldi	Professoressa Ordinario Med 50 Università degli studi dell'Aquila, Direttore di UOC di Allergologia e Immunologia
Dott. Domenico de Berardis	Dirigente medico SPDC, docente a contratto Università degli Studi L'Aquila e di Chieti
Dott. Nicola Serroni	Specialista in Psichiatria, Criminologia Clinica e Psichiatria Forense Psicoterapeuta Direttore DSM ASL di Teramo Direttore UOC CSM di Teramo
Dott. Riccardo Baci	Direttore UOC Controllo di Gestione
Dott.ssa Ilenia Senesi	Direttore UOC Serv. Farmaceutico Territoriale
Dott.ssa Emanuela Zenobi	Infermiera Dipartimento Assistenza Territoriale.
Dott.ssa Anna Ceci	Fisioterapista, Posizione Organizzativa della Riabilitazione.
Dott.ssa Viviana Marasco	Infermiera UOC Area Distrettuale Adriatica
Prof.ssa Guendalina Graffigna	Ordinario M-PSI/06 Dipartimento di Psicologia Università Cattolica PC
Dr.ssa Rossella Di Marzio	Direttore Dipartimento Amministrativo.
Dr. Maurizio Brucchi	Direttore Sanitario Aziendale
Dott. Valerio Profeta	Direttore Dipartimento Assistenza Territoriale.
Dott.ssa Merty Taraborrelli	Professionista Front End/Office.
Dott. Luca Fidanza	Sistemi Informativi.
Marco Santomo	Programmatore Sistemi Informativi

TEAM STUDENTI

CLM Scienze Infermieristiche ed Ostetriche
Università degli studi dell'Aquila:

Dott.ssa Francesca Di Giosia	Infermiera
Dott.ssa Sara De Angelis	Infermiera
Dott. Simone Di Odoardo	Infermiere

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

ABSTRACT

La pandemia da SARS-CoV-2, ha sottoposto il SSN ad una pressione straordinaria, determinando una condizione di squilibrio negli operatori sanitari fino ad esaurire le energie sia fisiche che psicologiche con generale riduzione del benessere individuale ed organizzativo.

La gestione delle fasi emergenziali ha originato sentimenti come paura del contagio, ansia, depressione, angoscia di morte, insicurezza e implicazioni eticamente sensibili, determinando di-stress con riduzione della performance lavorativa. Ciò potrebbe incidere sul rischio burnout/infortuni: nell'ottica della valorizzazione delle risorse umane e della sicurezza delle cure è dunque diventato inderogabile agire con interventi di survey con somministrazione di test psico-metrici di autovalutazione, atti a mappare il livello di benessere/malessere organizzativo. La ASL di Teramo attraverso la formazione di un gruppo multidisciplinare, intende rilevare e monitorare il di-stress lavorativo e porre in essere misure di contenimento/gestione del disagio lavorativo.

I vantaggi degli interventi sono molteplici, le persone che si sentono riconosciute soddisfatte e solidali nel contribuire allo sviluppo dell'organizzazione sviluppano senso di appartenenza; dimostrano una maggior resilienza, riduzione del rischio burnout e minore eventuale ricorso alla malattia. Poter narrare la propria esperienza e le emozioni provate in questa fase emergenziale, condividere le paure abbassa il livello di stress degli operatori e nel contempo l'organizzazione sanitaria valuta proattivamente le condizioni di salute dei propri dipendenti.

Il presente progetto si propone di promuovere azioni e modelli diretti al **work and patient *engagement*** contrastando le situazioni di disagio lavorativo e valutando il livello di stress lavoro-correlato determinato dalla Pandemia da Covid-19.

INTRODUZIONE

I soggetti agiscono in ampi contesti organizzativi, dove le variabili individuali e professionali interagiscono con fattori esterni, è dunque particolarmente importante prendersi cura delle risposte emotive, cognitive e comportamentali degli stessi, approfondendo la conoscenza delle normali possibili reazioni psico-fisiologiche e sociali all'evento emergenziale in corso. *"Le situazioni di pandemia richiedono, infatti, complessivamente una risposta intensa ed immediata in termini di assistenza, con migliaia di operatori sanitari che, direttamente (come medici e infermieri) o indirettamente (come fornitori, custodi, assistenti, tecnici di laboratorio, personale ausiliario ecc.), forniscono assistenza ai pazienti in situazioni critiche, svolgendo così un ruolo cruciale nell'affrontare un'emergenza di enorme portata che incide non solo sui carichi di lavoro e sulla stanchezza fisica, ma anche sulla salute psicologica" (Preti et al., 2020).*

I percorsi attivati del modello organizzativo "Stress-Test-Covid-19" sono rappresentati dalla "bilancia del tempo" che metaforicamente rappresenta *l'equilibrio* da trovare tra il vissuto soggettivo, la storia personale e familiare da un lato e le richieste dell'organizzazione del lavoro in questo momento di emergenza. È quindi importante che la *Direzione Strategica e gli Operatori* possano potenziare il dialogo condiviso, agendo direttamente sulle discrepanze che causano il malessere organizzativo e allo stesso tempo, agendo sull'individuo favorendo il ricorso a risorse e strategie personalizzate di gestione dei propri vissuti allo scopo di prevenire l'eccessivo stress e il burnout.

Obiettivi:

1. *somministrare* scale psico-metriche ad hoc su campione di convenienza;
2. *prevenire* e/o agire sui rischi psico-sociali;
3. *diffondere* la cultura della partecipazione;
4. *accrescere* il senso di appartenenza e di soddisfazione dei lavoratori per la propria amministrazione;
5. *migliorare* l'immagine interna ed esterna e la qualità complessiva dei servizi erogati dall'Ente;
6. *potenziare* il processo di comunicazione interna ed esterna;
7. *migliorare* il clima organizzativo aziendale nelle varie fasi emergenziali;
8. *consolidare* la sicurezza e l'appropriatezza delle cure nonché la relazione operatore-paziente nel rispetto dei principi etico-deontologici;
9. *preservare* il rapporto di fiducia tra cittadini, operatori sanitari e ASL anche nelle fasi dell'emergenza.

ABRUZZO – ASL TERAMO

Strumenti:

a. Scheda Anagrafica personale sanitario dipendente ad hoc con modulo di consenso.

b. Valutazione con domanda secca (SI/NO) sull'attitudine ai vaccini (in scheda anagrafica).

c. Scale di misura (via piattaforma web aziendale o, a richiesta, in cartaceo, entrambe le forme di compilazione assicurano l'anonimato):

1. Scala Stress e Ansia durante l'Epidemia Virale - 9 items per gli Operatori Sanitari. La SAVE-9 misura lo stress e l'ansia negli operatori sanitari durante il periodo di pandemia.
2. Beck Hopelessness Scale (BHS), misura la gravità degli atteggiamenti negativi nei confronti del futuro (pessimismo) percepiti da adolescenti e adulti.
3. Irritability-Depression-Anxiety Scale (Idas). Misura l'irritabilità (sia auto che eterodiretta) che è spesso associata ad altri disturbi psichici (ed in particolare a quelli ansiosi e depressivi).
4. Fear of Covid-19 scale. Misura la paura di potersi contagiare o contrarre il COVID-19.
5. Short Form 36 Health Survey Questionnaire. I 36 item esplorano 8 aree, l'Attività fisica (AF), il ruolo e la salute fisica (RF), il Dolore fisico (DF), la Salute in generale (SG), la Vitalità (VT), le Attività sociali (AS), il Ruolo e lo stato emotivo (RE), la Salute mentale (SM) il Cambiamento dello stato di salute (CS).
6. Toronto Alexithimia Scale – 20 (TAS-20).La TAS-20 è oggi lo strumento più usato per valutare l'alessitimia.
7. Il Maslach Burnout Inventory (MBI) è un questionario di 22 items, ognuno con 6 gradi di risposta su scala Likert, atto a valutare il livello di burn-out di un individuo.
8. Intolerance of Uncertainty Scale-Revised (IUS-R). Questionario self-report che valuta l'intolleranza all'incertezza, costrutto transdiagnostico implicato in particolar modo nei disturbi d'ansia e ossessivi.
9. Brief COPE, la scala permette di conoscere come le persone rispondono quando, nel corso della loro vita devono confrontarsi con difficoltà o con eventi stressanti.

ANALISI DEL CONTESTO

Scenario, conoscenze pregresse, modifiche necessarie, interventi implementati

I percorsi attivati del modello organizzativo "Stress-Test- Covid-19" sono rappresentati dalla *"bilancia del tempo"* che metaforicamente rappresenta *l'equilibrio* da trovare tra il vissuto soggettivo, la storia personale e familiare da un lato e le richieste dell'organizzazione del lavoro in questo momento di emergenza.

È quindi importante che *la direzione strategica e gli operatori* possano potenziare il dialogo condiviso, agendo direttamente sulle discrepanze che causano il malessere organizzativo e allo stesso tempo, agendo sull'individuo favorendo il ricorso a risorse e strategie personalizzate di gestione dei propri vissuti allo scopo di prevenire l'eccessivo stress e il burnout.

Gli interventi implementati si riferiscono alle indicazioni indicazioni sulla prevenzione dello stress emotivo degli operatori sanitari legato alla situazione di emergenza da COVID-19 (tratte da Epicentro, https://www.epicentro.iss.it) che si riportano integralmente:

- *Garantire* una buona comunicazione e fornire al personale aggiornamenti precisi e accurati su ciò che sta accadendo. Questo può contribuire a mitigare le preoccupazioni degli operatori legate all'incertezza e far percepire un senso di controllo.
- *Riferire* feedback positivi utili a rafforzare il valore e l'importanza del ruolo svolto.
- *Promuovere* il lavoro in team. Il Buddy system, per esempio, è un metodo che prevede che due colleghi coinvolti nell'emergenza lavorino affiancati, divenendo responsabili della sicurezza personale l'uno dell'altro e sostenendosi nella reciproca capacità di affrontare circostanze avverse.
- *Facilitare* l'accesso ai servizi di supporto psicologico, assicurandosi che il personale sia a conoscenza di come e dove accedervi, incluso il supporto telefonico o altre opzioni di servizio a distanza, se disponibili.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

RISULTATI, DISCUSSIONE E INTERPRETAZIONE

Il progetto è in corso di implementazione i risultati saranno noti alla fine dell'anno 2021.

Analisi dei risultati: si effettuerà inizialmente una analisi descrittiva del campione totale. Successivamente si condurranno analisi per gruppi (maschi-femmine, reparti COVID-reparti non COVID ecc.). Valutate tali analisi si potranno effettuare correlazioni lineari e parziali tra le variabili valutate, costruendo modelli statistici di regressione lineare multipla allo scopo di individuare fattori predittivi e/o associati a variabili specifiche oggetto di studio.

Condivisione dei risultati: meeting aziendali con restituzione e discussione delle conclusioni dello studio; presentazioni orali e come poster a congressi locali, nazionali ed internazionali; interviste televisive per divulgare gli esiti della survey; pubblicare i risultati su riviste nazionali e internazionali.

Position Statement Paper: strategie organizzative -media - organi istituzionali – società scientifiche.

CONCLUSIONI

A distanza di oltre un anno dall'insorgenza della pandemia, la presente ricerca, attende e analizza i risultati circa i danni che la stessa, può provocare sul lungo periodo nel personale sanitario dal punto di vista della salute mentale.

Gli operatori sanitari hanno un rischio più elevato di essere esposti all'infezione da SARS-CoV-2 e di trasmetterla a pazienti suscettibili e vulnerabili in contesti sanitari e sociali. La vaccinazione dei professionisti impegnati in prima linea aiuta inoltre a mantenere la *resilienza* del servizio sanitario.

Lo studio pone l'accento su quegli aspetti che, se opportunamente individuati, sostenuti e veicolati, possono senza dubbio contribuire a far sì che tutti gli operatori sanitari possano, nello svolgere il loro ruolo, mettere in atto le migliori strategie di gestione del di-stress psicologico legato alle professioni di cura, attenuando il rischio di burnout e l'insorgenza di disturbi e malattie psicologiche e mentali.

Il risultato della ricerca potrà condurre ad una politica aziendale di tutela nei confronti dei professionisti sanitari che renderà prioritari e sistematici interventi di prevenzione e supporto psicologico ed emotivo. Verso la promozione di una politica di gestione delle risorse umane attraverso l'uso della conoscenza come strumento di lavoro; della formazione continua come possibilità di sviluppo di carriera e del clima organizzativo come Work ability. Un approdo funzionale e atteso anche per il management Aziendale: *Learning Organization* "l'organizzazione che apprende" è dotata delle skills necessarie per creare, acquisire e trasferire conoscenza e per modificare il proprio comportamento sulla base della conoscenza creata, acquisita e trasferita.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Equipe multiprofessionale multidisciplinare;
Dirigenti Professioni Sanitarie;
Dirigenti Medici / Psichiatri;
Posizione Organizzativa della Riabilitazione;
Infermieri;
Fisioterapisti;
Farmacisti;
Psicologi;
Informatici;
Addetti Front End/Office.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

TEMPI DI REALIZZAZIONE

TEMPI DI REALIZZAZIONE						
		30 giorni	90 giorni	180 giorni	270 giorni	360 giorni
fasi						
1	formazione gruppo di lavoro					
2	implementazione e realizzazione					
3	monitoraggio					
4	analisi/verifica dei risultati					
		gruppo di lavoro	gruppo di lavoro/ dipartimenti	gruppo di lavoro	gruppo di lavoro	gruppo di lavoro / dipartimento salute mentale, dirigenza delle professioni sanitarie
MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ						

BIBLIOGRAFIA/WEBGRAFIA

- Stress, Benessere Organizzativo E Performance Valutazione & Intervento per l'Azienda Positiva Autori e curatori Carlo, Falco, Dora Capozza. Franco Angeli 2 ristampa 2016.
- Articolo "Salute sul lavoro: depressione, benessere organizzativo e produttività Autore: Tiziano Menduto Categoria: Rischio psicosociale e stress 16/04/2013). Un'intervista di Punto Sicuro alla psicologa del lavoro Rosanna Gallo, specializzata in benessere organizzativo. Come affrontare l'aumento dello stress, della depressione, delle malattie psicosomatiche, degli errori umani nei luoghi di lavoro.
- El-Hage W., Hingray C., Lemogne C., Yrondi A., Brunault P., Bienvenu T., Etain B., Paquet C., Gohier B., Bennabi D., Birmes P., Sauvaget A., Fakra E., Prieto N., Bulteau S., Vidailhet P., Camus V., Leboyer M., Krebs M-O & Aouizerate B. (2020), "Les professionnels de santé face à la pandémie de la maladie à coronavirus (COVID-19): quels risques pour leur santé mentale?", NCBI, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7174182/.
- Ierardi F., Gatteschi C. (2020), "Le conseguenze della COVID-19 sul benessere psicofisico dell'operatore sanitario", ARS Toscana, https://www.ars.toscana.it/2-articoli/4299-covid-19-conseguenze-benessere-psicofisico-operatore-sanitario-medico-infermiere-oss-salute-mentale-coronavirus-distress-psicologico.html.
- Gentile A., Mustillo M.I. & Malinconico A. (2020), "Impatto della Pandemia COVID-19 sulla salute mentale degli operatori sanitari", Psychiatry on line Italia, http://www.psychiatryonline.it/node/8578.
- Kang L., Ma S., Chen M., Yang J., Wang Y., Li R., Yao L., Bai H., Cai Z., Xiang Yang B., Hu S., Zhang K., Wang G., Ma C. & Liua Z. (2020), "Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study", NCBI, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7118532/.

ABRUZZO – ASL TERAMO

- Mazza M.P. (2020), "Coronavirus, lo studio sulla salute mentale dei medici e degli infermieri cinesi in trincea contro il Covid-19", Open online, https://www.open.online/2020/03/29/coronavirus-studio-salute-mentale-medici-infermieri-cinesi-trincea-covid-19/.
- Mira J.J., Carrillo I., Guilabert M., Mula A., Martin-Delgado J., Pérez-Jover M.V., Vicente M.A. & Fernández C. (2020), "Acute stress of the healthcare workforce during the COVID-19 pandemic evolution: a cross-sectional study in Spain", NCBI, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7650075/.
- Palombi M., Casciato S., Peghetti A., Matarese M. (2020), Review Summary di Pappa, S., Ntella, V., Giannakas, T., Giannakoulis, V.G., Papoutsi, E., Katsaounou, P. "Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis", https://opi.roma.it/wp-content/uploads/2020/08/Prevalenza-di-ansia-depressione-ed-insonnia-tra-gli-operatori-sanitari-durante-la-pandemia-COVID19.pdf.
- Preti E., Di Mattei V., Perego G., Ferrari F., Mazzetti M., Taranto P., Di Pierro R., Madeddu F. & Calati R. (2020), "The Psychological Impact of Epidemic and Pandemic Outbreaks on Healthcare Workers: Rapid Review of the Evidence", NCBI, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7350408/.
- Vannini C. (2020), "Come stanno gli infermieri dopo il Covid-19", nurse24.it, https://www.nurse24.it/dossier/covid19/come-stanno-gli-infermieri-fase-2.html.
- https://www.epicentro.iss.it.
- https://people.unica.it/marcellononnis/files/2019/09/Dispensa-Psicologia-salute-organizzativa-NONNIS-19-20.pdf.
- https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-pubbl-gestione-stress-operatori-sanitari-covid-19
- http://www.paolovallicelli.it/il-mentoring-nel-settore-socio-sanitario-buone-prassi-e-contaminazioni-possibili/.
- https://www.ayurvedicpoint.it/attivita/armonizzazione-posturale.
- https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-22-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-gestione-dello-stress-lavoro-correlato-negli-operatori-sanitari-e-socio-sanitari-durante-lo-scenario-emergenziale-sars-cov-2.-versione-del-7-maggio.

Torna all'indice

IL SERVIZIO DELL'INFERMIERE DI FAMIGLIA

Per la continuità assistenziale ospedale – territorio. UCAT – USCA – cure primarie

Abruzzo – ASL Teramo

REFERENTI:

Dr. Giovanni Muttillo	Dirigente Professioni Sanitarie
Dr.ssa Giovanna Michela Pace	Dirigente Professioni Sanitarie

IN COLLABORAZIONE CON:

Dr. Luciano Pannelli	CPSI Referente Professioni Sanitarie UCAT
Dr.ssa Eleonora Sparvieri	Responsabile Medico USCA
Dr. Maurizio Brucchi	Direttore Sanitario Aziendale
Dr. Valerio Profeta	Direttore DAT
Dr. Riccardo Baci	Direttore UOC Controllo di Gestione
Dr. Giandomenico Pinto	Coordinatore UCAT
Dr. ssa Patrizia Di Giuseppe	CPSI UOC Area Distrettuale Adriatico
Dr. Cesare Alesi	CPSI UOC Area Distrettuale Adriatico
Dr. ssa Emanuela Zenobi	CPSI DAT

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

ABSTRACT

L'emergenza pandemica impone un ripensamento dell'offerta dei servizi sanitari territoriali per contenere e contrastare la stessa con un nuovo modello di presa in carico dei pazienti "cronici - fragili", sulla scorta di tale scenario, l'ASL di Teramo con Deliberazione n.566 del 08.04.2020– istituisce le Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) e con la Deliberazione n.1162 del 31.07.2021 - Emergenza COVID-19 L'infermiere di Famiglia – Modello per la continuità assistenziale ospedale-territorio UCAT- USCA- Cure Primarie, approva il progetto istitutivo del Servizio dell'Infermiere di famiglia (IdF). La normativa di riferimento, stima un fabbisogno infermieristico pari a 8 unità ogni 50.000 abitanti per le esigenze delle USCA e i servizi offerti delle cure primarie, che per l'ASL di Teramo si traduce nella necessità di acquisire n. 49 CPSI dedicati (IdF) calcolati sulla scorta del rapporto n. USCA x 310.339 abitanti (8 unità CPSI/50.000 abitanti). Nel primo bimestre del 2021 risultano assegnati n. 5 CPS Infermieri (CPSI) distribuiti presso le sedi USCA, incrementate, nel frattempo da n. 5 a n. 6. L'emergenza ancora in corso, ha limitato le possibilità di implemenatre altre risorse, come da fabbisogno CPSI (USCA/Abitanti), ma dall'attivazione delle suddette, si registra un numero di contatti/accessi domiciliari pari a n. 4493 (accessi domiciliari o monitoraggio telefonico) per un totale di pazienti in carico pari a n. 1385.

La pratica infermeiristica, nell'ambito delle vistite domiciliari da parte dell'equipe (USCA) (Medico ed Infermiere), rileva valuta e definisce la soddissfazione dei bisogni di natura infermieristica e alla tipologia di prestazione richiesta, in base al grado di autonomia-dipendenza del target di pazienti presi in carico, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione universalmente utilizzate (ADL e IADL). Le scale consentono un linguaggio comune con approccio multidisciplinare nella gestione delle malattie croniche ad alto impatto assistenziale sul territorio al fine di ridurre la disabilità, il ricorso inappropriato all'ospedalizzazione e di migliorare la qualità di vita del paziente. Si differenziano in attività di indirizzo, sostegno/compensazione/sostituzione - procedure diagnostiche-terapeutiche.

Per la recente istituzione del Servizio, i dati sono in corso di rilevazione, per cui è necessario disporre di un tempo maggiore per rilevare le ricadute organizzative correlate all'introduzione del Servizio dellIdF.

INTRODUZIONE

In queste fasi di Covid-19, il Servizio dell'IdF ha la funzione di migliorare e garantire la continuità assistenziale a livello territoriale, rappresenta elementi cardini per contenere il rischio infettivo e fornire risposte mirate al target di assistiti presi in carico dalle USCA.

Alcune soluzioni sono già contenute nel panorama normativo nazionale e regionale prodotto in questa fase emergenziale ma anche nel Patto per la Salute 2019-2021, approvato in Conferenza Stato Regioni e che la pandemia non ha permesso di essere ancora del tutto applicato. In essi, si richiama l'importanza di implementare sul territorio nazionale l'infermiere di famiglia/comunità (IdF e IdC), per la rilevazione precoce dei fattori di rischio e per l'azione di prevenzione e di presa in carico della bassa soglia socio-sanitaria di tutti i cittadini così come riconosciuto e promosso dall'OMS Europa fin dal 1998 (Documento "HEALTH 21"), in particolare all'obiettivo 15 si colloca l'infermiere di famiglia per il raggiungimento degli obiettivi di salute fondamentali allo sviluppo della società.

L'istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA), con Deliberazione ASL Teramo n. 566 dell'08.04.2020, possono rappresentare una delle tante opportunità legate all'emergenza COVID 19 per innovare strutturalmente il SSN, come quello di implementare nelle stesse il Servizio dell'IdF.

Il Servizio dell'IdF viene riconosciuto anche nel Decreto Legge n.34 del 19 maggio 2020 (di seguito Legge di conversione n. 77/20220) che, all' art. 1 comma 5, ribadisce quanto segue *"Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti"*.

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

ANALISI DEL CONTESTO

Scenario, conoscenze pregresse, modifiche necessarie, interventi implementati.

Allo stato attuale il territorio che afferisce all'ASL di Teramo, non dispone di un modello organizzativo e di professionalità deputate alla presa in carico integrale della cronicità e della continuità assistenziale ad essa strettamente correlata.

L'emergenza pandemica impone un ripensamento dell'offerta dei servizi sanitari territoriali e fornisce elementi utile per una lettura critica dei fattori interni in termini di punti di forza e punti di debolezza e fattori esterni in termini di opportunità e minacce (matrice SWOT – Fig. 1) che possono favorire o meno l'implementazione di modelli assistenziali congeniali per rispondere in maniera adeguata alle necessità territoriali emergenti e in divenire con il riconoscimento e la valorizzazione delle competenze professionali.

FIG.1 ANALISI SWOT SERVIZIO IDF

Il suddetto modello si integra, anche, nel sistema del Piano Nazionale della Cronicità (PNC, 2016) che persegue il fine di contribuire al miglioramento della tutela per le persone affette da malattie croniche, riducendone il peso sull'individuo, sulla sua famiglia e sul contesto sociale, migliorando la qualità di vita, rendendo più efficaci ed efficienti i servizi sanitari in termini di prevenzione e assistenza e assicurando maggiore uniformità ed equità di accesso ai cittadini.
Le modifiche necessarie riguardano prioritariamente la disponibilità di risorse professionali che soddisfino il Fabbisogno Infermieristico necessario per l'implementazione del modello in oggetto. La necessità di rispondere alle esigenze legate all'emergenza COVID 19 e all'implementazione delle n. 5 USCA istituite presso l'ASL di Teramo (Teramo, Tortoreto, Silvi, Roseto degli Abruzzi e Bisenti, a cui si aggiunge una sesta con sede a Montorio) rappresenta l'opportunità di avvalersi di un modello organizzativo dell'assistenza infermieristica da integrare nel tessuto dei servizi territoriali in una visione prospettica e strategica della stessa.

Nel Decreto Rilancio (D.L. n.34 del 19.05.2020) infatti, per garantire la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-COV 2 identificati COVID-19 attraverso le Unità Speciali di Continuità Assistenziale e i servizi offerti delle cure primarie si stima un fabbisogno infermieristico pari a 8 unità ogni 50.000 abitanti.

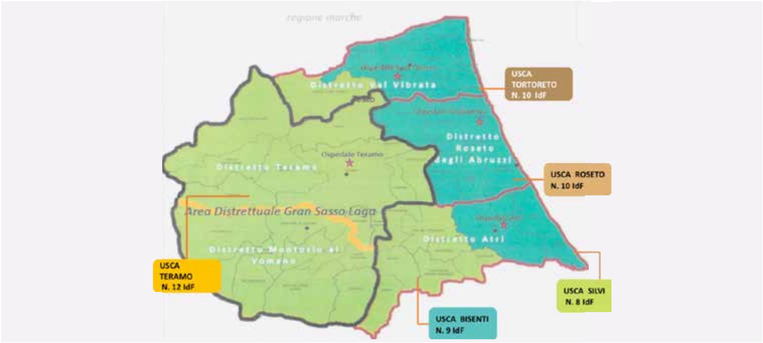
A questo deve aggiungersi che, al momento, l'organico infermieristico assegnato nelle diverse sedi distrettuali, distribuite nell'ASL di Teramo, non è sufficiente a garantire nel contempo, la copertura delle attività ambulatoriali programmate e quelle emergenti legate alle USCA che richiedono interventi anche in aree interne, caratterizzate da distanze geografiche e scarsità dei servizi.

Quanto sopra rende necessario acquisire tramite nuove assunzioni, n. 49 CPSI dedicati (IdF) calcolati sulla scorta del rapporto n. USCA x dispersione geografica x orario di servizio (Figura 2), rapportato ai 310.339 abitanti della provincia di Teramo, come da fabbisogno stimato dal succitato D.L. (8 unità CPSI/50.000 abitanti).

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

FIG.2 FABBISOGNO IDF USCA-TERRITORIO ASL TERAMO



All'Infermiere di famiglia sono richieste competenze che afferiscono ai campi della:

- pratica infermieristica;
- pratica multidisciplinare/multiprofessionale;
- comunicazione e capacità di fare rete;
- management sanitario e sociale.

Basandosi sulle competenze derivate dalla definizione OMS dell'IdF *(The family health nurse – Context, conceptual framework and curriculum. OMS 2000)*, del Profilo dell'Infermiere di Famiglia e Comunità definito dall'Associazione Infermiere di Famiglia e Comunità (AIFeC) e dei principi guida che devono essere il riferimento dell'IdF nell'espletamento delle proprie funzione, presenti all'interno del Profilo Professionale dell'Infermiere (D.M. 739/94), del Codice Deontologico dell'Infermiere (2019), del Manifesto Deontologico degli Infermieri per i cittadini – COVID 19 (FNOPI, 2020) e della normativa professionale di riferimento, costituita dalla L.42/99 - L.251/2000 – L.43/2009 – L.24/2017.

Alle suddette, nel progetto del Servizio dell'IdF sono state definite le aree di responsabilità e di integrazione dello stesso nel Team Multiprofessionale:

a. Gestisce i processi assistenziali infermieristici in ambito familiare e di comunità di riferimento, per aiutare la persona a trovare soluzioni ai loro bisogni di salute.
b. Coordina in modo integrato le fasi della malattia, e riconosce precocemente gli stati di fragilità, le condizioni di cronicità e disabilità nel rispetto e nella complementarietà di ruoli, competenze e funzioni con i MMG e gli altri professionisti.
c. Opera in collaborazione con il MMG, il PLS, gli Assistenti Sociali, i professionisti dell'area ostetrica, pediatrica, tecnica riabilitativa della prevenzione e l'equipe multiprofessionale condividendo i PDTA e i PAI al fine di rispondere al bisogno del singolo assistito, della famiglia, superando la logica tipicamente prestazionale.
d. Coopera con MMG, PLS e le altre articolazioni territoriali sociosanitarie nella logica della collaborazione e corresponsabilità, per accogliere e accompagnare l'individuo e la sua famiglia nella scelta più appropriata rispetto al bisogno espresso e le opportunità della rete di offerta territoriale.

Tra gli interventi da implementare, si prevedono:

1. **La Costituzione di una cabina di regia**
   Composta dai Dirigenti delle Professioni Sanitarie, dai Direttori, Responsabili Medici, Coordinatori e Rappresentanti AFT delle Aree Distrettuali, Direttore ADI, dal Coordinatore UCAT e dal Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale, con funzioni di monitoraggio fasi, revisione processi-procedure-protocolli, indicatori, outcome –customer satisfaction e definizione percorsi formativi-aggiornamento continuo.
2. **L'attuazione di processi formativi aziendale**
   (in start up ed in itinere) per integrare alle competenze richieste, le conoscenze innovative legate ai modelli di assistenza primaria contestualizzati sulla demografia e caratteristiche del territorio, sulla telemedicina e e-health, sulla prossimità e sull'information thecnology al fine

ABRUZZO – ASL TERAMO

di contestualizzare un'assistenza appropriata alle esigenze del territorio. Collaborazione con le sedi Universitarie per la formazione teorica e del tirocinio clinico dei Master in Infermieristica di Famiglia e di Comunità.

3. **L'adozione di strumenti operativi / informativi**
   Sviluppare la capacità di saper consultare e interpretare validamente la letteratura scientifica, tale capacità arricchisce la strategia a sostegno della presa di decisioni soprattutto quando l'infermiere si trova in una condizione di dubbio, portandolo a scegliere la decisione più appropriata; inoltre gli permette di lavorare e riferirsi a linee guida e protocolli sviluppati secondo un metodo scientifico.

Al riguardo si prevede l'elaborazione e l'integrazione nella documentazione già prevista per l'attivazione delle USCA, di:

- opuscolo informativo contenente le informazioni riguardanti l'attività mediche-infermieristiche delle USCA;
- cartella infermieristica ambulatoriale ad integrazione del Modulo USCA.

La cartella infermieristica ambulatoriale permetterà di raccogliere tutte le informazioni dei singoli assistiti gestiti tramite USCA nella prima fase ed in seguito dall'ambulatorio IdF e sarà finalizzata alla presa di decisioni per la soluzione dei problemi di salute, offrendo un valido aiuto nell'applicazione corretta del processo di nursing e fornendo, nel contempo, una base informativa per scelte assistenziali efficaci ed appropriate, assicurando la continuità assistenziale e per la ricerca.

Modello organizzativo

Il Servizio dell'Infermiere di Famiglia afferisce al Dipartimento Assistenza Territoriale, incardinato a livello delle diverse Sedi Distrettuali, alla Direzione del Professioni Sanitarie e all'UCAT per rispettivi ambiti di competenza, ed è costituito da un numero di IdF proporzionale alle dimensioni della popolazione e alle caratteristiche territoriali delle Aree Distrettuali di riferimento.
Al riguardo il target di riferimento, include persone protette e fragili, "covid e non":

- che necessitano di Dimissione Protetta;
- che necessitano di Ammissione Protetta;
- inserite in Cure Palliative e/o che necessitano l'attivazione della presa in carico;
- inserite in ADI o che necessitano l'attivazione della presa in carico;
- inserite in Strutture Intermedie o che necessitano l'attivazione della presa in carico;
- con fragilità Sociale, con forme anche incombenti;
- in isolamento sanitario fiduciario;
- con pluripatologia e ridotta capacità di risposta autonoma o con aiuto;
- in situazione familiare (solitudine, fasce di nuove povertà, mancanza di rete familiare…);
- con disabilità presenti;
- con scarsa responsività (Alzheimer o esiti di gravi traumi cranici...);
- con dipendenza per le ADL (attività di vita quotidiana).

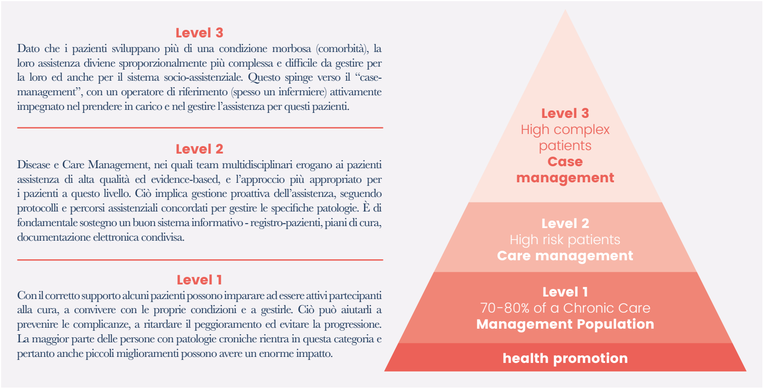
La sanità di iniziativa, intesa come modello assistenziale per la presa in carico, nell'ambito delle malattie croniche costituisce un approccio organizzativo che affida alle cure primarie l'ambizioso compito di programmare e coordinare gli interventi a favore dei malati cronici.
Tra questi il Chronic Care Model (CCM), rappresenta un modello assistenziale congeniale nella gestione delle malattie croniche, delle fragilità, che pone particolare attenzione alla stratificazione del rischio ed alla differenziazione delle strategie d'intervento in relazione ai differenti livelli di rischio (Fig.3).

Il CCM permette di inquadrare la stadiazione (il grado di avanzamento e di compenso) della patologia cronica e di delineare il percorso di cura più appropriato per il singolo paziente.

ABRUZZO – ASL TERAMO

La suddivisione dei pazienti in sub-popolazioni (sub-target) omogenee per fabbisogno assistenziale favorisce, infatti, la delineazione di percorsi assistenziali mirati e personalizzati - Pan American Health Organization. *Innovative Care for Chronic Conditions: Organizing and Delivering High Quality Care for Chronic Noncommunicable Diseases in the Americas.* Washington, DC: PAHO, 2013.

FIG.3 CHRONIC CARE MODEL



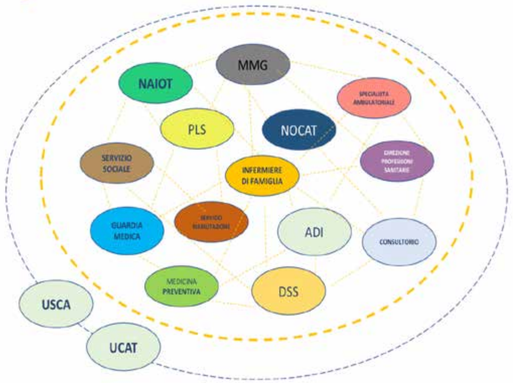
Alcuni dei risultati attesi sulla popolazione presa in carico con l'implementazione del Servizio dell'IdF, sono:

1. *Accessibilità* all'assistenza, ossia facilità del contatto tra cittadino e il sistema di offerta, prossimità dei servizi, tempi di apertura degli ambulatori e modalità di gestione dei tempi di attesa.
2. *Riduzione* del volume di codici bianchi afferente alla popolazione assistiti dell'UCCP a confronto con il livello aziendale
3. *Riduzione* dei ricoveri degli assistiti nei giorni prefestivi e festivi, come indice di appropriatezza perseguito con il rafforzamento della continuità assistenziale
4. *Riduzione* delle cadute dell'anziano in casa.
5. *Garantire* l'educazione ed il supporto dei pazienti al self-management:
   - verifica aderenza alle prescrizioni farmacologiche;
   - verifica aderenza alle prescrizioni alimentari;
   - verifica aderenza all'apporto di liquidi per OS;
   - verifica effettuazione degli accertamenti diagnostici.

Data la natura evolutiva dell'emergenza COVID-19 e la correlata difficoltà predittiva della stessa, il modello organizzativo Servizio dell'IdF verrà progressivamente adattato e contestualizzato secondo una necessaria logica dinamica, interagendo progressivamente con interlocutori diversi della rete assistenziale territoriale.

Al termine della fase emergenziale e con il superamento delle esigenze legate alle USCA, infatti, si prefigura una rimodulazione del modello organizzativo IdF in base alla domanda sanitaria inerente lo specifico territorio teramano, per rispondere alle esigenze legate alla demografia, accessibilità, isolamento e salute di pertinenza dell'ASL di Teramo, totalmente integrato nella rete assistenziale territoriale, dotando il Servizio dell'IdF della dotazione necessaria (Fig. 4).

FIG.4 INTEGRATO NELLA RETE TERRITORIALE COVID - POST COVID



Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

RISULTATI

Entro il primo bimestre del 2021 sono stati assegnati n. 5 CPS Infermieri (CPSI) distribuiti presso le sedi USCA, incrementate, nel frattempo da n. 5 a n. 6, per la quale, è in corso l'arruolamento di un sesto CPSI. L'emergenza ancora in corso, ha limitato le possibilità di implemenatre altre risorse, come da fabbisogno CPSI (USCA/Abitanti), ma dall'attivazione delle suddette, si registra un numero di contatti/ accessi domiciliari pari a n. **4493** (accessi domiciliari o monitoraggio telefonico) per un totale di pazienti in carico pari a n. **1385**.

La pratica infermeiristica, nell'ambito delle vistita domiciliare da parte dell'equipe USCA (Medico ed Infermiere), afferisce alla rilevazione e soddissfazione dei bisogni di natura infermieristica e alla tipologia di prestazione richiesta, in base al grado di autonomia-dipendenza del target di pazienti presi in carico dalle USCA, attraverso l'utilizzo di scale di valutazione di abito (ADL e IADL) differenziando le stesse in attività di indirizzo, sostegno, compensazione e sostituzione; all'attuazione di procedure tecnico-diagnostiche domiciliari, come prelievi ematici, arteriorsi ed indagini elettrocardiografiche di recente introduzione, grazie all'implementazione dell'apposita strumentazione.

CONCLUSIONI

La spinta dell'emergenza pandemica, accompagna verso una riorganizzazione dell'assistenza territoriale, destinata a perdurare anche in seguito. Alle Regioni è stato affdato il compito di riorganizzare le cure domiciliari, promuovendo la figura dell'IdF. L'ASL di Teramo, nel recepire, le indicazioni regionali, ha approvato il progetto del Servizio dell'IdF che riscontra una iniziale implementazione collegato alle USCA. Come per altri contesti, anche nel contesto teramano, l'implementazione del Servizio dell'IdF verrà attuata per passaggi successivi e graduali. Queste figure, infatti, in carico ai Distretti Socio Sanitari, supportano le attività delle USCA per assistere pazienti contagiati ed in isolamenti.

La recente istituzione del Servizio, alla data odierna, non permette di disporre di dati quantitativi degli interventi attuati, in corso di rilevazione, per cui è necessario disporre di un tempo maggiore per rilevare le ricadute organizzative correlate all'introduzione del Servizio dellIdF.

Con il consolidamento del modello IdF e con la progressiva implementazione ed integrazione del Servizio si prospetta la possibilità di attivare aree funzionali, in gran parte innovative, nelle quali i contenuti del Patto per la Salute 2019-2021 trovano coerenza e sviluppo:

1. Infermiere di Famiglia Specialista Rischio Infettivo.
2. Infermiere di Famiglia Esperto Clinico - Vaccinazioni - Case Manager.
3. Infermiere di Famiglia Specialista in Care Manager.
4. Infermiere di Famiglia Esperto in Telemedicina.
5. Infermiere di Famiglia Specialista Team Nocat (Nucleo Operativo Controllo Assistenza Territoriale.
6. Infermiere di Famiglia Specialista di RSA.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Dirigenti Professioni Sanitarie – Infermieri Coordinatori – Infermieri di Famiglia – Direttore del Dipartimento di Assistenza Territoriale, Direttori Aree Distrettuali, Responsabili Medici, Coordinatori e Rappresentanti AFT delle Aree Distrettuali, Responsabile ADI, Coordinatore UCAT, Responsabili USCA.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Le diverse fasi di sviluppo cronologico del Servizio dell'IdF sono rappresentate graficamente nel successivo Diagramma di Gantt (Tab.I).

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

La necessità di fornire risposte rapide in un momento ad elevata evoluzione, detta l'esigenza di elaborare progressivamente il dettaglio delle suddette macroscopiche fasi; per tali ragioni, durante il reclutamento degli IdF dedicati, la Direzione delle Professioni Sanitarie ASL Teramo, definirà e condividerà le fasi di sperimentazione del modello proposto, il corpus concettuale di riferimento e gli indicatori necessari per il monitoraggio riferiti al periodo Dicembre 2020 - Dicembre 2021.

TAB.1 - DIAGRAMMA DI GANTT

Attività / Tempo	mag. 2020	giu. 2020	lug. 2020	ago. 2020	sett. 2020	ott. 2020	nov. 2020	dic. 2020	mar. 2020	giu. 2020	sett. 2020	dic. 2020
Fase progettazione												
Indizione Avviso Interno IdF												
Espletamento Avviso Interno IdF												
Assegnazione CPSI Mobilità DSS ASL Teramo												
Copertura USCA UCAT CPSI DSS												
Definizione Modello Sperimentale Servizio IdF												
Formazione interna Modello Organizzativo IdF												
Assegnazione progressiva n.49 CSPI (IdF) alle USCA UCAT - DSS												
Monitoraggio sperimentazione Servizio IdF												
Analisi Applicazione Modello IdF												

RIFERIMENTI

1. D.M. 70/02.04.2015: Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.
2. Progetto "Salute 21– Salute per tutti nel XXI secolo" OMS 1998.
3. Patto per la Salute 2019-2021- Conferenza Stato Regioni. 2019.
4. D.L. n.14 del 09.03.2020 – Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio Sanitario Nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.
5. Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale Abruzzo n.11 del 20.03.2020 – Emergenza COVID -19. Istituzione delle Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) ai sensi del D.L. n.14 del 09.03.2020.
6. Decreto Legge n. 34 19 maggio 2020 GU n.128 del 19/05/2020 – Conversione in L. 77 del 17.07.2020 - Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.
7. Deliberazione n.566 del 08.04.2020 ASL Teramo – Istituzione Unità Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) per le attività inerenti alla prevenzione e all'assistenza nell'ambito della Pandemia COVID-19 con cui sono state attivate le USCA nei comuni di Bisenti, Silvi, Teramo, Tortoreto e Roseto.
8. Deliberazione n.633 del 21.04.2020 ASL Teramo "Emergenza COVID 19 – Procedure per il trattamento domiciliare pazienti affetti da SARS-COV-2. Presa d'atto".
9. Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale Abruzzo n.53 del 03.05.2020.
10. Deliberazione n.0696 del 06.05.2020 ASL Teramo- Emergenza COVID 19- Istituzione Unità di Coordinamento dell'Assistenza Territoriale (UCAT). Procedure trattamento domiciliare assistiti affetti da SARS-COV-2. Approvazione e revisione.
11. Piano Nazionale della Cronicità Accordo tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del 15 settembre 2016.
12. COVID-19: Manifesto Deontologico degli Infermieri per i Cittadini. FNOPI. 2020.
13. Emergenza COVID-19. Istruzione operativa test diagnostico SARS-COV 2 Ricerca agente eziologico. Provvedimenti. Delibera n.0622 del 20.04.2020.
14. Attivazione Nucleo Operativo di Controllo Territoriale (NOCAT) per la pianificazione, il monitoraggio ed il controllo delle attività di Assistenza Territoriale. Del. Nr. 0909 del 12.07.2017.
15. Istituzione del Nucleo Assistenziale Integrazione Ospedale Territorio (NAIOT) ed approvazione procedura dimissione protetta. Del. Nr. 0088 del 23.01.2018.

Torna all'indice

LA TRASMISSIONE DELL'INFEZIONE DA SARS COVID-19 TRA IL PERSONALE DI UN PRESIDIO OSPEDALIERO RICONVERTITO A COVID HOSPITAL:

studio osservazionale

Abruzzo – ASL Teramo

REFERENTI:

Dott.ssa Graziana Mancini	CPS infermiere referente della dirigenza delle professioni sanitarie del P.O. di Atri
Dott. Maurizio Di Renzo	Posizione organizzativa Cure Domiciliari e Percorso del Paziente Post-Acuto. Servizio Aziendale Professioni Sanitarie
Dott. Giovanni Muttillo	Dirigente Professioni Sanitarie
Dott.ssa Alessandra Ulian	CPS infermiera Malattie Infettive
Dott. Battista Pisciaroli	CPS infermiere Malattie Infettive

Torna all'indice

ABRUZZO – ASL TERAMO

ABSTRACT

La gestione della pandemia da SARS Covid-19 ha determinato un forte impatto sul management delle Aziende Sanitarie, rappresentando una sfida organizzativa per i Presidi Ospedalieri, tra questi il "San Liberatore" di Atri, riconvertito a Covid Hospital da marzo a giugno 2020. Il piano di change management ha previsto la riorganizzazione degli ambienti sanitari, la rimodulazione delle attività clinico-assistenziali e la formazione di tutti gli operatori esposti al rischio di contagio.
Lo studio ha l'obiettivo di valutare i livelli di trasmissione dell'infezione da SARS Covid-19 tra gli operatori sanitari e non sanitari del Presidio di Atri nel periodo della sua riconversione a Covid Hospital.
Studio osservazionale trasversale monocentrico. Il Campione comprende tutti gli operatosi sanitari e non sanitari esposti al rischio di contagio che hanno operato durante il periodo di riconversione a Covid Hospital e che hanno espresso il consenso allo studio.
Nel periodo di riferimento sono stati effettuati 611 tamponi molecolari di cui 499 su operatori sanitari e 112 su operatori non sanitari.
12 risultati positivi, 588 negativi, e 11 dubbi, risultati in seguito negativi.
Non è emersa una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dell'infezione da Sars-Cov-2 tra gli operatori sanitari e non sanitari.
I risultati evidenziano la limitata trasmissione del virus Sars-Cov-2 tra gli operatori, pari al 2% del campione, con differenze non significative sul piano statistico tra operatori sanitari e non sanitari. Tali risultati dimostrano l'efficacia delle misure preventive e del supporto formativo adottati per la riconversione del "San Liberatore" di Atri a Covid-Hospital.

INTRODUZIONE

La pandemia da Sars CoV 2 ha colpito improvvisamente un grande numero di Paesi, determinando, anche in Italia, l'adozione di strategie organizzative finalizzate alla riduzione del rischio di contagio. A tal fine, nella ASL 4 di Teramo, il 9 marzo 2020 il Presidio Ospedaliero "San Liberatore" di Atri viene riconvertito in Covid Hospital.

Il processo di riconversione ha previsto la rideterminazione degli ambienti e dei percorsi sanitari, la formazione di tutti gli operatori riguardo alle procedure di accesso ed uscita dalle zone contaminate, comprese le procedure di vestizione/svestizione e di corretto utilizzo dei DPI. È stata altresì prevista la riallocazione delle risorse al fine di ridurre al minimo il numero di operatori a rischio, garantendo la costante fornitura di tutti i dispositivi atti a ridurre il rischio residuo. Successivamente è stato attivato il monitoraggio continuo dell'infezione da Sars Covid-19 attraverso l'esecuzione di tamponi naso faringei, sia per il personale sanitario che non sanitario.
Lo studio si propone valutare la possibile trasmissione dell'infezione da Sars-Cov-19 tra gli operatori del Presidio Ospedaliero "San Liberatore" di Atri nella fase di riconversione a Covid Hospital. Studio osservazionale trasversale monocentrico no profit condotto dal 09/03/2020 all' 08/06/2020 presso la ASL 4 Teramo, Ospedale "San Liberatore" di Atri.

ANALISI DEL CONTESTO

Le strategie attuate dal Governo clinico per la riconversione del Presidio Ospedaliero di Atri a Covid Hospital.
Innanzitutto, nelle Unità Operative è stata effettuata una riorganizzazione degli spazi prevedendo delle zone filtro (dette zone verdi) e delle zone rosse le quali erano destinate ad assistere i pazienti affetti da Sars Covid-19, il personale sanitario che transitava in suddette zone doveva essere protetto con dispositivi idonei e, tutto il materiale sanitario (aghi, siringhe, flebo, medicazioni) e non sanitario (carta, vassoi per il cibo, vestiti) veniva smaltito nei contenitori per rifiuti speciali altamente infetti.
Le zone verdi, erano adibite allo scopo di eseguire la vestizione e svestizione del personale sanitario e lo smaltimento dei DPI.
Lo scopo di una corretta vestizione è che nessuna parte del corpo deve essere esposta. La svestizione ricopriva un ruolo fondamentale tanto quanto la vestizione corretta, e aveva l'obiettivo di preservare il personale dalla trasmissione dell'infezione, la stessa doveva essere fatta in un ambiente idoneo, antistanza o zona filtro. Tale procedura rendeva necessaria la

ABRUZZO – ASL TERAMO

presenza di un osservatore addestrato con il compito di monitorare l'accurata esecuzione della procedura, la supervisione, durante la vestizione e svestizione ha lo scopo di ridurre al minimo il rischio di contaminazione accidentale.
I DPI dovevano essere rimossi rispettando una sequenza specifica prestabilita, quelli monouso dovevano essere smaltiti come rifiuti sanitari nell'apposito contenitore per i rifiuti a rischio infettivo. I DPI riutilizzabili (es. occhiali) dovevano essere decontaminati prima di uscire dalla zona filtro e riposti nel contenitore apposito.
A seguito del rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità Covid-19 n.2 / 2020 REV – aggiornato al 28 marzo 2020 recepito dal servizio di Prevenzione e Sicurezza interna con l'emanazione del Documento di valutazione dei rischi della ASL 4 Teramo si è stabilita la dotazione minima di dispositivi individuali di sicurezza (DPI) per il personale operante in ogni Unità Operativa, servizi (radiologia, laboratorio analisi, centro trasfusionale) e per gli operatori appartenenti a ditte esterne (imprese di pulizia, distribuzione del vitto e manutenzione) che operavano nelle zone rosse del P.O. di Atri.
I DPI dovevano essere considerati come una misura efficace per la protezione del personale sanitario solo se inseriti all'interno di uno o più insieme di interventi che comprenda controlli amministrativi e procedurali, organizzativi e tecnici nel contesto assistenziale sanitario.
Per ridurre il consumo improprio dei DPI si è evitato di entrare nelle stanze in cui era ricoverato un caso sospetto/accertato di Covid-19 se ciò non era necessario ai fini assistenziali. Il coordinatore assegnava una dotazione completa quotidiana di dispositivi ad ogni operatore che entrava nella zona rossa, si pianificava e si raggruppavano le attività assistenziali al letto del paziente per minimizzare il numero di ingressi nella stanza (ad esempio controllo dei parametri vitali durante la somministrazione dei farmaci.
Per garantire una formazione adeguata degli operatori sanitari sulla vestizione e svestizione, la Direzione delle Professioni Sanitarie ha assicurato la formazione specifica sul campo a piccoli gruppi nelle unità operative riconvertite, in cui erano degenti i pazienti Covid-19 quindi tutti gli operatori sanitari sapevano gestire in maniera adeguata i dispositivi individuali di sicurezza.

Il personale addetto alla pulizia e alla sanificazione degli ambienti, addetto alla distribuzione del vitto e alla manutenzione non aveva una formazione specifica per prestare il proprio servizio all'interno delle zone rosse quindi, si è creata la necessità di effettuare una formazione adeguata anche per il personale afferente alle ditte esterne.

Tra le indicazioni date dal Direttore Generale recepite dal medico competente e dalle Direzioni Mediche di Presidio, in osservanza del D.lgs 81/08 si istituisce per gli operatori una sorveglianza sanitaria Covid-19 per rischio biologico, attraverso l'esecuzione dei tamponi naso-faringei, con la seguente cadenza: agli operatori che prestavano assistenza diretta al paziente Covid-19 il tampone doveva essere effettuato ogni 10 giorni; mentre, per i restanti operatori il monitoraggio tramite tampone doveva essere effettuato ogni 20 giorni. Inoltre, su indicazione delle linee guida del Ministero della Salute in materie di emergenza sanitaria Covid-19, il dipendente che si assentava, a qualsiasi titolo, per periodo superiore alla settimana dal lavoro, prima del suo rientro doveva sottoporsi al tampone per la ricerca di Sars-CoV-2, per garantire il controllo della diffusione del virus nel rispetto dell'utenza e di tutti i lavoratori; se il dipendente dichiarava di aver avuto un contatto a rischio o presentava sintomi quali tosse raffreddore o mal di gola, veniva immediatamente ripetuto il tampone e allontanato dall'attività lavorativa.

Modalità di accesso al Presidio Ospedaliero.
Durante l'emergenza pandemica il personale che accedeva al Presidio veniva sottoposto a controllo della temperatura corporea.
Altre strategie adottate per prevenire la trasmissione da Covid-19:
- La cartella clinica del paziente veniva lasciata fuori dalla stanza di isolamento.
- I parametri erano appuntati su fogli che venivano eliminati con i rifiuti altamente infetti all'interno della stanza di isolamento.
- Era utilizzato per il paziente lo strumentario essenziale dedicato, che veniva sanificato e lasciato in loco.

ABRUZZO – ASL TERAMO

- Il paziente indossava la mascherina chirurgica e la cambiava almeno ogni 4 ore.
- La stanza adiacente a quella di isolamento veniva tenuta libera.
- Vi erano ampie scorte di DPI per il personale e per i pazienti.
- Vi erano ampie scorte di O2 e dispositivi per erogazione (Venturi e Reservoir).
- Disponibilità adeguata di barelle dedicate.
- Disponibilità di emogasometro.
- Gli spostamenti per motivi diagnostici devono essere fluidi, immediati e privi di soste non necessarie.

RISULTATI

I dati ottenuti dall'analisi statistica effettuata sembrano confermare l'ipotesi iniziale dello studio osservazionale presentato, infatti, il numero di operatori sanitari e non sanitari infetti si può considerare relativamente basso rispetto ai numeri nazionali.

Il campione è rappresentato dal personale sanitario (medici, infermieri, personale tecnico e di supporto), e dal personale non sanitario (addetti alle pulizie, addetti alla distribuzione del vitto, addetti alla manutenzione) in servizio nel corso del periodo di osservazione.

L'End point primario dello studio è quello di dimostrare l'efficacia delle strategie utilizzate per la riconversione del Presidio in Covid Hospital.

Tutte le analisi statistiche sono state effettuate utilizzando il Softwer SPSS versione 20 (SPSS Inc., Chigaco, IL, USA). Le variabili categoriche sono state sintetizzate come frequenze e percentuali e sono stati effettuati i test d'ipotesi con il test del Chi-quadrato. La significatività statistica è stata fissata a $p<0.05$.

In questo studio sono stati analizzati i dati dei tamponi nasofaringei per la ricerca da Sars Covid-19 sui dipendenti che hanno operato durante la pandemia, nel Presidio Ospedaliero di Atri.

Il periodo è ricompreso tra il 9 marzo e l'8 giugno 2020, sono stati analizzati i dati di 611 operatori di cui 499 dipendenti appartenenti tutti al profilo sanitario (OSS, infermieri, ausiliari, medici, tecnici di laboratorio) e 122 dipendenti di ditte esterne quali impresa di pulizia, distribuzione vitto e manutenzione. La percentuale dei dipendenti è pari all'81,7% e il personale esterno è rappresentato dal 18,3%. Il campione analizzato composto da 611 operatori è rappresentato da 368 femmine pari al 60,2% e da 243 maschi pari al 39,8%.

I 499 tamponi effettuati sul personale sanitario hanno dato i seguenti esiti: 480 sono risultati negativi (96,2%), 10 positivi (2%) e 9 dubbi (1,8%). Esaminati i 112 tamponi effettuati sul personale esterno abbiamo 108 negativi (96,4%), 2 positivi (1,8%) e 2 dubbi (1,8%). La sintesi dei risultati relativi agli esiti dei tamponi effettuati per unità operativa, ottenuta calcolando le frequenze percentuali di distribuzione di positivi e negativi.

Non si è evidenziata una differenza statisticamente significativa nella distribuzione degli esiti per Unità Operativa. La sintesi dei risultati delle variabili qualitative, relative agli esiti dei tamponi effettuati sul personale sanitario e sul personale esterno, ottenuta calcolando le frequenze percentuali di distribuzione di positivi e negativi. Quindi avremo che:

- il personale sanitario ha effettuato 499 tamponi di cui 480 negativi, pari al 96,2%, 10 positivi, pari al 2% e 9 dubbi, pari all'1,8%;
- il personale esterno ha effettuato 112 tamponi di cui 108 negativi, pari al 96,4%, 2 positivi, pari all'1,8% e 2 dubbi pari all'1,8%.

In totale sono stati effettuati 611 tamponi di cui 12 positivi, pari al 2%; 588 negativi, pari al 96,2% e 11 dubbi, pari all'1,8%.

Non è emersa una differenza statisticamente significativa nella distribuzione dell'infezione da Sars-Cov-2 tra gli operatori sanitari e non sanitari.

ABRUZZO – ASL TERAMO

CONCLUSIONI

Lo scenario a livello nazionale per quanto riguarda le infezioni da Sars-Cov-2 tra gli operatori sanitari (medici, infermieri, OSS, radiologi, tecnici di laboratorio), va a evidenziare una elevata esposizione degli operatori sanitari in prima linea dovuta, in particolar modo, a una scarsa formazione di questi ultimi riguardo al corretto utilizzo dei DPI, e alla difficoltà nazionale di reperire tali ausili.

Le azioni messe in campo a livello locale, la programmazione di un piano emergenziale da parte dell'Azienda ASL 4 Teramo hanno permesso di riconvertire in pochi giorni (2) il Presidio Ospedaliero in Covid Hospital creando un ospedale capace di gestire in sicurezza i pazienti Covid sia nella fase intensiva acuta che in quella post-acuta.

Sono stati esaminati 611 operatori di cui 499 operatori sanitari: non si evidenzia tra le varie Unità Operativa una differenza sostanziale nella trasmissione dell'infezione, nonostante gli operatori che prestano servizio sul territorio, in particolar modo il servizio pronto soccorso e 118, sono maggiormente esposti. Si è visto, inoltre, che gli unici ad essersi infettati sono gli operatori che eseguono la sanificazione e disinfezione. Gli operatori esaminati sono 112, di cui solo 2 risultano infetti, anche se il dato non può essere generalizzato, nella realtà atriana rappresentano gli unici risultati che documentano la maggiore esposizione del personale addetto alle pulizie. Pertanto, possiamo affermare che il numero esiguo di infezioni tra il personale sanitario e il personale esterno, e le strategie adottate per riconvertire il Presidio Ospedaliero di Atri a Covid Hospital, sembrano essere risultate adeguate al raggiungimento dell'obiettivo preposto.

In futuro, sarebbe auspicabile confrontare i dati del Presidio Ospedaliero di Atri con altri Presidi riconvertiti a Covid Hospital e valutare il tasso di infezione tra gli operatori sanitari e gli operatori non sanitari per avere la possibilità di generalizzare il dato ottenuto.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Direttore sanitario. Professionisti impegnati nel team tamponi (infermieri e medici).

TEMPI DI REALIZZAZIONE

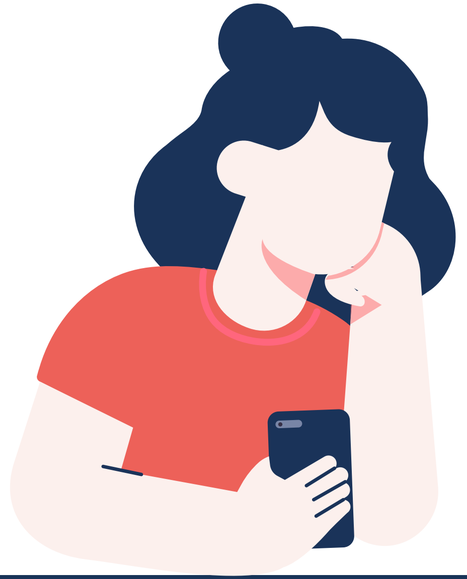
I dati sono stati raccolti nell'anno 2020, dal 9 marzo all'8 giugno.

BIBLIOGRAFIA

1. Alexander Muacevic, John R Adler Clinical Presentation, "Management and In-Hospital Outcome of Healthcare Personnel With COVID-19 Disease", (2020 Aug; 12), 19/10/2020, Pub-Med.
2. Bernd Sebastian Kamps, Christian Hoffman, (2020), Covid Reference, Steinhauser Verlag, Amburgo, pp.9-10-11.
3. Circolare del ministero della salute n.7865 del 25 marzo 2020, Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19, 20/10/2020, salute.gov.it.
4. D.P.C.M. 11 marzo 2020, Ulteriori disposizioni attuative del Decreto Legge del 23 febbraio n.6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n.52, 02/10/2020, www.governo.it.
5. Giovanni Carretta, Cristina Contessa, Deris Gianni Boemo, Greta Bordignon, SIlbia Eugenia Bennici, Stefano Merigliano, "COVID-19 challenge: proactive management of a Tertiary University Hospital in Veneto Region, Italy.", (2020), 22/10/2020, Pub-Med.
6. Hanie Esakandari, Mohsen Nabi-Afjadi, Javad Fakkari-Afjadi, Navid Farahmandian, Seyed-Mohsen Miresmaeili, Elham Bahreini, (2020), "A comprehensive review of COVID-19 characteristics", 25/09/2020, Pub-Med.
7. INAIL, 2020, Denunce di infortunio sul lavoro da Covid-19 pervenute all'Inail, 22/10/2020, https://www.inail.it/cs/internet/docs/alg-abruzzo-scheda-regionale-covid-30-giugno-2020.pdf.

ABRUZZO – ASL TERAMO

8. J.Bartoszko, Mohammed Abdul Farooqi, Waleed Alhazzani, Mark Loeb,"Medical masks vs N95 respirators for preventing COVID-19 in healthcare workers: A systematic review and meta-analysis of randomized trialsJessica", (2020), 20/10/2020, Pub-Med.
9. J.A. Otter,a,* C.Donskey,b S. Yezli,c S. Douthwaite,d S..D. Goldenberg,d and D.J.Webere, (2020), "Transmission of SARS and MERS coronaviruses and influenza virus in healthcare settings: the possible role of dry surface contamination", 05/10/2020, Pub-Med.
10. Ministero della salute, (2020), 05/10/2020, www.salute.gov.it.
11. Ordinanza del Presidente della Giunta Regionale n.32 del 10/04/2020, Misure straordinarie per il contrasto ed il contenimento sul territorio regionale della diffusione del virus COVID-19 nell'ambito delle strutture eroganti, in regime residenziale, prestazioni sanitarie e/o socio sanitarie. Ordinanza ai sensi dell'art. 32, comma 3, della legge 23 dicembre 1978, n. 833 in materia di igiene e sanità pubblica.
12. Rami Sommerstein, Christoph Andreas Fux, Danielle Vuichard-Gysin, Mohamed Abbas, Jonas Marschall, Carlo Balmelli, Nicolas Troillet, Stephan Harbarth, Matthias Schlegel, Andreas Widmer, Swissnoso, "Risk of SARS- CoV-2 transmission by aereosol, the rational use of masks, and protection of healthcare workers from COVID-19", (2020), 22/10/2020, Pub-Med.
13. Rapporto dell'Istituto Superiore di Sanità Covid-19 n.2 / 2020 REV – aggiornato al 28 marzo 2020, 05/10/2020, Istituto Superiore di Sanità.
14. Stefania Maturano, (2020) "Focus su COVID-19 nelle unità operative NO-COVID", 05/10/2020, Nurse24.it.
15. Xiaoquan Lai, Minghuan Wang, Chuan Qin, Li Tan, Lusen Ran, Daiqi Chen, Han Zhang, Ke Shang, Chen Xia, Shaokang Wang, Shabei Xu, Wei Wang, "Coronavirus Disease 2019 (COVID-2019) Infection Among Health Care Workers and Implications for Prevention Measures in a Tertiary Hospital in Wuhan, China", (2019), 20/10/2020, Pub-Med.



Scarica la scheda COORDINAMENTO STAFF DI DIREZIONE - Direzione delle professioni sanitarie

Torna all'indice

REGIONE

Emilia Romagna

Torna all'indice

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

MODELLO ASSISTENZIALE PER LE DEGENZE DURANTE LA PANDEMIA DA COVID-19

Ausl della Romagna – Ambito Forlì

REFERENTI:

Patrizia Grementieri	Risk manager Ausl della Romagna ambito Forlì
Alessandra Amadori	Coordinatore ISRI Ausl della Romagna
Rita Bergamini	ISRI Rischio Infettivo Ospedale Morgagni di Forlì
Matilde Corda	ISRI Rischio Infettivo Ospedale Morgagni di Forlì
Barbara Di Stefano	Dirigente delle professioni sanitarie – area infermieristica, gestione risorse umane, Ausl della Romagna ambito di Forlì
Elisa Fabbri	ISRI Rischio Infettivo Ospedale Morgagni di Forlì
Giorgia Vallicelli	Collaboratore Amministrativo SS Ricerca clinica e organizzativa Ausl della Romagna
Silvia Mambelli	Direttore Direzione Infermieristica e Tecnica, Ausl della Romagna

Torna all'indice

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

INTRODUZIONE

La pandemia ha imposto una rivisitazione delle modalità operative relative alla gestione del rischio infettivo applicate ai diversi setting assistenziali, al fine di garantire a tutti i pazienti e operatori la necessaria sicurezza. È stata infatti definita l'applicazione delle precauzioni da contatto e per droplet in tutti i setting assistenziali in base al livello di rischio, attraverso redazione di istruzioni operative.

Tali istruzioni operative sono state diffuse attraverso interventi di addestramento sul campo e attraverso i flussi comunicativi interni ai responsabili delle Unità operative/servizi.
Il modello assistenziale preesistente nelle Unità operative di degenza era modulare per settori; a seguito dell'insorgenza dell'emergenza sanitaria, al fine di soddisfare le nuove esigenze organizzative e di logistica, il modello è stato integrato con quello *"intentional rounding"* che prevede un approccio strutturato e proattivo, coniugato alle modalità NBCR (incidente Nucleare, Biologico, Chimico, Radiologico) tipico della Medicina delle catastrofi.
Infatti, secondo questo modello i bisogni assistenziali sono valutati e soddisfatti in un'ottica di safety care, anticipando quelle che potrebbero essere le richieste del paziente.
L'organizzazione prevede la suddivisione (virtuale) del setting assistenziale in aree contaminate e non contaminate, attribuendo ad ogni area personale dedicato con funzioni di assistenza diretta (in area contaminata) e di supporto (area non contaminata).
L'infermiere individua in maniera corretta e puntuale le necessità assistenziali attraverso la valutazione del rischio e interviene in maniera proattiva, al fine di concentrare le attività sul paziente, limitando gli accessi alla stanza di isolamento.

ANALISI DEL CONTESTO

Il modello assistenziale proposto consente di:
- ridurre la contaminazione degli ambienti dell'Unità Operativa;
- ridurre la diffusione del virus da operatore ad operatore, tra paziente e operatore e viceversa.

La trasmissione di microrganismi negli ambienti sanitari può essere ridotta attraverso l'adozione delle pratiche di routine che si integrano, quando necessario, con le precauzioni aggiuntive.
Al fine di evitare il trasferimento del virus e degli altri microrganismi dalle aree Covid identificate all'interno delle Unità Operative, è necessario individuare una "zona contaminata" (stanza di degenza e relativa zona filtro) ed una "non contaminata" (ambienti di uso comune, locali di servizio e aree del Reparto No-Covid); questa distinzione è raggiungibile attraverso il corretto comportamento degli operatori sanitari.

Diventa quindi imperativo adottare un modello organizzativo che identifichi gli operatori sulla base delle attività/funzioni che svolgeranno all'interno delle due aree: l'operatore A ha il ruolo di assistere direttamente i pazienti COVID, rimanendo nell'area contaminata, usufruendo di uno o più operatori di supporto, definiti operatori B, che saranno i soli a muoversi nelle zone non contaminate.

L'Operatore A ha il ruolo di:
- eseguire la valutazione del rischio presso il punto di erogazione dell'assistenza;
- individuare il materiale necessario all'esecuzione delle attività assistenziali sul paziente;
- eseguire le attività assistenziali dirette;
- tracciare le attività eseguite attraverso il corretto abbinamento prestazione/identificazione paziente attraverso la lettura del codice a barre identificativo apposto sul braccialetto, mediante palmare elettronico.

L'Operatore B ha il ruolo di:
- eseguire tutte le attività di assistenza indiretta;
- supportare l'operatore A porgendogli eventuale materiale non previsto e necessario prelevandolo dalle zone non-contaminate;
- qualora si debbano somministrare ulteriori farmaci, l'operatore B legge ad alta voce il nome del prodotto e lo porge al collega.

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

Il ricorso al principio dell'affidamento in cui l'infermiere A somministra farmaci preparati dall'operatore B si attua solo ed esclusivamente in corso di emergenza;

- entra nella stanza in aiuto dell'operatore A per le tutte le necessità assistenziali che prevedono l'intervento di due operatori.

Quando l'operatore B, entra a supporto in area contaminata, terminata la fase di aiuto, prima di accedere all'area NON contaminata, deve eseguire la corretta sequenza di svestizione nello zona filtro identificata, allestita con contenitore per i rifiuti pericolosi a rischio infettivo.
Gli operatori si alternano nel ruolo A e B al fine di un'equa distribuzione del carico di lavoro.
All'interno delle aree con definite zone di isolamento è necessario mantenere precauzioni standard ed aggiuntive in base all'attività clinico-assistenziale erogata, attraverso una valutazione del rischio per singolo paziente, al fine di evitare sovra infezioni in pazienti già fragili. Il modello di interazione tra operatore A ed B si applica a qualunque figura professionale per le attività di competenza, pertanto l'organizzazione di tali attività ed i vari percorsi devono essere preventivamente condivisi fra tutta l'equipe ed ogni qualvolta si renda necessario (es. inserimento nuovo personale).

In Area COVID i pazienti sono posti, qualora possibile, in stanza singola di isolamento a pressione negativa con bagno dedicato e anticamera con pressione negativa. Qualora ciò non sia possibile, il caso confermato deve essere ricoverato in stanza singola con porta chiusa e bagno dedicato. In caso di ulteriore necessità, è possibile effettuare un isolamento per coorte tra pazienti con COVID-19 accertati microbiologicamente.
All'interno delle stanze di degenza in cui non sia presente area filtro, tale area è identificata a ridosso della porta dove sono posizionati contenitori per rifiuti speciali, contenitore di gel idroalcolico e l'occorrente per sanificare le superfici di maggior contatto (tavolo, maniglie, interruttori).

Prima di praticare attività che comportino contatto da parte dell'operatore A con mucose (es cure igieniche), cute lesa (es medicazione), materiale biologico (es feci ed urine) si dovrà indossare (sopra al camice DPI/idrorepellente) un grembiule protettivo che dovrà essere rimosso insieme al paio di guanti esterno, al termine dell'attività, smaltendo poi il tutto, nel contenitore dei rifiuti pericolosi a rischio infettivo.

I carrelli della biancheria sporca possono entrare nelle aree definite contaminate ed una volta che i sacchi sono pieni devono essere chiusi dall'operatore A e posti direttamente sul carrello di trasporto (roller/grigliato) che dovrà essere avvicinato al limite tra le due aree dall'operatore B.
I contenitori dei rifiuti a rischio infettivo devono essere a disposizione dell'operatore A nelle aree contaminate e smaltiti con la stessa modalità della biancheria sporca. All'interno della stanza o dell'area contaminata il materiale deve rimanere a scorta nella quantità minima necessaria allo svolgimento delle attività di assistenza diretta, tenendo in considerazione che tutto ciò che entra in tale area è da ritenersi contaminato pertanto da smaltire o ricondizionare prima essere eventualmente riportato nell'area non contaminata.

I pazienti ricoverati per COVID-19 dovranno eseguire, quando possibile, gli accertamenti diagnostici nella camera di isolamento.

Nel caso in cui il paziente debba comunque essere trasferito dalla stanza, il personale addetto al trasporto deve utilizzare percorsi specifici appositamente segnalati, definiti al fine di minimizzare la possibile esposizione di personale sanitario, pazienti e visitatori.

Torna all'indice

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

RISULTATI

Il modello assistenziale *intentional rounding* è stato applicato in tutte le degenze dell'Ospedale G.B. Morgagni - L. Pierantoni di Forlì da parte del personale, in aderenza alle indicazioni/istruzioni operative divulgate e nel rispetto della suddivisione delle aree contaminate e non.

CONCLUSIONI

L'importanza dell'implementazione delle buone pratiche evidence based si dimostra sempre più contingente nella pratica quotidiana sanitaria, in particolare nella delicata tematica legata alla prevenzione del rischio infettivo.

Il repentino evolversi della pandemia ha costretto la revisione dei modelli assistenziali e quello identificato è stato recepito dal personale in modo positivo, ritenendolo soddisfacente alle esigenze lavorative e di sicurezza proprie e del paziente.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Il personale delle degenze dell'Ospedale G.B.Morgagni-L.Pierantoni di Forlì, Ausl della Romagna.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

3 mesi.

Torna all'indice

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA

ANALISI DELL'IMPATTO DELLA MALATTIA DA SARS-COV-2 NEI DIPENDENTI DELL'AUSL DELLA ROMAGNA DISTRETTO DI FORLÌ

Ausl della Romagna – ambito di Forlì

REFERENTI:

Patrizia Grementieri	Risk Manager distretto Forlì
Giorgia Vallicelli	Collaboratore amministrativo
Maria Alessandra Caso	Medico Competente
Barbara Di Stefano	Responsabile Risorse Umane Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL della Romagna
Simona Nuzzo	Collaboratore amministrativo
Paola Spazzoli	Collaboratore amministrativo
Elena Vetri	Dirigente medico Direzione Medica di presidio di Forlì
Silvia Mambelli	Direttore Direzione Infermieristica e Tecnica AUSL della Romagna
Paolo Masperi	Direttore Presidio Ospedaliero di Forlì

Torna all'indice

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

INTRODUZIONE

L'evento pandemico che stiamo vivendo ha richiesto cambiamenti importanti nei processi organizzativi sanitari e la necessità di implementare nuovi percorsi con un conseguente aumento delle dotazioni organiche, soprattutto nelle unità organizzative direttamente chiamate ad affrontare l'emergenza sanitaria (ospedale, Dipartimento di Salute Pubblica, strutture sul territorio). Tale necessità ha coinciso parallelamente con l'aumento delle assenze per malattia/infortunio/quarantena in quanto anche la popolazione di dipendenti ha subito gli effetti pandemici.

Questa situazione ha richiesto un imponente piano assuntivo per un'immissione rapida di professionisti nei vari servizi, che si è scontrato con la difficoltà di reclutamento, per la limitatezza nel mercato del lavoro di professionisti sanitari.

Quest'analisi misura l'impatto della malattia COVID-19 (assenza per isolamento e per quarantena) nei dipendenti dell'AUSL della Romagna del distretto di Forlì; i periodi di osservazione, vista la variabilità dell'incidenza della malattia, sono stati suddivisi:

1. dal 1° marzo al 31 maggio 2020 (91 gg);
2. dal 1° giugno al 30 settembre 2020 (121 gg);
3. dal 1° ottobre al 5 febbraio (127gg);

ANALISI DEL CONTESTO

Sulla base delle indicazioni ministeriali, il personale dal 3 aprile 2020 è stato sottoposto a sorveglianza sanitaria rischio Sars-Cov-2 con le modalità e le tempistiche indicate nei diversi periodi (test cromatografico, tampone antigenico rapido).

Le indagini epidemiologiche sono state eseguite nei casi di contatto stretto con paziente, parente, altro operatore positivo o su indicazione del medico competente qualora presenti sintomi riconducibili a Covid-19, attraverso l'esecuzione di tamponi molecolari.

Nell'evolversi della pandemia, sono variati elementi importanti per questa analisi:

- la durata dell'isolamento, nel 1° periodo di 14 giorni, poi ridotta a 10;
- le modalità di effettuare la diagnosi di guarigione: nel 1° periodo il fine isolamento veniva dichiarato dopo l'esecuzione consecutiva di due tamponi molecolare negativi, poi solo di uno;
- l'applicazione della quarantena: nel 1° periodo tale istituto non si applicava al personale sanitario, se non in casi particolari. Con il D.L. 104/2020 art. 21-bis s.m.i. i dipendenti fino al 31/12/2020 hanno potuto usufruire del congedo parentale per figlio in quarantena.

RISULTATI

Nel periodo considerato sono stati registrati tra i dipendenti dell'Ausl Romagna ambito di Forlì **287** casi Covid positivi (insorti fino al 10/01/2021): nel 1° periodo **102**, nel 2° **3**, nel 3° **182**. Nella tabella sottostante i casi del 2° periodo, visto l'esiguità, sono inclusi tra quelli del 1°.

TAB.1

	periodo 1-2	%	periodo 3	%	Totale
TOTALE CASI	**105**		**182**		**287**
F	70	67%	140	76,9%	**210**
M	35	33%	42	23,1%	**77**
asintomatico	27	25,7%	35	19,2%	**62**
sintomatico	78	74,3%	147	80,8%	**225**
<=30	10	9,5%	31	17,0%	**41**
31-50	43	41,0%	62	34,1%	**105**
>=51	52	49,5%	89	48,9%	**141**
Ricoverati	12	11,4%	5	3%	**17**

Torna all'indice

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

La maggior parte sono donne, con un valore percentuale in aumento; i sintomatici sono aumentati nel secondo periodo rappresentando oltre l'80% dei casi ed è significativa la variazione dell'età. Mentre la percentuale di dipendenti positivi oltre i 50 anni rimane invariata nei periodi, si nota una variazione nella fascia d'età più giovane, quella inferiore ai 30 anni, che passa da un valore inferiore al 10% a circa il 17% del totale. Un altro dato importante riguarda il numero di dipendenti ricoverati, che mentre nel primo periodo è pari all'11%, nel secondo periodo scende al 3%.

Per valutare il reale impatto della pandemia nei dipendenti abbiamo analizzato i seguenti dati: Durata della malattia Covid-19 calcolata come differenza in giorni tra la data della positività del tampone e la data del provvedimento di fine isolamento da parte dall'Igiene Pubblica (tab. 2).

TAB.2

	PERIODO 1-2	PERIODO 3
MEDIA	**29,2**	**15,9**
Min	12	6
Max	70	59
Dev.st.	11,3	5,7

TAB.3

	PERIODO 1-2	PERIODO 3
Media	**41,6**	**21,8**
Min	12	10
Max	169	87
Dev.st.	25,5	10,3
Totale giornate	4364	3968

CONCLUSIONI

Durata dell'assenza dal servizio per malattia, che oltre al dato precedente, include le giornate di assenza successive al provvedimento di fine isolamento fino al rientro in servizio (tab. 3).
L'incremento dell'incidenza della positività nella popolazione nel 3° periodo non si è riscontrato nei dipendenti, verosimilmente perché le strategie messe in atto all'interno dell'azienda per la prevenzione della diffusione della malattia sono state efficace.
L'analisi inoltre evidenzia che nel 3° periodo si è avuto un maggior numero di casi nei dipendenti che hanno però generato meno giornate di assenza; inoltre il cambiamento nel tempo della strategia clinica-terapeutica- assistenziale ha portato a una diminuzione dei ricoveri, evidenziato anche nei dati dei dipendenti.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Tutto il personale sanitario e non dell'AUSL della Romagna del distretto di Forlì.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Analisi dal 1/03/2020 al 5/02/2021.

SERVIZIO SANITARIO
REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA

Torna all'indice

U.O. PNEUMOLOGIA:
revisione a 360° in tempo di pandemia

Ausl della Romagna – ambito di Forlì

REFERENTI:

Venerino Poletti	Direttore Dipartimento malattie dell'apparato respiratorio e torace – Ausl della Romagna, Direttore U.O. Pneumologia Forlì
Flavia Benazzi	Infermiera Case Manager – U.O. Pneumologia Covid Forlì
Giulia Filippi	Coordinatore infermieristico - U.O. Pneumologia Covid Forlì
Patrizia Grementieri	Risk manager Ausl Romagna - Ambito Forlì
Chiara Legnani	Fisioterapista – U.O. Medicina Riabilitativa Forlì
Stefano Oldani	Dirigente medico – U.O. Pnuemologia Covid Forlì
Linda Prati	Responsabile infermieristico Dipartimento Malattie dell'apparato respiratorio e torace - Ausl della Romagna
Giorgia Vallicelli	Collaboratore amm.vo prof.le – settore statistico U.O. Ricerca Clinica e organizzativa - Ausl della Romagna
Elena Vetri	Dirigente medico – Direzione Medica di presidio
Paolo Masperi	Direttore di Presidio ospedaliero G.B. Morgagni – L. Pierantoni Forlì

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

INTRODUZIONE

L'emergenza Covid ha richiesto una revisione di tutti i processi organizzativi a livello ospedaliero e territoriale. Al fine di fornire una risposta immediata e idonea all' aumento dei pazienti in condizioni critiche è stato necessario identificare posti letti dedicati di degenza ordinaria, di terapia intensiva e di sub-intensiva; in concreto si è provveduto alla creazione di aree COVID, al fine di sostenere il peso dell'epidemia.

Nel presidio ospedaliero di Forlì, oltre a individuare aree di degenza Covid differenziate in base alle tre tipologie assistenziali sopra citate, è stata creata, a titolo sperimentale, una struttura organizzativa modulare e flessibile nell'affrontare le diverse situazioni di criticità clinica e in cui la fase acuta si completa con l'inizio precoce della fase riabilitativa. A tal fine, nell'U.O. di Pneumologia sono stati allestiti sia posti letto di degenza ordinaria, sia di sub-intensiva ed è stato attivato un modello organizzativo rispondente all'obiettivo prefissato.
Nella prima fase della pandemia l'indicazione primaria per i pazienti con grave difficoltà respiratoria era un approccio più prettamente invasivo in ambiente intensivo. L'esperienza maturata nei mesi e le evidenze scientifiche a nostra disposizione hanno invece portato all'applicazione di un modello clinico assistenziale il più possibile non invasivo e prontamente riabilitativo.

ANALISI DEL CONTESTO

Durante la prima fase il paziente Covid veniva ricoveravo nei posti letto disponibili nelle diverse aree dedicate. Durante l'estate sono state apportate modifiche organizzative e strutturali in Pneumologia al fine di consentire la realizzazione di un modello sperimentale di gestione clinica del paziente in un'unica U.O. con capacità assistenziali di diversa intensità.
In particolare il reparto è stato suddiviso in modo flessibile in: zona 1 (degenza ordinaria) zona 2 (sub-intensiva), zona 3 (sub-intensiva per pazienti ad alta criticità). Le modifiche strutturali consentono tuttavia una modulazione graduale nell'utilizzo dei posti letto delle 3 zone.

L'U.O. può passare da un unico settore con una dotazione di 32 letti di degenza ordinaria a due settori di cui uno di 24 letti di degenza ordinaria e uno di 8 letti di sub-intensiva, per poi riorganizzarsi in una fase successiva in due settori, di cui uno di 16 letti di degenza ordinaria e uno di 16 letti di sub-intensiva, per arrivare infine ai tre settori attraverso l'ulteriore suddivisione dei letti di sub-intensiva in due settori di 8 letti ciascuno, di cui uno per pazienti ad alta criticità. Tutti i settori sono tecnologicamente differenziati e fisicamente separabili in modo dinamico, in ragione dell'assetto adeguato alle caratteristiche dei posti letto e alle tipologie assistenziali necessarie. Nell'allestimento dei sistemi di separazione dinamica tra le diverse aree, si è proceduto anche al posizionamento di porte a vetro sia nelle stanze di degenza sia nei punti di separazione tra i diversi settori. Questa semplice soluzione ha reso possibile ridurre l'isolamento del paziente e contestualmente facilitare il personale nell'attività di controllo, peraltro già assicurata anche dal posizionamento di telecamere e interfoni.

Sono stati inoltre effettuate installazioni e modifiche sugli impianti di aerazione con il collegamento di Estrattori d'Aria (Booster) con filtro assoluto all'interno dei controsoffitti del connettivo centrale del piano sia per realizzare il maggiore aumento possibile dei ricambi orari di aria in estrazione, con l'utilizzo della distribuzione delle canalizzazioni esistenti, sia per ripristinare l'immissione di aria esterna, pulita, filtrata e climatizzata a servizio delle stanze di degenza con mantenimento della pressione negativa.
Nell'area sub-intensiva il paziente è sottoposto a monitoraggio continuo di SpO2, frequenza respiratoria e traccia ECG. Sono inoltre disponibili monitoraggi invasivi quali la registrazione della pressione arteriosa cruenta (tramite catetere arterioso) e monitoraggio delle variazioni della pressione esofagea durante gli atti del respiro (tramite sondino nasogastrico multifunzionale Nutrivent), indicatore surrogato dell'effettivo sforzo respiratorio del paziente.
L'ossigenoterapia ad alti flussi di aria umidificata e riscaldata (HFNC: high flow nasal cannula) viene erogata con sistemi AIRVO (11 in dotazione) o tramite la combinazione di umidificatori attivi (3 a disposizione) combinabili con i ventilatori in grado di erogare alto flusso.

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

Per quanto riguarda la ventilazione, sono disponibili 22 ventilatori ad alte prestazioni, dotati di funzione CPAP e NIV nelle modalità PSV ed aPVC.
Il personale infermieristico è stato adeguatamente potenziato al fine di fronteggiare giornalmente, il numero di ricoveri, le condizioni cliniche dei pazienti e garantire il riposo psicofisico dell'operatore. Nello specifico, per ogni turno di lavoro, nella zona 1 viene garantito il rapporto infermieristico 1 a 8 pazienti, mentre nelle altre il rapporto diventa 1 a 4.
Il personale sanitario è stato debitamente formato al fine di incrementare le conoscenze e le competenze necessarie ad un'assistenza di tipo sub-intensivo tramite una formazione blended (residenziale e sul campo) sui sistemi di monitoraggio cruento, di ventilazione meccanica e di erogazione di ossigeno ad alti flussi e di assistenza alle manovre broncoscopiche.
Inoltre il Servizio del Rischio Infettivo ha educato i professionisti all'applicazione del modello assistenziale definito dalla Direzione Infermieristica Aziendale Intentional Rounding con l'identificazione di due tipologie di operatori A (che intervengono direttamente sul paziente) e B (a loro supporto). Al fine di verificare il corretto uso dei dispositivi di protezione,il servizio provvede a svolgere osservazioni sul campo per intercettare eventuali criticità nei comportamenti ed intraprendere azioni correttive. Attualmente i pazienti candidati al ricovero in Pneumologia presentano quadri di polmonite da Sars-CoV2 con insufficienza respiratoria acuta ipossiemica. Il parametro fondamentale per definire l'insufficienza respiratoria è l'ipossiemia con un valore, convenzionalmente fissato, di PaO2 inferiore ai 60 mmHg.

I pazienti accedono alla Pneumologia Covid:
• dal domicilio, a seguito di un aggravamento delle condizioni cliniche;
• da strutture residenziali come RSA;
• trasferiti da altre UO del medesimo presidio ospedaliero o provenienti da altre realtà regionali.
Nel caso in cui provenga da domicilio o da strutture residenziali, il paziente viene valutato in Pronto Soccorso e si stabilisce se deve essere sottoposto a ventilazione intensiva o semintensiva.

La valutazione e la successiva presa in carico del paziente dipendono da:
• condizione generale;
• grado di autonomia;
• grado di coscienza;
• livello di collaborazione alla ventiloterapia;
• esami ematochimici (D.Dimero);
• età;
• comorbidità;
• valori EGA.

Il paziente in degenza ordinaria presenta:
momentanea perdita della propria autonomia, uno stato di affaticamento e necessità di ossigeno terapia tradizionale, che può essere erogata tramite occhialini nasali, maschera di venturi o Reservoir.
Durante il ricovero il paziente verrà sottoposto a controlli ematici periodici, monitoraggio dei parametri vitali e dei valori emogasanalitici predittivi dell'andamento della patologia e potrà essere sottoposto a TAC e RX del torace.
Nel momento in cui il flusso di ossigeno viene gradualmente ridotto e il paziente si presenta vigile e collaborante, inizia un percorso di mobilizzazione, svolto dal personale di reparto, (debitamente formato sugli step da seguire in autonomia) con il supporto dei fisioterapisti.

Il paziente in degenza sub-intensiva presenta:
valore P/F: ≤ ai 200, comorbidità correlate, necessità di livelli di alta intensità di cura e di erogazione di ossigeno terapia ad alti flussi (HFNC) o terapie ventilatorie a pressione positiva (CPAP o NIV).

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

I sistemi HFNC sono solitamente dedicati ai pazienti con P/F tra 200/150 oppure come ossigenoterapia nei pazienti in ventilazione non invasiva tra una seduta ventilatoria e l'atra.

La CPAP è invece la terapia a pressione positiva più utilizzata nei pazienti Covid-19 con P/F che scendono <150. Si riserva invece la NIV se non vi è risposta soddisfacente alla CPAP, o come supporto ponte per l'intubazione o a scopo palliativo nelle fasi terminali di malattia per quei pazienti con tetto terapeutico non invasivo.

L'attività specialistica in area sub-intensiva richiede competenze distintive e soprattutto prevede un approccio multidimensionale e multi professionale.

In questo contesto assume valore il trattamento riabilitativo in fase precoce per velocizzare il recupero funzionale e per ridurre la disabilità residua.

Una valutazione precoce dei sintomi e delle problematiche di questi pazienti, sia motorie che respiratorie, è indispensabile per identificarne i bisogni riabilitativi e per impostare programmi di trattamento individuali, basati su:

- valutazione dei parametri vitali (SpO2, FC, FR, PA);
- valutazione degli scambi gassosi (EGA);
- valutazione delle imaging (Rx o TC torace);
- valutazione del pattern respiratorio;
- valutazione della dispnea (Scala di Borg modificata);
- valutazione dell'articolarità e della forza muscolare;
- valutazione delle autonomie motorie residue (passaggi posturali, trasferimenti, postura seduta, stazione eretta e cammino).

Il trattamento fisioterapico è complementare alla ventilazione del paziente e può essere applicato contemporaneamente a qualsiasi tipo di ventilazione, nel rispetto della "fatica" del paziente, sia muscolare che respiratoria; per fare ciò è necessario un costante lavoro in team interdisciplinare (fisioterapista, pneumologo, infermiere).

Gli obiettivi a breve e medio termine del trattamento fisioterapico prevedono:

- Modificazione degli scambi respiratori attraverso la postura: favorire la postura nei decubiti laterali e prona (quando possibile e senza aumentare il lavoro respiratorio del paziente) al fine di modificare la distribuzione della ventilazione e del circolo polmonare.
- Mobilizzazione precoce e ricondizionamento graduale alla postura seduta e, appena possibile, alla stazione eretta per prevenire danni da allettamento.
- Gestione della clearence bronchiale: se strettamente necessario, possono essere applicate tecniche di disostruzione bronchiale in accordo con il medico pneumologo (sempre valutando di non aumentare il lavoro respiratorio del paziente).
- Ricondizionamento allo sforzo, secondo trattamenti personalizzati, con intensità progressiva, con costante monitoraggio dei PV e con valutazione, in accordo con il medico pneumologo, della necessità/modulazione di un supporto di O2 terapia sotto sforzo.
- Con pazienti tracheostomizzati: svezzamento dalla cannula tracheostomica parallelamente all'intervento logopedico di training della disfagia, con logopedista dell'U.O. di Medicina Riabilitativa.
- Training del cammino con o senza ausili.
- Addestramento all'auto-trattamento e recupero delle ADL in previsione del rientro a domicilio.

RISULTATI

Sono stati analizzati i pazienti entrati in Pneumologia dal 01/12/2020 al 21/01/2021 per un totale di 133 ricoveri.

I pazienti ricoverati erano in prevalenza uomini (76%) con un'età media pari a 70 anni (da un minimo di 34 anni a un massimo di 93); sono deceduti 35 pazienti, nell'86% dei casi uomini.

I pazienti ricoverati provenivano da pronto soccorso (50,4%), da altre degenze (41,4%) e dalla terapia intensiva (8,3%).

Tutti i pazienti osservati hanno richiesto supporto respiratorio, 26 solo con ossigeno a occhialini, mentre per gli altri sono stati utilizzati supporti più avanzati (HFNC; CPAP o NIV).

Torna all'indice

AUSL DELLA ROMAGNA – AMBITO FORLÌ

Sono stati sottoposti a visita fisiatrica 33 pazienti (alcuni come prima visita, altri sottoposti a controllo quando trasferiti da altri reparti), di cui 32 presi in carico dai fisioterapisti per un totale di 417 prestazioni (circa 12 prestazioni a paziente).

Sono stati inoltre presi in carico 4 pz con richiesta di prosecuzione di rieducazione motoria diretta del pneumologo, poiché provenienti da altri reparti e già in trattamento riabilitativo per un totale di 107 prestazioni.

Infine, 1 paziente è stato preso in carico con richiesta diretta del pneumologo per fisioterapia respiratoria.

CONCLUSIONI

La riorganizzazione effettuata ha migliorato la soddisfazione del personale coinvolto che ha avuto un ritorno positivo da parte dei pazienti in termini di accettazione della degenza, vissuto dell'isolamento e miglioramento della capacità di recupero; ha permesso una presa in carico del paziente multidisciplinare in cui la ventilazione non invasiva e la riabilitazione motoria sono diventati elementi basilari per la ripresa dalla malattia.

Ancora non sono stati raccolti dati sufficienti per valutare eventuali differenze negli esiti dei pazienti che sono stati trattati nel percorso tradizionale, dove la degenza Covid ordinaria, la terapia intensiva e la sub-intensiva sono gestite in UU.OO. separate, rispetto ai pazienti trattati all'interno di un percorso in un'unica unità operativa.

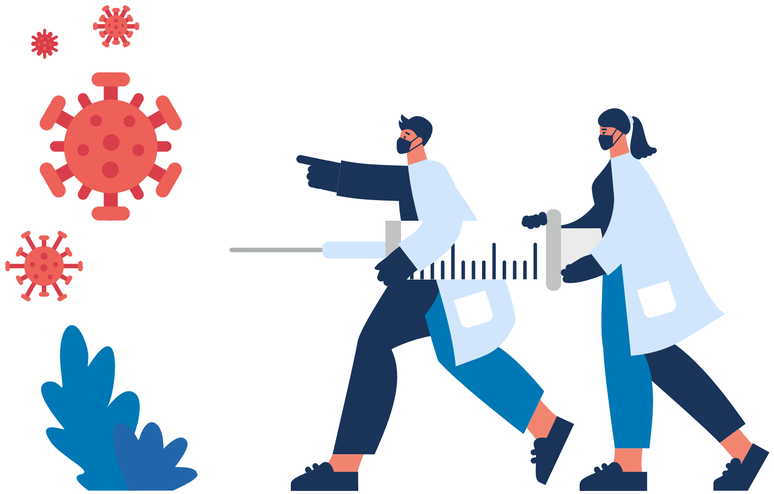
Le evidenze mostrano invece che, tra i pazienti trattati nell'ambito del nuovo modello organizzativo, è stato evitato il ricovero in Rianimazione nel 30% dei pazienti che presentavano un P/F<100 quale criterio di elegibilità per assistenza intensiva.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Tutto il personale dell'U.O. Pneumologia, Fisioterapiste della Medicina riabilitativa, Direzione Medica di Presidio, Direzione Infermieristica e Tecnica, U.O. Manutenzione impianti

TEMPI DI REALIZZAZIONE

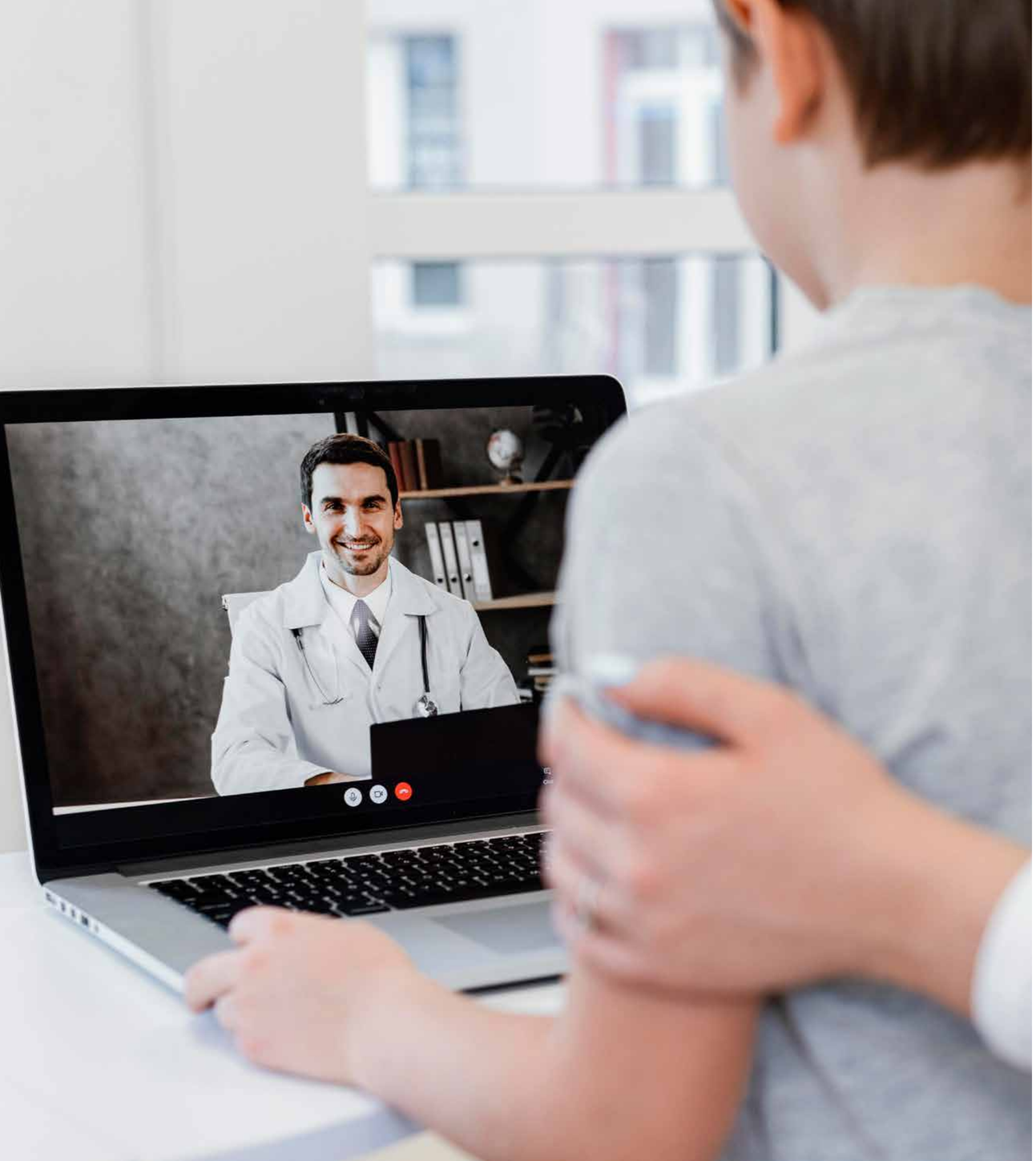
Circa 3 mesi.



Torna all'indice

REGIONE

Lazio



Torna all'indice

ARES 118

PROGETTO PER ATTIVITÀ DI MONITORAGGIO CLINICO ATTIVO DI PAZIENTI DOMICILIATI AFFETTI DA COVID 19 LIEVE E MODERATA

Centrale di Risposta Territoriale e Monitoraggio (CRTM)

Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES118

REFERENTI:

Dott. Domenico Antonio Ientile	Direttore Sanitario
Dott. Danilo Bono	Consulente della Direzione Aziendale
Dott.ssa Maria Grazia Proietti	Direttore UOC Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale
Dott.ssa Maria Rosaria Musto	Dirigente Infermieristici Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale
Dott. Giuseppe Casolaro	Dirigente Infermieristici Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale
Dott.ssa Loredana Bungaro	Responsabile Posizione Organizzativa
Dott.ssa Salwina Zambuto	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere
Dott.ssa Di Giambattista Assunta	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere

Torna all'indice

AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA ARES118

INTRODUZIONE

Con la DGR n. 822 del 10.11.2020 la Regione Lazio ha disposto l'ulteriore potenziamento del numero verde 800.118.800, gestito da ARES 118 e rivolto ad assicurare un supporto informativo alla popolazione regionale e garantire una migliore presa in carico territoriale dei pazienti COVID 19 positivi attraverso il monitoraggio clinico dei casi di malattia lieve o moderata, al fine di consentire loro la permanenza in sicurezza presso il loro domicilio o presso le strutture alberghiere all'uopo allestite, in stretta sinergia e secondo i protocolli condivisi con le ASL territorialmente competenti.

ANALISI DEL CONTESTO

Per realizzare le sopra descritte finalità è stata attivata una Centrale regionale di monitoraggio clinico per la presa in carico dei pazienti COVID 19 positivi presso il loro domicilio, anche dopo la dimissione, ed interfacciarsi con i diversi attori nelle varie fasi del percorso a tutti i livelli. La Centrale di Risposta Territoriale e Monitoraggio (CRTM) è un'organizzazione regionale la cui responsabilità è assegnata ad ARES 118, al fine di garantire una presa in carico integrata e circolare dal territorio all'ospedale e viceversa, con il ricorso a modalità assistenziali di tipo intermedio (alberghi assistiti, UDI, ecc.) e tecnologiche dedicate (piattaforma COA, Lazio Advice, ecc.), mediante un percorso assistenziale protetto e sicuro che individua un responsabile clinico per ciascuna fase.

Progetto per il monitoraggio clinico attivo a domicilio di pazienti affetti da COVID 19 lieve o moderata

La presa in carico a domicilio dei pazienti con malattia COVID 19 lieve o moderata nel processo di monitoraggio attivo avviene attraverso le seguenti fasi, tutte gestite dall'infermiere, il quale attiva il medico nel caso si rilevino situazioni critiche:

1. identificazione dei pazienti da prendere in carico, su segnalazione delle strutture territoriale della ASL di appartenenza: affetti da COVID 19 lieve o moderata, compresi i pazienti dimessi dall'ospedale che necessitano di trattamento e monitoraggio a domicilio;
2. definizione del livello di presa in carico attraverso la valutazione del grado di malattia (Tab. 1 Triage parametri clinici), delle condizioni di rischio (Tab. 2 Triage condizioni di rischio) e delle condizioni socio-assistenziali (Tab. 3 Triage condizioni socio-assistenziali), che consente di attribuire a ciascun paziente un codice colore:
   - bianco: chiamata telefonica ogni 2 giorni, ordinariamente fino a 11 giorni dall'esordio della malattia, o fino a quando non cambia il codice colore;
   - verde: chiamata telefonica ogni giorno e programmazione di almeno una visita del MMG;
   - giallo: chiamata telefonica ogni giorno e programmazione di almeno una visita dell'USCAR;
   - rosso: chiamata telefonica 2 volte al giorno e attivazione del 118.

A seguito di presa in carico del paziente, la CRTM inizia il monitoraggio attivo sulla piattaforma regionale Lazio Advice collegata alla App Lazio Doctor COVID.

Torna all'indice

AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA ARES118

SCALA P NEWS	4	3	2	1	0	1	2	3	PUNTEGGIO
P. Arteriosa Sis (mmHg)		≤ 90	91 – 100	101 – 110	111 – 219			≥ 220	
F.C. (bpm)		≤ 40		41 – 50	51 – 90	91 – 110	111 – 130	≥ 131	
F.R. (atti/min)		≤8		9 – 11	12 – 20		21 – 24	≥ 25	
Ossigeno Supplementare		NO	NO	NO	NO	SI	SI	SI	
SpO_2 Scala 1 (%)		≤ 91	92 – 93	94 – 95	≥ 96				
SpO_2 Scala 2 (%) BPCO (tipo 2)		< 90	90	91 – 92	≥ 93 AA	97 in O_2	95 – 96 in O_2	93 – 94 in O_2	
T.C. (°C)			≤ 35	35.1 – 36	36.1 – 38	38.1 – 39	≥ 39		
Stato di Coscienza					Vigile	Confuso Agitato	Richiamo verbale	Dolore provocato	
Sintomi correlati		Più di tre sintomi	Tre sintomi	Fino a due sintomi	Non : Mal di gola, Tosse, Mialgie, Dist. intestinali				
TOTALE									

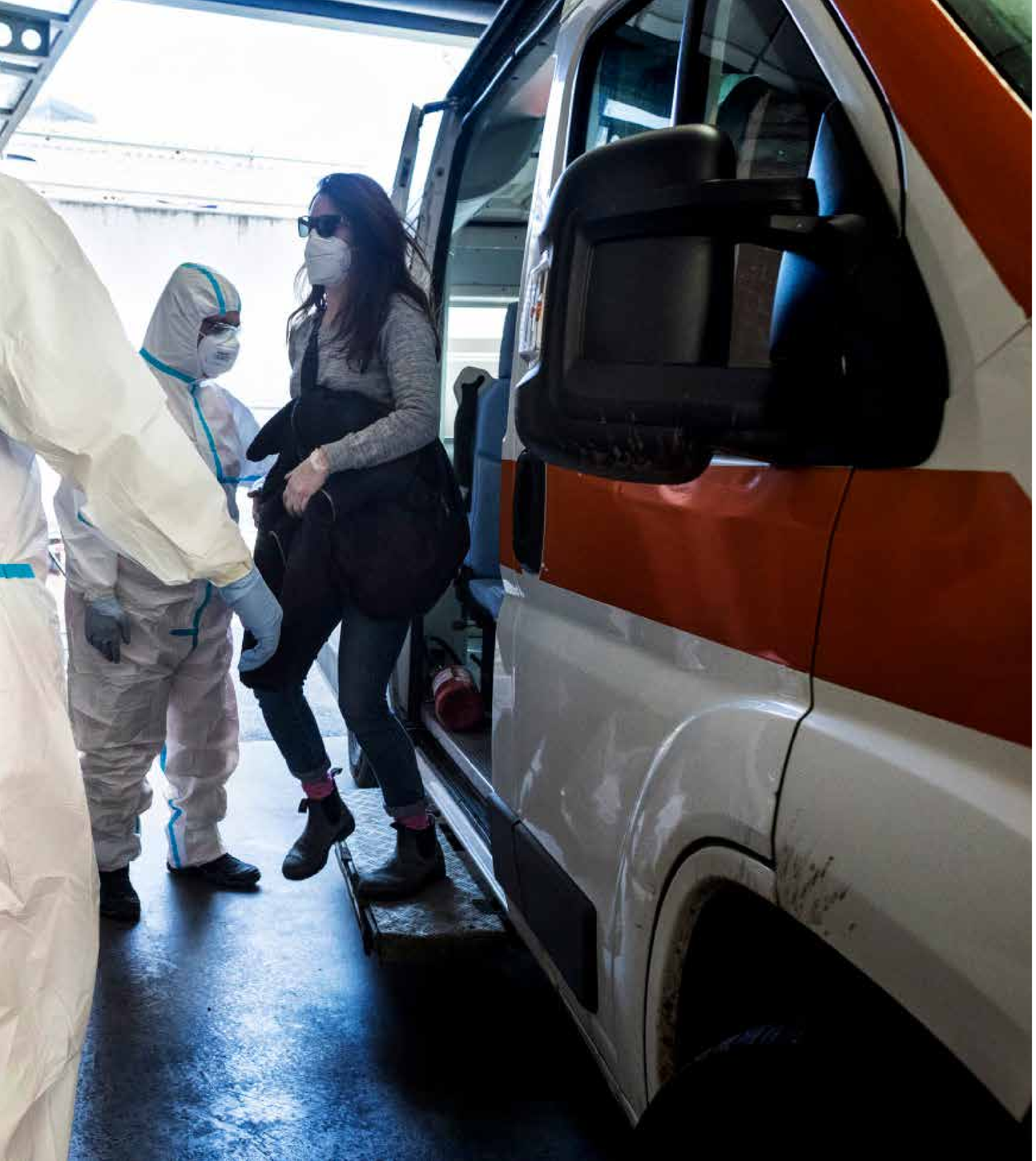
TAB 1
A - TRIAGE PARAMETRI CLINICI

SCALA P NEWS	4	3	2	1	0	1	2	3	PUNTEGGIO
Isolamento Sociale		Senza dimora	Condizioni precarie	Vive solo	Famiglia Comunità	Possibile isolamento	Isolamento difficoltoso	Impossibile isolamento	
Cond. Sociali Paziente	5	4	3	2	1				
Performance	Non aautosufficente Allettato, o sedia	Attività limitata limitata autosufficenza	Attività limitata ma autosufficenza	Attività faticose limitate	Normali attività				

TAB 2
B - TRIAGE CONDIZIONI DI RISCHIO

SCALA P NEWS	4	3	2	1	0	1	2	3	PUNTEGGIO
Età		➢ 85	≤ 85	≤ 75	≤ 65				
Malattie Croniche		Più di due patologie	Due patologie	Una patologia	Resp, Card, Renali, Immuno, D. M.				
Stato Fisico BMI		Grande obeso ➢ 40	Obeso 30 – 40	Sovrappeso 25 – 30	Peso Normale 18.5 – 25	Sottopeso Lieve 18.5 - 17	Sottopeso Moderato 16 - 17	Sottopeso Grave < 16	

TAB 3
C - TRIAGE CONDIZIONI SOCIOASSISTENZIALI



Torna all'indice

ARES 118

PERCORSO PAZIENTI MALATTIA COVID-19 LIEVE:
attività Mezzi di Soccorso Infermieristici zona Castelli Romani CORES Roma Area-Metropolitana

Azienda Regionale Emergenza Sanitaria ARES118

REFERENTI:

Dott.ssa Lucia De Vito	Direttore UOC CORES Roma-Area Metropolitana
Dott.ssa Maria Grazia Proietti	Direttore UOC Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale
Dott.ssa Maria Rosaria Musto	Dirigente Infermieristico Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale
Dott. Giuseppe Casolaro	Dirigente Infermieristico Servizio Infermieristico Tecnico Aziendale
Dott. Carlo Gaetano	Dirigente Medico UOC CORES Roma-Area Metropolitana
Dott. Luciano Genovese	Dirigente Medico UOC CORES Roma-Area Metropolitana
Dott.ssa Lorella Calafato	Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA ARES118

FIG. 1

PUNTI DI FORZA	PUNTI DI DEBOLEZZA
• Scelta del setting assistenziale domiciliare al paziente con sintomatologia lieve • Utilizzo delle maggiori risorse messe in campo per valutazione infermieristica e medica	• Tempi di soccorso più lunghi per i tempi di valutazione infermieristici e medici
OPPORTUNITÀ	**MINACCE**
• Valorizzazione della figura infermieristica	• La mancata presa in carico del paziente da parte della medicina territoriale •Richiesta di soccorso per effettuazione Tampone a domicilio (modello Drive-in)

S W O T

INTRODUZIONE

La Disposizione Regionale n. Z00065 del 05/11/2020, Proposta n. 17114, *Percorso assistenziale del paziente affetto da COVID-19 - Linee di Indirizzo Regionali*, delinea percorsi differenziati per i pazienti colpiti in maniera lieve/moderata e per i pazienti con sintomatologia severa e critica, stabilendo i setting assistenziali più adeguati di presa in carico. Essendo necessaria l'elaborazione di nuovi percorsi assistenziali atti a gestire con appropriatezza l'emergenza Covid-19, nella UOC CORES Roma-Area Metropolitana, sulla scia della Disposizione Regionale è stato elaborato un percorso assistenziale per i pazienti Covid 19 con sintomatologia lieve che, a seguito di valutazione medica sul posto, rispondano a precisi e determinati criteri per i quali è previsto un setting assistenziale domiciliare (di primo livello) e che, pertanto, non necessitando di trasporto al DEA/PS in emergenza urgenza, possono essere affidati ai Medici di Medicina Generale (MMG). Per ottenere maggior appropriatezza anche sugli interventi eseguiti dai soli mezzi di soccorso infermieristici (ASI), è stato proceduralizzato, in via sperimentale per la zona dei Castelli Romani, un percorso di valutazione domiciliare atto a definire il setting assistenziale più appropriato al paziente Covid-19 o sospetto tale.

ANALISI DEL CONTESTO (Analisi SWOT Fig. 1)

La pandemia di Covid-19 ha messo in luce la necessità di disegnare nuovi percorsi di valutazione per offrire risposte appropriate al grande numero di utenti coinvolti e di andare verso un modello di sanità più sostenibile e resiliente. La procedura *Percorso pazienti malattia Covid-19* lieve, adottata sperimentalmente nella zona dei Castelli Romani (Medicina territoriale di competenza della ASL Roma 6), permette alla CORES di Roma di utilizzare le più numerose risorse di cui dispone, ovvero i mezzi infermieristici (ASI), per l'opportuna ed appropriata valutazione infermieristica in loco, con il supporto medico in remoto, del paziente con sintomi lievi a cui può essere offerta l'opportunità di un setting assistenziale domiciliare.

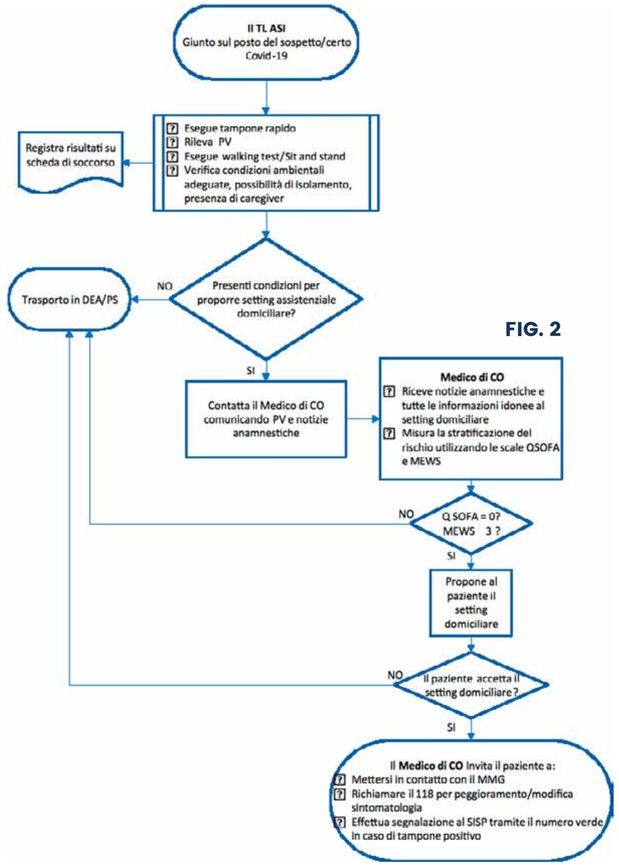


FIG. 2

AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA ARES118

PERCORSO CLINICO ASSISTENZIALE

Il **Percorso pazienti malattia Covid-19 lieve** è un'attività che prevede una gestione infermieristica di setting assistenziale di primo livello che tiene conto di alcuni determinanti:

Fattori ambientali

Requisiti essenziali per la proposta di setting domiciliare:

- domicilio dotato delle opportune condizioni ambientali;
- caregiver per supporto assistenziale, soprattutto in presenza di paziente con scarsa autonomia e/o presenza di disabilità.

Criteri clinici

- condizione di stabilità clinica e assenza di comorbidità gravi e in atto, anche in presenza di febbre fino a 38°C;
- saturazione a riposo ≥ 95% o dopo sforzo sub massimale (es. 6 minute walking test o 1 minuto Sit and Stand Test) ≥ 93%. Nei pazienti anziani con comorbidità (es. BPCO, apnea notturna, enfisema o altro) le soglie si riducono in considerazione della baseline, nota al paziente; per questo motivo la soglia d'allarme in questi pazienti può essere rappresentata da valori ≤ 90%;
- assenza di necessità di cure di supporto, anche non legate alla infezione da SARS-CoV-2, da erogare in esclusivo regime di ricovero.

L'Infermiere Team Leader Ambulanza di Soccorso Infermieristica (ASI), in presenza di sintomatologia riferita a caso sospetto/certo Covid-19:

- esegue un Tampone (TFN) antigenico rapido per ricerca virus SARS-COV-2;
- valuta il paziente secondo l'approccio ABCDE, procedendo alla raccolta dei dati anamnestici ed alla valutazione di: Glasgow Coma Scale (GCS), Pressione Arteriosa (PA), Frequenza Cardiaca (FC), Frequenza Respiratoria (FR), Temperatura Corporea (T °C), Saturazione in ossigeno a riposo e dopo 6 minuti di walking test o dopo 1 minuto di Sit and Stand;
- verifica che ci siano le condizioni per proporre un setting assistenziale domiciliare secondo i parametri riportati in Tab.2;
- nel caso in cui ci sia la soddisfazione di tutti i requisiti, contatta telefonicamente il Medico di CO cui riferisce tutte le informazioni raccolte, attendendo indicazioni; diversamente procede direttamente al trasporto di ospedalizzazione.

Il Medico di Centrale Operativa

- riceve la comunicazione dei parametri misurati del paziente, le notizie anamnestiche raccolte e di tutte le condizioni idonee al setting domiciliare;
- si avvale della Scala "QSOFA" (Tab.3) e della Scala "MEWS" (Tab.4) per la stratificazione del rischio in base alle definite soglie di allerta;
- dopo valutazione, per punteggi di QSOFA uguali a 0 e di MEWS < a 5, propone al paziente la permanenza a domicilio invitandolo a contattare il proprio Medico di Medicina Generale per il prosieguo delle cure;
- nel caso di positività al tampone rapido effettuato in loco, procede alla segnalazione al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) tramite comunicazione alla Centrale Operativa Regionale 800118800.

TEMPI DI REALIZZAZIONE RISULTATI

I tempi di realizzazione della sperimentazione, iniziata a dicembre 2020, prevedono la valutazione dei risultati individuati dall'indicatore riportato in tabella, a distanza di tre mesi. (Tab.1)

TAB.1

INDICATORE	STANDARD	RESPONSABILE	VERIFICA
Numero di interventi ASI dell'area Castelli Romani con esito lasciati a domicilio / totale interventi ASI area Castelli Romani *100	**aumento pz a domicilio sullo storico**	**UOC CORES Roma Area Metropolitana**	**Trimestrale**

AZIENDA REGIONALE EMERGENZA SANITARIA ARES118

TAB.2

PARAMETRO VITALE	RANGE-VALORE ACCETTABILE	ALTRE CONDIZIONI	RANGE-VALORE ACCETTABILE
Temperatura Corporea	≤38°C	Età	≤65
Situazione a riposo	≥95%	Condizioni igienico-ambientale adeguate e possibilità di isolamento	SI
Saturazione dopo 6 minuti di walking test	≥93%	Presenza di caregiver	SI

TAB.3

QSOFA: QUICK SOFA Quick Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)	
Criteri qSOFA (Quick SOFA)	Punti
Frequenza respiratoria ≥ 22	1
Alterazione stato di coscienza	1
Pressione Arteriosa Sistolica < 100	1

QSOFA	
Punteggio totale	Percentuale Rischio Mortalità
0	< 1 %
1	2 -3 %
≥ 2	≥ 10 %

CONCLUSIONI

La sperimentazione della procedura della UOC CORES Roma Area-Metropolitana si propone di perseguire una maggior appropriatezza degli interventi operati dai soli mezzi di soccorso infermieristici (ASI) per pazienti Covid 19 con sintomatologia lieve che, a seguito di valutazione sul posto, rispondano a precisi e determinati criteri per i quali è previsto un setting assistenziale di primo livello (domicilio) e che, pertanto, non necessitano di trasporto al DEA/PS in emergenza urgenza e possono essere affidati ai Medici di Medicina Generale (MMG). L'accertamento di paziente Covid positivo, il contatto con il Medico CORES e la valutazione con criteri ben definiti (MEWS- QSOFA), consentono un duplice vantaggio:

1. in caso di appropriato setting assistenziale domiciliare permette di non aggravare la situazione nei Pronto Soccorso e di liberare in tempi brevi il mezzo di soccorso;
2. qualora invece, l'esecuzione del TNF e l'inquadramento clinico assistenziale diano indicazione all'ospedalizzazione, consente individuazione della struttura Covid più idonea permettendo una precoce presa in carico del paziente, nel rispetto della rete Covid disegnata dalla Regione Lazio.

L'implementazione della procedura Percorso pazienti malattia Covid-19 lieve è stata possibile grazie a protocolli d'intesa tra ARES 118 e medicina del territorio, interventi di formazione del personale coinvolto, approvvigionamento di dispositivi medici, criteri standardizzati di valutazione ed ha permesso di realizzare quanto disposto nelle Linee di Indirizzo Regionali.

RIFERIMENTI

- Atto di intesa tra Stato e Regioni di approvazione delle Linee Guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione al DPR del 27 marzo 1992 – G.U. n. 114 del 17 maggio 1996;
- Decreto Ministeriale 15 maggio 1992 "Criteri e requisiti per la codificazione degli interventi di emergenza". G.U. n. 121 del 25 maggio 1992;
- Disposizione Regionale n. Z00065 del 05/11/2020 - Proposta n. 17114 "Percorso assistenziale del paziente affetto da COVID-19" - Linee di Indirizzo Regionali;
- DPR 27 MARZO1992 "Atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza". G.U. n. 76 del 31/3/92 – Serie Generale;
- Istituto Superiore di Sanità "Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19". Versione del 24 luglio 2020. Gruppo di Lavoro ISS Prevenzione e Controllo delle Infezioni. 2020, ii, 8 p. Rapporto ISS COVID-19 n. 1/2020 Rev.;
- L.R. 03 agosto 2004, n. 9 Istituzione dell'Azienda regionale per l'emergenza sanitario ARES 118.

TAB.4

Modified Early Warning Score - MEWS									
Parametri	Valori								
	4	3	2	1	0	1	2	3	4
T °C	< 34	34,0 - 34,5	34,6 - 35,0	35,1 - 35,9	NELLA NORMA	38 - 38,4	38,5 - 39,9	40,0 - 40,4	> 40,4
PAS	< 90	90 - 99	100 - 110			150 - 169	170 - 189	190 - 200	> 200
FC	< 45	45 - 49	50 - 54	55 - 60		90 - 99	100 - 119	120 - 139	> 139
FR	< 8	8 - 9	10 - 11			21 - 25	26 - 30	31 - 36	> 36
SAT, 02	< 85	86 - 89	90 - 93	94 - 96					
AVPU/CA	Risponde al dolore		Risponde alla voce				Confuso o Agitato		

MEWS	
Punteggio totale	Percentuale Rischio Mortalità
≥3	Instabile/Critico

Torna all'indice

ASL ROMA 2

IL TEAM INFERMIERISTICO ACCESSI VASCOLARI DELLA ASL ROMA 2 NELL'EMERGENZA COVID

UOC Assistenza Alla Persona ASL Roma 2

REFERENTI:

Dott.ssa Barbara Porcelli	Direttore UOC Assistenza alla Persona
Dott. Filippo Carlucci	Coordinatore TIAV
B. Rettaroli	Cpsi Specialist
G. Batelli	Cpsi Specialist
V Cardamone	Cpsi Specialist
A. Palazzesi	Cpsi Specialist

Foto di Luca Catalano Gonzaga

UOC ASSISTENZA ALLA PERSONA ASL ROMA 2

INTRODUZIONE

La risposta all'emergenza sanitaria legata al COVID 19, ha richiesto di riorganizzare anche le attività cliniche di routine ed i relativi protocolli e procedure del team infermieristico degli Accessi Vascolari. Infatti, i pazienti affetti da COVID-19 presentano iperpiressia ed alvo diarroico, con conseguente stato di disidratazione e malnutrizione; il grave quadro clinico spesso comporta serie difficoltà nel reperimento di un accesso vascolare idoneo. La necessità di sottoporre i pazienti a ventilazione meccanica, impedisce un'adeguata nutrizione, aggravando lo stato di disidratazione e lo stato nutrizionale, con conseguente astenia del paziente. In alcuni casi possono presentarsi sintomi come nausea e vomito, causati dall'infezione e dagli effetti collaterali della terapia farmacologica, i quali incidono ed aggravano la condizione clinica; a tal proposito un accesso venoso adeguato è fondamentale sia per garantire la terapia di supporto e parenterale sia per gestire il paziente nel caso si verifichi un peggioramento delle condizioni cliniche generali. Al fine di garantire le migliori cure ai pazienti, assicurare l'efficacia delle manovre di impianto di accessi venosi, ridurre il rischio di complicanze, proteggere gli operatori ed evitare lo spreco di risorse, il TIAV (Team Infermieristico Accessi Vascolari) operativo presso la ASL ROMA 2, nell'ambito del posizionamento e la gestione degli accessi vascolari nelle aree identificate COVID, ha ritenuto fondamentale rivedere le procedure già esistenti rimodulando i criteri di protezione degli operatori, la scelta di impianto device e le procedure di gestione presso gli ospedali della Asl Roma 2.

ANALISI DEL CONTESTO

È stato fondamentale ridisegnare alcuni aspetti legati alle procedure di valutazione, impianto e gestione dell'accesso venoso, seguendo alcuni step: **1. Approccio proattivo; 2. Scelta del device; 3. DPI; 4. Impianto; 5. Sistema di medicazione.**

1. APPROCCIO PROATTIVO:

- Reperire precocemente un accesso vascolare stabile adeguato alle esigenze del paziente COVID-19.
- Ridurre i tempi di contatto dell'operatore in area Covid con il paziente, in caso di grave irreperibilità venosa del paziente che necessita di tempi di assistenza prolungati per il reperimento dell'accesso venoso difficile.
- Ridurre il discomfort per il paziente, sottoposto a numerosi tentativi di reperimento di accessi vascolari.
- Ottimizzare l' idratazione e la nutrizione di tutti i pazienti COVID-19 sin dalla loro permanenza in Pronto Soccorso.
- Ridurre il rischio di trasmissione dell'infezione attraverso l 'utilizzo delle più moderne tecniche di impianto, di stabilizzazione e di controllo del device.

2. SCELTA DEL DEVICE:

- **CICC e FICC:** considerare il numero di lumi secondo le esigenze cliniche, supporto ventilatorio e le caratteristiche del paziente.
- **PICC:** In pazienti COVID+ che necessitano di cure intensive considerare l'utilizzo di cateteri multilume (5 FR BILUME O 6 FR TRILUME) a seconda delle esigenze cliniche del paziente e del calibro del vaso (il device non deve occupare più di 1/3 del lume del vaso), che sono adeguati per tollerare alti flussi di infusioni e per la misurazione della PVC. Prediligere i cateteri in poliuretano, power injactable, non valvolati.

  La scelta del PICC in questi pazienti può avere dei vantaggi in quanto il suo inserimento e gestione risulta più compatibile con un'assistenza volta a garantire il massimo supporto a livello respiratorio (soprattutto nei pazienti su cui si utilizzano supporti respiratori come casco per NIV, tracheostomie, o che necessitano di pronazione frequente).
- **MIDLINE:** I pazienti COVID-19 che non necessitano di cure intensive, possono essere trattati in sicurezza posizionando un accesso venoso periferico a medio termine power injectable, di circa 22-25 cm, che garantisce durata dell'accesso venoso (anche per più settimane), stabilità, infusione di terapie per vena periferica ed utilizzo per prelievo ematico. Considerare il rischio trombotico in pazienti ventilati con Casco NIV alloggiato con cinghie ascellari.

3. DPI PER EVITARE LA CONTAMINAZIONE DELL'OPERATORE

L'impianto di accessi venosi centrali e accessi venosi periferici a medio termine deve essere effettuato con i dispositivi di protezione individuale (DPI) previsti per i pazienti COVID-19. Inoltre, devono essere rispettati come indicato in procedura aziendale, gli standard delle massime precauzioni di barriera: igiene delle mani, guanti sterili, copricapo, mascherina chirurgica, camice sterile, coprisonda ecografico sterile. Nella fase di valutazione, rivestire con coprisonda la sonda ecografica e rimuovere a valutazione terminata.

UOC ASSISTENZA ALLA PERSONA ASL ROMA 2

- Operatore: le misure di protezione dell'operatore, a parte i dispositivi di protezione individuale (DPI) e di protezione da contatto (doppio guanto, tuta completa, occhiali o schermo facciale, calzari), nei pazienti COVID-19 indossare le maschere protettive con filtro FFP2 + mascherina chirurgica.
- Pazienti: dovranno indossare mascherina chirurgica, ove possibile; in caso di sistemi di ventilazione, questi dovranno essere dotati di adeguati filtri.

4. IMPIANTO DEVICE

Durante l'impianto di un accesso vascolare a paziente COVID+:

- Ridurre i tempi di impianto, ridurre il personale coinvolto, sanificare la strumentazione utilizzata.
- Preferire procedura bed Side.
- L'impianto dovrà essere eseguito con tecnica ecoguidata, prediligere tecnica ecoguidata wireless (con coprisonda sterile e sanificazione del tablet a termine procedura).
- Per il posizionamento di Picc e Midline bed Side utilizzare kit procedurali.
- Verifica del corretto posizionamento della punta del device con tecniche real time bed-side ECG intra- cavitario. Utile, se disponibile, utilizzo della tecniche di tip navigation.

5. MEDICAZIONE E SISTEMA DI FISSAGGIO

- Eseguire medicazione come da procedura aziendale (delibera aziendale n 1935 del 19/10/17).
- Preferire l'utilizzo di medicazioni a lento rilascio di clorexidina per tutti i cateteri venosi centrali.
- A completamento preferire medicazioni sterili trasparenti semipermeabili in poliuretano.
- Per il fissaggio alla cute utilizzare sistemi sutureless, in caso di pazienti da sottoporre a pronazione, se disponibili utilizzare sistemi di fissaggio a lungo termine sia per PICC che per CICC e FICC per prevenire dislocazioni o rimozioni accidentali.

RISULTATI

L'emergenza sanitaria epidemica ha modificato le prassi cliniche consolidate ed i comportamenti degli operatori rispetto agli accessi vascolari; grazie alla collaborazione con la UOC ingegneria clinica sono state introdotte strumentazioni tecnologicamente avanzate utile a favorire metodiche più rapide, più accurate, come l'ecografia wireless, utili a rendere le metodiche più accurate,più sicure e più economiche.

Questo è stato possibile potendo contare su un team infermieristico specialistico dedicato agli accessi vascolari, facilitando l'impianto degli accessi venosi nei pazienti COVID positivi bed side e la verifica del corretto posizionamento con tecnica di ECG intracavitario, confermandosi più accurato ed economico rispetto all'RX del torace e più sicuro in termini di sicurezza nella prevenzione della contaminazione da COVID 19.

Gli operatori del TIAV grazie all'expertise hanno recepito ed applicato rapidamente le nuove procedure raggiungendo i seguenti risultati. Dall'inizio della pandemia presso i reparti COVID degli ospedali S Eugenio e Sandro Pertini, sono state inviate al TIAV 268 richieste di consulenza per posizionamento accesso venoso e sono stati impiantati 223 device di cui 167 MIDLINE e 56 PICC, 45 sono state le consulenze che non sono state ritenute idonee per posizionamento di DIV tipo PICC/MIDLINE.

CONCLUSIONI

Il drammatico momento pandemico che il nostro paese ed il mondo sta affrontando, oltre a modificare le nostre abitudini sociali, modificherà anche i nostri atteggiamenti clinici del futuro. L'impianto ecoguidato di accessi venosi bed side è fattibile e sicuro, auspicabile nei pazienti con positività al virus, evitando difficili trasferimenti in sale dedicate, in quanto incontra un maggior grado di protezione degli operatori, e degli utenti, un notevole abbattimento dei costi vista la disponibilità di kit procedurali e tecnologie all'avanguardia, purché siano rispettate tutte le misure di sterilità e sicurezza dettate dalle Linee Guida durante la procedura, purché il posizionamento sia effettuato da operatori esperti e ci sia adeguata conoscenza del presidio e delle tecnologie da parte degli operatori sanitari e la disponibilità di un team dedicato agli accessi vascolari.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Dirigenti; CPSInfermieri.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Da marzo 2020 a dicembre 2020

Torna all'indice

ASL ROMA 2

CASE MANAGEMENT INFERMIERISTICO DOMICILIARE PER PERSONE IN NAD (NUTRIZIONE ARTIFICIALE DOMICILIARE) COVID POSITIVI

ASL Roma 2

REFERENTI:

Dott.ssa Flori De Grassi	Direttore Generale
Dott.ssa Barbara Porcelli	Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona
Dott. Romolo Cacioni	Coordinatore Aziendale Assistenza Domiciliare
Dott. Fabio Boldrini	Coordinatore Infermieristico ADI 4
Dott.ssa Luciana Cirillo	Coordinatore Infermieristico ADI 5
Dott. Gianluca Lemma	Coordinatore Infermieristico ADI 6
Dott.ssa Chiaramonte Radicella Giuliana	Coordinatore Infermieristico API
Dott. Antonio Crescente	Coordinatore Infermieristico SERD D4

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

ASL ROMA 2

ABSTRACT

La NAD è un trattamento mediante il quale è possibile soddisfare interamente il fabbisogno nutrizionale di pazienti di tutte le età che per diversi motivi non possono alimentarsi per via naturale, al fine di garantire alle persone in NAD afferenti alle cure domiciliari della ASL Roma 2 un riferimento unico che governasse tutto il percorso assistenziale dalla diagnosi all'assistenza, si è provveduto a formare un gruppo di infermieri per il coordinamento delle risorse materiali ed umane al fine di rendere il meno frammentato possibile il percorso di cura della persona ed evitare accessi impropri ai pronto soccorso attraverso l'intervento a domicilio dell'Infermiere Case Manager di questa linea di attività.

INTRODUZIONE

In un nuovo contesto ove la problematica Covid interviene nei bisogni assistenziali, che fino a ieri si sodisfacevano con tempi brevi, ad oggi ci siamo dovuti riformare e garantire l'assistenza nella stessa modalità anche agli utenti Covid Positivi in NAD.

ANALISI DEL CONTESTO

1. Analisi dei processi.
2. Ridefinizione del modello organizzativo e delle procedure.
3. Individuazione di un gruppo di infermieri case manager per il coordinamento degli interventi NAD.
4. Definizione del percorso formativo.
5. Avvio del nuovo modello.

RISULTATI

Uniformare l'assistenza domiciliare NAD nei 6 distretti della ASL Roma 2 attraverso l'adozione del modello del Case Management, l'individuazione di Case Manager Infermieri dedicati e la realizzazione di una procedura aziendale per utenti Covid positivi

CONCLUSIONI

I pazienti che necessitano di NAD e risultano Covid Positivi devono avere un accesso dedicato ed un ICM che li segue nel tempo consentendo di garantire ugualmente gli accessi al proprio domicilio.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Coordinatori Infermieristici,
CPSI Case Manager,
Medici NAD,
Medici Assistenza Domiciliare

TEMPI DI REALIZZAZIONE

6 mesi.

Torna all'indice

ASL ROMA 2

L'ORGANIZZAZIONE DELLE VACCINAZIONI PER COVID19 PRESSO RESIDENZE/DOMICILI

L'esperienza infermieristica della ASL Roma 2

ASL Roma 2

REFERENTI:

Dott.ssa Flori De Grassi	Direttore Generale
Dott.ssa Barbara Porcelli	Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona
Dott. Romolo Cacioni	Coordinatore Aziendale Assistenza Domiciliare
Dott. Fabio Boldrini	Coordinatore Infermieristico ADI 4
Dott.ssa Luciana Cirillo	Coordinatore Infermieristico ADI 5
Dott. Gianluca Lemma	Coordinatore Infermieristico ADI 6
Dott.ssa Chiaramonte Radicella Giuliana	Coordinatore Infermieristico API
Dott. Antonio Crescente	Coordinatore Infermieristico SERD D4

Torna all'indice

ASL ROMA 2

ABSTRACT

Determina della Regione Lazio N. G16441 del 29/12/2020 con oggetto: "Approvazione del Piano Regionale Vaccinazione anti SARS – CoV2: prima fase". Annullamento e sostituzione del Piano regionale approvato con Determinazione Regionale n. G16243 del 24 dicembre 2020"

INTRODUZIONE

Il processo vaccinale domiciliare è articolato nelle stese medesime fasi previste per la somministrazione del vaccino in un centro vaccinale. Le diverse fasi comprendono l'organizzazione, la programmazione, lo svolgimento e il monitoraggio dell'intervento vaccinale a domicilio.Il processo vaccinale a domicilio è il percorso temporale ed operativo che inizia con la programmazione dell'intervento vaccinale e termina con il completamento della fase di registrazione dello stesso. Generalmente comprende le attività relative alla preparazione della stessa e i seguenti momenti per ogni vaccinando:

1. accettazione; 2. counselling; 3. anamnesi pre-vaccinale e consenso informato; 4. somministrazione della vaccinazione; 5. registrazione della vaccinazione su AVR; 6. periodo di osservazione.

Tenuto conto che la somministrazione del vaccino richiede meno tempo rispetto agli altri momenti e che il periodo di osservazione post vaccinazione deve durare almeno 15 minuti, occorre utilizzare modalità organizzative e procedurali in grado di ottimizzare il più possibile le tempistiche delle altre attività, anticipando ad esempio al momento della prenotazione, la fase di counselling attraverso attività di comunicazione e informazione rivolte ai soggetti target e garantendo l'informativa relativa al consenso informato in un momento preliminare e indipendente dall'intervento vaccinale. Il modello organizzativo per la somministrazione del vaccino a domicilio per i residenti della ASL ROMA 2 prevede:

1. segnalazione del caso da vaccinare a domicilio da parte:
   - del MMG/PLS;
   - centrale operativa monitoraggio Covid dell'Ares118;
   - coordinamento distrettuale;
2. la valutazione, il contatto e la programmazione dell'intervento vaccinale a domicilio da parte delle unità domiciliari distrettuali coordinate dalla CARE;
3. l'effettuazione dell'intervento vaccinale a domicilio da parte delle equipe domiciliari composte da medico ed infermiere.

ANALISI DEL CONTESTO

L'equipe vaccinale si reca nelle strutture residenziali che rientrano nella fase 1 del piano nazionale vaccinazioni anticovid. É composta da un medico vaccinatore e da 4-6 infermieri preparatori/vaccinatori in base al numero di dosi da somministrare; questi si recano a bordo di un camper di servizio dedicato completo dell'attrezzatura necessaria per la somministrazione del vaccino a domicilio in condizioni di sicurezza per questo la vettura è munita di un frigorifero, di una borsa di emergenza con defibrillatore automatico e bombola O_2. L'equipe si reca nella Struttura programmata su indicazione del Distretto. L'equipe vaccinale domiciliare è composta da un medico vaccinatore e da un infermiere vaccinatore, la quale si reca a bordo di un'auto di servizio completa della attrezzatura necessaria per la somministrazione del vaccino a domicilio in condizioni di sicurezza. È prevista una equipe vaccinale per distretto, per complessive 6 equipe che su indicazione della CARE si recano a domicilio, previa programmazione, per la somministrazione del vaccino. Ogni auto è munita di una borsa frigorifero, di una borsa di emergenza con defibrillatore automatico e bombola O_2.

RISULTATI

Si è dato il via alle vaccinazioni Anticovid. È tuttora in corso la vaccinazione della seconda dose nelle residenze e si è iniziato con le vaccinazioni a domicilio per gli utenti over 80 non deambulanti e non trasportabili. Nelle residenze si è iniziato il 31/12/2020 mentre presso i domicili il 13/02/2021.

CONCLUSIONI

Ad oggi 23/02/2021 si è arrivati a vaccinare:

- le seconde dosi per le residenze sia il personale che gli ospiti per un totale ad oggi di 1586 prime dosi e 1102 seconde dosi per un totale di 2688;
- per i domicili si sono effettuate 239 prime dosi e 7 secondi dosi.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Coordinatori Infermieristici; CPSI vaccinatori; Medici vaccinatori.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

6 mesi.

Torna all'indice

ASL ROMA 2

L'ORGANIZZAZIONE DELLO SCREENING PER COVID19 CON TEST CON TAMPONI A DOMICILIO – "DRIVE TROUGH" "WALK IN SCUOLA".

L'esperienza infermieristica della ASL Roma 2

ASL Roma 2

REFERENTI:

Dott.ssa Flori De Grassi	Direttore Generale
Dott.ssa Barbara Porcelli	Direttore U.O.C. Assistenza alla Persona
Dott. Romolo Cacioni	Coordinatore Aziendale Assistenza Domiciliare
Dott. Fabio Boldrini	Coordinatore Infermieristico ADI 4
Dott.ssa Luciana Cirillo	Coordinatore Infermieristico ADI 5
Dott. Gianluca Lemma	Coordinatore Infermieristico ADI 6
Dott.ssa Chiaramonte Radicella Giuliana	Coordinatore Infermieristico API
Dott. Antonio Crescente	Coordinatore Infermieristico SERD D4

Torna all'indice

ASL ROMA 2

ABSTRACT

Determina della Regione Lazio N. G16441 del 29/12/2020 con oggetto: "Approvazione del Piano Regionale Vaccinazione anti SARS – CoV2: prima fase". Annullamento e sostituzione del Piano regionale approvato con Determinazione Regionale n. G16243 del 24 dicembre 2020".

INTRODUZIONE

La grave emergenza sanitaria dovuta al COVID19 ha fatto emergere la necessità di rivedere i nostri modelli organizzativi e di realizzarne dei nuovi al fine di dare delle risposte appropriate ai bisogni di salute dei nostri utenti. Al fine di garantire un'adeguata risposta sanitaria al fenomeno epidemico, la Regione Lazio, in coerenza con le indicazioni ministeriali e del Governo, ha implementato, in poco tempo, la rete degli ospedali e delle terapie intensive COVID rendendo disponibili 2000 posti letto di degenza ordinaria e 450 posti letto di terapia intensiva. Le misure organizzative adottate hanno finora limitato finora il trend di crescita dei contagi giornalieri che procede in modo lineare e entro la soglia del 20%.

ANALISI DEL CONTESTO

Nel contesto, la Asl Roma 2, estesa su un territorio di 472kmq e 1,3 Milioni di residenti, ha adottato il Piano Territoriale per l'Emergenza COVID19 ed istituto l'unità di crisi coordinata dal Direttore Generale, prevedendo il coinvolgimento di 8 strutture sanitarie di ricovero (di cui 3 ospedali a gestione diretta), 6 Distretti Sanitari e 600 Medici di Medicina Generale/ Pediatri di Libera Scelta. Ha posto in essere una serie di interventi rimodulando l'intera organizzazione dei servizi sanitari sia a livello territoriale sia a livello ospedaliero per gestire l'epidemia. Nello specifico, la rete dei servizi territoriali è stata ridimensionata per rispondere prioritariamente alle prestazioni sanitarie specialistiche e diagnostiche ritenute "urgenti" (U) ed essenziali (LEA) (vaccinazioni, servizio patologie da dipendenza, assistenza penitenziaria, assistenza domiciliare, assistenza psichiatria, ecc.).

Con l'occasione è stata attivata un'apposita taskforce infermieristica che opera in collaborazione con il SISP (Servizio di Igiene Pubblica aziendale) al fine di effettuare lo screening per la ricerca del virus SARS-CoV-2:

a. nei "casi sospetti" e favorire precocemente l'isolamento domiciliare delle persone e ventualmente contagiate;
b. nei casi positivi diventati asintomatici per la definizione della guarigione e la conclusione dell'isolamento domiciliare fiduciario;
c. attività di screening scolastico che prevede l'esecuzione di tamponi rino-faringeo sia a domicilio sia con modalità "walk in".

RISULTATI

La taskforce infermieristica per lo screening SARS-CoV2 opera in modo flessibile, sulla base della programmazione giornaliera. Dal 3 marzo al 31 dicembre 2020 sono state effettuati:

- nm. 82122 tamponi a domicilio (Molecolari e Test Antigenici);
- nm. 108.710 in modalità drive trough. Il target maggiormente;
- nm. 3137 in modalità Walk in per le scuole con attivazione dal 01/12/2020 soprattutto Test Antigenici.

Gli infermieri addestrati riescono ad eseguire un test ogni tre minuti con tamponi drive trough. Non sono state rilevate criticità organizzative.

CONCLUSIONI

Il modello della takforce infermieristica itinerante per lo screening per l'infezione SARS-CoV2 della Asl Roma 2 dimostra come l'unica strategia per gestire efficacemente il fenomeno epidemico del COVID19 sia quello di intervenire in modo sistematico e coordinato sulla comunità attraverso la diagnosi precoce, l'isolamento nei casi indicati, ma anche attraverso il contact tracing (che prevede di rintracciare tutte le persone venute in contatto con i contagiati), arma essenziale per bloccare i focolai del coronavirus. Il ruolo svolto dagli Infermieri della ASL Roma 2 rappresenta in questo senso una "buona pratica" a supporto dell'organizzazione aziendale per il raggiungimento di questo importante obiettivo.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Coordinatori Infermieristici;
CPSI.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

9 mesi.

Torna all'indice

ASL ROMA 2

TELEMEDICINA COVID-19

ASL Roma 2

REFERENTI:

Davide Serio	Infermiere
Pietro Vaccaro	Infermiere
Ilaria Troiani	Infermiera
Maria Chiara Santilli	Infermiera
Ilaria Iacoviello	Infermiera
Lucia Vittori	Infermiera
Marco Restivo	Infermiere

Torna all'indice

ASL ROMA 2

PREMESSA

La modificazione dei bisogni di salute della popolazione, con una quota crescente di anziani e patologie croniche, ha incrementato il numero di pazienti fragili, in relazione all'insorgenza di questa nuova patologia che ha stravolto il sistema sanitario nazionale, rende necessario un ridisegno strutturale ed organizzativo della rete dei servizi, soprattutto nell'ottica di rafforzare l'ambito territoriale di assistenza rivolta a queste tipologie di pazienti.

L'innovazione tecnologica può contribuire a una riorganizzazione della assistenza sanitaria, in particolare sostenendo lo spostamento del fulcro dell'assistenza sanitaria dall'ospedale al territorio, attraverso modelli assistenziali innovativi incentrati sul cittadino e facilitando l'accesso alle prestazioni sul territorio nazionale.

Le modalità di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie abilitate dalla telemedicina sono fondamentali in tal senso, contribuendo ad assicurare equità nell'accesso alle cure nei territori remoti, un supporto alla gestione delle cronicità, un canale di accesso all'alta specializzazione, una migliore continuità della cura attraverso il confronto multidisciplinare e un fondamentale ausilio per i servizi di emergenza-urgenza.

In riferimento al **"Programma di Miglioramento e Riqualificazione" della Regione Lazio (Art 1., comma 385 e ss, Legge 11 dicembre 2016, N.232) - Area 2 "Qualità delle cure attraverso l'implementazione della Telemedicina" per gli interventi 2.2 e 2.3 (Determinazione della Direzione Salute Politiche Sociali della Regione Lazio n°G17606 del 19/12/2017), è stata attivata la centrale di TELEMEDICINA della Asl Roma2.**

La Telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, consentendo l'erogazione di servizi a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

Attraverso la Telemedicina è possibile garantire la fruizione di servizi sanitari senza che il paziente o l'assistito debba recarsi presso le strutture sanitarie, rendendo accessibili le cure attraverso uno scambio sicuro di dati, immagini, documenti e videochiamate, tra i professionisti sanitari e i pazienti, garantendo in alcune situazioni clinico-assistenziali lo svolgimento delle prestazioni professionali equivalenti agli accessi tradizionali.

Può essere un'opportunità innovativa in favore dei pazienti nell'ambito della prevenzione, della diagnosi, delle terapie e dei monitoraggi dei parametri clinici, ma anche per facilitare la collaborazione multidisciplinare sui singoli casi clinici e anche per lo scambio di informazioni tra professionisti. Il MMG può monitorare da remoto i propri assistiti attraverso l' accesso alle piattaforme previste.

La rilevanza della Telemedicina e il suo impatto sulla società e sulla salute sono riconosciuti a livello internazionale.

La Comunicazione della commissione Europea COM(2008)689 recante "Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società", emanata dalla Commissione Europea il 4 novembre 2008, è finalizzata a sostenere gli Stati membri nella realizzazione, su larga scala, di servizi di Telemedicina attraverso specifiche iniziative quali: creare fiducia nei servizi di Telemedicina, favorirne l'accettazione, apportare chiarezza giuridica, risolvere i problemi tecnici ed agevolare lo sviluppo del mercato.

Nelle conclusioni del Documento, la Telemedicina viene definita come una sorta di "rivoluzione culturale", il cui sviluppo deve essere visto nel quadro di un'evoluzione generale delle politiche e dei sistemi sanitari.

L'utilizzo di strumenti di Telemedicina, a titolo esemplificativo, può anche essere a supporto della terapia farmacologica per migliorare la compliance del farmaco.

La disponibilità di servizi di Telemedicina per aree o pazienti disagiati potrebbe permettere anche una diminuzione delle spese, come pure un aumento dell'efficienza del sistema. Inoltre, la Telemedicina può essere di supporto alla dimissione protetta ospedaliera, alla riduzione delle ospedalizzazioni dei malati cronici, al minor ricorso ai ricoveri in casa di cura e di riposo degli anziani, alla riduzione della mobilità dei pazienti alla ricerca di migliori cure.

Torna all'indice

ASL ROMA 2

GUARDA IL MODULO DI PREVALUTAZIONE TELEMEDICINA

FINALITÀ

Creare un percorso che, mediante l'organizzazione dei servizi, permetta di migliorare la qualità dell'assistenza, il grado di compliance e di soddisfazione dell'utenza, riducendo l'accesso alle strutture sanitarie, i costi, i ricoveri e gli eventi avversi.
Agevolare il paziente Fragile all'accesso dei servizi sanitari.

DESTINATARI DEL DOCUMENTO

Il presente elaborato è destinato agli operatori sanitari e tecnici di:
- UOC Assistenza alla Persona- centrale operativa (CARE);
- UOC Assistenza Domiciliare Interdistrettuale;
- Centrale Operativa Telemedicina;
- MMG/PLS;
- COA Presidi Ospedalieri (Osp. S. Eugenio, Osp. S. Pertini, Osp. Cto);
- Bed Manager ospedaliero e territoriale.

OBIETTIVI

- Garantire l'equità di accesso all'assistenza sanitaria;
- migliorare la qualità dell'assistenza;
- migliorare l'efficacia, l'efficienza e garantire l'appropriatezza;
- diminuire gli accessi al pronto soccorso;
- contenere la spesa fornendo un contributo all'economia;
- garantire la continuità delle cure e l'integrazione Ospedale – Territorio;
- riorganizzare il sistema dell'Emergenza Urgenza.

CAMPO DI APPLICAZIONE

Il presente percorso è applicato su tutto il territorio dell'Azienda ASL Roma 2 in collaborazione con i presidi ospedalieri. Non è applicabile in strutture dove vi è la presenza di referenti Sanitari.

1 Sfigmomanometro digitale

2 Gluco-test

3 ECG Monotraccia

4 Emogas analizzatore trans-cutaneo

5 ECG 12 Derivazioni

6 Bilancia pesa persone

7 Spirometro digitale

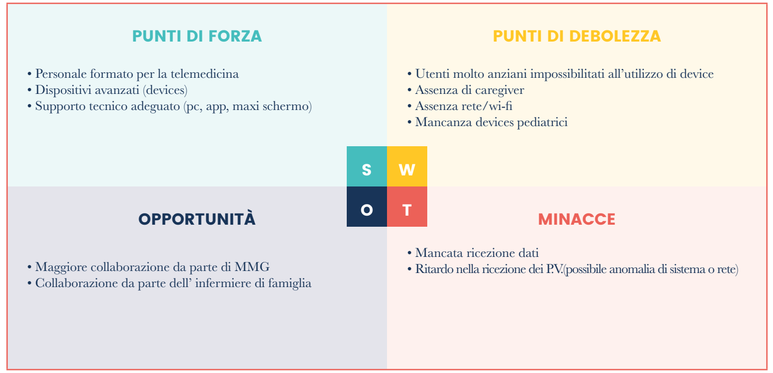
8 Saturimetro digitale

Torna all'indice

ASL ROMA 2

ATTIVITÀ DI TELEMEDICINA DISPONIBILE

- ECG;
- SATURIMETRIA DIGITALE;
- TELENURSING: NAD, WOUND CARE;
- PARAMETRI VITALI;
- HGT;
- TELEVISITA;
- TELECONSULTO SPECIALISTICO- Cardiologa, pneumologa, diabetologa ect…



RISULTATI ATTESI

- Equità di accesso all'assistenza sanitaria;
- migliore qualità dell'assistenza;
- migliore efficacia, efficienza e appropriatezza;
- riduzione dell'incidenza di re-ospedalizzazioni;
- diminuzione degli accessi al pronto soccorso;
- riduzione delle giornate di degenza;
- contenimento della spesa;
- continuità delle cure e l'integrazione Ospedale – Territorio.

INDICATORI

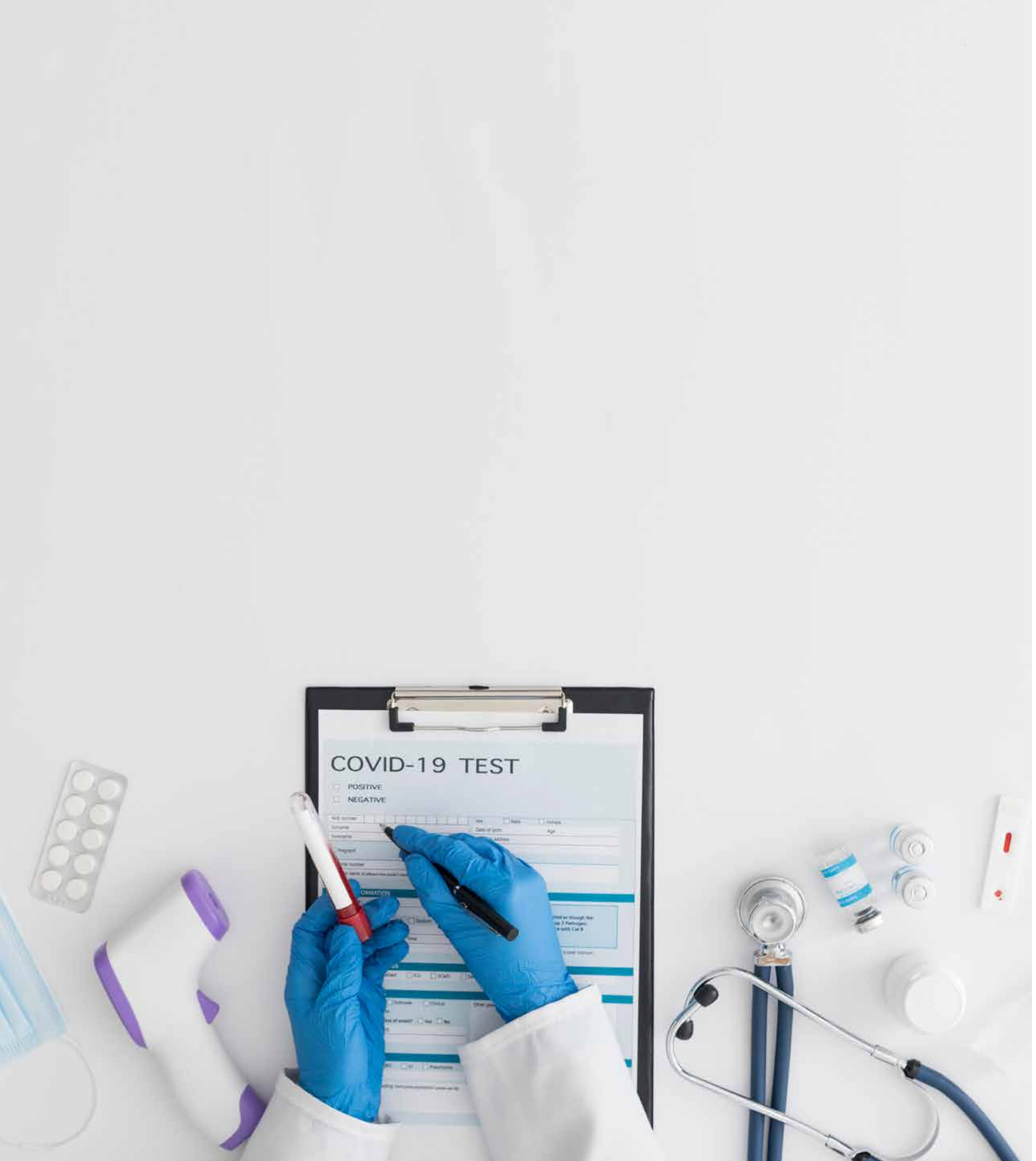
- Confronto tra spesa attuale e passata;
- n. utenti seguiti/N. utenti seguiti anno precedente.
- Riduzione della mortalità:
  - % di decessi negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in Telemedicina/% di decessi negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in modalità convenzionale.
- Riduzione dell'incidenza di re-ospedalizzazioni tra gli utenti:
  - % di re-ospedalizzazioni negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in Telemedicina/% di re-ospedalizzazioni negli ultimi 12 mesi tra gli utenti seguiti in modalità convenzionale.
- Riduzione del tempo trascorso dagli utenti in Servizi di Emergenza Urgenza e numero degli accessi al Pronto Soccorso:
  - tempo (ore) trascorso negli ultimi 12 mesi in Servizi di Emergenza Urgenza per utente seguito in Telemedicina/Tempo (ore) trascorso in Servizi di Emergenza Urgenza negli ultimi 12 mesi per utente seguito in modalità convenzionale.
- Riduzione del numero di giorni di degenza:
  - n° di giorni di degenza negli ultimi 12 mesi per utente seguito in Telemedicina/% di giorni di degenza negli ultimi 12 mesi per utente seguito in modalità convenzionale.
- Questionari di gradimento utenti
  - n° di utenti che escono per scelta dal percorso in Telemedicina/12 mesi (Drop-out).

ASL ROMA 2

RIFERIMENTI NORMATIVI/BIBLIOGRAFIA

- Linee guida Ministero della Salute sulla telemedicina 2014.
- Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, Bruxelles, 4 novembre2008 COM(2008)689.
- Parere del Comitato Economico e Sociale Europeo in merito alla Comunicazione della Commissione al parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale Europeo e al Comitato delle Regioni sulla Telemedicina a beneficio dei pazienti, dei sistemi sanitari e della società, 23 dicembre 2009.
- Comunicazione della Commissione al Parlamento Europeo, al Consiglio, al Comitato economico e sociale europeo e al Comitato delle regioni, concernente l'Agenda digitale europea /*COM/2010/0245 def.*/ del 26 agosto 2010.
- COCIR Telemedicine toolkit march 2010 (European Coordination Committee of he Radiological, Electromedical and Health Care IT Industry).
- Ministère de la Santé et de Sports – Journal Officiel de la Republique Francaise, Décret n°2010-1229 du 19 octobre 2010 relatif à la Télémedicin.
- Commissione Permanente sull'Innovazione Tecnologica nelle Regioni e negli enti Locali, Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento per gli Affari Generali, Telemedicina: Reference Book sulla Telemedicina e Teleassistenza con particolare riferimento ai territori isolati, 2007 (bozza).
- Position paper Assobiomedica per uno sviluppo sistemico e condiviso della Telemedicina in Italia, 2010.
- Linee guida tecniche per lo sviluppo della Telemedicina orientata alle buone pratiche proposte dall'Osservatorio Nazionale e-care.
- Linee guida in tema di referti on-line del Garante per la protezione dei dati personali del 25 giugno 2009 (G.U. n. 162 del 15 luglio 2009).

Torna all'indice



ASL ROMA 4

IL TEST ANTIGENICO PRESSO IL PORTO DI CIVITAVECCHIA:

attività di prevenzione nella diffusione del SARS COV-2

ASL Roma 4

REFERENTI:

Dott. Giuseppe Quintavalle
Dott.ssa Carmela Matera
Dott.ssa Simona Ursino
Dott.ssa Valentina Iannucci
Dr. Carlo Turci
Dr.ssa Serenella Savini
Dr.ssa Tiziana Di Giovanni
Dr.ssa Roberta Marchini
Dr. Egidio Ciambella
Dr. Dario Monaco

Direzione Sanitaria, Dipartimento Prevenzione e Dipartimento Professioni Sanitarie e Sociali ASL Roma 4

Torna all'indice

ASL ROMA 4

ABSTRACT

Il Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2, SARS-CoV-2, è responsabile della patologia da coronavirus 2019 (Covid-19) colpisce principalmente il sistema respiratorio, manifestandosi con la sindrome da distress respiratorio acuto e la principale fonte di contagio si verifica principalmente attraverso goccioline di muco (Droplets). Il Covid-19 rappresenta il problema più incombente di sanità pubblica, a livello mondiale: sono certificati circa 41.104.946 casi confermati inclusi 1.128.325 decessi a ottobre 2020, ma questi sono in continuo aumento. La sfida attuale per i sistemi sanitari è quella di diagnosticare il maggior numero di casi, allo scopo di circoscrivere i focolai attivi di virus mediante test diagnostici antigenici rapidi, che permettono una diagnosi rapida e del maggior numero di persone a rischio. A tal fine è stato effettuato uno studio osservazionale retrospettivo per rappresentare l'attività di screening mediante Test Antigenico rapido presso l'area portuale afferente al territorio di una grande ASL romana. Il campione era composto da 38282 persone a rischio per Covid-19 rientranti da aree ad alto rischio. Il test antigenico rapido ha permesso all'equipe multidisciplinare di analizzare il 100% della popolazione in questione, con incidenza di positività dello 0,6% (227) e a seguito di tampone molecolare confermati 212 positivi. Tali politiche di Sanità Pubblica sono fondamentali nell' ottica di contenere la catena dei contagi.

INTRODUZIONE

Il virus (SARS-CoV-2) e la conseguente infezione COVID-19 rappresentano una sfida nella valutazione diagnostica; fin dall' inizio della pandemia sono state messe in campo varie tipologie di test di laboratorio, tra cui i tamponi nasofaringei molecolari (qRT-PCR) che vanno a identificare l'RNA virale, test sierologici (IgA, IgG and IgM) sulla componente anticorpale e test antigenici rapidi sempre mediante tampone nasofaringeo, che vanno a ricercare le componenti antigeniche del virus. In sostegno ai risultati emersi in letteratura, avvalorare una campagna di Sanità Pubblica nella prevenzione della diffusione dell'infezione da SARS-CoV-2, svolta all'interno di una grande ASL romana, utilizzando i Test antigenici rapidi, permette di dare risonanza alle attività intraprese sul territorio nazionale al fine di identificare le persone positive al virus e limitare il rischio di diffusione. Lo scopo di questo studio è stato quello di documentare l'attività di screening mediante il Test Antigenico rapido su tutte le persone provenienti dalle aree ad alto rischio infettivologico, identificate dall' autorità nazionale italiana, agevolando in maniera proattiva l'isolamento delle persone positive onde contenere la diffusione del SARS-CoV-2. Per valutare ciò, con uno studio osservazionale e retrospettivo, si è tenuto conto del monitoraggio dell'esito infettivologico in senso negativo o positivo di tutta la popolazione di rientro dalle aree identificate a rischio, quindi l'incidenza dei nuovi casi positivi al SARS-CoV-2, le attività svolte presso l'area portuale della ASL Roma 4 e l'analisi della documentazione clinica e anagrafica delle persone che hanno partecipato all' attività di screening.

ANALISI DEL CONTESTO

Le attività si sono svolte presso l'area portuale di competenza della ASL Roma 4 (Civitavecchia), mediante l'analisi della documentazione clinica e anagrafica delle persone che hanno partecipato all' attività di screening. Vista la situazione emergenziale da un punto di vista infettivologico tale attività di screening ha avuto carattere eccezionale e inedito. Sono state incluse nello studio persone provenienti da aree ad alto rischio infettivologico (Francia, Sardegna, Corsica e altre aree) che obbligatoriamente, si dovevano sottoporre allo screeenig antigenico rapido per SARS-CoV-2. e, se positivi, al tampone nasofaringeo molecolare (qRT-PCR) a conferma diagnostica. Le persone afferivano all' area portuale (Drive-in), nel periodo dal 21 Agosto al 27 Settembre 2020.

RISULTATI

La popolazione di rientro dalle zone a rischio elencate, secondo quanto indicato dall'Ordinanza del Ministero della Salute del 12 agosto, rappresenta il 100% (n. 38282) del campione sottoposto a screening. Dalla consultazione del database, si è registrato, nel periodo di attività al test antigenico rapido, un tasso di incidenza all'infezione SARS-CoV-2 pari allo 0,6% (n. 227) e il 99,5% (n. 38055) negativi.

ASL ROMA 4

A conferma diagnostica si prescriveva il tampone nasofaringeo molecolare (qRT-PCR), gold standard nella diagnosi di SARS-CoV-2. I risultati dopo tale procedura hanno documentato che su un totale di 227 positivi, si confermano n. 212 positivi (93,4%) al tampone molecolare con un tasso d'incidenza ridefinito pari allo 0,55% sul totale della popolazione a rischio con una percentuale di falsi positivi pari a n. 15.

CONCLUSIONI

Le iniziative di Sanità Pubblica promosse dalle amministrazioni centrali e messe in atto dalle aziende sanitarie hanno contribuito in maniera significativa ad analizzare un alto numero di persone a rischio (100%) e ad identificare, attraverso il test antigenico rapido, i positivi al SARS-CoV-2. I risultati dell'attività di sanità pubblica implementata in setting complessi quali un drive-in di un'area portuale, nella pratica clinica, si traducono in percorsi di isolamento, rispetto dei protocolli sanitari e interruzione proattiva nella catena dei contagi.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Il team multidisciplinare era composto da infermieri, medici, personale tecnico e amministrativo.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

21 Agosto al 27 Settembre 2020.

BIBLIOGRAFIA

1. Raoult D, Zumla A, Locatelli F, Ippolito G and Kroemer G (2020) Coronavirus infections: Epidemiological, clinical and immunological features and hypotheses. Cell Stress http://dx.doi.org/10.15698/cst2020.04.216.
2. Ye ZW, Yuan S, Yuen KS, Fung SY, Chan CP et al. (2020) Zoonotic origins of human coronaviruses. Int J Biol Sci 16(10), 1686-1697. http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45472.
3. Zheng J (2020) SARS-CoV-2: an Emerging Coronavirus that Causes a Global Threat. Int J Biol Sci 16(10), 1678-1685. http://dx.doi.org/10.7150/ijbs.45053.
4. Guan W.J., Ni Z.Y., Hu Y., Liang W.H., Ou C.Q., He J.X., Liu L., Shan H., Lei C.L., Hui D.S.C., Du B., Li L.J., Zeng G., Yuen K.Y., Chen R.C., Tang C.L., Wang T., Chen P.Y., Xiang J., Li S.Y., Wang J.L., Liang Z.J., Peng Y.X., Wei L., Liu Y., Hu Y.H., Peng P., Wang J.M., Liu J.Y., Chen Z., Li G., Zheng Z.J., Qiu S.Q., Luo J., Ye C.J., Zhu S.Y., Zhong N.S. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China.N. Engl. J. Med.2020 doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
5. Adhikari SP, Meng S, Wu YJ, et al. Epidemiology, causes, clinical manifestation and diagnosis, prevention and control of coronavirus disease (COVID-19) during the early outbreak period: a scoping review. Infect Dis Poverty 2020; 9: 29 doi: 10.1186/s40249-020-00646-x. 8.
6. Lauer SA, Grantz KH, Bi Q, et al. The Incubation Period of Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) From Publicly Reported Confirmed Cases: Estimation and Application. Ann Intern Med. 2020;172(9):577-582. doi:10.7326/M20-0504
7. Li Jie, Li Shilin, Cai Yurui, et al. Epidemiological and clinical characteristics of 17 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus infections outside Wuhan, China. medRxiv. 2020. https://doi.org/10. 1101/2020.02.11.20022053 7
8. WHO2020
9. https://www.who.int/classifications/icd/covid19/en/. Traduzione in italiano degli aggiornamenti sul COVID-19: https://www.istat.it/it/archivio/240401 in Certificazione e Classificazione ICD-10 del COVID-19.
10. www.epicentro.iss.it.
11. Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical Characteristics of 138 Hospitalized Patients With 2019 Novel CoronavirusInfected Pneumonia in Wuhan, China (published online ahead of print, 2020 Feb 7). JAMA. 2020;323(11):1061-1069. doi:10.1001/jama.2020.1585
12. Deeks JJ, Dinnes J, Takwoingi Y, DavenportC, Spijker R, Taylor-Phillips S, Adriano A, Beese S, Dretzke J, Ferrante di Ru(anoL, Harris IM, Price MJ, Dittrich S, Emperad orD, Hoo.L, Leeflang MMG, Van den Bruel A. Antibody tests for identification of current and past infection with SARS-CoV-2. Cochrane Database of Systematic Reviews 2020, Issue 6. Art. No.: CD013652. DOI:10.1002/14651858.CD013652.
13. Larremore DB, Wilder B, Lester E, Shehata S, Burke JM, Hay JA, Tambe M, Mina MJ, Parker R. Test sensitivity is secondary to frequency and turnaround time for COVID-19 surveillance. medRxiv [Preprint]. 2020 Jun 27:2020.06.22.20136309. doi: 10.1101/2020.06.22.20136309. PMID: 32607516; PMCID: PMC7325181.
14. Guglielmi G. Fast coronavirus tests: what they can and can't do. Nature. 2020 Sep;585(7826):496-498. doi: 10.1038/d41586-020-02661-2. PMID: 32939084.
15. Decreto legge14 Agosto n.104

Torna all'indice

ASL ROMA 5

IL PERCORSO ASSISTENZIALE PER COVID 19 "A TRAZIONE INFERMIERISTICA" NELLA ASL RM5

Azienda Sanitaria Locale Roma 5.
Dipartimento delle Professioni Sanitarie

REFERENTI:

Dr.ssa Luigia Carboni	Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie ASL RM5
Dr. Stefano Limardi	Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche Area Territoriale

ASL ROMA 5

INTRODUZIONE

L'aspetto caratterizzante il periodo pandemico è l'improvviso incremento della domanda di salute e della sua complessità. L'andamento mutevole delle curve epidemiologiche, la scarsa conoscenza della malattia da SARS COV 2, il prevalere delle manifestazioni cliniche più gravi nei soggetti pluripatologici oltre all'insufficienza e l'inadeguatezza strumentale hanno condizionato, specie nel primo periodo, la risposta sanitaria a livello globale. L'evento pandemico impone immediati ed efficaci adeguamenti degli assetti organizzativi aziendali riguardanti anche l'assistenza infermieristica erogata alle persone COVID 19 positive.

Razionale

Impiegare soluzioni organizzative centrate su specifiche competenze infermieristiche.

Obiettivo

Definire un modello per la gestione appropriata ed efficiente del percorso assistenziale della persona COVID 19 positiva.

ANALISI DEL CONTESTO

L'applicazione dei piani pandemici non ha sempre e completamente risolto i problemi organizzativi. Sovente si è dovuto ricorrere alla riprogettazione di interi settori ospedalieri e territoriali o, quantomeno, a rimodulazioni di processi e attività. L'urgenza imposta dal rapido propagarsi della malattia e la diversità dei contesti, hanno influenzato la scelta dei modelli dell'organizzazione con i quali soddisfare le mutate esigenze clinico - assistenziali. Semplificando e riassumendo al massimo, il problema può essere affrontato secondo approcci nei quali prevale la costruzione e/o la sostanziale modifica di strutture logistiche studiate ad hoc ed il mantenimento o la parziale modifica dei processi di coordinamento. Per contro il modello adottato può privilegiare l'adattamento degli impianti esistenti ed enfatizzare il ruolo della gestione delle interfacce organizzative. Nel primo caso a costi e tempi di realizzazione maggiori corrispondono acquisizioni strutturali e strumentali utilizzabili anche successivamente, nel secondo all'economicità e alla velocità della realizzazione conseguono minori benefici logistici ed una capitalizzazione organizzativa in termini di competenze professionali. Ovviamente tra i due prototipi esiste una gamma di soluzioni intermedie che si susseguono con continuità, tra queste si colloca quella di seguito sintetizzata.

I principi ai quali ci si è riferiti sono quelli della multi ed interdisciplinarità, della strutturazione condivisa tra famiglie professionali di protocolli e procedure, dell'unitarietà degli obiettivi di cura. La componente infermieristica costituisce l'asse portante del progetto e garantisce la continuità delle cure attraverso l'articolazione di competenze specifiche ed interconnesse. Di pari rilievo sono gli apporti professionali forniti da medici di medicina generale (MMG), medici specialisti di varie branche (pneumologi, internisti, anestesisti, ecc.).

La progettazione del percorso assistenziale del paziente COVID 19 positivo è stata improntata all'integrazione di presidi e risorse strumentali ed umane di nuova acquisizione con setting e prestazioni preesistenti ampliati e modificati allo scopo. Il comune denominatore della progettazione è stato la valorizzazione di competenze clinico – organizzative infermieristiche già possedute o perfezionate in funzione di questa realizzazione.

Il percorso assistenziale si articola in una successione di interventi / prestazioni la descrizione dei quali richiederebbe spazi diversi da quelli consentiti, quindi ci si limiterà ad una sommaria esposizione degli elementi caratterizzanti i singoli passaggi. L'attraversamento del percorso comporta una serie di fasi nelle quali lo stazionamento o il transito avvengono in funzione dell'andamento clinico e/o assistenziale. Le fasi di erogazione lungo il percorso assistenziale e i servizi coinvolti sono:

a. l'Assistenza Proattiva Infermieristica (API) che si concretizza in questa fase nella telesorveglianza e teleassistenza con conseguente presa in carico precoce in caso di sintomatologia;
b. l'assistenza domiciliare con prosecuzione del monitoraggio, attivazione della rete territoriale e in caso di complessità assistenziale non più gestibile nel setting domestico facilitazione del ricovero (medicine COVID);

ASL ROMA 5

c. il ricovero a seconda dell'intensità di cura richiesta (Unità di Degenza Infermieristica con posti COVID 19, reparti di medicina dedicati, reparti di terapia intensiva e sub-intensiva in ospedali COVID 19).

Le fasi comprendono modalità di intervento di tipo sia intensivo che estensivo. L'attraversamento del percorso è guidato da un case manager che applica il modello del Chronic Care Model (CCM) che promuove l'educazione e la responsabilizzazione (empowerment) della persona assistita e del contesto sociale (famiglia nel senso più ampio del termine) in cui è inserita. Questo modello permette l'applicazione efficace dei concetti della medicina di iniziativa. Il case manager funge da collegamento tra le fasi del percorso e, agendo di concerto con le altre figure professionali, concorre alla guida del paziente nelle scelte di cura, ove questo sia possibile, oltre ad assumersi la piena responsabilità di quelle assistenziali.

Attività degli infermieri API

Valutazione della sintomatologia COVID 19 per mezzo telesorveglianza sistematica (di norma una chiamata al giorno) e strutturata (scheda rilevazione sintomi). Una fonte dei casi sono gli elenchi predisposti dal Dipartimento di Epidemiologia del SSR relativi alla popolazione di 60 o più anni con almeno un ricovero ordinario nei due anni precedenti ed affetta da una più delle seguenti patologie: scompenso cardiaco, ipertensione, patologie cardiache, diabete, BPCO, insufficienza respiratoria, asma, insufficienza renale cronica, neoplasia. I soggetti da monitorare possono anche averlo richiesto telefonicamente o tramite una apposita applicazione della Regione Lazio. La presenza di sintomatologia innesca la periodicità quotidiana del controllo e la verifica di positività con l'eventuale attivazione di assistenza domiciliare (ADI o USCAR) oppure, se necessario la scelta di un setting terapeutico istituzionale (UDI, medicine COVID, altro).

Unità di degenza subintensiva per pazienti COVID 19 a "trazione infermieristica" (interventi di tipo intensivo).

L'endemica scarsità di medici rianimatori e l'ampliamento ed il perfezionamento (ottenibile anche con interventi formativi finalizzati) delle specifiche competenze infermieristiche hanno costituito il presupposto del modello organizzativo "a trazione infermieristica" che si basa su un incremento quantitativo, rispetto agli standard consueti della partecipazione infermieristica alle attività di cura da realizzarsi applicando un approccio centrato sui concetti di intensità di cura e complessità assistenziale.Alcune attività proprie del setting sub-intensivo dedicato a pazienti affetti da Covid 19 sono delegate alla componente infermieristica dell'equipe di cura in base a condizioni clinico – assistenziali specificate e previo formalizzazione per mezzo di procedure e protocolli. Nell'unità di terapia subintensiva Covid 19 viene trattato un paziente critico, quantomeno dal punto di vista respiratorio, che necessita di monitoraggio continuo dei parametri e di supporto fornito per mezzo di presidi tecnologici di tipo non invasivo (Continuous Positive AirwayPressure [CPAP], ventilazione meccanica non invasiva [NIV] o alti flussi umidificati [HFNC], pronazione a paziente sveglio se necessaria). Secondo la tassonomia che deriva dall'applicazione del Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP), in questo tipo di reparto gli indici di instabilità clinica e dipendenza nello svolgimento autonomo delle attività sono particolarmente elevati e quello di autodeterminazione può risentire di condizioni psichiche talvolta precarie. La graduazione di questi parametri configura un livello di complessità decisamente alto.La formazione è centrata sulla prevenzione e contenimento del rischio infettivo con particolare attenzione alle precauzioni per la trasmissione per via aerea, sull'uso dei dispositivi di protezione individuale specifici per COVID 19, sui dispositivi in uso nelle aeree critiche (pompe, aspiratori, cateteri venosi, monitor, ecc) e sui presidi ventilatori già menzionati.

UDI - Unita Degenza Infermiertstica territoriali nelle Case dellaSalute(interventi di tipo estensivo). Le Case della Salute sonostrutturein cui si intende attuare concretamentel'integrazione socio-sanitaria. Nelle Case della salute è presente un'area di cure intermedie a gestione infermieristicadenominata Unità Degenza Infermieristica - UDI, dove le tipologie di cure

ASL ROMA 5

erogate sono ad alta intensità assistenziale e bassa intensità clinica, in pazienti clinicamente stabili. Nell'UDI vengono erogate quel complesso di cure infermieristiche e riabilitative definite "estensive" che relativamente ai posti per pazienti COVID sono indirizzate a soggetti dimessi precocemente perché richiedono interventi a medio / alta complessità assistenziale ma bassa intensità clinica. Questi soggetti sono virologicamente guariti (due tamponi negativi a distanza di 24 ore entrambi negativi) che necessitano pririta riamente di: valutazione multidisciplinare delle condizioni cliniche e assistenziali; stesura del piano assistenziale individuale (PAI); attivazione del percorso di continuità assistenziale finalizzata all'eventuale rientro al domicilio anche in ADI, o presso altra struttura territoriale residenziale sociosanitaria o socioassistenziale. Il ricovero in UDI per queste persone non può protrarsi oltre i 14 giorni. Il trattamento dei soggetti COVID 19 nel setting UDI si avvale di procedure elaborate in base alleEvidenceBased Nursing (EBN) tratte da Handbook of COVID 19 Prevention and Treatment della Zhejiang University e dalle Interim Infection Prevention and Control Recommendations to Prevent SARS-CoV-2 Spread in Nursing Homes Centers for Disease Control and Prevention.

Reparti di medicina COVID 19

L'accesso alle medicine COVID 19 può avvenire in modo convenzionale (tramite MMG, pronto soccorso, ecc.) oppure a seguito delle rilevazioni degli infermieri API o del case manager. Nei reparti COVID 19 vengono applicate le raccomandazioni e le prove di efficacia già citate.

Il case manager COVID 19

Il case manager dedicato alle persone COVID 19 positive che attraversano il percorso assistenziale della ASL RM5 segue un corso di perfezionamento centrato sugli argomenti citati per la formazione degli infermieri della subintensiva e sul CCM. È costantemente in contatto con i coordinatori dei servizi della filiera ed è quotidianamente aggiornato sulla disponibilità di posti letto.

RISULTATI

La realizzazione del progetto sarà completata nella seconda metà di maggio 2021 quindi qui sono menzionati soltanto i risultati attesi. Appropriatezza delle cure: ci si attende una riduzione del numero dei ricoveri nelle medicine COVID dei pazienti trattabili al domicilio ed una riduzione della durata dei ricoveri conseguente alla dimissione precoce verso le UDI. Un turnover più veloce permette un numero maggiore di prestazioni testimoniando una migliore efficienza del sistema. Efficacia delle cure: la disponibilità di setting differenziati, a seconda dell'intensità clinica e della complessità assistenziale, assicura l'incremento dell'adeguatezza dei trattamenti e della soddisfazione dell'utenza.

CONCLUSIONI

L'allestimento di un percorso assistenziale COVID 19 dedicato, nel quale riveste particolare rilevanza la componente infermieristica, ha risvolti di diversa natura. Migliora l'efficienza sopperendo alla carenza di figure professionali di difficile reclutamento mantenendo, al contempo, un elevata qualità delle cure grazie all'innalzamento del livello delle competenze infermieristiche. L'attività svolta dagli infermieri API, attualmente volta alla rilevazione della sintomatologia COVID, sarà successivamente indirizzata al case findingdelle cronicità epidemiologicamente più rilevanti. Anche la filiera descritta sarà quasi completamente ricondizionata per la cura delle persone affette da malattie croniche.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Medici, infermieri.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il progetto ha avuto inizio nella seconda metà di marzo 2021. La sua realizzazione si completerà nella seconda metà di maggio 2021.

Torna all'indice

ASL FROSINONE

MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'EFFICIENTAMENTO DELLE ATTIVITÀ DI CONTRASTO ALL'EMERGENZA:
esperienza ASL Frosinone

ASL di Frosinone

REFERENTI:

Lorena Martini Direttore Professioni Sanitarie

Foto di Massimo Podio

ASL DI FROSINONE

INTRODUZIONE

Nel Marzo 2020 l'ASL di Frosinone, per rispondere all'epidemia COVID-19, ha messo in atto una serie di provvedimenti e riorganizzazioni simultanee ad intensità crescente, che hanno coinvolto tutti i livelli manageriali e produttivi. La Direzione delle Professioni Sanitarie DPS ha rappresentato un ruolo chiave, di coordinamento, di raccordo tra le task force e di supporto alla prima linea. Lo scenario in repentina evoluzione, ha assunto sempre di più i contorni dell'emergenza sanitaria grave e le traiettorie di governo diventare sempre più flessibili. La DPS si è data un assetto temporaneo, con l'attribuzione di campi di responsabilità e gestione definiti. Gli ambiti assegnati singolarmente ai dirigenti e ai collaboratori della DPS, si sono articolati come segue:

- Raccordo con SPP/ medico competente per sorveglianza e gestione sanitaria professionisti, gestione operativa risorse umane, attivazione di reti di comunicazione.
- Raccordo con SPP e farmacia per coordinamento e gestione DPI.
- Gestione case manager COVID, strutture residenziali protette COVID (post dimissione e isolamento), telemonitoraggio, gruppo di supporto psicologico professionisti e familiari degenti, comunicazione e relazioni sindacali.
- Organizzazione operativa rimodulazione degenze e area territoriale, individuando nuove figure e assegnando ruoli. (infermieri API e infermiere di famiglia).

ANALISI DEL CONTESTO

L'ASL di Frosinone è formata da più ospedali, si è reso necessario coptare due ospedali solo per pazienti COVID-19 positivi. Fin dall'inizio abbiamo lavorato per garantire a tutto il personale (sanitario e socio-sanitario), iniziative di formazione e di aggiornamento periodico e continuo per mantenere ed aumentare le abilità professionali, organizzando percorsi formativi e di aggiornamento, lavorando sulla motivazione e sulla consapevolezza del professionista, basando gli interventi su come evitare i rischi dovuti a una carente o inadeguata adozione di pratiche cliniche o al non corretto uso dei dispositivi. Nella fase da febbraio a maggio abbiamo lasciato nell'ospedale COVID un incontro formativo quotidiano sulla procedura di vestizione e svestizione DPI. Oltre a gestire l'emergenza in ambito ospedaliero, fin dalla prima fase abbiamo lavorato al potenziamento delle cure primarie con l'obiettivo di supportare nella presa in carico del soggetto fragile, i MMG e il SISP, con un approccio proattivo. Il modello ha previsto l'istituzione del coordinamento distrettuale COVID, in ogni distretto costituito da direttore di distretto con funzioni di coordinatore, il direttore della UOC Professioni Sanitarie, un referente SISP, CAD e cure primarie, infermiere assistenza proattiva (API), coordinatore distrettuale MMG/PLS e referente medici di continuità assistenziale.

Ruolo centrale lo hanno avuto e lo hanno ancora le infermiere API, attualmente la dotazione è 1 ogni 45.000. Svolgono funzioni di collaborazione con il CAD per eventuali attività a domicilio di pazienti COVID, effettuano interventi diretti, in remoto, a domicilio e in struttura di ospitalità secondo le indicazioni date dal coordinamento distrettuale COVID. Inoltre sono presenti h12 nella centrale di ascolto presso il Distretto di Frosinone, per svolgere:

ascolto attivo del bisogno e assistenza proattiva

La condivisione delle informazioni rilevate sul paziente vengono condivise e rese disponibili tramite APP DOCTOR COVID integrata con la piattaforma LazioADVICE. Il coordinamento distrettuale individua le persone da sottoporre a sorveglianza a domicilio o presso struttura alberghiera o residenze protette. Le API consegnano il kit di monitoraggio, attivandone la sorveglianza telefonica o telemonitoraggio. Se necessario, attivano le cure domiciliari. A tal fine è stata elaborato uno schema di processo e lo score di valutazione, in uso in Asl.

RISULTATI

Da Marzo 2020, in brevissimo tempo, a volte anche in ore, si è rimodulato e riconvertito degenze e Pronto Soccorso, trasferiti interi reparti all'interno e all'esterno della struttura ospedaliera. Organizzato, rivisto e spostato equipe multiprofessionali, spazi e percorsi, oltre a generare istruzioni operative ad uso immediato sulle linee guida provenienti dalla Regione e

ASL DI FROSINONE

Ministero della Salute. L'esperienza legata all'emergenza COVID ci ha permesso di anticipare l'elaborazione di nuovi modelli che assicurino alla persona la continuità di cura e di assistenza e l'attivazione di percorsi personalizzati di presa in carico, anche attraverso l'integrazione tra attività sanitarie, sociosanitarie e sociali di competenza delle autonomie locali. Il fulcro operativo del controllo dei percorsi di presa in carico è collocato nella centrale di case management. La centrale operativa offre una piattaforma informatica di presa in carico che permette di seguire la presa in carico degli utenti, la gestione del piano assistenziale individuale ed il monitoraggio dell'aderenza del paziente a quest'ultimo. La stessa dispone di un Contact Center, in grado di garantire accessibilità telefonica continuativa (anche grazie ad una centrale laica integrata) ed appropriatezza nella risposta alle necessità degli utenti.

CONCLUSIONI

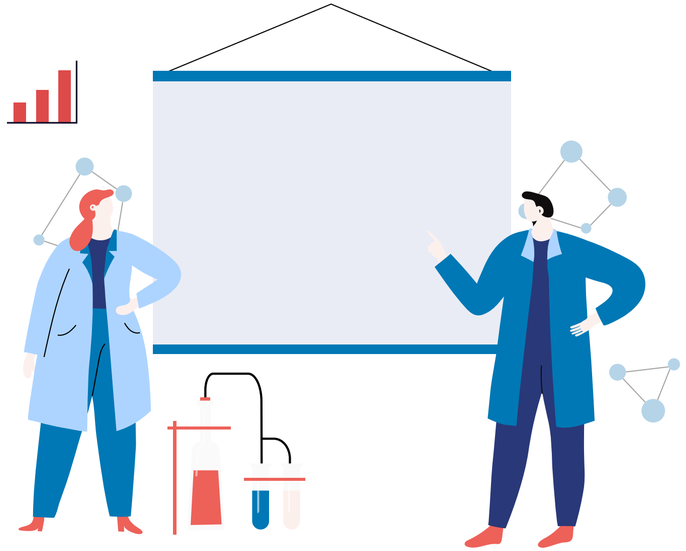
La leadership Infermieristica è un elemento di grande importanza per la sicurezza dei pazienti per il benessere degli infermieri e per la qualità delle cure, negli ospedali, nella comunità e in tutti i contesti in cui viene erogato un servizio assistenziale. Questa esperienza ha accelerato alcune buone pratiche e innovazioni che sicuramente saranno utili per il futuro, dalle centrali di ascolto al tele monitoraggio e tele nursing. Tutti metodi per diminuire gli accessi in ospedale e ridurre tempi di attesa. La pandemia legata al COVID ci ha sicuramente insegnato che bisogna essere pronti per le emergenze che si presentano (basti pensare, negli ultimi anni, anche ad aviaria e SARS) e che si possono ottenere risultati importanti anche lavorando in modo diverso.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri, medici, ingegnere informatico, direttori di distretto e del SISP.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Iniziato a marzo 2020 ed ancora in corso.



Torna all'indice

ASL LATINA

TASK FORCE INFERMIERISTICA PER GESTIONE EMERGENZA COVID

UOC Professioni Sanitarie Dip. Rete Ospedaliera ASL Latina

REFERENTI:

Biaggi Roberta	Direttore FF UOC Professioni Sanitarie Dip. Rete Ospedaliera

Foto di Massimo Podio

Torna all'indice

UOC PROFESSIONI SANITARIE DIP. RETE OSPEDALIERA ASL LATINA

ABSTRACT

La Task Force infermieristica della Asl di Latina composta da tre infermieri esperti ha operato soprattutto nell'ospedale sede di DEA di II Livello trasformato in poche ore in ospedale COVID, ha garantito la formazione on the job di tutto il personale dedicato all'assistenza, ha supportato l'organizzazione nella trasformazione delle UUOO in reparti COVID, ha collaborato con l'équipe del Medico Competente per l'effettuazione dei tamponi naso faringei a tutto il personale e ha garantito il posizionamento in tempi rapidi dei device per gli accessi venosi periferici a tutti i pazienti affetti da COVID-19. Sono stati posizionati oltre 1300 cateteri venosi periferici ed è stato formata tutta la platea professionale medica, infermieristica, personale di supporto e altre qualifiche professionali per un totale di oltre 3000 dipendenti. Sono stati eseguiti più di 2000 tamponi naso faringei al personale.

INTRODUZIONE

L'emergenza sanitaria ha imposto una rapida trasformazione dell'Ospedale di Latina da DEA di II Livello a Ospedale "Covid". Le equipe mediche multidisciplinari si sono concentrate sullo studio dei casi per trovare la cura più efficace, gli infermieri hanno accettato repentine modifiche della complessità assistenziale, manifestando un profondo senso del dovere e spirito di abnegazione. Ma la complessità e i rischi connessi alla tipologia di paziente hanno suggerito alla Dirigente delle Professioni Sanitarie della Rete Ospedaliera di mettere in campo un modello organizzativo che unitamente alle procedure emanate, avrebbe permesso di rafforzare le misure di sicurezza per i dipendenti e migliorare l'assistenza ai pazienti.

È nata così la "Task Force Infermieristica" composta da tre infermieri altamente specializzati, che ha agito operando sul supporto alle Unità Operative trasformate in reparti Covid, sulla formazione on the job sulla sicurezza e sul corretto utilizzo di device assistenziali. Uno dei componenti, già membro dell'Access Team Aziendale, si è occupato del posizionamento in urgenza di cateteri venosi periferici a pazienti affetti da COVID-19 e dell'addestramento degli infermieri sulla corretta gestione del catetere venoso stesso.

ANALISI DEL CONTESTO

Nei primi giorni di marzo 2020 l'arrivo contemporaneo di decine di pazienti affetti da COVID -19 nel pronto soccorso dell'Ospedale S. Maria Goretti di Latina ha imposto una rapidissima riorganizzazione del DEA di II Livello, trasformandolo in pochissime ore in ospedale COVID. Si è subito evidenziata l'esigenza di formare le équipe assistenziali sui rischi connessi alla tipologia di patologia in tempi brevissimi. Non sarebbe stato possibile infatti organizzare corsi di formazione con la modalità ordinaria. Gli infermieri precedentemente assegnati a unità operative a media-bassa complessità assistenziale, hanno dovuto repentinamente acquisire, oltre che nozioni sulla sicurezza, nuove conoscenze anche nella gestione di device come il casco CPAP e modalità assistenziali come la pronazione. I coordinatori di nuova nomina (inizio incarico 01-03, inizio emergenza 03-03), hanno avuto la necessità di essere supportati nella riorganizzazione delle unità operative trasformate nei fatti in reparti di malattie infettive, sub intensiva, intensiva. Si è ravvisata poi l'esigenza di effettuare tamponi rapidi a tutto il personale in servizio. Inoltre, l'access team aziendale, considerato il tempo di presenza (3 volte a settimana) non sarebbe stato sufficiente a soddisfare le continue richieste di posizionamento di accessi vascolari periferici necessari per l'effettuazione della lunga terapia prevista per la COVID-19. Per queste motivazioni è stata attivata la Task Force Infermieristica.

RISULTATI

La "Task Force Infermieristica" composta da tre infermieri altamente specializzati ha agito sul continuo addestramento dei colleghi che si sono trovati all'improvviso ad assistere pazienti complessi e contagiosi.

Le funzioni della Task Force sono state:

- addestramento sul campo del personale sul corretto utilizzo dei respiratori, monitor, paziente critico, pronazione paziente Covid;
- addestramento sul campo del corretto utilizzo del casco CPAP;
- addestramento sul corretto utilizzo dei DPI e sulla vestizione e svestizione;

UOC PROFESSIONI SANITARIE DIP. RETE OSPEDALIERA ASL LATINA

• addestramento sulla corretta gestione dell'accesso venoso periferico;
• posizionamento in tempi rapidi degli accessi venosi urgenti;
• posizionamento di cateteri arteriosi urgenti;
• collaborazione con anestesisti nella valutazione e gestione dei pazienti più complessi;
• esecuzione dei tamponi Covid sui pazienti e su tutto il personale sanitario.

La formazione sul campo ha riguardato il corretto utilizzo dei DPI e la procedura di vestizione e svestizione che rappresenta il momento più pericoloso per una possibile contaminazione se non eseguita correttamente.
Gli infermieri dei reparti trasformati in "Covid" sono stati formati anche sull'utilizzo di respiratori automatici, CPAP e altri presidi per la ventilazione.
Una delle infermiere dell'equipe ha girato tutta la ASL di Latina per raggiungere il più alto numero di operatori di tutte le qualifiche per rafforzare le loro competenze sulla sicurezza.
Un grande lavoro è stato svolto inoltre da un infermiere esperto in accessi vascolari che ha lavorato senza sosta per tutto il periodo dell'emergenza, impiantando centinaia di device richiesti con urgenza da tutti i reparti dell'ospedale.
La Task Force ha collaborato anche per l'effettuazione di tamponi al personale e ai cittadini, per consulenze e supporto di vario genere e per una quotidiana raccolta dati riguardante i pazienti Covid. Sono stati posizionati oltre 1300 cateteri venosi periferici ed è stato formata tutta la platea professionale medica, infermieristica, personale di supporto e altre qualifiche professionali per un totale di oltre 3000 dipendenti. Sono stati eseguiti più di 2000 tamponi naso faringei al personale.

CONCLUSIONI

La valorizzazione delle competenze infermieristiche avanzate non soltanto è garanzia di un miglioramento continuo della qualità dell'assistenza, ma diventa strategica in situazioni critiche come nel caso dell'emergenza sanitaria determinata dal virus SarS-Cov-2. La Task Force infermieristica si inserisce in un contesto di alta professionalità presente nella ASL di Latina che ha già visto la nascita dell'Access Team e del Wound Care Team. Due Team, il primo specializzato in accessi vascolari e composto da medici e infermieri, il secondo specializzato in medicazioni avanzate e composto da infermieri.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Due infermiere esperte di malattie infettive, una delle quali responsabile di ARoP per le infezioni ospedaliere (ex Posizione Organizzativa), un infermiere membro dell'Access Team Aziendale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il progetto nasce a marzo del 2020 ed è ancora in corso.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

DRIVE-IN PER L'ESECUZIONE DEL TAMPONE MOLECOLARE ED ANTIGENICO:

una risposta organizzativa per l'individuazione precoce dei cittadini Covid-19 positivi

ASL Roma 6
Dipartimento del Territorio- UOC Professione Infermieristica

REFERENTI:

Dott.ssa Cinzia Sandroni	Direttore UOC Professione Infermieristica
Dott. Marco Mattei	Direttore del Dipartimento del Territorio
Dott. Claudio Federici	Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche
Dott. Stefano Villani	Referente Clinico Cure Intermedie
Remo Polverini	CPSI Coordinatore API
Dott.ssa Simonetta Bartolucci	PO Innovazione Tecnologica Assistenza Infermieristica

Torna all'indice

ASL ROMA 6

ABSTRACT

L'Italia, come molti altri Paesi, nel 2020 si è trovata a fronteggiare la Pandemia da SARS-CoV-2. La necessità di una diagnosi precoce e di valutare tutti i soggetti venuti a contatti con un paziente positivo, ha generato una alta richiesta di esecuzione di tamponi per la ricerca molecolare e antigenica rapida. Per rispondere all'elevato numero di richieste di tamponi da parte dei cittadini e rispettare le norme di distanziamento sociale l'esecuzione degli esami è stato organizzato nel modello "drive-in".

I servizi "drive-in" nella Asl Roma 6 sono attivi da maggio 2020 e, in risposta alle esigenze epidemiologiche, sono stati costantemente rivalutati e riorganizzati.

INTRODUZIONE

La Pandemia da SARS-CoV-2 ha investito nel 2020 l'Italia. Dal punto divista diagnostico si sono rivelati efficaci il Tampone molecolare nasofaringeo (TNF) e il tampone rinofaringeo per l'esame antigenico rapido.

Ciò ha determinato una improvvisa e massiva prescrizione di TNF ed antigenici rapidi richiedendo una riorganizzazione dei laboratori di analisi delle strutture sanitarie e una organizzazione degli accessi degli utenti per l'esecuzione dei tamponi stessi.

Una delle principali norme utili a ridurre la diffusione dell'infezione da Coronavirus è stata individuata nel distanziamento sociale, difficile da organizzare all'interno dei centri prelievi, per tale motivo si è previsto di organizzare il servizio di esecuzione dei tamponi con drive-in.

In questo modo, restando l'utente positivo o sospetto positivo che comunque si presenta per l'esecuzione del tampone, all'interno della propria autovettura, è possibile mantenere il distanziamento sociale e ridurre i tempi di sanificazione ambientale, consentendo un alto numero di prestazioni.

Obiettivi:

- Offrire ai cittadini la possibilità di eseguire tempestivamente l'esame prescritto per l'individuazione dell'infezione da Coronavirus;
- Evitare assembramenti nelle sale d'attesa.

ANALISI DEL CONTESTO

La Asl Roma 6 si estende su un territorio esteso che comprende 21 comuni e, per rispondere alle esigenze dei cittadini sono presenti centri prelievi negli ospedali e nei distretti strutturalmente predisposti ad accogliere, in una situazione epidemiologica ordinaria, numeri determinati di utenti che accedono regolarmente per l'esecuzione di esami ematici.

L'utente che accede per eseguire il TNF o antigenico rapido di frequente è un soggetto che è venuto a contatto un paziente covid-19 positivo o ha il sospetto di aver contratto il virus, che quindi va trattato come "sospetto", pertanto va trattato con tutte le precauzioni standard e le aggiuntive previste per la prevenzione ed il contenimento dell'infezione da Coronavirus previste dalla normativa specifica emanata.

La Asl Roma 6 dal mese di maggio 2020 ha organizzato il servizio Drive-in per l'esecuzione dei tamponi molecolari ed antigenici rapidi presso l'Ospedale dei Castelli (Ariccia) con un camper.

In evoluzione con la richiesta di tamponi, sono stati individuati locali presso i Distretti e ospedali dismessi con l'obiettivo di garantire il servizio su una ampia estensione territoriale.

Per rispondere alle esigenze del vasto Territorio della Asl Roma 6, sono stati attivati Drive-in con orario di attività diversificato e preposto alla esecuzione dei Tamponi naso e oro –faringei, come di seguito riportato:

- DH 2. ex Ospedale di Genzano, via Achille Grandi snc –Genzano (Hub).
  Attivo dal lunedì al sabato con orario 8.00 -18.00 e domenica e festivi con orario 8.00-13.00
  Prelievo campione biologico per ricerca Coronavirus: Test molecolare e test antigenico rapido
  Utenti: cittadini provvisti di impegnativa e convocati dal SISP.

ASL ROMA 6

- DH 2. ex Ospedale di Albano, via Olivella n° 171, Albano Laziale (Spoke).
  Attivo dal lunedì al venerdì con orario 8.00-13.30.
  Prelievo campione biologico per ricerca Coronavirus: Test antigenico rapido e, se necessario, test molecolare.
  Utenti: studenti frequentanti la scuola primaria, convocati dal SISP.
- DH 4. - Presidio territoriale località Macchiozza - via del Mare, km19 – Pomezia (Spoke).
  Attivo dal lunedì al Venerdì con orario 15.00 -18.00.
  Prelievo campione biologico per ricerca Coronavirus: Test molecolare.
  Utenti: cittadini provvisti di impegnativa e convocati dal SISP.
- DH 6. - Villa Albani, via Aldobrandini, 32- Anzio (Spoke).
  Attivo dal lunedì al venerdì con orario 8.00-13.30.
  Prelievo campione biologico per ricerca Coronavirus: Test antigenico rapido e, se necessario, test molecolare.
  Utenti: cittadini provvisti di impegnativa e/o convocati dal SISP.

I cittadini possono prenotare il giorno di esecuzione dell'esame tramite portale dedicato presente sul sito aziendale e con codice, rilasciato al momento di esecuzione dell'esame, provvedono su sistema regionale, a scaricare il referto.
Tutti i dati sono recepiti dal Sistema Regionale e contribuiscono alla valutazione epidemiologica dell'andamento dell'infezione e i casi positivi vengono recepiti dal SISP per le successive attività di valutazione dei contatti.
L'organizzazione presentata deve intendersi di base, in quanto può variare con l'andamento epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV -2 nell'offerta oraria e di prestazione.
Tutto il personale in servizio nei drive-in, ha frequentato un corso di formazione per l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale previsti nella prevenzione della SARS CoV-2 e seguito video tutorial, ufficiali e messi a disposizione da Strutture Nazionali di Malattie Infettive, sulla corretta esecuzione del tampone naso-faringeo per la ricerca del Coronavirus.

Sono inoltre state elaborate procedure ed istruzioni operative con l'obiettivo di uniformare i comportamenti fondamentali per il corretto prelievo, conservazione e trasporto del tampone rino/orofaringeo per la diagnosi da SARS Cov-2, adottate nei servizi drive-in Aziendali.

RISULTATI

Con l'organizzazione "Drive-in" per l'esecuzione dei TNF e antigenico rapido, viene garantito l'accesso di 750 utenti per tamponi molecolari e 600 utenti per il test antigenico rapido dal lunedì al venerdì, con una leggera flessione nei giorni di sabato e domenica e nonostante i numeri elevati è possibile mantenere il rispetto del distanziamento sociale. La formazione degli operatori e le procedure elaborate consentono un percorso a basso rischio di contaminazione dei campioni biologici e degli operatori stessi.

CONCLUSIONI

L'organizzazione dell'esecuzione dei tamponi per esame molecolare o antigenico rapido in servizio "Drive-in" si è rivelata una risposta efficace ed efficiente alle esigenze epidemiologiche di diagnostica della SARS-Cov-2. La possibilità di prenotazione on-line, nel giorno di interesse dell'utente, ha consente inoltre di ridurre i tempi di attesa e la fila di macchine.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri; Medici.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

I Servizi Drive-in, sono attivi e costantemente sottoposti a riorganizzazione. La costante riorganizzazione degli orari di attività, con rimodulazione del numero di tamponi molecolari o antigenici offerti in linea con la curva epidemiologica e le disposizioni Ministeriali e Regionali, consente di offrire un servizio in linea con le esigenze dei cittadini.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

L'INTEGRAZIONE DELLA TELEMEDICINA CON L'ASSISTENZA PROATTIVA INFERMIERISTICA, UNA RISPOSTA ORGANIZZATIVA PER RISPONDERE AI BISOGNI CLINICI ED ASSISTENZIALI DEI PAZIENTI COVID-19 POSITIVI IN ISOLAMENTO DOMICILIARE

ASL Roma 6
Dipartimento del Territorio- UOC Professione Infermieristica

REFERENTI:

Dott.ssa Cinzia Sandroni	Direttore UOC Professione Infermieristica
Dott. Marco Mattei	Direttore del Dipartimento del Territorio
Dott. Claudio Federici	Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche
Dott. Stefano Villani	Referente Clinico Cure Intermedie
Remo Polverini	CPSI Coordinatore API
Dott.ssa Simonetta Bartolucci	PO Innovazione Tecnologica Assistenza Infermieristica

Torna all'indice

ASL ROMA 6

ABSTRACT

Il Sistema Sanitario Italiano, come tutti i sistemi sanitari del Mondo, nel 2020 è stato messo a dura prova dall'infezione da SARS-Cov 2 che, in poco tempo si è trasformata in una pandemia. Le strutture sanitarie in pochissimo tempo si sono trovate a interrompere le attività ordinarie per consentire il ricovero alle persone affetti da SARS-Cov2 arrivando in tempi rapidissimi a saturare la disponibilità dei posti letto, in particolare delle terapie Intensive.
Nella Asl Roma 6, lo sviluppo della rete assistenziale territoriale, con l'implementazione della Assistenza Infermieristica Proattiva ed il supporto della piattaforma *Lazioadvice*, si è rivelata importante nonché necessaria per garantire assistenza medica e infermieristica in remoto ed in presenza a tutti gli utenti Covid-19 Positivi con comorbosità in isolamento domiciliare.

L'emergenza da Covid-19 ha determinato nelle strutture sanitarie un sovraffollamento con restrizione delle attività ordinarie, contestualmente negli utenti ed in particolare nelle persone fragili, affetti da patologie cronico degenerative ha determinato una diffidenza a presentarsi ai servizi sanitari per eventuali criticità e/o prestazioni di monitoraggio esponendoli al rischio di scompenso.
Contestualmente si rendeva necessario garantire un supporto assistenziale ai cittadini Covid-19 positive e posti in isolamento domiciliare, in particolare se portatori di comorbilità, al fine di evitare un facile e/o ritardato ricorso al pronto soccorso.
La risposta della Regione Lazio, per garantire un adeguato supporto alla popolazione fragile, negativa o positiva al Covid-19, è stata individuare percorsi per il potenziamento dei servizi territoriali in un'ottica di assistenza proattiva e di prossimità.
Per raggiungere tale obiettivo, l'Unità di crisi della Regione Lazio per la gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19, con il documento del 8 aprile 2020 forniva indicazioni sulle modalità di riorganizzazione dei servizi territoriali, individuando quale perno per la realizzazione degli obiettivi, la funzione proattiva degli infermieri.

In seguito a tale documento la Asl Roma 6 ha istituito il Coordinamento Distrettuale COVID-19 ed il servizio di Assistenza Proattiva Infermieristica con l'obiettivo di monitorare le persone fragili NO COVID-19 e COVID-19 positivi, sia posti in isolamento domiciliare e/o domiciliati presso Strutture Residenziali.

ANALISI DEL CONTESTO

La Asl Roma 6 si estende su un territorio composto da 21 comuni, suddiviso in sei Distretti territoriali, 2 case della salute, 1 presidio sanitario territoriale, 1 presidi ospedaliero diurno e 4 ospedali. La Direzione Aziendale, di concerto con Il Dipartimento del Territorio e del Dipartimento delle Professioni Sanitarie ha attivato la Centrale Operativa di Tele-monitoraggio (COT), dove medici ed Infermieri provvedono, su indicazione del SISP, dei MMG e medici del dipartimento del territorio a prendere in carico persone fragili COVID-19 positivi in isolamento domiciliare o domiciliati in Strutture residenziali che insistono sul Territorio della Asl Roma 6.
La COT è formalmente istituita presso l'ex Ospedale di Genzano, è attiva dodici ore al giorno per sette giorni, comprese le festività e garantisce i servizi per tutti i Distretti Aziendali.
Gli operatori del servizio di Assistenza Proattiva Infermieristica, con l'utilizzo della applicazione LAZIO DOCTOR per COVID, il supporto della piattaforma Lazioadvice e del tele-monitoraggio garantiscono:

- Il monitoraggio della Saturazione di Ossigeno, della Temperatura e di altri parametri eventualmente correlati a comorbilità, utili a prevenire l'insorgenza di situazioni critiche.
- La "sorveglianza telefonica", ovvero un contatto telefonico, per individuare tempestivamente ulteriori bisogni sanitari e assistenziali e in ultimo, ma non di importanza, offrire sostegno in un momento di criticità ed isolamento emotivo.
- L'Organizzazione di prestazioni domiciliari, quali: visite di valutazione clinica, esecuzione di tamponi naso-faringei, medicazioni, prelievi venosi e arteriosi e ogni altra prestazione assistenziale utile al mantenimento delle condizioni di salute della persona.

ASL ROMA 6

Al fine di garantire giornalmente, nella fascia oraria di attività della centrale, sia le telefonate di contatto con gli utenti che le prestazioni assistenziali domiciliari, sono stati elaborati specifici piani di lavoro per gli infermieri.
Tutto il personale che si reca a domicilio per le prestazioni assistenziali alle persone COVID-19 positivi ha frequentato un corso di formazione per l'applicazione delle precauzioni standard ed aggiuntive per la prevenzione dell'infezione da SARS-Cov-2.

RISULTATI

La Centrale Operativa di tele-monitoraggio dall'attivazione, ha monitorato 500 utenti in isolamento domiciliare e 80 utenti domiciliati presso Strutture Residenziali, garantendo il controllo da remoto, sorveglianza telefonica e prestazioni domiciliari, come da tabella 1:

Tabella 1: Prestazioni erogate a domicilio dell'utente in monitoraggio (periodo di riferimento del dato: 14 Dic. 2020-14 febbraio 2021)

VISITA (mediBVco e Infermiere)	**21**
TAMPONI	**12**
MEDICAZIONI	**4**
PRELIEVO ARTERIOSO (EGA)	**3**
PRELIEVO VENOSO	**2**
CAMBIO CATETERE	**2**

Il personale della Centrale, in supporto al SISP Aziendale ha eseguito i tamponi domiciliari a soggetti positivi e ha collaborato alle visite domiciliari come da tabella 2:

Tabella 2: Prestazioni erogate a domicilio dell'utente in supporto al SISP e USCAR (periodo di riferimento del dato: dicembre 2020)

VISITA (medico e Infermiere)	**30**
TAMPONI (dal Lunedì al Sabato)	**400**

CONCLUSIONI

Nel contesto della pandemia da Covid-19 l'integrazione dei Servizi Presenti sul Territorio, con l'attivazione del servizio di Assistenza Proattiva Infermieristica e l'organizzazione della Centrale Operativa di Telemedicina, si è rivelata una importante risposta per rispondere ai bisogni di salute delle persone Covid-19 positivi e NO-Covid, con e senza comorbilità.
Il numero degli utenti presi in carico e le prestazioni erogate, si sono rivelate utili per mantenere le condizioni di salute degli utenti evitando un ricorso improprio al pronto soccorso e in alcuni casi si è dimostrato utile ad evitare un ricorso ritardato al ricovero.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri; Medici.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il progetto è stato implementato ad ottobre 2020 e visti i positivi riscontri clinici, di apprezzamento del servizio da parte dell'utente e la soddisfazione degli operatori, si sta valutando la possibilità di sviluppo verso le persone con affezioni croniche per lo più con multi-morbilità NO Covid.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

GLI ABBRACCI AL TEMPO DEL COVID-19

ASL Roma 6 Medicina Covid 2

REFERENTI:

Sandroni Cinzia	CPSE Medicina Covid 2
Caterina Schirò	Infermiere Medicina Covid 2
Giuliani Giulia	Infermiere Medicina Covid 2
Davide Milletti	PO Umanizzazione
Paola Lupi	CPSE CICA
Paola Moscatelli	

Foto di Massimo Podio

Torna all'indice

ASL ROMA 6

ABSTRACT

Era diventato evidente che le videochiamate con i parenti erano sicuramente utili durante la degenza, ma forse, bisognava spingersi oltre per colmare la solitudine,il dolore, la tristezza e lo sconforto vissuto ogni giorno dai nostri pazienti. Misure imposte per la sicurezza, per poter limitare il contagio, attraverso la chiusura del reparto alle visite dei familiari, una scelta dolorosa, sofferta, ma inevitabile. Il lato disumano della malattia che obbliga l'isolamento e non permette la vicinanza dei propri cari: da qui nasce l'idea della tenda dell' abbraccio che permette di incontrare ed abbracciare in totale sicurezza i pazienti con i loro parenti.

Scopo del progetto è di favorire l'incontro in totale sicurezza tra degenti e familiari, ma anche quello di promuovere l'ospedale non solo come luogo di sofferenza di dolore ma anche di amore e di speranza, così come anche abbattere la solitudine nell'attuale difficile condizione mondiale. Troppo spesso sottovalutiamo l'effetto terapeutico sulla mente e sul corpo di un abbraccio, il potere di un tocco, di un sorriso, di una parola gentile, di un piccolo gesto d'amore. Un abbraccio può alimentare la sicurezza e la stima in noi stessi, ridurre i sentimenti di rabbia e tristezza, ridurre le sensazioni di stress, rafforzare il sistema immunitario, promuovere una maggiore ossigenazione del sangue, aiutare a curare gli stati depressivi legati all'isolamento, tutte cose che potrebbero trasformare radicalmente la vita di qualcuno. Provate a pensare se tutto questo, fosse attuato in un percorso di cura, all'interno di una struttura ospedaliera, pensate quanto possa influire sulla ripresa psico-fisica di una persona. Ecco, ora provate a pensare se tutto ciò, venisse attuato in ogni ospedale, di ogni città. È questo, ciò che desideriamo per ogni persona che entra in ospedale.

INTRODUZIONE

L'idea iniziale era regalare un abbraccio nei giorni di Natale ai nostri pazienti per ridurre l'isolamento proprio neo giorni in cui la tristezza sarebbe aumentata, data dalla mancanza della propria famiglia durante le feste. Ma per fargli sentire la vicinanza dei propri cari si doveva creare una tenda che fosse idonea, pronta, agibile, e fruibile nell'immediato. La ricerca dei materiali, il problema della sicurezza ci ha portare a fare una ricerca attenta sul siti web, verificare se fosse idonea e sicura. Trovata al tenda, verificate le certificazioni, il progetto è stato sottoposto alla direzione sanitaria per tutte le approvazioni. A progetto approvato iniziano i lavori di istallazione, sono stati scelti i percorsi idonei all'interno della struttura ospedaliera insieme a tutti i colleghi della logistica, alla responsabile dei percorsi di umanizzazione, responsabile del CICA e finalmente la tenda è diventata reale. Il personale infermieristico ha individuato i pazienti idonei per poter eseguire l'abbraccio, pazienti non allettati, con percentuali di ossigeno al bisogno medio/basso, successivamente è stato chiesto il parere del medico e sono stati contattati i parenti dei pazienti, ed il giorno 29 dicembre è stato organizzato il primo incontro. È stato un momento ricco di emozioni, di forza, di coraggio, di lacrime ma anche di tanta gioia assistere i pazienti e parenti in questo incontro. Obiettivo: era quello di regalare un abbraccio, un segnale di speranza, facilitare un percorso terapeutico, ridurre il lungo isolamento legato alla malattia covid 19.

ANALISI DEL CONTESTO

Il contesto era favorevole perche il terzo piano dove sono situati i reparti covid19 aveva i percorsi già definiti, le informazioni cercate sul web sui materiali, le certificazioni erano rassicuranti, alte aziende in primis quali le RSA avevano già messo in atto questa tenda per favorire gli incontri tra parenti e i residenti di queste strutture. Contatti veloci, autorizzazioni, tempi di consegna rapidi. hanno permesso la realizzazione del nostro progetto. La tenda è stata istallata in brevissimo tempo di facile gestione, in quanto i materiali sono impermeabili sono tutti sanificabili, la tenda si compone di 6 manicotti per favorire alle diverse altezze l'abbraccio, presenta anche un alloggiamento in cado di paziente in carrozzina.

RISULTATI

Questi incontri hanno determinato tanto entusiasmo e una grande adesione sia nei pazienti che nei parenti tantissime emozioni. Abbiamo notato che nei pazienti particolarmente depressi che rifiutavano i trattamenti terapeutici la visita, il contatto con i propri cari ha dato fiducia, ha migliorato la compliance terapeutica l'approccio con il personale favorendo un miglioramento delle condizioni cliniche della malattia ed un più rapido ritorno nelle proprie abitazioni.

CONCLUSIONI

Speriamo che questo progetto possa essere ampliato a tutte le strutture ospedaliere Covid, istallata in tutte le RSA per ridurre l'isolamento familiare, sociale affettivo.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Direzione sanitaria, Medici, Infermieri, Coordinatore, PO aziendali, logistica, Pazienti, Parenti

TEMPI DI REALIZZAZIONE

La realizzazione del progetto circa 20gg.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

LA ASL ROMA 6 INCONTRA LE SCUOLE NELL'EMERGENZA COV SARS-2

ASL Roma 6

REFERENTI:

Dott.ssa Cinzia Sandroni	Direttore UOC Professione Infermieristica
Dott.ssa Cristiana Pizzicannella	Coordinatore Infermieristico
Dott.ssa Letizia Mallia	Direttore Corso di Laurea Infermieri

Torna all'indice

ASL ROMA 6

INTRODUZIONE

I sistemi sanitari dei Paesi europei sono ormai costantemente alla ricerca di un buon equilibrio fra il quadro epidemiologico/pandemico, demografico e la sostenibilità economica.

Il dinamico evolversi della situazione epidemiologica che stiamo vivendo, ha modificato l'assetto delle attività erogate dalle Aziende Sanitarie a livello territoriale delle Cure Primarie. L'emergenza determinata dall'infezione CoV SARS-2 ha reso indispensabile mettere in campo una serie di azioni per riorientare e rideterminare l'assistenza dedicata alla popolazione scolastica, con iniziative relative alla prevenzione, monitoraggio per il contenimento e diffusione del virus.

La ASL Roma 6, per sostenere il Community Welfare nei plessi scolastici territorialmente afferenti, ha messo in campo apposite azioni formative a favore delle famiglie e gli operatori scolastici- Referenti Anti Covid-19.

Con la ripresa delle attività didattiche in presenza è stato organizzato un progetto formativo che ha permesso di raggiungere la popolazione degli Istituti Scolastici territorialmente afferenti alla ASL Roma 6. Gli obiettivi perseguiti hanno riguardato la progettazione di un percorso educativo, che attraverso dei Webinar, ha formato i Dirigenti Scolastici e i Referenti Anti-Covid 19, sui corretti comportamenti da mettere in atto per governare il contenimento nel virus e la diffusione del contagio. Per la verifica degli apprendimenti è stato costruito un apposito questionario.

Contestualmente è stato ritenuto fondamentale l'istituzione di un apposito spazio dedicato nella pagina del sito aziendale denominata "Scuole in Sicurezza". Tale operatività è in orientamento con "Linee di indirizzo operative per la preparazione e gestione di casi e focolai di SARS-CoV-2 nelle scuole e nei servizi educativi del Lazio". Nel perseguire il concetto di una Assistenza Territoriale Diffusa e di Comunità è stata instituita l'Equipe Anti-Covid 19 Distrettuale e il Gruppo multidisciplinare "Scuole che Promuovono Salute" e potenziato le già esistenti attività dell'Infermiere Scolastico e dell'Infermiere di Famiglia e Comunità.

ANALISI DEL CONTESTO

Il Setting scolastico rappresenta pertanto un ambito privilegiato e consolidato di rapporti inter istituzionali finalizzati alla promozione della salute.

In Italia la popolazione scolastica (0-18 aa) è pari a 10.123.076 unità, di cui 4.449.071 riferibili solo alla Scuola dell'Obbligo.

In particolare nella Regione Lazio troviamo il seguente scenario:

Tot. Sedi scolastiche	Infanzia	Primaria	I grado	II grado
n.3195	n.1044	n.1128	n.567	n.456

Alunni studenti	Classi	Alunni con disabilità
732994	34517	24432

Fonte DATI MIUR
A.s. 2018-2019

Nel territorio della ASL Roma 6 sono presenti numero 6 Distretti Sanitari, con la realtà così descritta:

Tot. Sedi scolastiche	Distretto Sanitario 1	Distretto Sanitario 2	Distretto Sanitario 3	Distretto Sanitario 4	Distretto Sanitario 5
622	119	111	88	96	90

Il progetto ha previsto la presa in carico della popolazione scolastica con interventi educativi/formativi nelle scuole e nei servizi educative dell'infanzia. Le lezioni, sono rivolte al contenimento del contagio e/o gestione di casi e focolai SARS-CoC-2, non tralasciando le necessità assistenziali che possono emergere e/o essere segnalate dalla Istituzione scolastica (Fragilità).

Il Modello Organizzativo di riferimento è stata la Medicina di Iniziativa -Nursing d'Iniziativa-Lavoro di rete.

Nell'ottica dell'integrazione professionale e della presa in carico multidisciplinare il gruppo dei docenti individuati per la partecipazione ai Webinar è rappresentato da: Direttori dei 6 Distretti

ASL ROMA 6

Sanitari, Infermieri di Comunità, medico referente del SISP, assistente sociale, psicologo, assistente sanitario, medico referente TRMSE e MMG/PDL.

Il corso è stato denominato la ASL Roma 6 incontra le scuole, della durata di ore 2, in video conferenza. Gli argomenti trattati:

1. Cos'è il Covid-19, come si trasmette, misure di prevenzione tamponi molecolari, differenza tamponi antigenici, test sierologici (Direttore Sanitario Distretto).
2. Le situazioni in cui si richiedono tamponi molecolari, tamponi antigenici, test sierologici (Infermiere referente equipe Anti Covid-19).
3. Illustrare la procedura del ruolo del Referente Scolastico (infermiere e assistente sanitario)
4. Procedure nei casi di contatti stretti, casi positivi, misure di isolamento, quarantena, riammissione a scuola (infermiere e assistente sanitario).
5. Gestione delle fragilità nell'ambito scolastico (rischi connessi all'emergenza Covid-19, procedure per DAD, Insegnamento domiciliare ecc.) (Medico TSRME).
6. Tavola rotonda relatori, referenti MMG e PLS, assistenti sociali del PUA, Psicologo.

Il materiale didattico è stato pubblicato sul sito aziendale nello spazio dedicato, così consultabile in ogni momento, dal personale scolastico e dalle famiglie.

RISULTATI

Al termine del percorso ipotizzato e poi strutturato, il gruppo Multi disciplinare "Scuole che Promuovono Salute", ha organizzato n. 27 Webinar dedicati ai Dirigenti Scolastici e ai referenti Anti-Covid 19 dei relativi plessi scolastici. Gli Istituti presenti nel territorio della ASL Roma 6 sono n. 622. L'intervento formativo ha ottenuto un risultato:

1. 100% scuole prese in carico n. 622 su tot. n. 622 di competenza ASL Roma 6;
2. 100% referenti Anti–Covid 19 formati n. 590 su tot. n. 590 presenti nei plessi scolastici/Istituti;
3. l'aderenza alla partecipazione ai Webinar è stata pari 100%.

I risultati ottenuti dall'analisi del questionario di verifica sono stati soddisfacenti rispetto l'acquisizione di competenze/conoscenze da parte dei discenti.

CONCLUSIONI

Il percorso predisposto dalla ASL Roma 6 ha favorito il raccordo fra i Dirigenti Scolastici e i Referenti Scolastici Anti Covid-19, così perseguendo il principio della prossimità e della vicinanza, nonché la garanzia della presa in carico precoce di tutti i casi sospetti e/o Confermati Covid-19. Con il coinvolgimento dei MMG/PLS è stato garantito il raccordo con i servizi del territorio. L'assistenza sanitaria proattiva resta e si conferma l'arma vincente per la gestione dell'epidemia da CoV-SARS 2, che insieme ad una presa in carico multi disciplinare e multidimensionale, garantisce la sostenibilità sia del sistema scolastico ma anche della gestione dell'infezione in ambito famigliare.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermiere, medico, psicologo, assistente sociale, MMG/PLS, assistente sanitario

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Ottobre 2020 – Dicembre 2020

progettazione-realizzazione-verifica del progetto-pubblicazione dei risultati.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

RESIDENZA SANITARIA ASSISTENZIALE DA DESTINARE A PAZIENTI COVID POSITIVI DI TIPO ESTENSIVO

ASL Roma 6 - UOC Professione Infermieristica

REFERENTI:

Dott.ssa Cinzia Sandroni	Direttore UOC Professione Infermieristica
Dott. Claudio Federici	Dirigente delle Professioni Sanitarie Infermieristiche
Ornella Di Angelo	CPSS Coordinatore RSA
Dott.ssa Simonetta Bartolucci	PO Innovazione Tecnologica Assistenza Infermieristica
CPSI Tutor Claudia Aspri	Tutor modulo 1-2-3
CPSI Tutor Daniela Calcari	Tutor modulo 1-2-3
CPSI Tutor Mariano Di Stefano	Tutor modulo 1-2-3

Foto di Claudio Risso

Torna all'indice

ASL ROMA 6

ABSTRACT

Il Sistema Sanitario Italiano, come tutti i sistemi sanitari del Mondo, nel 2020 è stato messo a dura prova dall'infezione da SARS-CoV 2 che, in poco tempo si è trasformata in una pandemia. Le strutture RSA Accreditate sono state sede di cluster di infezioni da SARS- CoV-2, creando difficoltà organizzative utili a garantire l'isolamento e le norme di riduzione della diffusione dell'infezione da Coronavirus per cui si è reso necessario trasferire gli ospiti, asintomatici o pausintomatici, presso altre strutture di ricovero. La necessità di evitare l'entrata del Coronavirus nelle RSA ha determinato un rallentamento nei nuovi accessi o ri-accessi dopo ricovero ospedaliero determinando ricoveri impropri e rallentamento del turn-over.

Nella Asl Roma 6 la riattivazione di due Ospedali, dismessi dopo l'apertura di una nuova Struttura, per la organizzazione di 81 posti letto di RSA rivelata una risposta efficace per l'ottimizzazione dei posti letto ospedalieri e per offrire un ricovero ed assistenza specialistica agli anziani fragili covid-19 positivi asintomatici e pausintomatici che non potevano restare in isolamento a domicilio o nella Struttura di domiciliazione e a qui pazienti negativizzati che dopo il ricovero in Ospedale o in RSA aziendale, necessitavano di un ulteriore periodo di assistenza per un maggior recupero funzionale prima del rientro al domicilio o in attesa della VMD e individuazione di una nuova struttura di accoglienza adeguata alle nuove condizioni di salute.

INTRODUZIONE

Nell'ambito dell'evento pandemico da Coronavirus tutt'ora in corso, la Regione Lazio ha proceduto a progressivi interventi di adattamento e riconversione di attività sanitarie pubbliche e private a supporto delle crescenti necessità assistenziali sia in tema di acuzie e di gestione della cronicità. In tale contesto è stata richiesta a alla ASL Roma 6 la disponibilità di attivazione di una Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) di tipo estensivo da destinare a pazienti Covid positivi. Le strutture residenziali per pazienti non autosufficienti/parzialmente non autosufficienti, anche anziani, Covid-19 positivi (asintomatici e paucisintomatici), si inquadrano nella tipologia di strutture/nuclei residenziali di livello estensivo dedicate a persone non autosufficienti, anche anziane, di cui alla normativa regionale in materia di requisiti organizzativi (DCA 8/2011 e s.m.e.i.), nascono come risposta di rete nella attuale emergenza da pandemia di COVID-19.

Per rispondere alle esigenze di ricovero degli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, quale struttura di attivazione è stato individuato prima l'ex Ospedale di Genzano e successivamente anche l'ex Ospedale di Albano entrambi chiusi con l'apertura dell'Ospedale dei Castelli. Dopo i lavori di adeguamento, resesi necessari per adeguare i servizi alle specifiche strutturali previste per le RSA e alle indicazioni dell'ISS per la definizione di percorsi strutturali ed organizzativi utili al contenimento dell'infezione da Sars Cov-2 anche considerando il lungo periodo di chiusura delle Strutture, presso gli Ospedali di Genzano e Albano sono stati attivati 5 nuclei di RSA per un totale di 81 posti letto.

In entrambe le Strutture, come nei cinque nuclei RSA Covid-19 sono stati individuati i percorsi "sporco e pulito" differenziati per le merci e per le persone, ed in ogni nucleo sono identificate le stanze per eventuale isolamento del paziente. Il personale di assistenza è assegnato al servizio di RSA ed opera generalmente sempre presso la stessa unità o comunque con continuità nei servizi Covid-19 positivi o Covid-19 negativizzati.

Tutto il personale è stato formato sulle precauzioni standard ed aggiuntive, sulle attività ed i comportamenti da adottare per il contenimento del Covid -19 e delle altre Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA) con addestramento alla corretta metodologia da utilizzare per indossare e rimuovere i DPI previsti. La stessa formazione è stata estesa agli operatori delle ditte esternalizzate, con particolare riguardo agli addetti alle pulizie

I cinque nuclei di RSA, strutturati ed organizzati per accogliere e gestire pazienti a rischio infettivo, sono stati dedicati, in coerenza con l'andamento epidemiologico dell'infezione da SARS-CoV-2 ed esigenza di posti letto, al ricovero di pazienti Covid-19 positivi o Covid-19 negativizzati, in osservazione, in attesa di dimissione verso il proprio domicilio o in attesa di una nuova VMD per trasferimento in altro setting assistenziale.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

L'accesso alle strutture è controllato e tutti gli operatori sanitari, gli operatori di ditte afferenti a sevizi esternalizzati ed eventuali visitatori vengono sottoposti a controllo della temperatura e screening per rischio Covid-19.
Le liste d'attesa, per il ricovero in RSA Covid-19 positivi e negativi, vengono gestiti dal Bed manager aziendale di concerto con la Centrale Operativa Aziendale istituita dalla Regione Lazio (COA) all'indirizzo mail: coa@aslroma1.it.
Alle unità RSA Covid-19 positivi e negativizzati vengono forniti i Dispositivi di Protezione individuale (DPI) come previsto dai DPCM di riferimento.

La RSA estensiva, attraverso una equipe multidisciplinare, si pone l'obiettivo di offrire, a pazienti non autosufficienti/parzialmente non autosufficienti, anche anziani, Covid-19 positivi (asintomatici e paucisintomatici) e "guariti" o negativizzati da SARS-CoV-2, tutte le prestazioni che concorrono al mantenimento delle capacità residue dell'ospite, ovvero al recupero dell'autonomia in relazione alla patologia, al fine di raggiungere il miglior livello possibile di qualità di vita per una dimissione verso il domicilio eventualmente in assistenza Domiciliare o in altro setting assistenziale, più adeguato di reinserimento e successivo ad una nuova valutazione multidimensionale (VMD) dei bisogni clinico assistenziali.
Per quanto riguarda le caratteristiche delle attività assistenziali, vista la specifica destinazione d'uso della struttura è stata privilegiata l'assistenza diretta con caratteristiche peculiari dettate dalla condizione di positività al virus degli ospiti rispetto ad altre funzioni previste per le Residenze Sanitarie assistenziali addirittura non praticabili (attività sociali ecc.) o da praticarsi con accortezze particolari (attività riabilitative).
Stante la fragilità degli ospiti delle RSA, della particolare condizione di positività al Covid-19 e la nuova esperienza per il personale di assistenza, sono state elaborati piani di lavoro e procedure assistenziali utili ad omogeneizzare i comportamenti e ridurre i rischi di contagio con un particolare riguardo alla umanizzazione e al rispetto della dignità della singola persona.

ANALISI DEL CONTESTO

Nell'Area territoriale della Asl Roma 6, come del resto nel territorio della Regione Lazio, sono presenti numerose RSA Accreditate.
Nell'ambito della riorganizzazione dei servizi sanitari e della rete territoriale, l'attivazione di una RSA a diretta gestione della Azienda Sanitaria Locale, rappresenta una ulteriore sfida, in quanto almeno nella Regione Lazio, non risultano ulteriori esperienze antecedenti l'epidemia da Sars-Cov-2.
Le RSA sono state attivate ad Aprile del 2020 e con continuità hanno garantito il ricovero a pazienti fragili Covid-19 positivi o negativizzati:

- provenienti da altre RSA in cui la presenza di cluster richiedeva la necessità di allontanare dalla struttura alcuni ospiti;
- che per problemi sociali o fragilità familiare non potevano essere posti in isolamento domiciliare;
- che alla dimissione ospedaliera post-covid, necessitavano di una rivalutazione della UVM per la definizione di un nuovo ed appropriato contesto di ricovero.

La degenza in RSA è finalizzata al recupero e alla stabilizzazione clinico-funzionale degli ospiti ponendosi come obiettivo principale il rientro degli stessi al proprio domicilio o al livello residenziale di mantenimento.

RISULTATI

Dall'attivazione delle RSA sono stati ricoverati n. 370 ospiti la percentuale di decessi ad ora è del 3% (12 deceduti). Tutti gli altri ospiti sono rientrati a domicilio o sono stati trasferiti in altra struttura.
Gli ospiti e i loro familiari hanno manifestato soddisfazione per l'ospitalità e accoglienza delle Strutture e degli operatori sanitari.
Anche gli operatori, nonostante le difficoltà nell'erogare le prestazioni, per l'uso dei DPI e le regole imposte per garantire il distanziamento sociale, con e tra gli ospeiti, si dimostrano professionalmente soddisfatti per il lavoro che svolgono con gli anziani fragili.

Torna all'indice

ASL ROMA 6

SCARICA IL PIANO DI LAVORO TURNO MATTINA

SCARICA IL PIANO DI LAVORO TURNO POMERIGGIO

SCARICA IL PIANO DI LAVORO TURNO NOTTE

CONCLUSIONI

L'attivazione delle RSA a diretta gestione della Asl sono state una risposta organizzativa che ha consentito di rispondere in modo adeguato ai bisogni di ricovero delle persone anziane e fragili Covid-19 positivi, asintomatici o pausintomatici.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri e Medici afferenti alle Strutture Ospedaliere e alle Strutture Territoriali; Fisioterapisti, Assistenti Sociali, Dietiste.

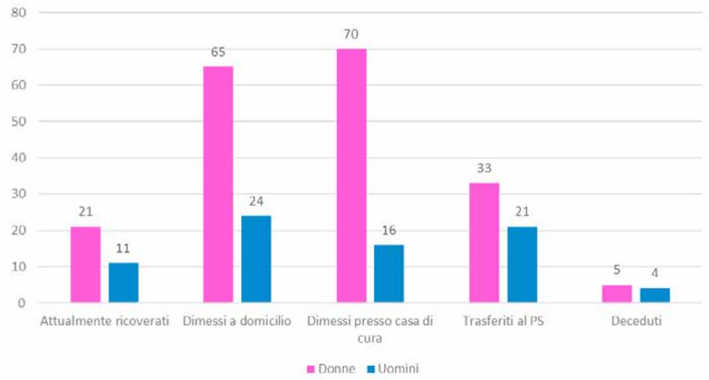
TEMPI DI REALIZZAZIONE

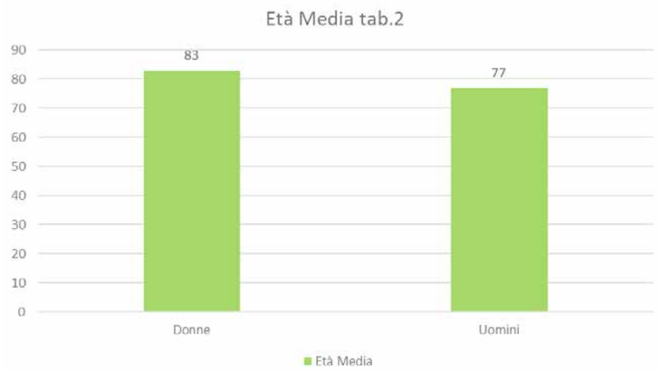
Le unità di RSA attivate da aprile 2020, sono ad oggi attive e dedicate a pazienti Covid-19 positivi o negativizzati. I ricoveri sono gestiti dalla Piattaforma COA e ancora oggi vengono ricoverati pazienti, Covid-19 positivi o negativizzati a bassa complessità assistenziale provenienti dal altre RSA Accreditate, dagli Ospedali Covid e dal proprio domicilio.

TAB.1 - TREND ESITI DEI PAZIENTI RSA COVID

	Attualmente ricoverati	Dimessi a domicilio	Dimessi presso case di cura	Trasferiti al PS	Deceduti	Totale
Donne	21	65	70	33	5	194
Uomini	11	24	16	21	4	76
Totale	32	89	86	54	9	270

GRAFICO 1 - TREND ESITI DEI PAZIENTI RSA COVID





Torna all'indice

ASL ROMA 3

LA STRATEGICITÀ DEI MODELLI ASSISTENZIALI NELLA GESTIONE DELLE EMERGENZE EPIDEMIOLOGICHE IL PRIMARY NURSING QUALE APPROCCIO PER LA PRESA IN CARICO INFERMIERISTICA NELLE MEDICINE COVID

ASL Roma 3

REFERENTI:

G. Martinelli	Dirigente Infermieristico ASL Roma 3
A. Cioffi	Posizione Organizzativa Gestionale G.B. Grassi
G. Di Laurenzi	Posizione Organizzativa DEA G.B. Grassi
D. Barbalarga	Tutor Professionale CdL in Infermieristica
I. Albanese	Tutor Professionale CdL in Infermieristica

Torna all'indice

ASL ROMA 3

ABSTRACT

Tracciare comportamenti e modalità assistenziali univoche e condivise è lo strumento primario con cui riuscire a garantire sia la migliore qualità prestazionale in relazione alle evidenze scientifiche della Comunità professionale di riferimento sia la sicurezza delle cure intesa nei confronti del cittadino utente che degli operatori sanitari con esposizione occupazionale a SARS-COV-2.

INTRODUZIONE

Nel 2020 il quadro epidemiologico correlato all'infezione SARS COVID 19 e la sua ingravescenza ha determinato nel brevissimo periodo la necessità di riconvertire strutture dedicate alla degenza ordinaria in setting assistenziali a vocazione infettivologica in nosocomi in cui tale specialità non era compresa tra quelle presenti e le competenze ed il know how infermieristico risultava assente. Trovare nell'immediatezza una appropriata risposta assistenziale ha rappresentato la sfida maggiore a cui si è dato riscontro tramite la scelta di modelli di presa in carico la cui adozione rappresentava l'unica base con solide evidenze che potesse garantire entrambi gli obiettivi posti nell'abstract ovvero sicurezza delle cure per i cittadini e sicurezza per gli operatori esposti a SARS-COV-2.

ANALISI DEL CONTESTO

Il Presidio Ospedaliero G.B. Grassi è una struttura di ricovero e cura con 293 posti letto di cui circa 60 di Medicina Generale. 30 posti letto della Medicina Generale venivano riconvertiti, ad aprile del 2020, in 20 posti di medicina COVID e 10 posti di isolamento COVID.

Per garantire la sicurezza delle cure, la salute dei lavoratori e la qualità prestazionale appropriata è stato necessario individuare un modello assistenziale mai adottato all'interno del nosocomio e condividendolo con infermieri privi di competenze già esperite in tale ambiti di cura.

AZIONI INTRAPRESE

Modello di presa in carico

Il rapporto di staffing correlato ad un reparto di cure infettive a media complessità assistenziale condiviso con la Comunità Scientifica di riferimento individua un infermiere dedicato con un rapporto di 4 pazienti assegnati per singolo turno.

Tale approccio permette la configurazione del modello assistenziale del Primary Nursing basato sulla presa in carico da parte di un infermiere di riferimento che pianifica gli obiettivi assistenziali e si assicura che tutte le informazioni rilevanti siano trasmesse a coloro che sono coinvolti nell'assistenza, compresi i familiari.

Al modello originale si è introdotta la figura di un infermiere circolante esterno che opera a supporto dei singolo colleghi per tutte le attività assistenziali e diagnostiche.

PIANI DI LAVORO

- Ogni infermiere è direttamente responsabile dell'assistenza infermieristica resa ai 4 pazienti a lui assegnati di cui ha il completo governo relativamente alle prescrizioni terapeutiche, diagnostiche e di controllo delle attività vitali e dei relativi parametri.
- Nel approcciare ad ogni singolo paziente deve indossare un terzo paio di guanti dopo aver sanificato con il gel il paio sottostante, eseguire le prestazioni necessarie indossando il corretto DPI (mascherina chirurgica e/o FFP2/FFP3) in relazione alla tipologia di prestazione da effettuare e al termine togliere i guanti dopo averli sanificati. Tale modalità comportamentale e assistenziale va posta in essere per ogni singolo paziente.
- I tempi e le modalità operative infermieristiche nonché i relativi piani di lavoro relativamente anche al numero degli accessi all'interno delle stanze di degenza, verranno definiti in appropriatezza con le indicazioni terapeutiche e farmacologiche dopo l'avvio dei ricoveri in assoluta aderenza dei protocolli clinici che saranno applicati nonché dettati dalle condizioni cliniche e cognitive dei pazienti ricoverati.

ASL ROMA 3

NORME INTERNE

- Il reparto di medicina COVID è una Unità Operativa a media/bassa complessità assistenziale la cui degenza è definita di coorte poiché ospita pazienti covid positivi che necessitano di ulteriori cure poiché dimessi da reparti di acuzie e sub acuzie in attesa della stabilizzazione dei singoli parametri clinici che ancora non sono affidabili al Medico di Medicina Generale per le cure domiciliari e della definitiva negativizzazione diagnostica.
- I degenti, tutti ricoverati in camera doppia, non possono uscire dalla loro stanza e comunicano con l'infermiere loro assegnato per il tramite dei comuni sistemi di allertamento e chiamata (campanello e/o interfono) e/o per diretto contatto visivo con lo stesso.
- Non sono concesse visite di familiari e possono comunicare con l'esterno esclusivamente tramite utilizzo dei cellulari personali.
- Laddove un degente non avesse il cellulare sarà cura dell'infermiere assegnato segnalare al coordinatore tale evento al fine di favorire comunque una comunicazione tra lo stesso e le persone di sua affezione.

PERCORSI

Percorso pulito

L'ingresso del personale infermieristico in abiti borghesi avviene utilizzando l'accesso del ex DH di medicina. In tali ambienti sono collocati i due spogliatoi, divisi per genere, in cui il personale deve indossare la divisa da lavoro pulita.

In questo spazio avviene la vestizione con i DPI necessari per l'accesso in area di degenza per assistenza diretta a pazienti COVID 19 come di seguito rappresentato:

- mascherina chirurgica (laddove il paziente utilizzi e/o tolleri la mascherina chirurgica) o la mascherina FFP2 o FFP3 laddove il paziente non indossi la mascherina;
- camice idrorepellente o tuta integrale;
- copricapo monouso laddove viene utilizzato il camice idrorepellente;
- 2 paia di guanti;
- occhiali di protezione e/o occhiale a mascherina e/o visiera;
- gambali e/o sovrascarpe monouso.

Al termine della vestizione l'operatore può entrare nel reparto COVID tramite l'utilizzo dell'accesso posto a destra al centro del corridoio pulito.

Percorso sporco

L'intero reparto è compreso nel percorso sporco in cui il personale operante ha l'obbligo di indossare tutti i dispositivi sopra elencati durante l'effettuazione del turno di lavoro e nell'espletamento delle attività assistenziali attuate all'interno delle stanze di degenza.

L'operatore, al temine del proprio turno di lavoro, potrà accedere alla zona filtro individuata nella stanza definita Apodyterium, in cui effettuerà in sicurezza tutte le operazioni di svestizione dai DPI e della loro corretta eliminazione all'interno dei ROT prima di uscire con la divisa da lavoro nella zona pulita.

ATTIVITÀ DI SANIFICAZIONE

Ferma restando la procedura avente oggetto "igiene e disinfezione locali ad alto rischio COVID" contenuta nel POS 234 del 24/02/2020 si rappresenta che le attività di sanificazione devono essere rese quotidianamente 2 volte al giorno ed ogni volta che un paziente viene dimesso.

INDICATORI EPIDEMIOLOGICI – RICOVERI DAL 1 AL 30 APRILE 2020

25 ingressi - 15 dimessi

Giornate di degenza nel mese: 368

Media giornaliera di ingressi: 1,09

Durata media della degenza gg.: 14,72

Occupazione media dei posti letto: 80%

Età media degenti: 86 anni

Torna all'indice

ASL ROMA 3

INDICATORI DI ESITO ASSISTENZIALE

Dotazione organica

30 infermieri - 2 OSS - 1 coordinatore

LESIONI DA PRESSIONE

Tutti i pazienti con compromissione della mobilità sono stati posizionati su materassi antidecubito; **all'ingresso nell'unità operativa** rilevate alcune lesioni di 1 grado in regione sacrale 1 paziente con lesione di 2 grado al piede.

Durante la degenza:

• rilevate alcune lesioni di 1 grado;

• nessuna lesione è progredita.

EVENTI AVVERSI DA CADUTE

Segnalata al rischio clinico una sospetta caduta a seguito di paziente trovato seduto per terra in bagno, cosciente; nessuna lesione ai controlli clinici e alla TAC.

INFEZIONI OSPEDALIERE

In nessun paziente sono state riscontrate infezioni correlate all'assistenza.

INFEZIONI DA ESPOSIZIONE OCCUPAZIONALE

Gli operatori sanitari assegnati hanno effettuato tampone molecolare di sorveglianza sanitaria ogni 7 giorni.

Un'infermiera è risultata IGG positiva all'indagine sierologica di fine maggio 2020 ma con tampone molecolare sempre negativo.

Nessun operatore ha contratto infezione da SARS-COV-2.

EVENTI STRAORDINARI

Una paziente ha festeggiato i 100 anni in reparto.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

1 Dirigente Infermieristico

2 Posizioni Organizzative

3 Coordinatori Infermieristici

30 CPSI ISO 20

20 CPSI ISO 10

TEMPI DI REALIZZAZIONE

7 giorni totali di cui

• 2 giorni per la revisione della letteratura, ricerca delle evidenze, confronti con le esperienze presenti e condivisione del modello assistenziale;

• 1 giorno per la selezione del personale;

• 1 giorno per la formazione del personale in materia di vestizione e delle procedure di sicurezza epidemiologica;

• 3 giorni per la logistica dei locali (lavori di adeguamento, acquisizione attrezzature, pulizie).

Torna all'indice

APPROCCIO MULTISPECIALISTICO AL PAZIENTE CON COVID-19:
un'opportunità per l'ottimizzazione dell'assistenza

Fondazione Policlinico Universitario Agostino Gemelli IRCCS

REFERENTI:

Dott.ssa Carmen Nuzzo	Dirigente SITRA per Emergenza COVID - autorizzazione alla realizzazione dell'evento
Dott. Emiliano Ciavardini	Coordinatore SITRA COVID 2 Columbus - ideazione del metodo e realizzazione dei lavorati di flusso

Foto di Massimo Podio

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI IRCCS

ABSTRACT

Il progetto si pone come un ponte tra l'esigenza di formazione per l'allineamento delle conoscenze scientifiche, tecniche, comportamentali del personale infermieristico delle degenze COVID ed il rispetto delle norme sul distanziamento, nonché nel rispetto del divieto di assembramento, tali da scoraggiare incontri in presenza.

Gli obiettivi formativi prevedevano un recupero delle conoscenze del professionista, orientandolo ad una visione multidisciplinare del soggetto positivo ad infezione da Covid-19, in un approccio che consenta una standardizzazione dei comportamenti assistenziali, la conoscenza dei principali dispositivi per il supporto respiratorio (in ambito non intensivo), il piano d'intervento farmacologico per la polmonite da Covid-19 in relazione ai protocolli in utilizzo nella Fondazione Policlinico Gemelli, con un approfondimento che consideri altresì il paziente anziano e le patologie tipiche (anche non direttamente classificabili come comorbilità rischiose per le complicanze da Coronavirus).

La modalità per l'erogazione degli interventi formativi è stata determinata nella realizzazione di supporti audiovisivi (Mpeg 4, 1920x1080, 2000kbit/s, 25 f/s, audio compressione MP3 128 Kbit/s) che consentiva una media di grandezza di ciascun file pari a 120 Mb per una durata media di 10', audio acquisito con microfono lavalier e compresso (MMX expander multibanda) per raggiungere un volume di emissione con picco massimo e minimo in linea di progressione a +3 db*.

I moduli per l'erogazione dei contenuti sono stati n° 3, ogni modulo aveva al suo interno n°3 sessioni (ciascuna con una durata media 10'). Il totale delle sessioni è pari a n°9 (10 se si considerano gli extra).

Le sessioni avevano le caratteristiche di un podcast audio (perché potevano essere anche "solo" ascoltate grazie alla scelta di raccontare i contenuti e di garantire un audio con compressione da smm algoritmo simil Spotify), di un webinar (perché presentavano una struttura video che prevedesse un approccio frontale del docente che si rivolgeva in piano americano ai discenti), di una FAD perché conteneva al suo interno il materiale didattico che veniva presentato come "cartelli" senza mai interrompere il flusso dei contenuti e mantenendo l'impegno paperless.

Questo tipo di rilasci audio video è stato denominato WEB_FAD.

Le scelte tecniche descritte (formati audio e video, peso, risoluzione) sono stati fondamentali per garantire che il video potesse essere distribuito agilmente in piattaforma, che la fruizione potesse avvenire anche solo in ascolto e che la lettura dei "cartelli" potesse essere consentita da una risoluzione adeguata, senza compressione, dunque senza compromissione del testo.

Le modalità per la condivisione sono state concordate utilizzando la piattaforma TEAMS con account aziendali, per garantire la tracciabilità dell'accesso, con un annuncio a n°7 giorni dall'evento, un reminder a n°3 giorni dall'evento, un secondo reminder a n°1 giorno dall'evento.

Il giorno dell'evento veniva lanciata una riunione TEAMS e nella chat dell'evento venivano caricati i tre video WEB_FAD, rimanendo nella chat per n°24 ore (preannunciate) e veniva altresì distribuito un tutorial per la fruizione da smartphone, svincolando il discente dall'accesso in struttura e consentendo uno start&stop qualora necessario.

Le WEB_FAD hanno visto la collaborazione come divulgatori di uno pneumologo, un geriatra, una infettivologa, che hanno definito i contenuti e le suddivisioni degli stessi per sessioni.

L'acquisizione, l'editing, il layout in linea con la brand identity, la post produzione, il rilascio, il setting in piattaforma TEAMS, la moderazione e gli avvisi sono stati curati dai referenti del progetto.

INTRODUZIONE

Il personale infermieristico delle degenze COVID vedeva modificato il suo staff in funzione della mutazione dell'orientamento clinico dall'assetto pre COVID alla nuova destinazione totalmente COVID. La formazione del gruppo formato dai singoli professionisti infermieri necessitava di un allineamento, sia in funzione della suddetta mutazione, sia per assicurare un background omogeneo in staff che accoglievano neoassunti, ospitandoli ed integrandoli a senior d'esperienza clinica, spesso anche anagrafica. Il razionale è riassumibile nell'esigenza di allineamento delle conoscenze in relazione ai principali supporti alla ventilazione non intensiva, all'approccio all'anziano con e senza patologie accessorie considerabili tra i fattori di comorbilità, ai protocolli farmacologici in uso nella Fondazione Policlinico Gemelli.

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI IRCCS

Gli obiettivi individuati consistevano nella capacità d'utilizzo dei supporti e dei dispositivi, intendendo con questo anche il ripristino in sicurezza, la capacità di presa in carico dell'assistito COVID positivo anziano con le patologie tipiche della senilità ed eventualmente del decadimento cognitivo, la conoscenza dei principi attivi, delle modalità di somministrazione, dei principali segni clinici di compliance relativi alla terapia farmacologica, nel rispetto dei principi attivi e delle indicazioni clinico-comportamentali per la somministrazione.

ANALISI DEL CONTESTO

Lo scenario nel quale sono stati previsti gli interventi formativi era rappresentato da n° 7 unità operative dedicate alla degenza ordinaria e n° 1 sub intensiva, n° UTIC, per un totale di n°148 infermieri. Le conoscenze pregresse sono state individuate in quelle compatibili con il background formativo della laurea triennale, scegliendo questo parametro in considerazione del fatto che rappresentava il livello minimo e che le UU.OO./SI/UTIC ricevevano neoassunti per raggiungere le dotazioni d'organico da staff COVID. Gli interventi implementati sono stati orientati alla diffusione delle WEB_FAD su piattaforma TEAMS, nelle modalità compatibili con uno streaming on demand poiché il rilascio ed il deposito dei supporti avveniva direttamente nella chat con una permanenza di n°24 ore, consentendo la fruizione in differita.

RISULTATI

I risultati osservati sono stati in termini di acquisizione della capacità d'utilizzo dei principali dispositivi per il supporto respiratorio non invasivo, in autonomia ed in sicurezza, sia per l'operatore che per l'assistito. Sono stati elaborati DSM a risposta multipla mutuamente esclusiva, DC, RC.

Altro incremento delle conoscenze c'è stato (ad esempio) con dimostrazione di autonomia e consapevolezza nella programmazione e nella gestione degli interventi infermieristici nei confronti dell'assistito geriatrico, del supporto all'alimentazione, della prevenzione delle cadute e delle lesioni da pressione, nonché del controllo dell'equilibrio sono/veglia.

L'ultimo aspetto che ha presentato risultati positivi in termini di aumento della conoscenza è relativo al patrimonio farmacologico (antivirale, cortisonico ecc…) ed ai protocolli terapeutici utilizzati all'interno della Fondazione Policlinico Gemelli nell'ambito dell'infezione da Covid-19.

CONCLUSIONI

L'intervento formativo erogato è stato percepito come agile nella sua fruizione e compatibile con le esigenze personali del professionista, intendendo con ciò la possibilità di e-learning che possa superi l'interfaccia DAD, in una dimensione stilistica e metodologica più simile alla biblioteca multimediale free royalty. I contenuti erogati hanno determinato un aumento delle conoscenze nelle aree d'intervento individuate, con il risultato di un allineamento e di una standardizzazione dei comportamenti assistenziali supportati dalla letteratura tecnico scientifica.

Il prodotto multimediale (che ha consentito di divulgare contenuti formativi, con interfaccia da parte del docente, incorporante i supporti documentali) e le modalità di informazione/tutorial sugli appuntamenti in piattaforma hanno strutturato una modalità d'intervento formativo nuova ed efficace, con risultati di apprendimento in linea con gli obiettivi eletti.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

N°1 Pneumologo;
N°1 Geriatra;
N° 1 Infettivologo;
N° 107 Infermieri;
N° 1 operatore, regia, editing, postproduzione (e referente per il progetto)
N° 1 dirigente autorizzante (e referente per il progetto)
N° 8 Coordinatori Infermieristici delle UU.OO.
Totale: N°119 persone.

Torna all'indice

FONDAZIONE POLICLINICO UNIVERSITARIO A. GEMELLI IRCCS

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Dal 12/11/2020 (primo contatto e successive email) al 03/02/2021 (ultimo modulo erogato)

Dettagli di calendarizzazione (acquisizione e realizzazione take da docenti)

- giovedì 26/11 dalle 14:00 alle 15:00
- lunedì 30/11 dalle 14:00 alle 15:00
- mercoledì 2/12 dalle 14:00 alle 15:00

Dettagli di calendarizzazione (Rilascio Moduli)

- 21/01, 2 Ovest e 2 Nord (modulo 01)
- 22/01, 1 Ovest e 1 Nord (modulo 01)
- 25/01, 1 Est e 0 Est, UTIC, 3 P (modulo 01)
- 26/01, 2 Ovest e 2 Nord (modulo 02)
- 27/01, 1 Ovest e 1 Nord, UTIC, 3 P (modulo 02)
- 28/01, 1 Est e 0 Est (modulo 02)
- 01/02, 2 Ovest e 2 Nord UTIC, 3 P (modulo 03)
- 02/02, 1 Ovest e 1 Nord (modulo 03)
- 03/02, 1 Est e 0 Est (modulo 03).

SCARICA IL TUTORIAL PER LA FAD

Torna all'indice

MISURE OPERATIVE ADOTTATE A SUPPORTO DELL'ATTIVITÀ DI DONAZIONE E TRAPIANTO DI ORGANI E TESSUTI

UOC Direzione Infermieristica – Policlinico Tor vergata, Roma
Coordinamento Infermieristico Trapianti (CIT)
Policlinico Tor Vergata/Coordinamento Infermieristico Trapianti

REFERENTI:

Angelo Oliva	Infermiere
Marco Martelloni	Infermiere
De Santis Valentina	Infermiera
Masci Laura	Infermiera

Torna all'indice

POLICLINICO TOR VERGATA

ABSTRACT

L'emergenza pandemica è stata caratterizzata dall'introduzione di misure restrittive e dalla necessità che le Strutture Ospedaliere coinvolte adottassero misure per il potenziamento e la riorganizzazione della rete assistenziale e della rete ospedaliera, con particolare riferimento al regime di ricovero in terapia intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cure. Da qui, la necessità di garantire, all'interno dei percorsi attivi, il percorso donazione-trapianto quale terapia salvavita, per i pazienti in lista di attesa, e Livello Essenziale di assistenza.

INTRODUZIONE

Per contrastare la riduzione delle attività di donazione, dovuta essenzialmente alla modifica dei percorsi di cura, soprattutto all'interno delle aree ad alta intensità, come le Terapie Intensive, e controllare le possibili criticità organizzative del Centro Trapianti, il personale del Coordinamento Infermieristico Trapianti, in linea con le indicazioni Ministeriali e del Centro Nazionale Trapianti, ha elaborato una serie di percorsi finalizzati al mantenimento delle attività, sia donative che trapiantologiche.

ANALISI DEL CONTESTO

Lo scenario pandemico ha portato il personale del Coordinamento Infermieristico Trapianti, inserito sia all'interno del Coordinamento Aziendale Donazione Organi e Tessuti, sia all'interno del Centro Trapianti, ha implementare un percorso di procurement standardizzato, dove l'infermiere specializzato nel management della donazione, ha rivestito un ruolo chiave. Per efficientare e massimizzare l'individuazione dei Potenziali Donatori, in relazione ai cambiamenti dei percorsi di cura che l'emergenza pandemica ha determinato, è stato testato un processo che prevedeva un approccio integrato, sia epidemiologico, per valutare la potenzialità donativa teorica della Struttura, alla luce dei cambiamenti organizzativi che hanno determinato una riduzione dei posti letto dedicati al management della cerebrolesione, e sia clinico, che ha determinato un monitoraggio costante di tutte le Lesioni Cerebrali gravi che accedevano nella struttura, con la definizione di trattamenti specifici finalizzati all'eventuale ricovero in terapia intensiva e alla successiva presa in carico, anche delle famiglie.

Per il percorso trapiantologico, l'introduzione della figura infermieristica nel processo di valutazione dei pazienti, sia in attesa di trapianto, sia in follow-up, ha determinato la strutturazione di un Ufficio di Coordinamento, che ha gestito da remoto, in accordo con i clinici, tutte quelle situazioni che non necessitavano di un accesso diretto del paziente in Ospedale, garantendo, anche attraverso la strutturazione di un Centro Prelievi dedicato ai pazienti trapiantati, un rapporto costante con i pazienti, durante il periodo pandemico.

RISULTATI

Gli indicatori di procurement e di efficienza del processo di donazione, hanno dimostrato che l'introduzione di un percorso dedicato all'individuazione della Lesione Cerebrale grave, suscettibile di evoluzione verso la morte encefalica, gestito da professionisti specializzati nel management della donazione, favorisce l'identificazione e il prendersi cura del possibile donatore, gestendo al meglio l'eventuale ricovero in aree ad alta intensità. Tali approcci consentono, anche, di fornire alle famiglie dei potenziali donatori, soprattutto in questo periodo, un punto di riferimento e di sostegno. Inoltre, la creazione di un Ufficio di Coordinamento, inserito all'interno del Centro Trapianti, ha determinato la strutturazione di una cabina di regia, per la presa in carico di tutti i pazienti fragili che afferiscono al centro, contribuendo, anche durante il periodo pandemico, ad un mantenimento delle attività trapiantologiche, permettendo al nostro Centro di raggiungere volumi di attività i più alti a livello Regionale.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Personale afferente al Dipartimento Emergenza, Accettazione e Terapie Intensive, personale afferente al Centro Trapianti, Direzione Sanitaria, Direzione Infermieristica.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Da Marzo 2020.

Torna all'indice

CONTENIMENTO DELLA DIFFUSIONE OSPEDALIERA DEL SARS-COV-2:
contact tracing

Policlinico Tor Vergata – Direzione Sanitaria – Direzione Infermieristica

REFERENTI:

Carmela Cucchi	Coordinatrice infermieristico direzione sanitaria - ISRI
Luigina Rinaldi	Coordinatrice infermieristico direzione sanitaria - ISRI
Angelica Carnevale	Coordinatrice infermieristico direzione sanitaria - ISRI

Foto di Luca Catalano Gonzaga

POLICLINICO TOR VERGATA

ABSTRACT

Introduzione

L'isolamento dei casi di COVID-19 e la messa in quarantena dei contatti dei casi sono misure di sanità pubblica fondamentali che aiutano a proteggere la popolazione ed i lavoratori dal contagio. Per contact tracing (CT) si intende l'attività di ricerca e gestione dei contatti di un caso confermato COVID-19. Si tratta di un'azione di sanità pubblica essenziale per combattere l'epidemia in corso.

Obiettivi

Identificare e gestire i contatti dei casi confermati di COVID-19 permette di individuare e isolare rapidamente gli eventuali casi secondari e interrompere così la catena di trasmissione.

Contesto

Tra le attività volte al contenimento della pandemia, anche all'interno del Policlinico, vi il Contact Tracing riferito agli operatori sanitari e non sanitari che lavorano presso il PTV e riguardano l'operatore sanitario/non sanitario asintomatico risultato positivo durante le attività di screening periodico; sintomatico risultato positivo in Pronto soccorso del PTV, risultato positivo in contesti diversi dal PTV, contatto stretto di pazienti/utenti identificati quali positivi durante il ricovero.

Risultati

Le attività di CT condotte hanno consentito nel corso della pandemia da Covid 19 di rintracciare e mettere sotto sorveglianza sanitaria attiva 380 operatori tra sanitario e non sanitario.

Discussione

La pandemia ha consentito implementare nuovi modelli organizzativi delle attività assistenziali e di sanità pubblica, permettendo di valorizzare le competenze dei professionisti sanitari e creando una sinergia di servizi con competenze e obiettivi diversi. La conduzione di indagini epidemiologiche e di CT ha consentito di supportare i preposti e tutti professionisti all'interno dei moduli di degenza/servizi facendo "sentire" la presenza concreta e fattiva degli organi preposti. Tra i punti di forza possiamo ancora documentare la funzione di supporto emotivo e gestionale fornita ad ogni singolo operatore nel momento in cui veniva diagnosticata la positività al Covid 19. La pandemia è servita anche a far emergere le criticità organizzative fin qui mantenute nascoste dalla contenuta numerosità dei casi pre-pandemici, e che necessitano di un intervento innovativo.

Conclusioni

L'esperienza della pandemia e del CT è stato un evento che ha consentito all'organizzazione ed ai singoli operatori di mettersi in discussione, professionalmente ed umanamene, riscoprendo capacità organizzative e professionali finora non sperimentate, riscoprendosi migliori.

INTRODUZIONE

L'isolamento dei casi di COVID-19 e la messa in quarantena dei contatti dei casi sono misure di sanità pubblica fondamentali che aiutano a proteggere la popolazione ed i lavoratori dal contagio, impedendo l'esposizione a persone che hanno o possono avere una malattia contagiosa e così facendo evitando l'insorgenza di casi secondari e quindi interrompendo la catena di trasmissione.
Per contact tracing (CT) si intende l'attività di ricerca e gestione dei contatti di un caso confermato COVID-19. Si tratta di un'azione di sanità pubblica essenziale per combattere l'epidemia in corso.

Obiettivi

Identificare e gestire i contatti dei casi confermati di COVID-19 permette di individuare e isolare rapidamente gli eventuali casi secondari e interrompere così la catena di trasmissione.

ANALISI DEL CONTESTO

La sorveglianza integrata, microbiologica e epidemiologica, per COVID-19 raccoglie, confronta e analizza in maniera continua e sistematica, le informazioni su tutti i casi di infezione da SARS-CoV-2 confermati mediante diagnosi molecolare in laboratori di riferimento regionali in Italia.

POLICLINICO TOR VERGATA

È uno strumento di osservazione necessario e utile sia per informare i cittadini sull'impatto e sull'evoluzione dell'epidemia sia per offrire supporto decisionale per le risposte di sanità pubblica delle autorità sanitarie. In Italia, la sorveglianza COVID-19 ha avuto inizio con la Circolare ministeriale n.1997 del 22 gennaio 2020 che conteneva i primi criteri e le modalità di segnalazione dei casi di infezione da SARS-CoV-2 (al tempo chiamato ancora "nuovo coronavirus") condivisi con il Dipartimento di Malattie Infettive dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS); a seguire, con l'evolversi della situazione epidemiologica, sono state emanate ulteriori Circolari ministeriali contenti integrazioni e aggiornamenti. Il 27 febbraio 2020 la Protezione Civile, attraverso l'Ordinanza n. 640, ha affidato la sorveglianza epidemiologica e microbiologica, per COVID-19, all'ISS.

Tutte le Regioni/Province Autonome inviano quotidianamente all'ISS i dati relativi a tutti gli individui con infezione da SARS-CoV-2 confermata in laboratorio. L'ISS ha creato una piattaforma informatica dedicata, che consente la raccolta dei dati sia attraverso un'interfaccia web collegata alla piattaforma stessa sia attraverso l'invio di un dataset. Il Dipartimento di Malattie infettive dell'ISS processa e analizza i dati della piattaforma e li rende disponibili per consentire l'analisi dell'epidemia in tutto il Paese.

Nella regione Lazio, attraverso i provvedimenti n. Z00003 del 06/03/2020 e n. Z00009 del 17/03/2020, il PTV è stato classificato tra gli "ospedali di intervento" destinati alla "centralizzazione" della "presa in carico" dei casi COVID-19. Il PTV è stato identificato dalla Regione Lazio come centro di riferimento COVID 4 Hospital.
Il DM 15 dicembre 1990 – Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive, prevede la comunicazione tempestiva della positività alla malattia infettiva diffusiva allo scopo di rintracciare il più precocemente possibile, in relazione alle caratteristiche diffusive del singolo microrganismo, i contatti del paziente fonte contrastando quindi il propagarsi della malattia tra la popolazione target
Per quanto attiene alle attività di CT correlate al Covid 19 all'interno della struttura ospedaliera, esse si riferiscono a operatore sanitario, non sanitario e paziente.

Nello specifico le attività descritte si riferiscono agli operatori sanitari e non sanitari che lavorano presso il PTV e consistono in:

- operatore sanitario/non sanitario asintomatico risultato positivo durante le attività di screening periodico;
- operatore sanitario/non sanitario sintomatico risultato positivo in Pronto soccorso del PTV;
- operatore sanitario/non sanitario risultato positivo in contesti diversi dal PTV (es. contatto familiare);
- operatore sanitario/non sanitario contatto stretto di pazienti/utenti identificati quali positivi durante il ricovero o successivamente alla dimissione, secondo indicazioni ministeriali vigenti.

In virtù dell'obbligo normativo vigente e della particolare diffusività del virus Sars-CoV-2, è stato prontamente attivato un percorso dedicato:

1. Attivazione dell'Alert di laboratorio per cui sulla mail del servizio arriva una comunicazione per ogni TNF positivo sia dai reparti di degenza, Pronto Soccorso e Medicina del lavoro.
2. Reazione dell'area informatizzata all'interno dell'intranet aziendale dedicata al coronavirus ove è stato reso disponibile il PDF editabile proposto dal SERESMI finalizzato alla notifica del caso.
3. Nella stessa area intranet sono state rese disponibili tutte le informazioni utili per la notifica: indirizzo mail, contatto telefono dell'ufficio preposto.
4. Il servizio è stao implementato di altre 4 professionisti sanitari a tempo parziale di 4 ore giornaliere che si sono aggiunte ai 2 infermieri esperti del rischio infettivo dedicati a tempo pieno al servizio di notifica.
5. Sono state implementate altre 2 postazione di lavoro con utenza telefonica dedicata per la realizzazione dell'indagine epidemiologica.
6. È stato definito un percorso condiviso con tutte le ASL di Roma e del Lazio per la tempestiva identificazione dei contatti.
7. È stato definito un percorso condiviso con la Medicina del Lavoro e il Servizio di prevenzione e protezione, ognuno per le rispettive competenze (sicurezza dei lavoratori e attivazione della sorveglianza sanitaria straordinaria).
8. È stato definito un percorso condiviso con la Medicina del Lavoro e preposti all'interno di ogni modulo di degenza/ servizi coinvolti nel caso.

POLICLINICO TOR VERGATA

9. È stato definito un percorso condiviso con la Medicina del Lavoro e le società di outsourcing (igiene ambientale, personale di supporto all'assistenza, servizio tecnici, sterilizzazione, accoglienza e relazioni col pubblico, ecc.).
10. È stato definito un percorso condiviso con la Medicina del Lavoro e l'Università di Tor Vergata per la sorveglianza sugli studenti e tirocinanti.

Al momento della ricezione della notifica, (Allegato n1), il personale sanitario dell'ufficio per la notifica provvede a:

1. Inserire i dati in piattaforma regionale (ECV) al fine di contribuire e mantenere il flusso dati e trasmettere informaticamente alla Asl di residenza del caso la positività e consentire agli stessi il tracciamento dei contatti non ospedalieri.
2. Condurre l'indagine epidemiologica finalizzata alla definizione della finestra temporale del contagio e individuare i possibili contatti ospedalieri.
3. Trasmissione dei dati raccolti mediante l'indagine epidemiologica ai preposti e/o ai DEC (direttore esecuzione contratto) delle società outsourcing affinché possano.
   a. individuare i contatti,
   b. condurre una propria indagine epidemiologica,
   c. comunicarci le liste definitive per l'esecuzione dei TNF (tampone naso – faringeo) per Covid 19 questa comunicazione deve pervenire all'ufficio richiedente entro 72 ore dalla richiesta.
4. Trasmissione alla medicina del lavoro di una comunicazione contenente la data delle positività al TNF Molecolare del caso, e, per ogni contatto data di nascita e recapito telefonico, oltre al giorno dell'ultimo contatto e la data entro cui eseguire il TNF di sorveglianza.

Con cadenza giornaliera viene effettuato un incrocio dei dati provenienti dagli Alert di laboratorio con le notifiche pervenute: qualora risultasse che qualche caso non è stato notificato, viene contattato il medico del reparto di degenza / Pronto Soccorso affinché, nel più breve tempo possibile, compili e trasmetta la notifica. Questo aspetto riveste particolare importanza nei di casi pazienti posti in isolamento fiduciario domiciliare, situazioni di disagio abitativo quali senza fissa dimora, comunità per extracomunitari, comunità nomadi, in cui le condizioni di vita sono tali da favorire l'insorgenza un cluster epidemico.

RISULTATI

Le attività di CT condotte hanno consentito nel corso della pandemia da Covid 19 di rintracciare e mettere sotto sorveglianza sanitaria specifica il personale sanitario, non sanitario ed i pazienti/ utenti del Policlinico Tor Vergata, individuando tempestivamente l'insorgenza di cluster epidemici all'interno singoli moduli di degenza/servizi.

Dall'inizio della pandemia a tutt'oggi, sono stati individuati 380 tra operatori sanitari e non sanitari, prevalentemente infermieri e medici in formazione specialistica.

Discussione

La pandemia ha certamente consentito implementare nuovi modelli organizzativi delle attività assistenziali e di sanità pubblica mai sperimentate su così ampia scala permettendo di valorizzare le competenze dei professionisti sanitari e creando una sinergia di servizi con competenze e obiettivi diversi, accumunati, in questo caso da un'unica finalità: sicurezza dei pazienti e degli operatori.

La conduzione di indagini epidemiologiche e di CT ha consentito di supportare i preposti e tutti professionisti all'interno dei moduli di degenza/servizi facendo "sentire" la presenza concreta e fattiva degli organi preposti (Direzione Sanitaria, SPP, Medicina del lavoro).

Tra i punti di forza possiamo ancora documentare la funzione di supporto emotivo e gestionale fornita ad ogni singolo operatore nel momento in cui veniva diagnosticata la positività al Covid 19.

La pandemia è servita anche a far emergere le criticità organizzative fin qui mantenute nascoste dalla contenuta numerosità dei casi pre-pandemici, consentendo una riprogettazione del sistema della notifica e della sorveglianza sanitario straordinaria.

Le criticità maggiormente evidenziate e che necessitano di un intervento innovativo sono:

- incomunicabilità informatica dei data base e impossibilità alla traslazione dei dati funzionali alla sorveglianza (PS /degenze, Diagnostica per immagini, ecc.);
- frammentazione nell'individuazione del preposto quando il modulo di degenza ospita più UOC specialistiche;

POLICLINICO TOR VERGATA

- presenza di personale outsourcing che non è possibile intercettare direttamente ma solo attraverso i loro responsabili;
- lentezza dei tempi di reazione dell'organizzazione rispetto ai tempi di diffusione della pandemia e le richieste di adeguamento rispetto indicazioni regionali e ministeriali.

CONCLUSIONI

L'esperienza della pandemia e del CT è stato un evento che ha consentito all'organizzazione ed ai singoli operatori di mettersi in discussione, professionalmente ed umanamene, riscoprendo capacità organizzative e professionali finora non sperimentate, riscoprendosi migliori.

Pur sperando che la pandemia abbia termine il più velocemente possibile, è auspicabile che questo patrimonio umane, professionale ed organizzativo, non venga disperso ma coltivato e standardizzato nella gestione quotidiana della attività, trasformando le criticità in opportunità.

In modo particolare il mantenimento operativo della valorizzazione delle competenze a livello centrale (Direzione Sanitaria) nonché una loro diffusione all'interno dei moduli di degenza/servizi per la creazione di una rete capace di rispondere con immediatezza agli eventi ordinari e straordinari.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Medico UO, Preposti di UO, medico competente, ISRI, Medico Igienista.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

La realizzazione del progetto si sviluppa per tutto il periodo della pandemia.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFIA

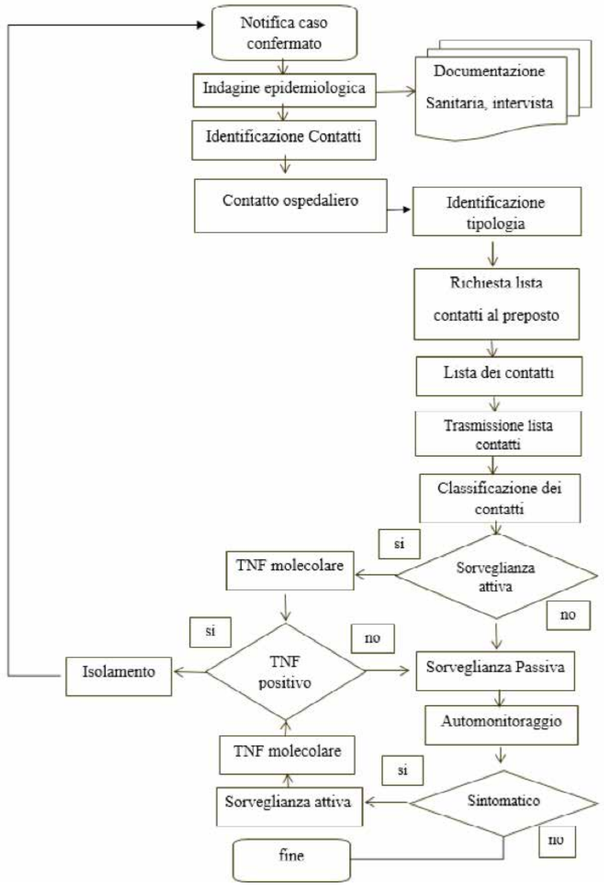
- Accademia nazionale dei Lincei (2020). "Tracciamento dei contatti per il contenimento del contagio da SARS-CoV-2 - Documento della Commissione di Bioetica". Consultabile su https://www.lincei.it/sites/default/files/documenti/Commissioni/ANL_Comm_Bioetica_Tracciamento_contatti_def_8maggio2020.pdf (ultima consultazione 03/03/2021).
- Decreto Ministeriale 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffusive" (1990, 15 dicembre) Pubblicato nella Gazz. Uff. 8 gennaio 1991, n. 6. Consultabile su http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_normativa_1357_allegato.pdf. (ultima consultazione 02/03/2021).
- Istituto Superiore di Sanità. "Rapporto COVID-19, n. 4/2020 Rev. 2 – Prevenzione e controllo delle Infezioni. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali". (2020, 24 agosto) (Italia) consultabile su https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-4-2020-indicazioni-ad-interim-per-la-prevenzione-e-il-controllo-dell-infezione-da-sars-cov-2-in-strutture-residenziali-sociosanitarie (ultima consultazione 01/03/2021).
- Istituto Superiore di Sanità. "Rapporto COVID-19, n. 22/2020 - Salute mentale ed emergenza COVID-19 Indicazioni ad interim per un appropriato supporto degli operatori sanitari e sociosanitari durante lo scenario emergenziale SARS-CoV-2". (2020, 28 maggio) (Italia) consultabile su https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/id/5375748 (ultima consultazione 01/03/2021).
- Istituto Superiore di Sanità. "Rapporto ISS COVID-19 n. 40/2020 - Bioetica COVID-19. Comunicazione in emergenza nei reparti COVID-19. Aspetti di etica". (2020, 25 maggio) (Italia). Consultabile su https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporti-iss-covid-19-n.-40-2020-comunicazione-in-emergenza-nei-reparti-covid-19.-aspetti-di-etica.-versione-del-25-maggio-2020 (ultima consultazione 01/03/2021).
- Istituto Superiore di Sanità. "Rapporto COVID-19 n. 53/2020 - Guida per la ricerca e gestione dei contatti (contact tracing) dei casi di COVID-19" (2020, 25 giugno) (Italia) consultabile su https://www.iss.it/rapporti-covid-19/-/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/rapporto-iss-covid-19-n.-53-2020-guida-per-la-ricerca-e-gestione-dei-contatti-contact-tracing-dei-casi-di-covid-19.-versione-del-25-giugno-2020 (ultima consultazione 03/05/2021).
- Istituto Superiore di Sanità. "Rapporto COVID-19 • n. 59/2020 - Supporto digitale al tracciamento dei contatti (contact tracing) in pandemia: considerazioni di etica e di governance." (2020) (Italia). Consultabile su https://www.iss.it/rapporti-covid/asset_publisher/btw1J82wtYzH/content/

POLICLINICO TOR VERGATA

rapporto-iss-covid-19-v.-59-2020-supporto-digitale-al-tracciamento-dei-contatti-contact-tracing-in-pandemia-considerazioni-di-etica-e-di-governance.-versione-del-17-settembre-2020 (ultima consultazione il 03/05/2021).

- Ministero della Salute. Circolare ministeriale n.1997 del 22 gennaio 2020. "Polmonite da nuovo coronavirus (2019−nCoV) in Cina". consultabile su https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=72796&parte=1%20&serie=null (ultima consultazione 01/03/2021).
- Regione Lazio. Circolare - numero 752178 del 04/09/2020 "Indicazioni operative relative alle attività del medico competente nel contesto delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus SARS CoV-2 negli ambienti di vita e di lavoro e nella collettività. Aggiornamenti e chiarimenti, con particolare riguardo ai lavoratori e alle lavoratrici Fragili". Consultabile su http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=documentazioneDettaglio&id=55043 (ultima consultazione 03/03/2021).
- Regione Lazio - Nota - numero 486152 del 03/06/2020. "Indagine epidemiologica e contact tracing: Richiesta referente per interfaccia con i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica aziendali." Consultabile su http://www.regione.lazio.it/rl_sanita/?vw=documentazione&cat=Circolari+e+Comunicati (ultima consultazione 03/03/2021).

A SINISTRA FLOW CHART CONTACT TRACING



Torna all'indice

INTERVENTO RIABILITATIVO DI GRUPPO SPECIALE:
focus sulle componenti emotive e cognitive post Covid-19

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura
Policlinico Tor Vergata di Roma

REFERENTI:

Dott.ssa Carola Di Taranto	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica
Dott.ssa Anna Rita Speranza	Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica

Torna all'indice

POLICLINICO TOR VERGATA

ABSTRACT

La resilienza sembra essere naturalmente insita negli esseri umani ma può essere ulteriormente appresa e migliorata nel corso dell'esistenza. Ognuno di noi ha delle reazioni emotive e fisiche agli eventi, condizionate dalla nostra interpretazione dell'evento stesso. **Nel momento in cui siamo in grado di intervenire nella reazione automatica e irrazionale entra in gioco la resilienza.**

I tecnici della riabilitazione psichiatrica del Policlinico Tor Vergata di Roma dal mese di marzo per promuovere la resilienza hanno proposto ai pazienti ricoverati nel Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura degli incontri settimanali di gruppo (in una grande stanza areata, nel rispetto delle distanze e con le mascherine) con focus sul Covid 19.

Gli incontri hanno avevano un duplice scopo di informare i pazienti sulla situazione e sulle regole alle quali bisognava attenersi e quello di incoraggiarli ad esprimere le proprie emozioni e i propri pensieri in merito. Questi incontri hanno riscontrato molto successo infatti, hanno aderito la quasi totalità dei pazienti che con interesse hanno condiviso i propri stati d'animo e i propri pensieri. I pazienti che partecipavano, inoltre, mostravano una maggiore aderenze alle nuove regole di reparto.

INTRODUZIONE

All'interno del reparto di psichiatria del Policlinico Tor Vergata si svolgono quotidianamente attività riabilitative individuali e di gruppo volte ad aumentare la consapevolezza di sé e della propria patologia e all'acquisire delle strategie funzionali nella gestione degli eventi stressanti.

A marzo 2020 a seguito della proclamazione dello stato di emergenza da parte del Consiglio dei Ministri e della messa in atto delle prime misure di contenimento tutti siamo stati catapultati in un evento nuovo, in atteso e potenzialmente stressante indipendentemente dal ruolo sociale, dalle patologie presenti e da tutte quelle caratteristiche interindividuali. È stato pertanto naturale quanto spontaneo pensare a dei gruppi riabilitativi in cui poter parlare e condividere quanto stesse accadendo con dei rimandi anche informativi.

L'obiettivo primario dell'intervento è stato stimolare una riflessione su quanto stava accadendo, favorire la verbalizzazione delle proprie emozioni e dei propri pensieri e fornire semplici ma accurate informazioni in merito al Covid 19.

L'obiettivo secondario era comprendere le strategie dei pazienti in una situazione critica così da poter incentivare l'utilizzo delle risorse presenti.

ANALISI DEL CONTESTO

I gruppi si sono svolti nella sala grande del reparto in quanto molto areata, tutti i pazienti (asintomatici, rigorosamente usciti dall'isolamento preventivo e con doppio tampone negativo) portavano la mascherina e veniva osservata la distanza di sicurezza. Il conduttore era il Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica. I gruppi venivano svolti nel pomeriggio, si partecipava su base volontaria e duravano circa 60 minuti.

RISULTATI

Agli incontri hanno partecipato l'85% dei pazienti ricoverati da febbraio 2020 a dicembre 2020. I gruppi sono stati favorevolmente accolti dai pazienti, non sono emerse criticità e abbiamo notato come ci sono state pochissime difficoltà nel far accettare ai pazienti le regole di sicurezza imposte dalla situazione di emergenza in aggiunta alle molte regole già presenti in un reparto psichiatrico.

CONCLUSIONI

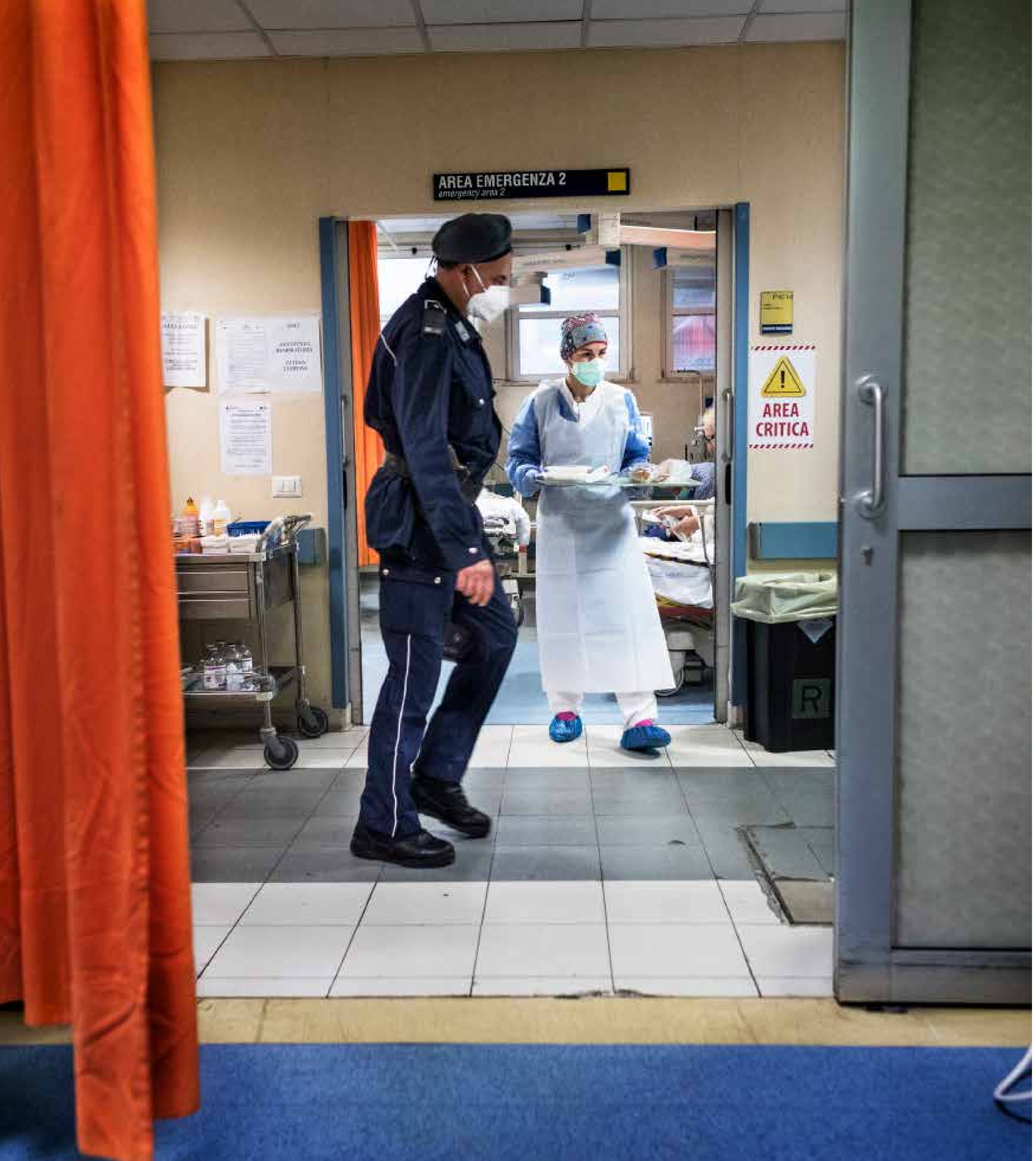
Concludendo possiamo affermare come l'utilizzo di uno strumento riabilitativo come il gruppo è stato utile per i pazienti, ma anche per gli operatori, nel fronteggiare e gestire l'ansia, la paura e la tensione causata dal Covid19. La pandemia ha comportato la necessità di modificare le nostre abitudini a casa, a lavoro e nei luoghi pubblici. È stato, pertanto, prezioso, liberatorio e naturale creare uno spazio di condivisione per gestire la nuova realtà che ci si presentava.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Tecnici della Riabilitazione Psichiatrica.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

da marzo 2020 a dicembre 2020.



Torna all'indice

GESTIONE DELLA SALA DI EMODINAMICA PER EMERGENZA COVID-19

Fondazione Policlinico Tor Vergata - Area Funzionale delle Professioni Sanitarie e Sociali - U.O.C. Direzione Infermieristica

REFERENTI:

Lorenzo Ciadamidaro	Infermiere Emodinamica
Paola D'Alessandro	Coordinatore Attività Cliniche Cardiologia Interventistica
Fabio Ticconi	Coordinatore Gestionale Emodinamica
Linda Topi	Infermiera Emodinamica

Foto di Luca Catalano Gonzaga

POLICLINICO TOR VERGATA

ABSTRACT

Il presente lavoro, in linea con le raccomandazioni in materia Covid-19 delle principali organizzazioni di sanità OMS e ECDC, intende fornire le necessarie informazioni per la gestione della Sala di Emodinamica durante i casi sospetti, probabili o confermati di infezione da virus SARS-CoV2 con indicazione a procedura di cardiologia interventistica coronarica non differibile secondo giudizio clinico. In considerazione del grave quadro epidemiologico e del carattere particolarmente diffusivo del virus SARS-CoV2, dobbiamo considerare i pazienti che giungono alla nostra osservazione per sindrome coronarica acuta STEMI come potenziali Covid-19. Questo aspetto è particolarmente importante per la sicurezza del nostro Policlinico, degli altri pazienti degenti e del personale sanitario (infermieri, medici, specializzandi, operatori socio-sanitari, tecnici di radiologia) che si alterna giornalmente in sala per la gestione diretta del paziente. L'organizzazione del Covid Hospital HUB, pertanto, deve essere pronta a gestire l'emergenza cardiologica e a garantire al paziente il trattamento adeguato, ma al tempo stesso, deve proteggere il personale sanitario dal rischio di contagio ed ottimizzare le risorse di protezione individuale a disposizione.

INTRODUZIONE

Allo scopo di evitare il diffondersi del virus SARS-CoV2 e tenuto conto dell'incremento dei casi su tutto il territorio Regionale, nel periodo di marzo 2020, ad integrazione di quanto già definito nel documento *DIPS_PT-PAEMO Il processo assistenziale nel Laboratorio di Emodinamica*, si è deciso di elaborare una nuova procedura atta a:

- fornire informazioni adeguate per garantire la protezione degli operatori del Laboratorio di Emodinamica, tra cui l'applicazione di procedure organizzative, le misure collettive di tutela, nonché, l'uso corretto dei dispositivi di protezione individuali (DPI) e dei dispositivi medici (DM) barriera da tenere in sala di emodinamica Covid-19;
- elencare le misure da attuare prima dell'arrivo del paziente Covid-19 in sala, intra e post procedura di emodinamica;
- indicare le istruzioni sulla vestizione/svestizione del personale che gestisce il paziente Covid-19 in sala di Emodinamica.

ANALISI DEL CONTESTO

Il Laboratorio di Emodinamica è la struttura in cui vengono effettuate le procedure diagnostiche/interventistiche percutanee cardiologiche in regime di elezione o d'urgenza. Il documento focalizza maggiormente il percorso del paziente con sindrome coronarica acuta STEMI durante emergenza pandemica Covid-19, al fine di fornire indicazioni che consentano di ridurre il rischio di contagio degli operatori durante i casi sospetti, probabili o confermati di infezione da virus SARS-CoV2. L'attività del Laboratorio di Emodinamica si svolge in ambiente radiologico-esposto, pertanto l'accesso è limitato e riservato solo al personale effettivamente coinvolto nella procedura interventistica.

RISULTATI

Dal 1° marzo 2020 al 1° marzo 2021, nel nostro Laboratorio sono state eseguite circa 1400 procedure di cardiologia interventistica percutanea, di queste, circa il 10% sono state eseguite in urgenza nella Sala di Emodinamica Covid-19 per sindrome coronarica acuta.

Il processo di gestione della Sala di Emodinamica Covid-19, così come strutturato, assicura:

- la ricognizione quotidiana dei meriali, attraverso l'uso di una checklist specifica, per garantire il numero sufficiente di DPI/DM barriera per almeno 2 medici cardiologi, 2 infermieri e 1 anestesista per ogni procedura;
- la definizione delle misure da attuare in sala prima dell'arrivo del paziente, durante e dopo la procedura;

POLICLINICO TOR VERGATA

- l'uso corretto dei dispositivi di protezione individuali (DPI) e dei dispositivi medici (DM) barriera per la protezione del rischio biologico per contatto e droplet;
- le istruzioni sulla vestizione/svestizione dei dispositivi di protezione individuali (DPI) e dei dispositivi medici (DM) barriera.

CONCLUSIONI

L'esito di ogni procedura cardiologica interventistica è condizionato da diversi fattori. Una parte rilevante di essi rientra nelle competenze professionali del personale infermieristico, che ha la responsabilità di verificare ed adeguare l'organizzazione del Laboratorio di Emodinamica HUB agli specifici standard richiesti per favorire il successo dell'intervento e la sicurezza del paziente e degli operatori. L'attività del Laboratorio, si svolge in un contesto tecnologicamente organizzato dove l'imprevisto è considerato una quotidiana eventualità al quale si fa fronte evitando manovre scorrette o ritardi ingiustificati, ancor più in un periodo di emergenza pandemica.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri, Medici Cardiologi, Cardio-Anestesista Coordinatore Clinico, Coordinatore Gestionale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

La procedura di gestione della sala di emodinamica Covid-19 ha richiesto circa 1 mese per la redazione e la successiva validazione/approvazione da parte degli organi competenti.

Torna all'indice

IL SUPPORTO DEL VOLONTARIATO NEI PROCESSI DI CURA:
un patto di alleanza efficace

UOC Direzione Infermieristica – Policlinico Tor vergata, Roma

REFERENTI:

Dott.ssa Veronica Molinari Coordinatrice Infermieristica

Torna all'indice

POLICLINICO TOR VERGATA

ABSTRACT

Il presente elaborato intende raccontare un singolare assistenziale del Policlinico Tor Vergata di Roma, durante l'anno 2020 segnato dalla pandemia Sars-CoV-2, descrivendo un'officina interattiva di solidarietà sociale e beneficenza, in favore delle persone affette da leucemie ed altre emopatie, creata dall'Associazione "L'Arcobaleno della Speranza Onlus", in collaborazione con infermieri e volontari. Sì è visto come le varie normative a carattere d'urgenza abbiano inciso sul contenimento e distanziamento tra le persone con l'assenza o la restrizione delle visite all'interno dei luoghi di cura, probabili varianti con impatto sulla sfera psico-affettiva della persona e conseguente, rischio di sensazione di solitudine ed abbandono, aumentato bisogno di relazione, contatto ed affettività. Tale assenza di socializzazione può essere maggiormente vissuta da quelle categorie di pazienti fragili che, per la loro condizione di malattia ematologica e disordini del sistema immunitario, sono costretti nella quotidianità a vivere lunghi periodi ospedalizzazione in isolamento protettivo anche nei seguenti follow-up ambulatoriali.

Per tale presupposto di realtà si è reso necessario individuare strategie attuative aventi lo scopo perseguibile di non lasciare e far sentire ancor più sole le persone ed aiutarle a fronteggiare il contingente isolamento vissuto, potenziando in loro un coping efficace. La metodologia applicata si è valsa del supporto dell'Associazione in collaborazione con pazienti infermieri volontari e nella fattispecie di un insieme di attività creative e di solidarietà umana, per un ponte di collegamento tra la persona e la realtà esterna, come l'utilizzo di piattaforme online per la relazione e socializzazione. Pazienti ed ex-pazienti si sono incontrati su piattaforme online e coadiuvati da esperti dei vari settori formando gruppi ciascuno dei quali con il proprio obiettivo: webinar per la cura del sé e della propria immagine corporea, gruppi di auto mutuo aiuto per il sostegno psicologico del paziente e familiari, gruppi di creatività manuale per la realizzazione di gadget da donare alle persone ricoverate durante le ricorrenze festive. Il supporto di un'associazione di volontariato e la fattiva collaborazione reciproca possono essere considerati input efficaci e validi nel rendere meno gravosa la condizione di isolamento della persona assistita.

INTRODUZIONE

L'anno 2020 colpito dalla pandemia Sars-CoV-2 ha dato origine ad un'improvvisa trasformazione degli stili di vita a causa dell'adattamento alle regole di prevenzione del contagio da Covid-19. Tale cambiamento ha causato l'allontanamento della persona ricoverata da tutto ciò che ruotava intorno ad esso, principalmente dalle relazioni e dai contatti intimi, considerati leve edificanti per il benessere di ogni essere umano. Suddetta condizione viene maggiormente vissuta da quelle categorie di pazienti fragili che, per la loro condizione di malattia ematologica e disordini del sistema immunitario, sono costretti nella quotidianità a vivere lunghi periodi ospedalizzazione in isolamento protettivo anche nei seguenti follow-up ambulatoriali. Premesse per le quali si è reso indispensabile individuare strategie con le quali prendersi cura del coping efficace della persona verso l'isolamento, per non lasciare e far sentire ancora più sole le persone ricoverate. Il supporto di un'associazione di volontariato e la fattiva collaborazione reciproca con gli infermieri e pazienti stessi possono essere considerati input efficaci validi nel rendere meno gravosa la condizione di isolamento della persona, Il presente elaborato intende raccontare un singolare dietro le quinte del Policlinico Tor Vergata di Roma durante l'anno 2020, segnato dalla pandemia Sars-CoV-2, descrivendo un'officina interattiva di solidarietà sociale e beneficenza in favore dell'isolamento delle persone affette disordini del sistema ematologico.

ANALISI DEL CONTESTO

L'Associazione L'Arcobaleno della Speranza Onlus ha lo scopo di promuovere la solidarietà sociale e la beneficenza e di favorire il miglioramento dei servizi e dell'assistenza socio-sanitaria in favore dei pazienti affetti da disordini ematologici e delle loro famiglie; attraverso la progressiva collaborazione con la struttura ospedaliera ospitante. Nel contesto della pandemia le metodologie applicate hanno voluto raggiungere un unico obiettivo quello di garantire una rete di umanizzazione tra chi dentro nell'isolamento e chi fuori nella realtà esterna.

POLICLINICO TOR VERGATA

Per evitare quindi che la limitazione e restrizione delle visite indicata dalle normative incidesse sul rischio di aumentata percezione di solitudine, di contenimento e di lontananza l'Associazione ha prodotto iniziative ed innovazioni tra le seguenti:

- progetto creativo e di manualità;
- prendersi cura della propria immagine corporea;
- gruppi di auto mutuo aiuto;
- donazione di computer;
- donazione di televisori;
- video natalizio.

RISULTATI

Il prendersi cura con interventi collaborativi di volontariato sono processi assistenziali i cui outcome possono essere riassunti e discussi come di seguito in elenco:

- progetto creativo e di manualità ha garantito circa 40 incontri tra pazienti ed ex-pazienti su piattaforma google meet 1 volta la settimana con la produzione di centinaia di gadget in pannolenci donati nei reparti per le festività e ricorrenze, sfere di natale per i 3 alberi addobbati dagli infermieri nelle unità operative di Onco-Ematologia;
- prendersi cura della propria immagine corporea ha visto la sua fattibilità con 10 webinari 1 volta al mese gestiti da una consulente d'immagine per la formazione a distanza su make-up e consigli di bellezza. Donazione di n.7 parrucche in collaborazione con La Clinica della Parrucca in Roma;
- gruppi di auto mutuo aiuto gestiti da una psicologa e da una counsellor ex-paziente si sono organizzati su piattaforma Skype per incontrarsi 2 volte al mese, circa 40 incontri a sostegno delle persone affette da disordini ematologici, loro familiari, care-giver, e coloro che attraversano il lutto per la perdita di una persona cara;
- donazione di computer in Ambulatorio/Day-Hospital di Ematologia per consentire follow-up e servizi sanitari a distanza e potenziare una rete ospedale-medici-territorio mediante la digitalizzazione dei servizi ambulatoriali, come le impegnative dematerializzate e le video-call per i pazienti a casa;
- donazione di televisori per l'Unità Operativa di Ematologia per consentire alle persone, ricoverate in isolamento protettivo, di tenere la mente occupata, di vivere una distrazione del pensiero e di trascorrere del tempo guardando immagini collegabili con la realtà esterna;
- video natalizio 2020 su musica di Jerusalema ballato da infermieri e pazienti per dare sollievo con i benefici effetti del ballo e musicoterapia.

CONCLUSIONI

La fattiva collaborazione tra l'Associazione Arcobaleno della Speranza Onlus ed il Policlinico Tor Vergata ha dato luogo ad un'officina interattiva di solidarietà sociale e beneficenza, i cui benefici possono considerarsi soddisfacenti nella misura degli incontri virtuali che i pazienti hanno vissuto con un minor senso di abbandono e solitudine. Condividere l'esperienza dei propri vissuti, incontrarsi, confrontarsi in uno spazio di interscambio può essere esaminato come un minor isolamento verso un maggior accudimento e reciproco sostegno. Il supporto dell'associazione e l'accoglienza del policlinico ai progetti proposti durante la pandemia da Sars-CoV-2 si possono valutare quindi come punti di forza ed input di un patto di alleanza efficace sul benessere della persona assistita.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Sig.Maria Stella Marchetti Presidente dell'Arcobaleno della Speranza Onlus, Pazienti, Volontari, Infermieri.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Durante l'anno 2020.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN GIOVANNI ADDOLORATA

IL TELENURSING:
uno strumento per la continuità assistenziale e la presa in carico dei cittadini nella pandemia da SARS COV 19

Organizzazione/Struttura Dipartimento Delle Professioni Sanitarie Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

REFERENTI:

Antonella Leto	Direttore Dipartimento Delle Professioni Sanitarie
Eleonora Bruno	Posizione Organizzativa Dipartimento Della Diagnostica e Dei Servizi, Coordinatore Team IPC (Infection Prevention Control)
Tiziana Frittelli	Direttore Generale

Torna all'indice

AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA

ABSTRACT

Nell'ambito dell'emergenza COVID-19 la Regione Lazio si è impegnata a garantire e potenziare, mettendo in campo tutte le risorse disponibili, i servizi sanitari necessari a contrastare la diffusione del virus SARS-CoV-2, e ad assicurare l'assistenza e la continuità delle cure.

La telesorveglianza, ***"Il telenursing"*** ha permesso di sorvegliare a distanza i cittadini/pazienti dal proprio domicilio, reso possibile l'integrazione ospedale territorio e la continuità dell'assistenza, (Ordinanza n. Z00009 del 17/3/2020).

I primi pazienti affetti da SARS COV 19 paucisintomatici, dimessi a domicilio dal PS dell'azienda ospedaliera San Giovanni di Roma, richiedevano una immediata presa in carico da parte del distretto di appartenenza (SISP, USCAR, API, MMG). Il tempo di latenza tra la dimissione del paziente da PS e l'assistenza distrettuale è stato colmato attraverso un'offerta di continuità assistenziale predisposta dal Dipartimento delle Professioni Sanitarie con il servizio di Telenursing. Gli infermieri del Team IPC hanno assicurato attraverso attività telefonica e/o di videochiamata, il controllo dei parametri clinici e uno sportello di comunicazione con le persone e i loro Care Giver.

INTRODUZIONE

La diffusione improvvisa della malattia e il considerevole numero di accessi ai pronto soccorso hanno saturato rapidamente gli ospedali mentre le misure di contrasto alla pandemia tra cui il progressivo lockdown decretato per affrontare il contagio e la diffusione della malattia covid 19, ha prodotto esiti nella salute della popolazione e nelle produzione dei servizi sanitari di gravità estrema.

ANALISI DEL CONTESTO

L'intuizione della Direzione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie, ha accolto l'evento pandemico come occasione per ripensare e ridisegnare l'assistenza nei confronti dei propri pazienti, ha ipotizzato e messo in atto il passaggio all'utilizzo di piattaforme digitali di Telenursing in particolari contesti assistenziali. È stata predisposta una scheda intervista, per l'acquisizione dell'automonitoraggio dei sintomi da parte degli utenti arruolati (presenza di febbre, tosse, dolori, perdita dell'olfatto, affaticamento nella deambulazione, difficolta respiratoria). La modifica significativa degli stessi gli infermieri indirizzano la persona verso un livello di cura appropriato al problema di salute.

Alcuni item del questionario ricordano all'utente il mantenimento delle buone pratiche; igiene delle mani, distanziamento sociale, utilizzo della mascherina, igiene ambientale, areazione dei locali.

MATERIALI E METODI

Il modello organizzativo messo in atto (ed ancora attivo) è quello della telesorveglianza ed il telemonitoraggio domiciliare (Ordinanza n. Z00009 del 17/3/2020), il progetto ha avuto inizio il 1 Aprile 2020, ad opera del Team infermieristico dedicato alla *Prevention and Infection Control.*

Popolazione

Il progetto è rivolto ai cittadini/pazienti dimessi dal nostro PS o dimissioni precoci dalle UO dell'AO, con tampone per COVID 19 positivo o negativo con sintomatologia suggestiva in attesa della presa in carico della ASL competente per territorio o altro servizio territoriale.

Durata

Il Telenursing ha avuto una durata di 14 giorni (per ogni utente/paziente), o comunque fino alla presa in carico dello stesso da parte della ASL competente per territorio.

Strumento

L'intervista telefonica o in video chiamata (nel rispetto della scelta o possibilità del paziente/utente) ha inizio alle ore 9.00 del mattino compatibilmente con le esigenze del paziente/utente

Per la raccolta dei dati è stata utilizzata una scheda dedicata

- Febbre;
- tosse;
- dolori muscolari;
- difficolta respiratoria;

AO SAN GIOVANNI ADDOLORATA

• malessere generale;
• dolori muscolari.

Inoltre i nostri utenti/pazienti sono stati educati a:

• igiene mani;
• etichetta respiratoria;
• distanziamento sociale;
• areazione/ventilazione locali;
• igiene ambientale.

RISULTATI

VARIABILE	FREQUENZA
Pazienti	232
Uomini	134
Donne	98
Contatti/telefonate	1318
Media gg in carico	7
Nuovo accesso in ospedale per ricovero	9
Provenienza PS	170
Provenienza UO Covid	18
Provenienza altra UO	35
Tampone negativo	175
Tampone positivo	57

CONCLUSIONI

L'esperienza di ***Telenursing*** è stato individuato come processo di assistenza complementare al complessivo processo di cura, ha ridotto le conseguenze indesiderate dell'isolamento sociale, ma la vera rivoluzione dell'assistenza a distanza è il miglioramento, nei pazienti reclutati, del loro *empowerment* il cittadino competente che diventa co-partecipante al proprio processo di cura promuove e mobilita risorse nei confronti della propria salute e riconosce e fidelizza l'organizzazione sanitaria quando la stessa lo include nel processo di cura.

Con l'approccio video comunicativo e telefonico i cittadini hanno potuto rappresentare all'infermiere di riferimento, segni e sintomi pur essendo confinati al proprio domicilio; di contro gli infermieri responsabili del servizio hanno potuto osservare le condizioni dei propri assistiti, ed inviarli al proprio MMG o a nuovo accesso di ricovero nei casi di modifica nello stato di salute.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri del team IPC.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

In atto da marzo 2020.

BIBLIOGRAFIA

1. Boland Mary G. Navigating Uncharted Waters: Preparing COVID-19 Capable Nurses to Work in a Transformed Workplace. Hawai 'I Journal Of Health & Social Welfare, September 2020, Vol 79, No 9.
2. Emily C. et al. Telemedicine and the COVID-19 Pandemic: Are We Ready To Go Live?. Advances in Skin & Wound Care. August 2020.
3. Nwando Olayiwola J et al. Telehealth as a Bright Spot in the COVID-19 Pandemic: Recommendations From the "Frontweb" (JMIR Public Health and Surveillancr on. April 01, 2020.
4. Ordinanza n. Z00009 del 17/3/2020 Regione Lazio.
5. Wierenga Kelly L. et al. Adapting to Uncertainty Nursing Responsiveness to COVID-19. Journal of Cardiovascular Nursing Vol. 35, No. 4, pp. 322–323.
6. ***Xu Yi. Et al.*** Community nursing services during the COVID-19 pandemic: the Singapore experience. British Journal of Community Nursing August 2020 Vol 25, No 8.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

ACQUISIZIONE E DIMENSIONAMENTO DEGLI ORGANICI IN TEMPO DI PANDEMIA

Direzione Generale Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini Roma

REFERENTI:

Dott.ssa Francesca Milito	Direttore Generale f.f.
Dott.ssa Francesca Puglia	Direttore UOC Politiche e Risorse Umane
Cinzia Antonini	Dirigente UOC Politiche e Risorse Umane
Renata Valassina	Dirigente UOC Politiche e Risorse umane,
Alessia Marcotulli	PO Sviluppo delle risorse umane e gestione delle procedure di reclutamento personale dipendente
Lucia Mitello	Direttore Dipartimento Professioni Sanitarie

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

Nel corso del decennio 2008/2017, la generale situazione economica del Paese che ha determinato la necessità di attuare politiche di contenimento della spesa ha comportato soprattutto nel settore sanitario la progressiva contrazione dell'investimento in risorse umane.
Particolarmente difficile è stata la situazione che ha interessato il Servizio Sanitario Nazionale e, in particolare, quelle Regioni che a causa dei Piani di Rientro dal disavanzo hanno di fatto subito per un decennio un blocco quasi totale del turnover.
Evidentemente, con i meccanismi rigorosi di monitoraggio della spesa, posti in essere dai Ministeri affiancanti (MEF e Salute) le sole assunzioni operate nel predetto periodo temporale hanno riguardato figure sanitarie, seppure in misura del tutto parziale rispetto alle cessazioni nel tempo intervenute.

In un siffatto scenario le conseguenze sono state particolarmente importanti sotto vari e diversi punti di vista. In primo luogo le Aziende sanitarie sono state private del necessario ricambio generazionale, l'età media del personale si è incrementata, con ricadute anche sulla possibilità di disporre di risorse umane perfettamente idonee alle funzioni assistenziali. Il personale appartenente agli altri ruoli a supporto dell'assistenza si è completamente depauperato, poiché le scelte allocative delle poche assunzioni operabili non potevano che riguardare figure le cui attività fossero direttamente connesse all'assistenza. Nuove figure professionali non sono state reclutate per le motivazioni prima descritte, facendo venir meno – in taluni ambiti – una spinta innovativa e la possibilità di implementare nuove logiche di gestione dei processi assistenziali (si pensi ai profili professionali tipici dell'operation management).
La difficoltà a trovare adeguata collocazione professionale ha avuto inevitabilmente riflessi importanti anche nella scelta delle professioni della sanità e in quella delle scuole di specializzazione, circostanze i cui effetti appaiono a tutt'oggi visibili.

INTRODUZIONE

A far data dall'adozione dei decreti "Madia", anni 2017 e seguenti, il legislatore nazionale – nel prendere atto da un lato delle situazioni di precariato nel tempo determinatesi e, dall'altro, della necessità di declinare in maniera organica il fabbisogno di personale – pone le basi per la ripresa del reclutamento di risorse umane in maniera strutturata.
Pertanto, le pubbliche amministrazioni, in particolare le Aziende Sanitarie, riprendono i percorsi di reclutamento di risorse umane per quanto riguarda le nuove assunzioni, l'ultimazione dei percorsi di stabilizzazione e le progressioni interne, nei termini fissati dalla norma.
Parallelamente, con funzione di presupposto per il relativo reclutamento, vengono definiti i fabbisogni quali-quantitativi di risorse umane, ponderati con i correlati aspetti di compatibilità economica (budget assunzionali).

Prima di procedere ad una breve disamina circa le procedure di reclutamento, anche con riferimento alla decretazione di emergenza finalizzata alle celere acquisizione di risorse umane per far fronte alla grave situazione sanitaria per la pandemia derivante da Sars-Cov2 – determinatasi nell'anno in corso – si rende necessario un sintetico approfondimento in ordine alla metodologia che presiede alla determinazione del fabbisogno di risorse umane.

ANALISI DEL CONTESTO

Nel tempo, la principale metodologia per la determinazione di un fabbisogno di personale anche nelle Aziende sanitarie risultava meccanicisticamente determinata dall'analisi dei carichi di lavoro e quindi alla relativa stima dei tempi e, per l'effetto, si procedeva alla quantificazione delle risorse necessarie in termini di "dotazione organica".
Una tale visione risente di antiche influenze, per quanto riguarda il settore pubblico, secondo le quali l'offerta di servizi all'utenza doveva essere tarata in modo tale da poter soddisfare comunque i "picchi" di domanda, con la conseguenza di strutturare statiche dotazioni di risorse evidentemente sovradimensionate rispetto all'ordinaria domanda di prestazioni assistenziali.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Con l'introduzione di politiche della qualità, anche nelle strutture sanitarie di natura pubblica, è emersa l'evidenza per la quale sarebbe stato necessario un ripensamento della filosofia di programmazione dell'acquisizione di risorse umane, cercando di virare da logiche statiche e rigide verso una programmazione del fabbisogno di personale che presentasse caratteristiche di flessibilità e risultasse correlato ad elementi specifici.
A partire dall'entrata in vigore del Decreto 70/2015, si è inteso ripensare il dimensionamento degli organici in maniera correlata alle misure di programmazione sanitaria a livello nazionale e locale rendendo confrontabili tra loro contesti diversi attraverso il tentativo di definire un metodo comune per la definizione dei fabbisogni che prendesse a riferimento variabili interne ed esterne alle Strutture.

RISULTATI

Il risultato più interessante, anche volendo tralasciare il percorso metodologico, è dato dalla circostanza che – per la prima volta – una funzione pubblica definisce le risorse necessarie con riferimento alla tipologia e ai volumi di attività erogata.
Più in particolare, le analisi propedeutiche alla definizione del fabbisogno dovevano avere quali essenziali presupposti l'analisi e valutazione degli assetti organizzativi, della domanda di prestazioni e dell'ipotesi di produzione e della relativa complessità.
Nello specifico, una puntuale valutazione dell'organizzazione aziendale risultava determinante ai fini di poter declinare – anche attraverso le articolazioni organizzative definite – una razionalizzazione e reingegnerizzazione di percorsi e processi, con un conseguente efficientamento delle relative risorse umane applicate.

Si pensi alla definizione di turni di guardia interdivisionali e/o dipartimentali, all'individuazione di pool di risorse umane reperibili in caso di emergenze, all'eliminazione di ipotesi di duplicazioni di processi assistenziali (unificazione di percorsi di preospedalizzazione, di Day Hospital,…).
Sul fronte dell'analisi della domanda assume specifico rilievo un esame della stessa anche attraverso una stratificazione per classi di età della popolazione di riferimento; da semplici informazioni come questa possono ricavarsi elementi utili a declinare i correlati bisogni assistenziali.

A titolo esemplificativo, si richiama la circostanza per la quale al crescere della popolazione più anziana aumenta il bisogno di presa in carico delle cronicità, anche con riferimento all'individuazione di strutture fisiche territoriali e/o percorsi assistenziali finalizzati a ridurre al minimo gli accessi a prestazioni di pronto soccorso e/o prestazioni di degenza ospedaliera ripetuta nel tempo.
Anche l'analisi geografica del territorio, la relativa viabilità, assumono rilievo, soprattutto nel caso di Aziende territoriali per la definizione di modelli strutturali di offerta di prestazioni sanitarie e, quindi, di conseguente fabbisogno di risorse umane.
Ancora, i livelli di produzione ipotizzati, la correlata attività produttiva e i setting assistenziali definiti per livello di complessità risultano elementi necessari e propedeutici alla definizione di un adeguato fabbisogno di risorse umane, atteso che il capitale umano assume una diretta correlazione rispetto ai volumi di produzione ipotizzata, seppur ponderato con la relativa disponibilità di risorse strumentali.

Ad integrare le variabili descritte interviene poi l'analisi del contesto nel quale opera l'azienda sanitaria, sia dal punto di vista della centralità geografica, sia in ragione del ruolo che riveste nell'ambito delle reti assistenziali. Proprio il ruolo rivestito nelle reti determina importanti conseguenze sotto il profilo della complessità dei processi assistenziali e, per l'effetto, sulla congrua dotazione di risorse umane, in ragione dei correlati valori dei coefficienti di complessità da applicare al valore del numero medio di ore lavorato da un'unità di personale.
Naturalmente, non può non tenersi in debita considerazione la circostanza per la quale, al fine di assicurare le attività "di base" di un dato servizio e necessario un fabbisogno minimo; a tale fabbisogno si somma la quota incrementale che si correla alle più sofisticate valutazioni sopra descritte.
In buona sostanza dall'elaborazione di tutti i dati che emergono dalle analisi sinteticamente descritte, si possono ricavare articolati algoritmi che presiedono alla determinazione del fabbisogno quali-quantitativo di risorse umane. Le ipotesi che possono essere formulate in tal modo, sono contemperate con i livelli di complessità e integrazione dei processi e possono determinare delle soglie minime e massime di risorse da utilizzare.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Si segnala nel senso descritto il prezioso contributo in Sanità 4.0 (Federsanità Anci) n. 2/018 "Metodo sperimentale per il calcolo di fabbisogno del personale ospedaliero ASL-CN2 un'applicazione ragionata per il dimensionamento delle risorse del nuovo ospedale unico".
Evidentemente l'utilizzo di tali strumenti tecnici deve essere sempre attentamente valutato nel contesto specifico a cui viene applicato.
Il modello sinteticamente descritto tuttavia rimane il riferimento prevalente per le strutture ospedaliere, mentre per quanto concerne l'assistenza territoriale i riferimenti sono ancora legati al numero di popolazione residente.
Ma v'è di più. Talvolta, in ragione dell'impossibilità di utilizzare parte del personale proficuamente in un'assistenza a elevata intensità di cura, le Aziende tendono a collocare tali soggetti in proprie strutture territoriali, creando così offerta di servizi talvolta sovradimensionata sul fronte delle risorse umane.

Il percorso metodologico sintetizzato per la definizione quali-quantitativa di un fabbisogno pluriennale naturalmente dovrà essere contemperato con gli aspetti di natura economica in termini di sostenibilità correlata.
Esaminati brevemente gli aspetti relativi al dimensionamento, si riprende di seguito l'argomento relativo al reclutamento.
Come accennato sopra, nel momento in cui riprendeva, la stagione degli arruolamenti strutturali in sanità, si è abbattuta in maniera catastrofica la pandemia ancora in corso che ha reso impellente la necessità di dover procedere al reclutamento in urgenza di risorse umane prevalentemente con profilo medico e sanitario. Detta urgenza non risultava compatibile con le ordinarie tempiste finalizzate al reclutamento nel pubblico impiego, ragione per la quale il legislatore nazionale è intervenuto ad introdurre procedure d'urgenza. Analoghi interventi di snellimento delle procedure sono stati dettati a livello di normative regionali.
In buona sostanza, gli interventi operati dal legislatore – la cui trama normativa si snoda principalmente attraverso il D.L. n. 14/2020, il D.L. n. 18/2020, il D.L. 34/2020 (Capo XII) – sono volti principalmente all'assunzione di medici e professionisti sanitari specialisti e non (iscritti al IV e V anno delle scuole di specializzazione) attraverso procedure comparative per titoli, con termini ultraridotti, per contratti di lavoro a tempo determinato o di natura libero professionale (anche di collaborazione coordinata e continuativa) in deroga questi ultimi alle previsioni di cui all'articolo 7, comma 6, del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., anche per quanto concerne la prescritta procedura selettiva la quale, per ragioni di necessità ed urgenza, può essere omessa.

Il richiamato D.L. 34 poi detta norme per il riavvio delle procedure concorsuali medio tempore sospese e la digitalizzazione delle procedure, ai fini della rapida definizione delle stesse.
Il legislatore regionale – nel Lazio – è intervenuto prevalentemente con funzioni di raccordo del processo di reclutamento, con il primario obiettivo di garantire alle Aziende la disponibilità delle risorse reclutate, evitando fenomeni di "migrazione" di risorse da un'Azienda all'altra, attraverso la gestione delle procedure e relative assegnazioni in maniera centralizzata.

E tuttavia, malgrado i descritti interventi che hanno abilitato le Aziende ed Enti del Servizio Sanitario Nazionale al reclutamento con modalità non ordinarie si è comunque registrata almeno nelle discipline maggiormente interessate dallo scenario dell'emergenza la scarsità di risorse disponibili sul mercato, forse anche in ragione di quanto evidenziato nell'introduzione.
La pandemia che ha caratterizzato l'anno in corso, non può avere un ruolo neutro rispetto a tutti gli elementi presi in considerazione nel corso di questa trattazione.

CONCLUSIONI

L'investimento in capitale umano, il dimensionamento dello stesso, la flessibilità organizzativa sono tutti elementi che nel tempo, in letteratura, hanno avuto adeguata attenzione ma appaiono sacrificati in nome di politiche di austerity che hanno segnato un periodo temporale troppo lungo, ma non solo.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Troppo spesso nelle strutture sanitarie pubbliche è stato faticoso intraprendere percorsi di cambiamento che imponessero scelte finalizzate a privilegiare modalità organizzative dell'offerta di prestazioni flessibili, articolate prevalentemente per processi e per livelli di complessità con la definizione di percorsi formativi per le risorse umane che ne consentissero, in casi di necessità, la possibile immediata finalizzazione a rispondere a nuovi e diversi bisogni di salute.
La pandemia ha fatto emergere in maniera dirompente nuovi bisogni assistenziali e socio-assistenziali che contemplassero anche differenti modalità di presa in carico e di "accompagnamento" del paziente in situazioni di criticità e isolamento, anche attraverso strumenti tecnologici semplici.

L'assistenza globale del paziente fragile (a tutte le età) diventa un'esigenza che il sistema salute non può ignorare.
In questo senso, al problema della carenza di risorse e del coerente dimensionamento delle stesse, si associa la profilazione di nuove figure professionali che integrino in maniera flessibile competenze di natura socio assistenziale di cura e di prevenzione.
Il territorio riafferma in maniera importante la propria centralità nell'intercettare e accogliere i bisogni di salute della popolazione, imponendo una riflessione su logiche che – per diverso tempo – hanno presieduto alla definizione di modelli che hanno fatto convergere l'offerta e la domanda sugli ospedali.

Naturalmente, una tale prospettiva comporterebbe, da un lato, la necessità di elaborare le nuove linee di attività assistenziali emergenti e, dall'altro, di rimodulare quelle esistenti, con evidenti ricadute sotto il profilo delle correlate risorse umane.
In questo senso, la vicenda drammatica che ha coinvolto la sanità, potrebbe diventare occasione per un cambiamento sostanziale e per determinarne un salto evolutivo, nella direzione di migliore e più appropriata risposta al bisogno di salute.

Da ultimo, anche sotto il profilo delle procedure concorsuali, a parere di chi scrive, le evoluzioni e semplificazioni procedurali – nel rispetto della cornice normativa per l'accesso ai pubblici impieghi la cui primaria fonte è rappresentata da Carta Costituzionale - rappresentano un'occasione di accelerazione dei percorsi assunzionali da salvaguardare anche nel futuro.
Proprio in ragione delle sfide future e del cambiamento che il mondo di chi "produce salute" dovrà affrontare sarebbe prezioso poter disporre di percorsi trasparenti e veloci per il reclutamento e che consentano di virare verso prove selettive che verifichino nel concreto le abilità dei professionisti della salute di tutti i ruoli.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Operatori Sanitari, Professionali e Amministrativi

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

ESECUZIONE DI ESAMI TC PRESSO IL SITO DEDICATO AL PERCORSO PAZIENTI COVID-19

Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Azienda San Camillo Forlanini

REFERENTI:

D.ssa Marina Macari	Dirigente Professioni Tecnico Sanitarie
Dott. Bruno Cosentino	Coord. TSRM Diagnostica per Immagini Elezione

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

Le procedure di Diagnostica per Immagini, in particolare le indagini TC del Torace, sono essenziali per la diagnosi, per la valutazione della gravità e della progressione della malattia in pazienti con sospetto o accertato COVID-19. In questo contesto i Medici Radiologi, i Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, gli infermieri e altri operatori potrebbero essere esposti a COVID-19. Dalle attuali conoscenze il virus si trasmette per contatto attraverso i droplet con possibile contaminazione delle superfici. È molto importante ottimizzare l'organizzazione dell'esecuzione degli esami radiologici con l'uso di ogni DPI e con la sanificazione. L'obiettivo che ci si è posti nel cambiamento organizzativo gestionale, clinico e assistenziale è stato quello di contenere al minimo il rischio di contaminazione ambientale. Tale organizzazione ha richiesto un notevole impegno adeguando al nuovo contesto comportamenti mirati all'implementazione di buone pratiche al fine di minimizzare il rischio di contagio a garanzia degli operatori e dei pazienti.

INTRODUZIONE

Il 30 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato l'epidemia da Covid-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza Internazionale.

A seguito delle Ordinanze della Regione Lazio: Misure per la prevenzione e gestione epidemiologica da Covid-19, l'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini ha provveduto ad interventi di reingegnerizzazione dell'assetto strutturale dell'Azienda con il duplice obiettivo:

- implementare percorsi assistenziali di cure per il COVID19;
- contenere al massimo l'esposizione degli operatori sanitari.

Tra le altre disposizioni è stato previsto un percorso strutturale, vincolato ed obbligatorio di collegamento diretto con la Diagnostica Per Immagini Elezione
per i pazienti COVID provenienti da reparti e Terapia Intensiva dedicati.

Conseguentemente è stato strutturato all'interno dei locali della Diagnostica per Immagini Elezione un sito dedicato con apparecchio TC riservato all'esecuzione di indagini per pazienti COVID-19.

ANALISI DEL CONTESTO

Con la collaborazione della Direzione Sanitaria Igiene Ospedaliera, il Servizio Protezione e Prevenzione e l'Ingegneria Clinica, del Direttore Radiologo dell'U.O.si è proceduto alla strutturazione di un'area, completamente separata dal resto delle sezioni dell'Unità Operativa, denominata Sito TC Covid che prevede:

- area no covid con ingresso degli operatori, area vestizione, area consolle TC completamente separate dall'area covid;
- area di passaggio verso l'area covid;
- area covid che contiene: ingresso per i pazienti Covid provenienti dal percorso dedicato, sala gantry TC, sala medicheria, secondo ingresso adiacente a quello dei pazienti che permette agli operatori (dopo l'esecuzione della TC) di entrare nella sala svestizione e successivamente nella sala igienizzazione per poi accedere all'area di passaggio e poi all'area no-covid.

È stata valutata per ogni fase del percorso all'interno dei sito, il grado di sicurezza e la corrispondenza alle indicazioni/norme per il contenimento del contagio.

Si è provveduto alla condivisione con il personale coinvolto e alla formazione dello stesso ponendo l'attenzione alla conoscenza delle nuove modalità organizzative e in particolare alle esigenze di conoscenza del VIRUS COVID 19, alla modalità di trasmissione, alle modalità di vestizione e svestizione ed uso corretto dei DPI.

Si è prodotto infine un documento di istruzioni operative che illustra:

- la pianta del sito con le varie aree;
- le modalità di esecuzione dell'esame;
- compiti e responsabilità del personale coinvolto.

L'apertura del sito è in orario istituzionale H12 nei giorni feriali e festivi e in reperibilità per l'orario notturno. L'equipe è costituita da: 2 TSRM, 1 Infermiere, 1 Medico Radiologo.

Il primo TSRM e l'infermiere sono coloro che entrano in contatto con il paziente Covid positivo.

Dopo aver eseguito le procedure di vestizione entrano nell'area Covid.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Il TSRM provvede all'identificazione del paziente e alla sua accettazione sul sistema RIS-PACS nella postazione adiacente alla sala TC; posiziona il paziente ed esegue il centraggio coadiuvato dall'infermiere che se richiesto somministrerà il mezzo di contrasto. È compito del TSRM assicurarsi di rimuovere oggetti radiopachi che possono inficiare o compromettere la riuscita dell'acquisizione dell'esame.
Il TSRM prima di ogni acquisizione TC copre e riveste il lettino portapaziente con un telino plastificato monouso, evitando accuratamente la formazione di pieghe e coprendo l'intera superfice del lettino su cui appone un telino di carta per il comfort del paziente.
Tutte le parti del gantry con i tasti necessari al movimento delle apparecchiature sono ricoperte con materiale plastico trasparente per facilitarne l'uso senza contatto diretto e per la successiva sanificazione. Dopo aver posizionato il paziente i due operatori tolgono il primo dei due guanti indossati, praticano l'igiene delle mani con il gel, indossano un altro paio di guanti ed escono dalla sala TC. Il secondo TSRM nella zona consolle (completamente separata dalla zona dove transita e stazione il paziente) esegue l'esame con il Medico Radiologo.
Entrambi questi operatori non necessitano di indossare il KIT DIP, ma solo la mascherina chirurgica.
Eseguito l'esame gli operatori (TSRM e Infermiere) all'interno dell'area COVID, avvisati tramite interfono della fine dell'erogazione dei RX, fanno uscire il paziente dalla sala TC. Il Paziente viene condotto all'uscita del sito e preso in carico dal personale del servizio trasporti per essere trasferito al reparto di provenienza. Il TSRM rimuove il telo di plastica, il telo di carta dal lettino e li getta negli appositi contenitori. I due operatori sostano in Medicheria durante la sanificazione degli ambienti in attesa del successivo paziente. Al termine della seduta di lavoro terminati gli esami in appuntamento entrano nella sala svestizione, terminata questa operazione entrano nella sala igienizzazione e quindi possono rientrare nella zona no covid. Al termine di ogni esame TC la sanificazione avviene con personale dedicato che sanifica la sala TC e l'intero percorso del paziente.

RISULTATI

Dall'inizio dell'attività del sito dedicato 28 marzo 2020 a tutt'oggi nessuno degli operatori (TSRM, Infermieri e Medici circa 30 operatori a rotazione) che hanno operato nel sito ha contratto il virus Covid-19.
Nei 7 mesi di attività presi in considerazione da questo lavoro sono stati eseguiti circa n° 600 esami TC.

CONCLUSIONI

In conclusione possiamo affermare che in tempi molto rapidi grazie alla collaborazione con la Direzione Sanitaria Igiene Ospedaliera, il Servizio di Prevenzione e Protezione e l'ingegneria Clinica si è riusciti ad attivare il sito TC dedicato e soprattutto alla responsabilità e competenza di tutti gli operatori della Diagnostica per Immagini Elezione coinvolti si sono eseguite le prestazioni richieste con il rigore e l'attenzione necessari. Va segnalato che inizialmente è stata riscontrato da parte degli operatori disagio e anche paura nell'affrontare i rischi connessi alla patologia trattata.
Un ruolo fondamentale è stato giocato dalla formazione fornita sulla conoscenza del COVID-19, sulle modalità di trasmissione del contagio, sui comportamenti idonei da adottare e sull'uso dei DPI nonché dalla sicurezza offerta dalla strutturazione del sito stesso.
Tutto ciò ha permesso di superare le preoccupazioni iniziali e lavorare con serenità.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Tecnici Sanitari di Radiologia Medica, Infermieri, Medici Radiologi;
per la realizzazione del Sito la Direzione Sanitaria e l'ingegneria Clinica;
per la formazione il SPP.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il sito è stato realizzato in circa 2 settimane (dal 10.3.2020 al 27.3.2020)
Il 28.3.2020 è iniziata l'attività fino a tutto maggio 2020 con l'interruzione nel periodo di relativa normalizzazione della Pandemia (giugno – fine ottobre 2020)
L'attività è ripresa con la seconda ondata della Pandemia ed è tutt'oggi in corso.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

RIELABORAZIONE DELLA LOGISTICA DEI PAZIENTI COVID-19 IN UN OSPEDALE A PADIGLIONI

Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Azienda San Camillo Forlanini

REFERENTI:

Dott. Andrea Fidanza	Dirigente Professioni Sanitarie Infermieristiche
Dott. Mario Rinaldi	P.O. Coord. Inferm. Servizio Logistico e Trasporti
Katia Benetazzo	CPS Infermiera Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Dott. Stefano Salvatore	P.O. Monitoraggio e Supporto Attività Dipartimentali

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

L'ospedale San Camillo è un ospedale a padiglioni costruito negli anni '20 del secolo scorso, per quanto uno dei maggiori della Regione Lazio, l'architettura ne risulta performante per l'organizzazione. Le necessità date dalla epidemia di SarsCoV 2, nell'autunno del 2020 ha avuto un impatto importante sull'organizzazione ospedaliera. Se nella prima fase emergenziale Marzo 2020 l'ospedale fu individuato come HUB no-covid ed entrò nella rete solo in una seconda fase, da Ottobre 2020 la Regione Lazio ha individuato da subito la struttura come parte della rete aprendo e convertendo posti letto per malati Covid+. Questo ha comportato un ripensamento della logistica e dei flussi intraospedalieri. La necessità di isolare intere aree dell'ospedale e di separare i percorsi ha costretto a ripensare con percorsi dedicati gli ambienti ospedalieri.
La logistica di un ospedale a padiglioni ha quindi subito una fase di riorganizzazione per adeguarsi alle nuove necessità.

INTRODUZIONE

Il 30 gennaio 2020 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato l'epidemia da Covid-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza Internazionale.
A seguito delle Ordinanze della Regione Lazio l'Azienda Ospedaliera S. Camillo-Forlanini ha provveduto ad interventi di riorganizzazione dell'assetto strutturale dell'Azienda con l'obiettivo di implementare percorsi assistenziali di cure per il COVID19.

La struttura a padiglioni dell'ospedale e il l'utilizzo solo parziale degli ipogei ha determinato la necessità di reingegnerizzare la logistica dei percorsi all'interno della struttura. Tenendo conto delle necessità di biocontenimento per una patologia diffusiva per via aerea.

ANALISI DEL CONTESTO

Con la collaborazione della Direzione Sanitaria UOSD Igiene Ospedaliera, il Servizio Protezione e Prevenzione e l'Ingegneria Clinica si è proceduto ad un'analisi dei percorsi che interessavano i pazienti Covid+, principalmente i flussi dal PS alle aree di diagnostica, dal Ps ai reparti di degenza, dalle aree di degenza a quelle di diagnostica.
La conformazione dell'ospedale a padiglioni presuppone un ampio ricorso al trasporto su gomma.
Il trasporto su gomma è stato quindi preferito per le modalità di trasporto dei pazienti Covid+, utilizzando un'ambulanza dedicata con biocontenimento, operante su percorsi definiti.

Si è quindi provveduto ad individuare in sinergia con l'Igiene ospedaliera una serie di percorsi da dedicare al solo trasporto dei pazienti positivi.
La Direzione Sanitaria ha quindi provveduto all'istallazione di segnaletica dedicata.
Internamente al servizio di Logistica e trasporto si è definito prima un programma formativo del personale. Tale programma mira alla conoscenza delle procedure di vestizione e svestizione e utilizzo dei DPI e alla conoscenza dei percorsi dedicati.

Per il primo obiettivo si è provveduto tramite i video corsi del SPP, per il secondo con la realizzazione e distribuzione di piantine dell'ospedale con i percorsi dedicati evidenziati, per ogni equipaggio.
Tutto il personale è stato sottoposto a sorveglianza periodica, ogni 15gg, con tampone rapido (70 dipendenti l'80% ha volontariamente aderito allo screening per un totale di circa 500 tamponi rapidi da ottobre a gennaio, scesi a febbraio post vaccinazione, al 50% con ulteriori 70 test rapidi, devono essere aggiunti circa 120 tamponi molecolari nel periodo ottobre '20 febbraio '21)
Si è quindi messo in servizio un'ambulanza dedicata come sopraesposto con un autista e un barelliere (se occorre un infermiere), contemporaneamente si è provveduto a individuare un'area dedicata alla svestizione e alla sanificazione delle ambulanze, da eseguire secondo le indicazioni dell'igiene ospedaliera. L'aver dedicato un'ambulanza ai pazienti Covid+ ha comportato la necessità di una rimodulazione delle attività delle altre ambulanze da dedicare al trasporto dei pazienti non Covid.
La rimodulazione messa in atto consiste prevalentemente nell'adeguamento del numero di ambulanze operative, in funzione delle necessità preventivamente valutabili dal sistema informatizzato di richieste e nell'aumento delle presenze in servizio del personale di supporto.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

L'ingresso dell'Azienda nella rete Coronet e la gestione di vari punti Test per tamponi Covid, (Drive in), due nella fase emergenziale, ha determinato la necessità di predisporre un sistema di collegamento e ritiro del materiale. Tale necessità è stata assolta con la riorganizzazione e implementazione del servizio di collegamento dei laboratori che prevedeva una macchina trasporto sangue dedicata. Tutti i servizi sono stati assolti dal personale del Servizio Logistico e Trasporto a rotazione.
Si è provveduto a fornire ai coordinatori in reperibilità le credenziali per l'accesso da remoto (VPN) al sistema di gestione informatica delle richieste di trasporto al fine di garantire un costante monitoraggio della situazione delle ambulanze.

RISULTATI

Dall'inizio della riorganizzazione della reta ospedaliera successiva all'estate 2020, al momento dell'apertura delle degenze Covid+ nell'ottobre 2020 si è messa a disposizione l'organizzazione così come compiutamente descritta, dal 22/10/20 completa di biocontenimento. Non risultano servizi di pazienti Covid+ non evasi, Non risultano servizi di PS non evasi, l'andamento dell'esecuzione delle richieste di trasporto dall'ottobre del 2020 al febbraio 2021 ha visto un decremento percentuale del non evaso dal 7,2% di ottobre, 4,9% novembre, 3,9% dicembre, 2,9% gennaio 2021, 1,9% febbraio 2021. (circa 12350 trasporti di cui il 18% Covid +, pari a circa 2250).
Su 70 operatori addetti alla logistica si è registrato un solo focolaio di 5 positivi al SarsCov2 con link esterno alla struttura, prima dell'inizio della campagna vaccinale.

CONCLUSIONI

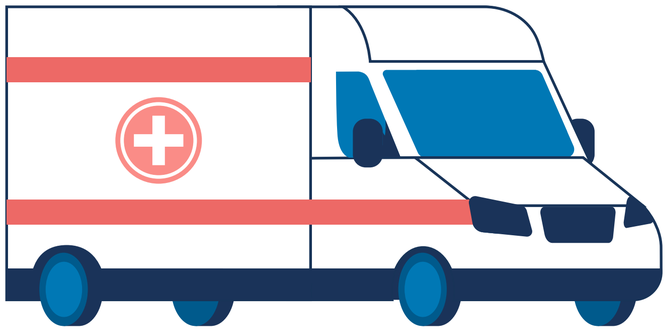
In conclusione possiamo affermare che in tempi molto rapidi si è riusciti ad attivare un sistema di trasporto dedicato ai pazienti affetti da SarsCov 2, con le dovute precauzioni atte a limitare la diffusività della malattia. Con l'occasione si è provveduto ad una riorganizzazione della logistica che grazie anche ad una limitata implementazione delle risorse ha consentito di migliorare le prestazioni del trasporto pazienti. Garantendo le necessità della nuova organizzazione ospedaliera rimodulata secondo le indicazioni regionali.

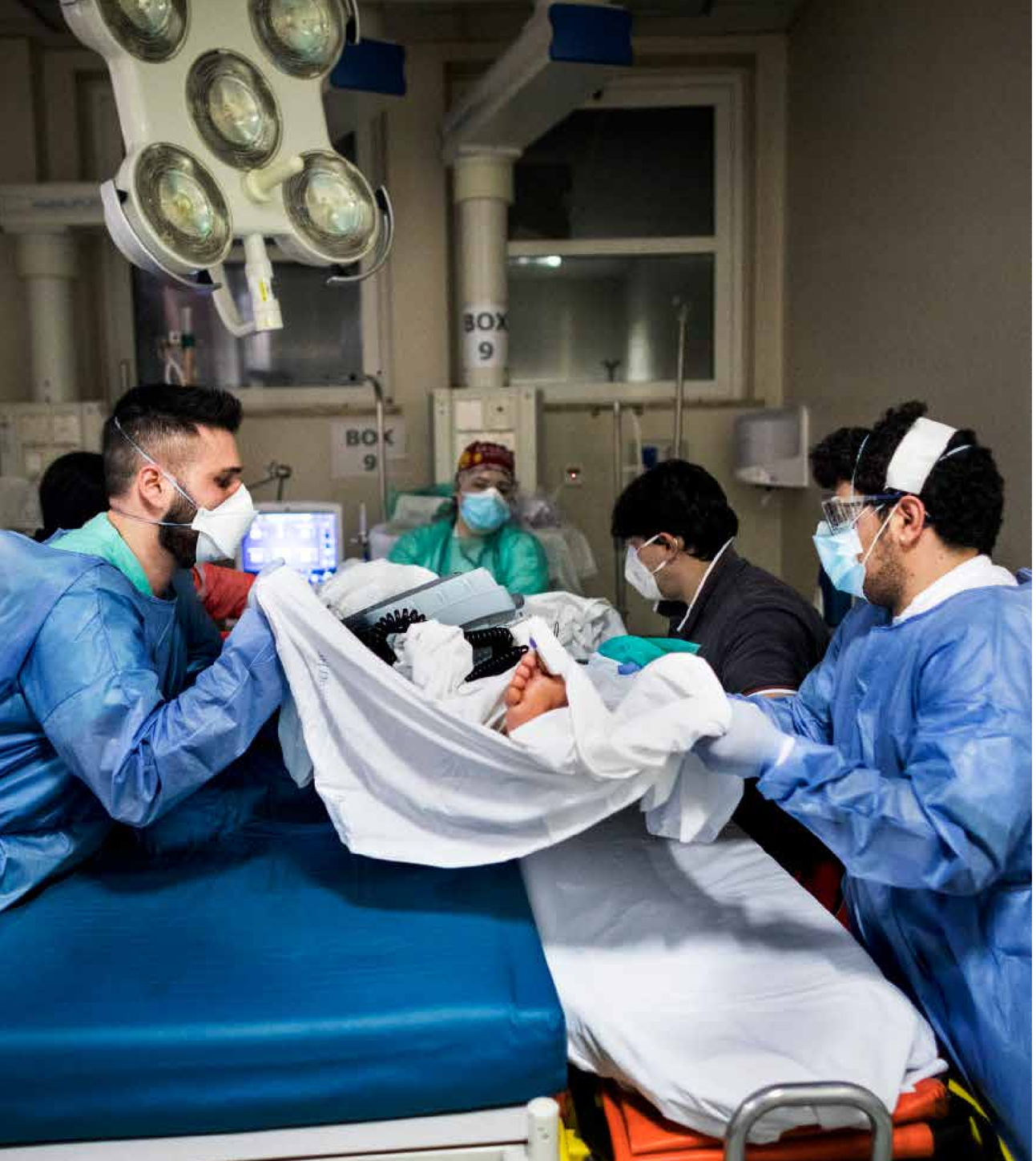
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri, autisti di ambulanza, autisti barellieri, operatori tecnici, coordinatori infermieristici.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Circa 10 giorni, Il 20.10.2020 l'attività era a regime.





Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

NUOVI MODELLI ASSISTENZIALI A CONFRONTO IN UNA TERAPIA INTENSIVA COVID:

l'eperienza dell'A.O. San Camillo Forlanini

Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Azienda San Camillo Forlanini

REFERENTI:

Attilio Montagna	Infermiere Rianimazione COVID
Lucia Mitello	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Katia Benetazzo	C.P.S. Infermiera Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Antonello Pucci	Infermiere Rianimazione CR1
Stefano Salvatore	P.O. Monitoraggio e Supporto Attività Dipartimentali
Anna Rita Marucci	PO – Governo Assistenziale DEU e Area critica

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

L'emergenza sanitaria, da SarsCov-2, ha determinato un radicale cambiamento dell'assetto organizzativo sanitario a livello mondiale. Un cambiamento che ha interessato il nostro Paese che per primo si è trovato a rispondere ad un'emergenza senza precedenti, richiedendo competenza, tempestività, e nuove strategie organizzative. Le modifiche apportate a livello centrale hanno prodotto, con un effetto a cascata, la conversione delle U.O. *"tradizionali"* in reparti COVID *obbligando* i professionisti coinvolti all'applicazione di nuovi modelli assistenziali ai quali si è reso necessario adattarsi. Nello specifico – in questo lavoro - ci riferiamo alla "conversione" di una Terapia intensiva post – chirurgica in Rianimazione Covid.

INTRODUZIONE

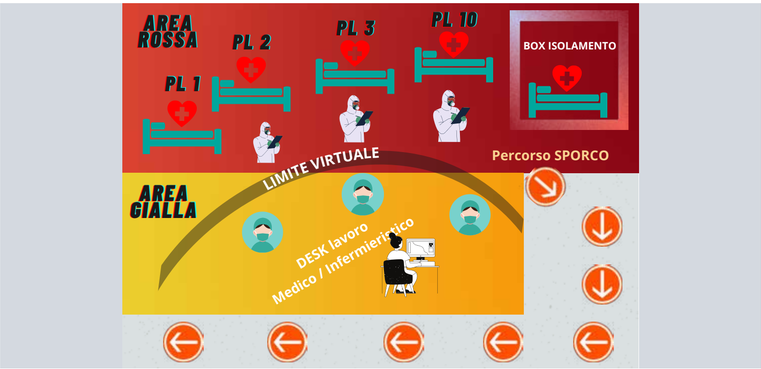
Prima della pandemia il reparto in questione era inquadrato, a livello aziendale, come Unità di Terapia Intensiva post-chirurgica ad alta complessità assistenziale, strutturato in un unico ambiente, che prevedeva una postazione centrale medico-infermieristica circondata da 10 postazioni letto, di cui solo una dotata di box con zona filtro antistante. Il modello assistenziale in uso era il *"Total patient care"* che permetteva di erogare un'assistenza con rapporto Infermiere/Paziente di 1:2 garantendone la completa presa in carico da parte dell'infermiere responsabile.

ANALISI DEL CONTESTO

Il modello *"Total patient care"* garantiva la continuità assistenziale offrendo l'opportunità di seguire il paziente, durante tutto il ricovero, attraverso un piano di cure individuale. Per far fronte alla prima ondata, nel mese di Marzo e Aprile 2020, il reparto è stato *"trasformato"* in Rianimazione Covid. La conseguenza di questa decisione ha determinato dal lato logistico /strutturale la necessità di ridefinire percorsi unidirezionali, ambienti specifici per vestizione/vestizione aree ristoro dedicate ecc..; dal lato organizzativo assistenziale l'allocazione del personale infermieristico in aree virtuali quali **zona rossa**, quindi in prossimità delle postazioni letto, e **zona gialla**, in prossimità della postazione centrale.

Queste mutazioni logistiche si sono tradotte nell'impossibilità di garantire un rapporto Infermiere/Paziente di 1:2 abbandonando il modello organizzativo *"Total patient care"* precedentemente in uso a favore di un'assistenza più funzionale. L'abbassamento della curva epidemiologica ci ha permesso di analizzare le criticità emerse con la prima ondata ed organizzare una strategia d'attacco più puntuale ed efficace in previsione della seconda ondata di fatto concretizzatasi nell'ottobre del 2020.

Dal punto di vista logistico sono state confermate le modifiche adottate nel lockdown precedente con aggiunta di ulteriori modifiche che hanno permesso di perfezionare i percorsi. Dal punto di vista assistenziale è stata ridisegnata l'assistenza sulla base della nuova realtà che vedeva la distribuzione del personale tra una zona rossa e una zona gialla. L'organico è stato implementato di unità infermieristiche supplementari passando da 5 a 6 Infermieri per turno di lavoro. Da un modello organizzativo *"Total patient care"* si è passati ad un nuovo modello organizzativo definito "Batteria" tutt'ora in uso e soggetto a continui miglioramenti. Il modello a *"Batteria"* prevede l'ingresso programmato del personale secondo uno schema di orari prestabiliti, scandendo i tempi dell'assistenza sul paziente. Tale modello prevede la rotazione sistematica del personale tra la zona rossa e gialla all'interno di un processo di azioni sinergiche e coordinate ***(vedi l'allegato)***.



Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

RISULTATI

Il modello a "Batteria" prevede all'interno della zona rossa un numero variabile di Infermieri di 3/4 unità con fasi di sovrapposizione in cui si può arrivare anche alla contemporanea presenza di 5 unità in base alla complessità delle manovre da eseguire in totale sicurezza (es: pronazione). Questo nuovo modello lo potremmo definire come la risultante del "merger"di altri due modelli organizzativi molto più conosciuti quali: "Team nursing" e il "Functional nursing". Il "Team nursing", sempre attivo nella zona rossa prevede la collaborazione stretta tra due Infermieri che lavoreranno per settori, in tandem con un altro Infermiere nella zona gialla che li supporterà dall'esterno. Il "Functional nursing"è attivo nella zona rossa solo quando gli Infermieri sono in numero dispari e prevede l'erogazione di un'assistenza per obiettivi specifici. Questo nuovo assetto organizzativo ha permesso di salvaguardare il benessere del personale operante in questo ambito.

Infatti gli ingressi programmati permettono al personale quel recupero necessario ad esaltare la loro capacità di resilienza necessaria ad affrontare al meglio la pandemia e le misure assistenziali da adottare. Più precisamente dal punto di vista "fisico" il disconfort determinato dalla costante necessità di indossare DPI per lungo tempo (tute, occhiali, maschere) e psicologico dovuto alla sensazione di impotenza devastante determinata dall'elevato numero di decessi ai quali non erano abituati.

CONCLUSIONI

Il confronto di queste diverse modalità assistenziali evidenzia come qualunque sia la scelta messa in atto la stessa presenta criticità e punti di forza. Infatti nel "Total patient care" l'Infermiere si sente maggiormente responsabile delle decisioni prese in totale autonomia all'interno di un processo di cure multidisciplinari con una pianificazione assistenziale patient oriented, che però impone un impiego di personale maggiore rispetto a quelle attualmente disponibile. Il modello a "Batteria" invece, in relazione alla disponibilità delle risorse, sia in termini economici che di personale, raggiunge ottimi risultati garantendo la sicurezza sia dei pazienti che del personale sanitario rispetto agli elevati rischi che la pandemia da COVID -19 ci ha insegnato a dover affrontare.

Nella nostra rianimazione il modello a "Batteria" si pone dunque come mezzo risolutivo agli ostacoli logistici e assistenziali presenti in contesti che per loro natura non nascono con le caratteristiche proprie delle unità di malattie infettive. Ciononostante, questo nuovo modello implementato grazie alla presenza di infermieri altamente qualificati ha permesso di ridurre al minimo il gap assistenziale intercorrente fra i due modelli organizzativi, permettendo agli operatori di confrontarsi fra loro sulle difficoltà emerse, mantenendo uno standard di cure che rende ogni singolo paziente protagonista della propria assistenza.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Tutti i professionisti operanti all'interno della U.O (Infermieri, Coordinatore Infermieristico, Medici).

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Da Ottobre 2020 all'inizio della seconda ondata è stato implementato il modello a Batteria quale risultato delle competenze acquisite e consolidate nella primo lockdown.

VEDI L'ALLEGATO MODELLO ORGANIZZATIVO "A BATTERIA"

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

IMPLEMENTAZIONE DEL TEST DI LABORATORIO PER LA DIAGNOSTICA MOLECOLARE, ANTIGENICA E SIEROLOGICA DI SARS COV2 E RIORGANIZZAZIONE DELLE ATTIVITÀ LAVORATIVE

Diparimento Delle Professioni Sanitarie - Governo Professioni Sanitarie TSLB - Laboratorio di Microbiologia e Virologia Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini

REFERENTI:

Dr.ssa Marina Macari	Dirigente Professioni Tecnico Sanotarie
Dr.ssa Claudia Corinaldesi	Incarico di Organizzazione "Governo Professione Sanitarie TSLB
Dr.ssa Rosa Maria Oliverio	Coordinatore TSLB"U.O.C. Microbiologia e Virologia"

Foto di Massimo Podio

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

La U.O.C. di Microbiologia e Virologia ha visto in questo ultimo anno uno stravolgimento dell'attività lavorativa dovuto all'emergenza COVID 19.

Il 3 Aprile del 2020 la U.O.C. è stata inserita nella rete dei laboratori CORONET per la diagnostica molecolare, antigenica e sierologica di SARS CoV2.

Per far fronte a tale emergenza è stato necessario riorganizzare l'intera attività di laboratorio che oltre a rispondere alle attività di routine doveva far fronte alla richiesta diagnostica non solo dell'Azienda ma anche alle richieste provenienti dalle ASL territoriali, Case di Cura, RSA, Drive in e Walk in.

Le fasi inziali sono state difficili su vari fronti in quanto in brevissimo tempo i tecnici hanno dovuto apprendere le più sofisticate tecniche molecolari indispensabili alla diagnostica di SARS Cov2, si è dovuto affrontare la grave carenza di reagenti difficilmente reperibili sul mercato di tutta Europa, ma la sfida più grande è stata la gestione di centinaia di campioni giornalieri.

Attualmente il laboratorio è in grado di avviare indagini su campioni sempre più ampi di popolazione nel rispetto delle indicazioni nazionali e regionali.

INTRODUZIONE

L'11 marzo 2020 il direttore generale dell'OMS Tedros Adhanom Ghebreyesus ha definito la diffusione del Covid-19 non più una epidemia confinata ad alcune zone geografiche, ma una pandemia diffusa in tutto il pianeta.

La regione Lazio in data 26 gennaio 2020 emana le indicazioni per la gestione e la sorveglianza dei casi sospetti da Coronavirus.

Nelle indicazione della regione vengono definite le disposizioni per la gestione dei casi sospetti,, i test di laboratorio specifici per l'identificazione di SARS CoV2 i laboratori di riferimento e definisce il flusso di notifica alle autorità competenti necessario per la rapida identificazione dei soggetti affetti da COVID 19 dei contatti.

ANALISI DEL CONTESTO

In considerazione della rapida diffusione del virus e della necessità di assicurare anche l'esecuzione di analisi diagnostiche riguardanti altre patologie sia in termini di sorveglianza che diagnostica è stato necessario ridefinire il processo lavorativo adottando una strategia che prevedeva una priorità diagnostica per SARS-Cov2 ottimizzando al tempo stesso le risorse lavorative disponibili.

Contestualmente è stata realizzata una procedura per il percorso del campione.

AZIONI

Sono stati istituiti dei Locali Dedicati:

1. accettazione campione provvista di postazione informatica e cappa biologica per la constatazione dell'idoneità del campione e la presa in carico dello stesso.
2. N°3 locali per l'esecuzione dei test

Percorso del campione: è stato predisposto un percorso del campione secondo le istruzioni operative emanate dal IRCCS Spallanzani

Il personale TSLB: il personale tecnico lavora con tutti i DPI collettivi e individuali secondo le linee guida ministeriali cappe biologiche, mascherine, guanti, visiera protettiva camici monouso

Riorganizzazione Attività: è stata istituita Area Emergenza COVID con orario h24 e personale dedicato.

- N° 9 tecnici di laboratorio
- N° 1 postazione dedicata all'accettazione dei campioni

Sanificazione: è stata predisposta la sanificazione dei locali dedicati e dei contenitori per il trasporto dei campioni 4 volte al giorno.

RISULTATI

La prima ondata della pandemia ha imposto la necessità di una accurata diagnosi molecolare dei pazienti colpiti dalla malattia. In seguito OMS ha raccomandato l'uso di test che individuassero precocemente gli individui asintomatici che contribuiscono alla diffusione del COVID 19, fenomeno questo particolarmente importante nella seconda ondata.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Per far fronte a queste problematiche sono state implementate diverse metodiche:

1. **molecolare** per la ricerca del geneS/E; gene N gene RdPr;
2. **molecolare rapido** per la ricerca del gene S; gene ORF;
3. **screening molecolare** per le più comuni Varianti in circolazione (VOC) in via di allestimento;
4. **sierologica in chemiluminescenza** per la ricerca delle IgG anti Spike e antiN su siero;
5. **antigenica in chemiluminescenza** per ricerca antigene N (nulceo capside);

6a. in particolare la U.O.C. Microbiologia e Virologia è stata pilota nel progetto della regione Lazio per test antigenici salivari su popolazione studentesca dai 3 anni ai 13;

6b. Inoltre, sono stati effettuati i test antigenici alle persone afferenti al progetto TOBI, che presentano disabilità intellettiva o relazionale.

I dati relativi alle attività svolte sono presenti nelle tabelle:

tabella A: dati relativi ai tamponi molecolari e molecolari rapidi;

tabella B: dati relativi ai test sierologici;

tabella C: dati relativi ai test antigenici.

CONCLUSIONI

La U.O.C. Microbiologia e Virologia è riuscita a far fronte all'arrivo giornaliero di centinaia di campioni e a formare tempestivamente il personale tecnico.

Ciò ha comportato un rapido apprendimento di diverse tecniche molecolari e sierologiche da parte del personale dedicato, dovuto al fatto che non sempre la fornitura dei reagenti non sempre quella prevista a causa delle difficoltà dovute alle grave carenze dei reagenti difficilmente reperibili sul mercato europeo.

Allo stato attuale il laboratorio è in grado di rispondere a tutte le richieste diagnostiche e di screening per la ricerca del SARS CoV2.

Questo risultato testimonia la dedizione e l'impegno del personale tecnico sempre pronto ad assolvere le esigenze che di volta in volta si propongono in ambiente di sanità pubblica.

TAB. A - periodo 3 aprile 2020 / 3 aprile 2021

	TOTALE	NEGATIVI	POSITIVI	%
TAMPONI RICERCA MOLECOLARE	164.894	127.343	37.551	22,8

TAB. B - test sierologici - ricerca IgG SARS-CoV-2 periodo 22 aprile 2020 - 03 aprile 2021

Provenienza	TOTALE	POS.	%	DUBBIO	%
Donatori	6.538	151	2,3	41	0,63
Operatore Sanitario	4.031	150	3,7	2	0,05
Corte Dei Conti	2.903	22	0,8	8	0,28
Operatore Sanitario (Post Vaccino)	2.860	2.844	99,4	-	-
Autorità Giudiziaria	1.761	9	0,5	2	0,1
Centro Prelievi	1.408	167	11,9	19	1,3
Aziendale Covid	1252	47	3,8	20	1,6
Ospedale Frosinone	946	37	3,9	26	2,7
Protezione Civile	589	26	4,4	-	-
Provenienza	TOT.	POS.	%	dubbio	%
Guardia Costiera	447	8	1,8	-	-
Altro Operatore	245	7	2,9	-	-
Consiglio Di Stato	243	7	2,9	2	0,8
Diagnostica	217	61	28,11	2	0,9
Sanimpresa	193	-	-	-	-
Virtuale Covid	161	1	0,6	-	-
Tar Lazio	96	5	5,2	-	-
Asl Roma 4	30	1	3,3	2	6,7
Altri	51	37	72,5	-	-
TOTALE TEST ESEGUITI 23.971					

TAB. C - test antigenici - eseguiti - periodo 16 ottobre 2020 / 03 aprile 2021

PROVENIENZA	TOTALE	NEGATIVI	POS	%
SCREENING DIPENDENTI1	14.552	14.470	82	0,6
DRIVE IN FORLANINI (ALTRI)	8.244	7.737	507	6,1
DRIVE IN FORLANINI (SCUOLA)	2.620	2.588	32	1,2
DRIVE IN PEDIATRICO	2.710	2.575	135	5,0
DRIVE IN MAJORANA	1.444	1.330	114	7,9
P.S. MEDICO	74	61	13	17,6
TOTALE	**29.644**	**28.761**	**883**	**3,0**
SC Scuola Largo Oriani	941	908	33	3,5
I.C. Sandro Onofri	593	565	28	4,7
I.C. SOLIDATI TIBURZI	477	446	31	6,5
SC Istituto Colle La Salle	224	220	4	1,8
SC Istituto San Francesco Di Sales	120	117	3	2,5
SC VACCARI	68	67	1	1,5
TOTALE	**2.423**	**2.323**	**100**	**4,1**
PROGETTO TOBIA	102	64	38	37,3
TOTALE ANTIGENICI	**31.207**	**31.207**	**962**	**3,0**

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

COME CAMBIA IN EPOCA COVID-19 IL LAVORO DEL FISIOTERAPISTA PEDIATRICO NEI REPARTI DI NEONATOLOGIA

UOS Servizio Riabilitativo Aziendale
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

REFERENTI:

Sasso Paola Lorenza	Coordinatore Fisioterapista
Ricchini Silvia	CPS Fisioterapista
Lucia Mitello	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie

Foto di Luca Catalano Gonzaga

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

In seguito all'esplosione pandemica del Covi-19 è stato necessario fare uso di DPI (Dispositivi di Protezione Individuale). L'indispensabile utilizzo della mascherina nasconde gran parte del volto e quindi la sua espressività. Nel neonato l'utilizzo di questo tipo di dispositivo, ha rappresentato un limite alla costruzione delle modalità relazionali verso la madre e/o caregivers. La carenza di connessioni emotive può avere conseguenze sullo sviluppo neurocomportamentale del bambino ed in seguito anche verso l'ambiente sociale allargato. Uno degli scopi della fisioterapia nel neonato è il trattamento abilitativo, cioè quello di facilitare il raggiungimento delle tappe dello sviluppo neuropsicomotorio costruendo abilità corrispondenti all'età. L'uso di DPI e il rispetto delle norme di distanziamento fisico, oltre alle regole stabilite per gli accessi dei genitori ai reparti, hanno significato per il fisioterapista pediatrico la richiesta di un necessario adattamento delle sue modalità di azione e comunicative, sia nelle attività abilitative dei bimbi ricoverati presso le degenze intensive di neonatologia sia con la coppia genitoriale che partecipa al processo di „care" del neonato. La valorizzazione della capacità comunicativa è passata soprattutto per gli occhi, cioè quella parte del volto non coperta dalla mascherina.

INTRODUZIONE

Il servizio di Riabilitazione Intensiva, nell'Az.Osp. San Camillo-Forlanini, eroga prestazioni di fisioterapia a consulenza presso tutte le UUOO che ne fanno richiesta per i pazienti ricoverati presso le loro degenze. Anche nei reparti pediatrici e di neonatologia è costantemente presente la figura del fisioterapista, la quale svolge la sua attività di concerto con le altre professionalità.

La pandemia ha determinato una messa in discussione delle modalità consolidate nell'ordinario non pandemico, non cambiando il trattamento "abilitativo" della fisioterapia sui piccoli pazienti ma rendendo necessari adattamenti, anche e soprattutto, nella dinamica fisioterapista/coppia genitoriale e coppia genitoriale/neonato.

Le neonatologie, in particolare la TIN, la Sub TIN e la Patologia Neonatale, rappresentano, data la tipologia di paziente, un contesto particolarmente sensibile alle conseguenze del rispetto delle norme anti-covid. Il normale sviluppo neurocomportamentale ed emotivo neonati è strettamente connesso all'aspetto relazionale bambino/genitore e bambino/operatore sanitario. La limitazione di contatto sia in termini visivi, per l'uso costante della mascherina, che fisico rappresenta un ulteriore difficoltà per il neonato che fin dai primissimi giorni di vita stabilisce un'interazione sociale che comprende in primis il linguaggio corporeo, mezzo comunicativo per eccellenza, su cui si inserisce l'espressione facciale elemento fondamentale della comunicazione.

ANALISI DEL CONTESTO

Nell'ultimo anno, il 2020, i bimbi ricoverati presso i reparti di neonatologia intensiva sono stati 420. Di questi, 264, pari a circa il 63% del totale, sono stati trattati con trattamento abilitativo di fisioterapia. Le recenti Linee Guida[1] proposte dalla SIN (Società Italiana di Neonatologia) sostengono l'importanza dell'allattamento al seno e il mantenimento dei reparti aperti h24 ai genitori anche in tempo di pandemia. Durante questo periodo è stato necessario modificare comportamenti e praticare adattamenti sempre alla ricerca sia del rispetto delle norme di prevenzione del contagio che del massimo sviluppo delle potenzialità esprimibili dal neonato pretermine o con altre patologie) e mai dimenticando che la coppia genitoriale è parte integrante della "care" e nella presa in carico del trattamento abilitativo del bambino. Per il rispetto delle norme di contenimento del contagio, nelle UUOO sono state previste delle misure di riduzione dell'ingresso dei genitori, consentendo l'entrata scaglionata di uno solo di questi per volta (non più della coppia insieme), per non più di due volte al giorno e per una durata complessiva di tre ore. Inoltre, i genitori, oltre ad essere obbligati all'utilizzo di DPI, forniti dal reparto stesso, si sono sottoposti a tampone antigenico ogni dieci giorni.

L'adozione di regole così stringenti ha consentito sì di contenere la diffusione di un possibile contagio (a parte i pochi casi di nati da madre positiva) ma ha cambiato alcune buone regole di "care" neonatale. L'uso della mascherina modifica il rapporto madre-figlio e anche quello tra neonato e operatori

1 ALLATTAMENTO e GESTIONE del NEONATO in CORSO di PANDEMIA da SARS-COV-2 - Indicazioni ad interim della Società Italiana di Neonatologia, versione 3 – 10 maggio 2020

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

sanitari, interferendo nello stabilire una relazione. La strategia per cercare il superamento dell'ostacolo della mascherina consiste nel tentare di enfatizzare la capacità espressiva degli occhi e della fronte per comunicare partecipazione, comprensione ed empatia, sia nella relazione con i genitori che durante il trattamento del neonato; questo ancor di più nei ricoveri prolungati (anche di cinque /sei mesi) nei casi di prematurità "estrema".

Il trattamento abilitativo nel neonato prevede una valutazione quotidiana da parte del fisioterapista e facilitazioni adeguate all'età gestazionale per agevolare lo sviluppo neurocomportamentale, anche con il coinvolgimento di uno dei genitori (in perido pre-covid di entrambi). L'espressione facciale rappresenta un elemento fondamentale della comunicazione, in una reciprocità di scambi di segnali, e mostra, attraverso le sue modulazioni di emozioni e di sentimenti, come è essenziale, come il contatto pelle-pelle e l'allattamento, nel processo di attaccamento ("bonding") neonato-madre. Nel rapporto fisioterapista-genitori, anche in questo caso le regole stringenti anti-contagio hanno imposto degli adattamenti. Nel colloquio programmato in vista delle dimissioni e del prossimo ritorno a casa della famiglia, la posizione del fisioterapista, che precedentemente si svolgeva in un contesto di prossimità fisica e, se necessario, anche di contenimento emotivo con la possibilità di abbracciare un genitore provato dall'esperienza del ricovero, si è tradotta in un incontro frontale durante il quale vengono rispettate le distanze previste dalle norme pandemiche e dove la comunicazione verbale, per l'uso dei DPI, deve essere sostenuta da un colloquio visivo caratterizzato da una modalità espressiva ed empatica dello sguardo da parte del professionista della riabilitazione. Solo per queste occasioni è stata mantenuta la consuetudine pre-pandemica di incontrare e parlare con entrambi i genitori nello stesso momento.

RISULTATI

Nelle UUOO intensive di Neonatologia, in un periodo così profondamente segnato dagli eventi, la fisioterapia si è rimodulata continuando ad occuparsi di bimbi e di genitori e di come aiutarli nella difficoltà di una realtà lontana dalla "normalità". L'espressione facciale rappresenta un elemento fondamentale nella complessa danza comunicativa tra bambino e genitore e/o caregiver, in un rapporto di reciprocità. La mancata relazione visiva determina conseguenze sia nel neonato, sui processi che guidano lo sviluppo neurocomportamentale ed emotivo nelle prime epoche di vita, che nella mamma, che può sviluppare una diminuzione della fiducia materna nel comprendere il proprio figlio e dalla quale può derivare un distanziamento emotivo con possibili ripercussioni negative a lungo termine. In fatto di risultati, sulla base del tipo di esperienza descritta non è possibile poter quantificare gli effetti sul neonato dell'uso della mascherina da parte dei genitori e/o caregivers. Certamente l'esperienza ha dato modo, però, di poter spesso riscontrare, nei bimbi venuti a distanza di qualche mese dal ricovero a controlli successivi, come l'integrazione comunicativa dello sguardo ha sortito un adattamento nel neonato che non risulta insensibile anche alla sola espressività degli occhi.

CONCLUSIONI

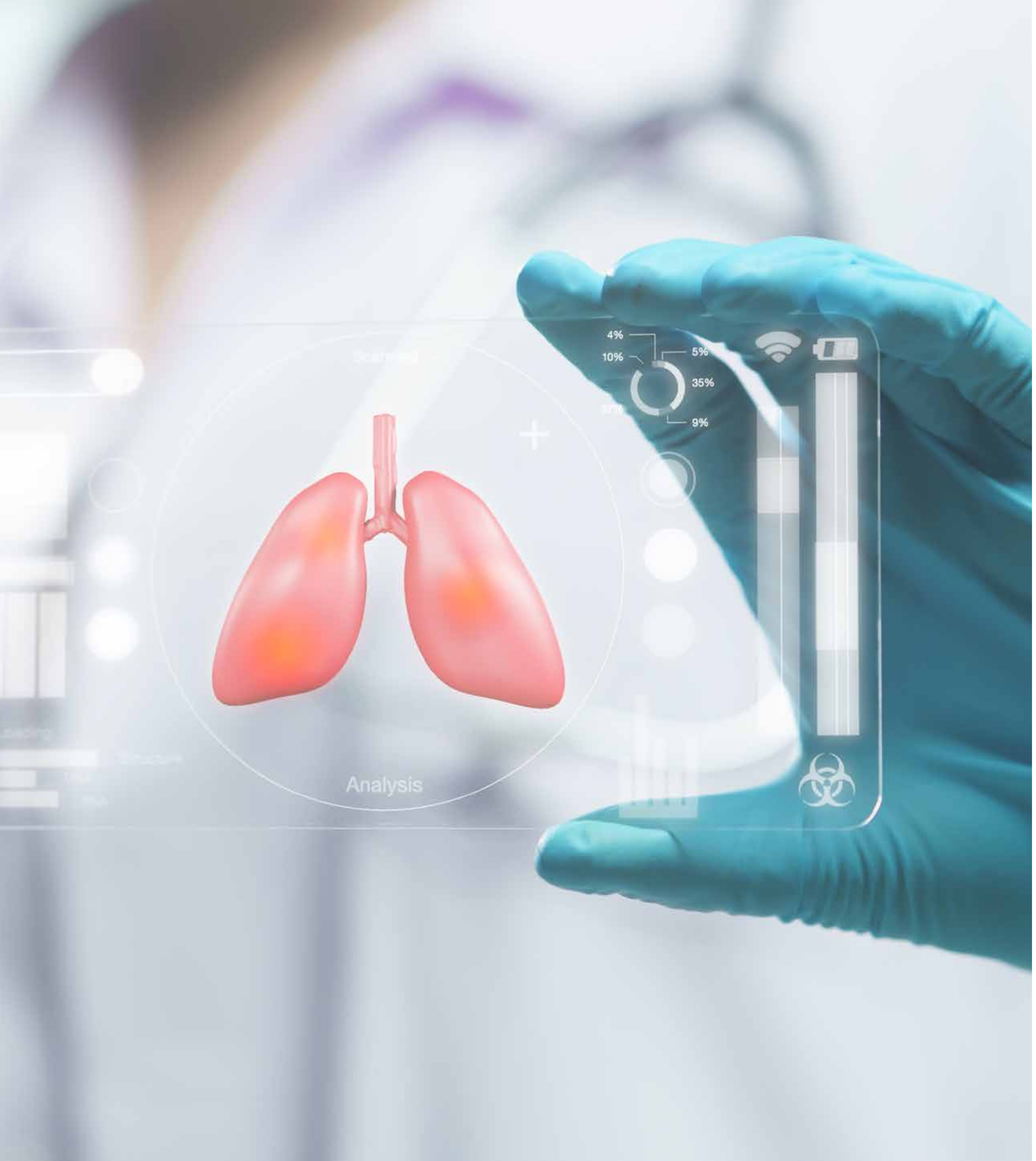
Il periodo della pandemia da Covid-19 ha determinato uno stravolgimento delle vite di ognuno. L'osservazione del neonato ha riportato l'attenzione sull'essenzialità della comunicazione, verbale e non verbale. Il neonato è il soggetto inconsapevole di una partecipazione ad un mondo che lo ha accolto complicandogli ulteriormente l'avvento. L'uso di dispositivi rende più faticosa la sua "scalata" alla vita e disorienta la coppia genitoriale. La capacità di adattamento di una più integrata capacità conumicativa, che passa attraverso gli occhi e l'espressività dello sguardo, rappresenta la chiave di lettura. Questa pandemia sta lasciando segni profondi in ognuno di noi adulti in quello che siamo e nei neonati potrebbe lasciarne in quello che saranno. Sono proprio loro, i nuovi nati, l'immagine in prospettiva del nostro futuro e le energie profuse per aiutarli nei loro primi approcci in salita con la vita, rappresentano il miglior modo di guardare oltre, oltre le mascherine, il distanziamento fisico e la pandemia.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Fisioterapisti pediatrici.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Periodo di pandemia Covid-19 2020/21.



Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

LA RIABILITAZIONE RESPIRATORIA:
esperienza di fisioterapia respiratoria in un gruppo di pazienti Covid-19

Riabilitazione Respiratoria
Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

REFERENTI:

Gianna Gianandrea	Coordinatrice Fisioterapista Area Riabilitazione Respiratoria
Salvatorina Carmela Mula	Fisioterapista Area Riabilitazione Respiratoria
Edoardo Cesaritti	Studente 3° anno Corso di laurea Fisioterapia
Lucia Mitello	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

Nei pazienti con COVID-19 la compromissione respiratoria è un dato acquisito e ormai ben documentato dalla ricca letteratura del periodo pandemico. La compromissione respiratoria riguarda i pazienti in tutte le fasi del percorso clinico: fase acuta, subacuta e cronica. La riabilitazione respiratoria costituisce il mezzo per il ristabilimento delle normali condizioni respiratorie e per il ritorno alla normalità. Numerose le esperienze di terapia respiratoria in special modo in regime di ricovero nei pazienti covid-19. Per questi pazienti non vi è indicazione alla terapia nella fase acuta mentre viene posta indicazione nella fase subacuta. Il lavoro presenta un'esperienza di terapia respiratoria in un gruppo di pazienti covid-19 attuata in regime ambulatoriale. Il protocollo terapeutico basato su dieci sedute di fisioterapia respiratoria ha prodotto nel campione seguito il miglioramento dei parametri respiratori.

INTRODUZIONE

Nel 2019 ha avuto inizio la diffusione di un agente virale che ha determinato l'insorgenza di una sindrome denominata malattia da nuovo coronavirus (COVID-2019, Coronavirus disease 2019). Il quadro clinico determinato dal virus, che rapidamente si è diffuso in tutti i paesi, va dalla semplice sindrome influenzale alla polmonite con grave insufficienza respiratoria, rivelatasi, spesso, fatale (Who 2019, Zhu 2019). Nei pazienti con COVID-19 sono stati osservati quadri di polmonite caratterizzati da infiltrati interstiziali bilaterali con grave insufficienza respiratoria ipossica, che in base ai dati al momento presenti, possono residuare in segni di fibrosi polmonare. La compromissione respiratoria, sia pure con livelli di gravità variabili nelle diverse fasi del percorso clinico, resta una problematica costante nei pazienti con COVID-19. Pertanto la riabilitazione respiratoria (RR), intesa come "un intervento multidisciplinare basato su valutazione e trattamento personalizzati che includono, ma non sono limitati a, allenamento all'esercizio fisico, educazione, modificazione comportamentale, e designato a migliorare la condizione fisica e psicologica di persone con patologia respiratoria" (Boldrini 2020), costituisce uno dei cardini nel trattamento dei pazienti con COVID-19. Le modalità in cui il trattamento di riabilitazione respiratoria viene attuato varia a seconda dei diversi setting pur rispondendo sempre a quanto evidenziato in letteratura, ossia che il trattamento fisioterapico precoce, costante e basato su protocolli evidence-based predefiniti e condivisi con l'equipe medico-infermieristica delle ICU, è in grado di migliorare gli outcome dei pazienti, di ridurre i giorni di ricovero in UTI e nella degenza successiva, e di diminuire i costi per l'Azienda ospedaliera (Lazzeri 2020, Vitacca 2020). Attualmente iniziano ad essere chiaramente definiti limiti ed obiettivi della riabilitazione in fase acuta e sub acuta, ma sono ancora scarsi i contributi di studio sui percorsi per i pazienti ambulatoriali. Nell'ambito del servizio di fisioterapia respiratoria dell'Azienda Ospedaliera San Camillo-Forlanini di Roma è stata condotta un'esperienza di fisioterapia respiratoria in pazienti covid-19 negativizzati. Al campione seguito in regime di assistenza ambulatoriale è stato proposto un protocollo riabilitativo specifico, che, come evidenziato dai dati raccolti, si è dimostrato efficace.

ANALISI DEL CONTESTO

Lo studio ha riguardato un campione casuale di soggetti arruolati in ordine di richiesta di intervento riabilitativo respiratorio. Il campione è costituito da 5 soggetti (3F, 2M) con età compresa tra i 45 e 74 anni (età media 59 anni). I soggetti sono stati seguiti ambulatorialmente con 10 sedute di trattamento individuale della durata di 1h, a giorni alterni, per complessivi 3 giorni a settimana di lavoro in palestra. Tutti i soggetti hanno mostrato una buona compliance al trattamento, non si sono verificati drop out e la partecipazione è stata assidua e costante. I pazienti hanno effettuato la valutazione pneumologica, che ha posto l'indicazione al trattamento respiratorio. I pazienti sono stati sottoposti allo stesso protocollo di valutazione iniziale e finale. La valutazione di ingresso è stata effettuata all'inizio della prima seduta e quella conclusiva alla fine della decima seduta. Nella valutazione iniziale e finale sono stati misurati i valori della saturazione di ossigeno (SpO2) e la frequenza cardiaca (FC). È stata inoltre somministrata la scala di RPE (Rate of Perceived Exertion) o scala di Borg (Borg 1998) e il 6MWT (six minute walking test) o test del cammino (Balke 1963, Enright 2003).

Per ogni paziente è stato programmato un intervento di fisioterapia respiratoria individuale basato su un programma specifico ed individualizzato a seconda dei dati emersi nella valutazione.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Paz N.	età	anamnesi	Tipo di trattamento
Pz1	61aa	Enfisema centrolobulare bilateralmente con ispessimento dell'interstizio. Al momento del ricovero (4-01-2021) la TAC torace presentava aree a vetro smerigliato diffuse bilateralmente. Durante la degenza in terapia intensiva respiratoria è stato sottoposto a terapia con HFNC per un periodo protratto con graduale miglioramento del rapporto P/F. Dopo 2 settimane è stato trasferito in degenza dove ha proseguito le cure fino alla dimissione in data 20/02/2021 con la prescrizione di ossigeno terapia 3L/min sotto sforzo	Esercizi respiratori. Cyclette in aria ambiente per tempi crescenti da 10' a 20 W a 20' a 40 W
Pz2	74aa	Diabete mellito e ipertensione arteriosa. Il 20 agosto si presenta al P.S. per febbre associata a melena e risulta positivo al COVID-19. La TAC torace documenta alterazioni enfisematose con aspetto reticolare e a vetro smerigliato con SO2 90%. Ricoverato allo Spallanzani è stato sottoposto a terapia con alti flussi fini alla necessità di NIV alternato a VentiMask 40%. Durante il ricovero ha presentato varie complicanze infettive e una ipostenia arto inferiore dx con riduzione della sensibilità.	Ginnastica respiratoria con mobilizzazione toracica, allungamento dei muscoli respiratori.
Pz3	59aa	Niente di rilevante nell'anamnesi pregressa. Il 22 settembre 2020 si manifeste sintomatologia febbrile e astenia. Viene pertanto si ricovera all'INMI L. Spallanzani con tampone positivo al Covid-19. La TAC presentava addensamenti multipli bilaterali a vetro smerigliato. Durante il ricovero è stato somministrato O2 ad alti flussi tramite C.PAP con progressivo miglioramento.	Ginnastica respiratoria per migliorare la percezione del corretto movimento diaframmatico e motoria per la coordinazione respiro-movimento. Cyclette in aria ambiente da 4' a 25 W a 10' a 35W.
Pz4	45aa	Deficit ventilatorio ostruttivo. In data 10 gennaio 2021 il pz. Risulta positivo al COVID-19 con alterazione della temperatura corporea e blanda difficoltà respiratoria. Il tampone è risultato negativo il 1 febbraio.	Esercizi respiratori per coordinazione respiro movimento. Cyclette in aria ambiente da 10' a 30 W a 20' a 30 W.
Pz5	56aa	Artrite rematoide. Positiva al tampone molecolare al Covid-19 il 1/11/2020 si è negativizzata il 31/11/2020. Paucisintomatica, trattata a domicilio, non riferisce grandi problematiche a livello respiratorio. La TAC evidenzia piccole aree da polmonite interstiziali nel segmento esterno del lobo medio e del lobo superiore del polmone sinistro.	Esercizi di mobilizzazione toracica. Coordinazione respiro- movimento

RISULTATI

Saturazione (SpO2) misurata con pulsiossimetro a dito (pulsossimetro Pulse Oximeter)

Paz N.	Saturazione pre trattamento	Saturazione post trattamento
n.1	91%	95%
n.2	95%	95%
n.3	96%	99%
n.4	95%	99%
n.5	98%	99%

Frequenza cardiaca misurata con pulsossimetro

Paz N.	Frequenza cardiaca pre trattamento	Frequenza cardiaca post trattamento
n.1	72	83
n.2	79	70
n.3	79	71
n.4	70	82
n.5	98	73

Punteggi alla scala di Borg

Paz N.	Punt. Scala di Borg pre trattamento	Punt. Scala di Borg post trattamento
n.1	4	1
n.2	4	2
n.3	4	2
n.4	6	1
n.5	3	2

Punteggi al 6WT(six minute walking test) o test del cammino

Paz N.	Punt. 6WT aria ambiente pre trattamento	Punt. 6WT aria ambiente post trattamento
n.1	390 m	430 m
n.2	430 m	500 m
n.3	330 m	370 m
n.4	400 m	480 m
n.5	400 m	420 m

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Data la peculiarità dei pazienti, l'approccio terapeutico, in special modo nelle fasi iniziali, è stato necessariamente cauto. La condizione fisica, ma soprattutto lo stato emotivo di timore nell'affrontare gli esercizi, che, in generale, ritenevano di non essere in grado di svolgere, ha reso necessario una gradualità nell'incremento del carico. Ciò nonostante in tutti i soggetti già dalla terza/quarta seduta si è potuto apprezzare un miglioramento nell'esecuzione di quelle attività che nelle sedute precedenti provocavano dispnea. A nostro avviso questo risultato è stato reso possibile dal miglioramento della coordinazione respiro- movimento. I cambiamenti più evidenti si sono verificati nel paziente più giovane del gruppo, che inizialmente era il più spaventato, ma che nel corso delle sedute ha mostrato il maggior margine di recupero. L'analisi dei valori dei parametri ottenuti nella valutazione effettuata a termine delle dieci sedute mostra, sia pure in percentuali differenti, un generale trend di miglioramento. Il grado di miglioramento individuale è stato condizionato dalle patologie pregresse e dagli esiti lasciati dal Covid-19.

CONCLUSIONI

I limiti metodologici dello studio, in primis la ristrettezza del campione e l'assenza dei soggetti di controllo, impediscono di trarre conclusioni generalizzabili ma costituiscono, a nostro avviso, un segnale incoraggiante per proseguire la ricerca e persistere in una modalità assistenziale di cui aumenta progressivamente la necessità. Da sottolineare inoltre come la dicotomia tra attività assistenziale e attività di ricerca non sia più attuale e come in ambito assistenziale, con i necessari supporti metodologici e le adeguate risorse, si possa fare ricerca clinica di buona qualità. E ciò a vantaggio del livello di soddisfazione del personale impegnato, della qualità dei servizi offerti dal SSN ed in ultima analisi dei pazienti che ricorrono alle cure dei sanitari. Lo studio, sia pure con i gravi limiti metodologici che lo caratterizzano presenta un trend di miglioramento dei pazienti covid seguiti con un protocollo personalizzato di fisioterapia respiratoria ed è pertanto suggestivo di ulteriori risultati, raggiungibili con il superamento dei limiti evidenziati.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Fisioterapisti Respiratori.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

3 mesi.

BIBLIOGRAFIA

- Balke B., A simple field test for the assessment of physical fitness, rep 63-6. Rep.Civ Aeromed Res Inst US !963; 1-8.
- Boldrini P, Bernetti A, Fiore P; SIMFER Executive Committee and SIMFER Committee for international affairs. "Impact of COVID 19 outbreak on rehabilitation services and 'Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy". An official document of the Italian PRM Society (SIMFER) [published on line ah ead of print, 2020Mar16]. Eur J Phys Rehabil Med.2020;10.23736/S19739087.20.062565.
- Borg G., Borg's perceivedand paine scales. Human Kinectics, 1998.
- Enright PL, McBurnie MA, Bittner V, et al, The 6-min walk test: a quick measure of functional status in elderly adults, Chest 2003; 123(2): 387-98.
- Lazzeri M et al. Respiratory physiotherapy in patients with COVID 19 infection in acute setting: a Position Paper of the Italian Association Respiratory Physiotherapists (ARIR). Monaldi Arch Chest Dis 2020; 90:1285.
- Vitacca M et al, Joint statement on the role of respiratory rehabilitation in the COVID-19 crisis Respiration. 2020 May 19:1-7. doi: 10.1159/000508399. Online ahead of print.
- WHO. Global surveillance for human infection with coronavirus disease (COVID2019). https://www.who.int/publications-detail/global-surveillance-forhuman-infectionwithnovelcoronavirus-(2019-ncov).
- Zhu N, Zhang D, Wang W, et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020. N Engl J Med. 2020; 382: 727-733.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

ANALISI E REVISIONE DEI PROCESSI IN RISPOSTA AL COVID-19

L'esperienza dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

REFERENTI:

Dott.ssa Daniela Orazi	Direttore Sanitario
Dott.ssa Lucia Mitello	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Dott.ssa Cesira Piscioneri	Responsabile UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera
Dott.ssa Vanessa Mondillo	Dirigente Medico Direzione Sanitaria UOSD Igiene e Tecnica Ospedaliera

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

INTRODUZIONE

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini (AOSCF) di Roma, è ubicata nel quadrante sud-ovest di Roma. Occupa una area complessiva di 238.000 mq con una superficie coperta di 53.400 mq. Inaugurata nel 1929, ha subito nel corso dei decenni plurime rimodulazioni organizzative che ne hanno caratterizzato l'identità e accresciuto il prestigio nel panorama assistenziale. Oggi l'Azienda Ospedaliera di rilevanza nazionale, è sede di un DEA di II livello e rappresenta il centro Hub per la maggior parte delle reti assistenziali tempo-dipendenti della Regione Lazio, con riferimento ai seguenti ambiti: Rete dell'Emergenza, Rete del Trauma grave e del Neurotrauma, Rete dell'Ictus, Rete Emergenza Cardiologica, Rete Emergenza Cardiochirurgica, Rete Perinatale, Rete Emergenza Pediatrica). Il modello ordinario di gestione delle attività sanitarie è assicurato attraverso il Dipartimento, come di seguito specificato: Dipartimento Cardio-Toraco-Vascolare, Dipartimento Emergenza- Accettazione e delle Chirurgie Specialistiche, Dipartimento Donna Bambino, Dipartimento Oncologia e Medicine Specialistiche, Dipartimento Testa Collo e delle Neuroscienze, Dipartimento delle Diagnostiche, Dipartimento interaziendale Trapianti, Dipartimento delle Professioni Sanitarie. L'Ospedale risulta strutturato in 15 padiglioni, con un edificio centrale (Padiglione Piastra) e 14 dislocazioni periferiche. L'AOSCF ha una dotazione di 857 posti letto ordinari e 151 posti letto di day hospital, sono presenti due degenze di week hospital, una di chirurgia polispecialistica e una di cardiologia. Per quanto concerne le attività chirurgiche, l'AOSCF consta attualmente di sei blocchi operatori articolati in 24 camere operatorie.

Le attività di Pronto Soccorso sono organizzate in tre articolazioni funzionali, dislocate in aree differenti: Pronto Soccorso generale presso il Padiglione Piastra lato est; il Pronto Soccorso pediatrico presso il Padiglione Piastra lato ovest; il Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico presso il Padiglione Sala. L'offerta assistenziale dell'AOSCF, ampissima in termini di volumi e varietà delle attività, si trova di fatto riflessa nella impostazione strutturale che necessita di capacità di governo complesse, dinamiche, robuste e organiche che sappiano essere da sintesi valida per garantire le necessità specifiche locali nel rispetto di un indirizzo funzionale uno e univoco.

I dati relativi al 2019 riportano elevati volumi di attività: nell'anno in oggetto gli accessi in Pronto Soccorso Adulti sono stati 50.264, 7.611 nel Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, 14.045 nel Pronto Soccorso Pediatrico; i ricoveri ordinari sono stati 25.973, 13.052 i ricoveri in regime di day hospital e 613 in regime di day surgery.

ANALISI DEL CONTESTO

L'emergenza sanitaria connessa alla pandemia da virus SARS-CoV-2 ha determinato una radicale trasformazione delle attività ospedaliere, comportando la revisione dei processi assistenziali, dei flussi dei pazienti e dei flussi trasversali. Il piano adottato dalla Regione Lazio infatti, fin dall'inizio dell'emergenza, ha visto la realizzazione di una rete di ospedali Hub e Spoke (9 aree denominate con lettere dalla A alla I), che consente oggi di disporre di oltre 2.000 posti letto di degenza ordinaria e oltre 500 di terapia intensiva, dedicati alla gestione di pazienti COVID-19. In questo contesto, per dare una risposta all'incremento di richiesta assistenziale dei pazienti COVID, l'AOSCF è stata individuata come struttura Spoke dell'area E. Inoltre, la Regione Lazio ha continuato a garantire negli ospedali Hub le emergenze delle reti Tempo-Dipendenti, secondo una serie di rimodulazioni per cui l'AOSCF ha contestualmente riassorbito le attività della Rete Cardiochirurgica e della Rete Ictus di altri Hub regionali. Alla luce dell'andamento epidemiologico è stata di fondamentale importanza la revisione dei *lay-out* e dei flussi di pazienti sia interni che esterni. In linea con la normativa nazionale e regionale, sin dall'inizio dell'emergenza, si è provveduto alla revisione del percorso *outpatient*, alla revisione dei layout e del percorso *inpatient*, dal Pronto soccorso, alle aree di diagnostica e alle aree di degenza dedicate ai pazienti con patologia SARS-CoV-2. La situazione emergenziale ha reso necessaria l'istituzione di una *task force* (costituita da figure professionali che operano nell'ambito dei servizi assistenziali e organizzativi dell'Azienda) con lo scopo di supportare le strategie e le decisioni aziendali e l'attivazione di un sistema di comunicazione *on time* finalizzato al monitoraggio continuo di alcuni dati (n. pazienti COVID e n. di pazienti non COVID presenti in Pronto Soccorso, disponibilità di posti letto COVID, eventuale presenza di pazienti COVID in reparti non COVID) che hanno consentito la rimodulazione costante dell'offerta ospedaliera grazie alla flessibilità del sistema.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

RISULTATI

- Istituzione di *check point* agli ingressi dell'ospedale con misurazione della temperatura corporea per pazienti e operatori sanitari.
- Reingegnerizzazione degli spazi dedicati all'assistenza sanitaria. La separazione dei flussi tra pazienti COVID e non-COVID e la definizione delle tecnologie necessarie per l'assistenza dei pazienti a diversi livelli di intensità ha richiesto una ridefinizione dei *lay-out* e degli spazi, con l'apertura di nuove aree assistenziali e la trasformazione di altre. In considerazione del continuo modificarsi della situazione epidemiologica, il modello operativo dell'ospedale è stato in parte riprogettato e rimodulato nel tentativo di dare risposte rapide e appropriate alla domanda sanitaria. Grazie alla flessibilità del sistema è stato possibile, in particolari situazioni, riconvertire e trasformare rapidamente alcune strutture.

Elementi fondamentali nella riprogettazione di alcuni spazi sono stati la capacità di modificare e separare interi reparti, la predisposizione di sistemi di monitoraggio e ventilazione, la creazione di aree a pressione negativa, la realizzazione di aree di vestizione e svestizione, con percorsi separati.
Il rapido adattamento e la flessibilità del sistema sono stati elementi fondamentali per fronteggiare l'emergenza e gestire il flusso dei pazienti. Stante l'andamento della pandemia sono stati necessari alcuni adeguamenti strutturali ed organizzativi presso il Pronto Soccorso adulti, al fine di garantire maggiori spazi assistenziali per i pazienti COVID-19, nonché consentire la separazione dei flussi dei pazienti COVID dai pazienti non COVID. Trasformazione di 133 posti letto dedicati ai pazienti con patologia SARS-CoV-2, con un elevato gradi di flessibilità in funzione dell'andamento epidemiologico regionale e nazionale. Creazione di una area di degenza dedicata ai pazienti sintomatici che hanno effettuato un tampone naso faringeo e sono in attesa di esito. Creazione di una sala operatoria dedicata alle urgenze indifferibili dei pazienti con patologia SARS-CoV-2.

- Parallelamente agli interventi di tipo strutturale, che hanno permesso di contingentare fisicamente i pazienti in coorti di differente tipologia di rischio, si è provveduto ad interventi non strutturali ma organizzativi per ridurre l'accesso e la concentrazione dei pazienti in un dato luogo fisico.

Si è provveduto alla riorganizzazione dell'attività ambulatoriale, dopo sospensione come da normativa regionale, con revisione delle agende, redistribuzione delle attività su più fasce orarie per evitare assembramenti; triage telefonico, compilazione di un questionario costruito realizzato ad hoc all'ingresso dei pazienti. Avvio del programma di Telemedicina. Al tempo stesso, nell'ambito dell'attività chirurgica elettiva si è avviata la revisione del percorso di pre-ospedalizzazione con elaborazione di uno screening realizzato ad hoc per i pazienti che devono essere sottoposti ad intervento chirurgico elettivo con programmazione di un tampone naso faringeo da effettuarsi 48 ore prima del ricovero.

- Implementazione di un sistema di Sorveglianza sanitaria per operatori per la rilevazione di cluster all'interno dell'Azienda. Tra le criticità che l'Azienda ha dovuto sostenere occorre evidenziare la gestione del rischio di contagio degli operatori sanitari, in prima linea nella gestione dell'emergenza, in un momento di aumento della fatica fisica, aumento dei turni di lavoro. Le criticità dei pazienti sono state strettamente interconnesse alla capacità della Medicina del lavoro e della Medicina occupazionale di proteggere gli operatori sanitari, non solo come cittadini portatori di diritto ma anche come fattori di produzione necessari alla sostenibilità del sistema, sviluppando nuove integrazioni tra Direzione strategica e Medicina del lavoro. Nell'ospedale inteso come sistema produttivo, la prevenzione del contagio e la protezione del personale hanno assunto una valenza cardinale, il cui fallimento avrebbe comportato la chiusura di reparti e servizi e la riduzione della capacità recettiva del sistema o la creazione di focolai epidemici interni, con ricadute importanti sia in termini umani che mediatici. Nel corso dell'emergenza sanitaria sono state messe in atto diverse iniziative finalizzate alla valutazione dello stato di salute degli operatori sanitari e alla gestione degli eventi epidemici:
  - esecuzione di tamponi nasofaringei molecolari con cadenza bisettimanale per gli operatori a rischio di contagio operanti presso i Pronto Soccorso e le degenze Covid-19;
  - screening periodico con tampone antigenico rapido per gli operatori sanitari operanti nelle altre aree dell'Azienda;
  - indagine di siero-prevalenza sugli operatori sanitari.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Gli strumenti di diagnosi sierologica, congiuntamente alla indagine epidemiologica, hanno fornito un utile contributo per dimensionare il fenomeno e l'estensione dell'eventuale trasmissione nosocomiale all'interno dell'Azienda. È stato attivato un sistema integrato di comunicazione on time di eventuali tamponi nasofaringei risultati positivi in operatori sanitari, al fine di attivare tempestivamente l'isolamento domiciliare e il successivo tracciamento dei contatti stretti. Nel corso dell'emergenza sanitaria, quando l'Azienda ha dovuto fronteggiare la carenza di risorse umane e la contestuale difficoltà nell'esecuzione di tamponi naso faringei molecolari in ambito territoriale, a causa dell'aumentata domanda assistenziale, è stato implementato un percorso specifico per la valutazione del rientro in servizio dell'operatore sanitario risultato positivo al Covid-19, secondo le indicazioni ministeriali e regionali. A tale scopo è stato attivato un ambulatorio per l'esecuzione di tamponi nasofaringei molecolari di operatori sanitari asintomatici, secondo gli schemi di seguito definiti.

CONCLUSIONI

L'emergenza sanitaria ci ha insegnato che per rispondere in maniera efficace ai bisogni di salute è necessario identificare percorsi di cura appropriati; in questo contesto, appare fondamentale la possibilità di utilizzare le risorse al momento giusto (posti letto, attrezzature tecnologiche, personale con competenze cliniche adeguate, dispositivi medici, tamponi, referti diagnostici, ecc.).

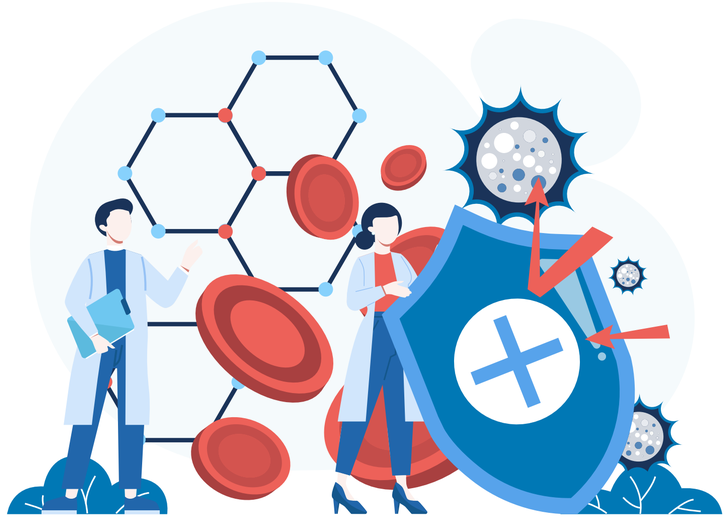
L'*operation management* è stato uno strumento prezioso per tracciare le linee di azione e i percorsi di cura intorno al paziente, per poter allocare le risorse nella maniera più appropriata ed efficiente. L'adozione di azioni integrate, ponderate e modulari ha permesso all'organizzazione di rispondere ai bisogni di salute della popolazione che sono variati, coerentemente con la condizione epidemiologica, in maniera mai osservata in precedenza. Buona parte dell'apprendimento organizzativo rimarrà patrimonio culturale anche una volta terminata l'emergenza pandemica e l'esperienza maturata in termini di adozione di strumenti di lavoro nuovi ed agili, quali il telelavoro e il teleconsulto, permetterà di mantenere le modifiche virtuose anche per il futuro. La Sanità Pubblica ha assunto un ruolo centrale, attivo e di iniziativa. Il Servizio Sanitario sarà centrale per la ricostruzione del nostro paese e speriamo ne sarà l'orgoglio.

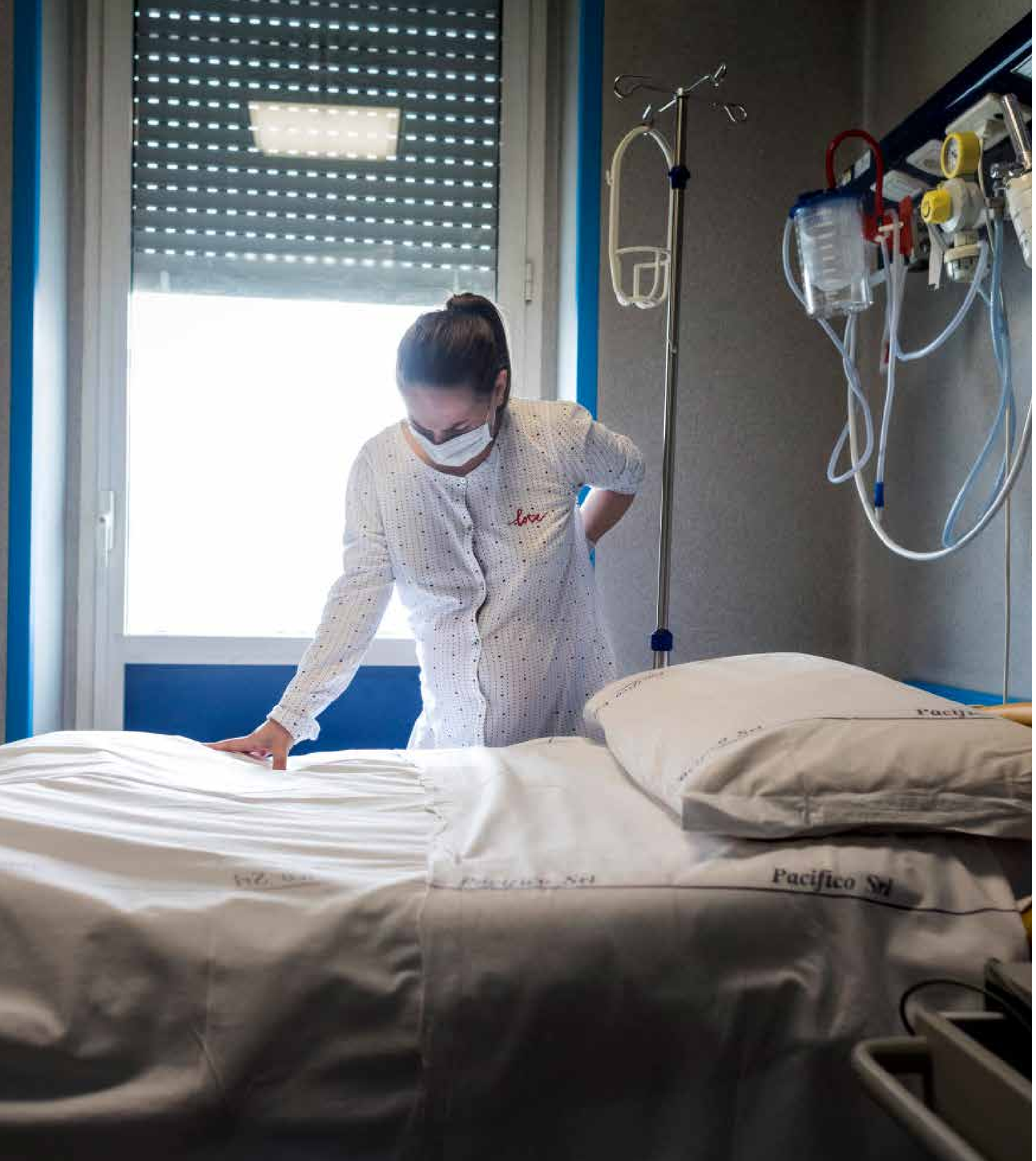
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Operatori Sanitari dell'AOSCF.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

In corso di continua revisione e aggiornamento sulla base dell'andamento della situazione epidemiologica.





Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

PANDEMIA DA SARS-COV2:
una nuova esperienza assistenziale per la gravidanza, il parto e il puerperio

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
Dipartimento Salute della Donna e del Bambino

REFERENTI:

Dott.ssa Pierina Coscarella	Incarico Organizzativo Governo Professione Ostetrica
Dott. Francesco Rasi	C.P.S. Ostetrico
Dott.ssa Martina Crescentini	C.P.S. Ostetrica

Foto di Luca Catalano Gonzaga

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

Il dipartimento Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma ha garantito i suoi servizi anche all'utenza SARS-CoV-2 positiva, nonostante non sia stata individuata come hub per tale tipo di utenza, come da Linee di indirizzo generali regionali. Il dipartimento ha quindi adottato nuovi protocolli e procedure per assicurare i servizi necessari e fondamentali per gravidanza, parto e puerperio a donne e famiglie SARS-CoV-2 positive e non, differenziando i percorsi assistenziali, garantendo la sicurezza degli assistiti e del personale coinvolto. I dati ricavati da un'indagine temporale dal mese di Novembre 2020 (accesso della prima paziente SARS-CoV-2 positiva) a Gennaio 2021 mostrano come le modifiche nei percorsi assistenziali di presa in carico, assistenza, degenza e dimissione delle pazienti, abbiano assolto all'obbligo di prevenire il contagio tra le pazienti stesse e tra il personale impegnato nei differenti servizi e *setting* operativi.

INTRODUZIONE

Il Dipartimento della Salute della Donna e del Bambino dell'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini di Roma garantisce i seguenti servizi di ostetricia e neonatologia: al piano terra, ambulatori ostetrico-ginecologici/ neonatologici ed il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico; al secondo piano, i reparti di Patologia Ostetrica e Puerperio fisiologico, con il Nido Osservazione – rooming-in; al terzo piano, la Sala parto/C.O. e la Terapia Intensiva Neonatale.

Tra le strutture della rete perinatale della Regione Lazio, l'A. O. San Camillo Forlanini non è stata individuata come hub di afferenza per l'utenza SARS-CoV-2 positiva che necessita dei servizi materno-infantili, e quindi per la gravidanza ed il parto (Nota n. 0237102 del 20/03/2020, Regione Lazio). Le gestanti con un andamento della gravidanza in normale evoluzione che presentano sintomi simil-influenzali e/o respiratori e rispondono ai criteri di definizione del caso in valutazione devono seguire il percorso indicato nelle Linee di indirizzo generali regionali *(Linee Di Indirizzo Per La Predisposizione Dei Piani Aziendali Di Preparazione E Risposta All'emergenza Covid-19 - Area Ostetrico-neonatologica – Revisione n° 3 del 20/04/2020, Regione Lazio)*. Nonostante quanto detto, nel corso di questa pandemia, gestanti risultate positive al SARS-CoV-2 sono comunque affluite nel Dipartimento Salute della Donna e del Bambino dell'A. O. San Camillo Forlanini.

La diffusione della malattia ha richiesto, in breve tempo, una rivisitazione delle pratiche assistenziali, come la creazione di nuove procedure e protocolli specifici da diffondere velocemente a tutto il personale sanitario in servizio, per garantire sia la salute e la sicurezza degli operatori che delle pazienti. La gestione delle gravidanze, l'assistenza al travaglio e al parto, così come l'approccio alle puerpere e ai loro neonati hanno subito modificazioni importanti a partire dalla suddivisione degli spazi, per permettere l'isolamento delle pazienti con sospetto di infezione, o infezione conclamata. È stato necessario ripensare l'accesso ai locali del Dipartimento con percorsi separati prestabiliti e l'elaborazione di linee di comportamento specifiche circa l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuali a seconda dei casi.

ANALISI DEL CONTESTO

L'Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini ha dovuto garantire i servizi necessari e fondamentali per gravidanza, parto e puerperio a donne e famiglie SARS-CoV-2 positive note, non trasferibili presso i centri regionali di riferimento (per carenza di posti letto o per indifferibile urgenza) e a pazienti positive identificate in un secondo momento, durante la degenza.

Per identificare meglio la struttura è utile sottolineare le prestazioni garantite e l'affluenza alle stesse. Il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico ha totalizzato 6042 accessi solo nell'annualità 2020, con un totale di 2168 ricoveri (il 35,9%). Nel 2020 il numero delle nascite è stato pari a 1873 ed il numero delle ITG (Interruzioni Terapeutiche di Gravidanza) a 146. I reparti di Puerperio e di Patologia ostetrica constano rispettivamente di 22 e 20 posti letto, per un totale di 42 unità di degenza. L'attività ambulatoriale ostetrico-ginecologica offre molteplici servizi e nell'anno 2020 sono state erogate 13.482 prestazioni: la pandemia non ha dunque fermato l'attività degli ambulatori che hanno continuato a garantire le loro attività a gestanti e non, senza interruzioni. A titolo esemplificativo e per sottolineare ancora di più l'attenzione dedicata alla salute della sfera femminile è utile riportare qualche dato. Le prime visite ginecologiche sono state **650**, mentre le prime visite ostetriche **733**. Gli appuntamenti successivi per ambo le tipologie di prestazioni sono stati rispettivamente **314** e **2762**.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

I ritorni delle visite in gravidanza costituiscono un'ampia fetta delle prestazioni ambulatoriali erogate e sono la dimostrazione che, anche durante il periodo pandemico, sono stati garantiti tutti i servizi fondamentali e previsti dalla legge per le gravidanze fisiologiche e a rischio. Nel loro complesso, sommando l'insieme delle prime visite ginecologiche, le prime visite ostetriche e tutte le seguenti visite di entrambe le aree, si ottiene un totale di n. **4459** visite, ben il **33,07%** di tutte le prestazioni ambulatoriali erogate nell'annualità 2020 (**n. 13482**). Sono state eseguite 2581 ecografie per le donne in gravidanza, nelle diverse epoche gestazionali e con differente metodica a seconda dell'indicazione medica, e **1112** prestazioni di cardiotocografia NST (Non Stress Test).

Nell'ambito delle cure materno-infantili e perinatali, le più recenti evidenze scientifiche ci dimostrano che la trasmissione del SARS-coV-2 ai neonati avviene primariamente attraverso *droplets* respiratori («goccioline di *flugge*») nel periodo post-natale, quando i neonati sono maggiormente a contatto con la madre e gli operatori sanitari. L'infezione da Covid-19 nel neonato è comunque poco frequente e la probabilità di infezione non è maggiore in caso di parto spontaneo, allattamento al seno, o permanenza del neonato con la mamma dopo la nascita *(Walker K F et al., 2020, citato da Royal College Of Obstetricians & Gynaecologists [RCOG], 24 luglio2020)*. La possibilità di infezione durante il periodo di vita intrauterino, intrapartum o peripartum si è dimostrata evenienza rara e contemplata in minor misura in limitati report di studio *(Centre for Disease Control and Prevention [CDC], 2020 e Ministero della Salute, 15 febbraio 2021)*. Le donne in gravidanza non sembrano essere a maggior rischio di contrarre l'infezione da Covid-19 rispetto al resto della popolazione. La maggior parte delle donne in gravidanza, in caso di infezione da Covid-19, manifestarà solo sintomi influenzali/simil-influenzali lievi, o moderati *(Istituto Superiore di Sanità [ISS], 31 maggio 2020)*. È opportuno che il/la professionista sanitario/a che assiste la donna in gravidanza, al parto e al puerperio, raccomandi alle pazienti le comuni azioni di prevenzione primaria, che prevedono l'igiene frequente e accurata delle mani e l'attenzione ad evitare il contatto con soggetti malati o sospetti, secondo le raccomandazioni regionali del Ministero della Salute e delle istituzioni internazionali *(Regione Lazio, 20 aprile 2020)*.

È assicurata la normale assistenza al travaglio e al parto spontaneo e cesareo e deve essere predisposto il percorso più idoneo per garantire l'assistenza ostetrica al *rooming-in* e al puerperio, tenendo conto anche della necessaria protezione degli operatori sanitari. Presso il Dipartimento Salute della Donna e del Bambino dell'A.O. San Camillo Forlanini è sempre stata garantita la presenza del *partner*/persona di fiducia della donna, al travaglio e al parto, previa procedura di triage già in uso per le gestanti e con i Dispositivi di Protezione Individuali adeguati. Alle donne ed ai loro bambini, in situazioni che non necessitano di cure materne e/o neonatali di particolare intensità, dovrebbe essere garantita la vicinanza indisturbata nel periodo del *post-partum (skin to skin)*. Le donne, in caso di sospetta o confermata infezione da Covid-19, andrebbero supportate e garantita loro la possibilità di rimanere vicino ai loro bambini *(skin to skin, kangaroo care)*, se questi ultimi non necessitano di cure mediche particolari sul momento. Le evidenze attualmente a disposizione ci suggeriscono che il rischio per il neonato di contrarre il Covid-19 dalla madre è basso ed ulteriori dati a disposizione confermano che per il neonato non vi è alcuna differenza di rischio di contrarre il SARS-CoV-2 sia se tenuto in una stanza separata, che nella stessa con la madre *(Centers for Disease Control and Prevention, 2020)*. Le donne, in caso di sospetta o confermata infezione da SARS-CoV-2, dovrebbero essere incoraggiate ad allattare al seno, se questa è la loro volontà (Ministero della Salute, 15 febbraio 2021 e ISS, 31 maggio 2020). Garantire il massimo supporto a tutte le donne in gravidanza, come prima della pandemia, specialmente alle donne che vivono in condizioni di avversità (povertà, senza fissa dimora, abuso di sostanze alcoliche o stupefacenti, rifugiati politici, vittime di abusi domestici e con problemi di salute mentale), rientra da sempre tra gli obiettivi del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino dell'A. O. San Camillo Forlanini.

Alla luce di quanto finora detto, i percorsi assistenziali hanno subito modifiche necessarie nei vari ambiti di permanenza della gestante positiva o sospetta tale: dall'accesso al Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, alla sua permanenza in Ostetricia, sia prima che dopo il parto con il neonato, in Sala travaglio/ parto e in Camera Operatoria (in caso di taglio cesareo).

In Pronto Soccorso ostetrico-ginecologico, considerata la situazione epidemiologica, vengono applicate tutte le azioni preventive necessarie: esecuzione del *pre-triage* e compilazione della relativa scheda; adozione di tutte le misure previste dalle procedure aziendali (utilizzo dei Dispositivi di Protezione

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

Individuali, rilevazione della temperatura), isolamento cautelativo delle pazienti individuate come sospette. La paziente identificata dal *pre-triage* come caso sospetto viene immediatamente inserita in un percorso specifico, e posta in isolamento in una stanza dedicata all'interno del Pronto Soccorso stesso. La stanza con annesso bagno, possiede requisiti inerenti il ricambio d'aria (possibilità di aerarla ad intervalli regolari), non vi sono ammessi visitatori e gli operatori vi devono accedere indossando i D.P.I. come previsto dalle direttive aziendali -calzari, camice o tuta, cuffia, occhiali protettivi o visiera, mascherina FFP2, doppi guanti-. In questa fase la donna viene presa in carico dal personale in servizio (ginecologo, ostetrica/o e infermiera/e), ognuno per le proprie competenze e per i bisogni della donna.

Si distinguono le seguenti ipotesi:

1. Gestanti asintomatiche con esito del test rapido antigenico NEGATIVO: rientrano nel percorso standard.
2. Gestanti sintomatiche con esito del test antigenico rapido POSITIVO, eseguono il Tampone Naso-Faringeo molecolare di conferma; il ginecologo inserisce il nominativo sulla piattaforma per la ricerca posto letto negli ospedali con Maternità Covid.
3. Gestanti sintomatiche con esito del test rapido antigenico NEGATIVO, che eseguono il TNF molecolare: tali pazienti, fino a definizione della diagnosi, dovranno essere considerate come sospette SARS-CoV-2 positive e, se le condizioni ostetriche lo permettono, attendere l'esito del Tampone Naso-Faringeo in isolamento presso il pronto soccorso. Se dovessero invece necessitare di ricovero per motivi di ordine generale o specificatamente ostetrico-neonatologici (imminenza del parto, minaccia di parto pretermine…), potranno essere ricoverate presso:
   - Unità Operativa Sala Parto/Camera Operatoria: nella stanza n. 3 comunicante con la stanza n. 4 (organizzata per essere utilizzata come ambiente di svestizione), dotata di bagno dedicato e con la possibilità di effettuare cambi d'aria ad intervalli regolari;
   - Degenza ostetrica (U.O. Puerperio): nella stanza n. 34/35, comunicante con la stanza n. 32/33 (organizzata per essere utilizzata come ambiente di svestizione).

Al fine di migliorare la sicurezza e la serenità della donna è fortemente consigliata l'assistenza al parto secondo il modello *"one to one"*, ovvero l'ostetrica che inizia l'assistenza al travaglio/parto la conduce fino alla nascita (questa modalità riduce al minimo la possibilità di diffusione del virus). La gestante deve indossare la mascherina chirurgica, durante tutte le fasi del parto e del *post-partum*. Il futuro genitore può essere presente durante il travaglio e il parto se in possesso di un tampone per SARS-CoV-2 negativo (antigenico rapido o molecolare) non antecedente alle 48/72 ore. Se la gestante giunge al pronto soccorso ostetrico-ginecologico in travaglio attivo, il tampone antigenico rapido all'accompagnatore di fiducia viene eseguito dal personale sanitario del pronto soccorso stesso.

Alla nascita del neonato viene garantita la presenza del ginecologo e del neonatologo. L'ostetrica/o che assiste il parto e se possibile una/un seconda/o ostetrica/o di supporto, insieme all'infermiere, indossano tutti i D.P.I. rispettando la sequenza indicata nella procedura aziendale (calzari, camice di categoria 3 o tuta, cuffia, occhiali protettivi o visiera, mascherina FFP2, doppi guanti). La procedura di svestizione deve avvenire nella stanza n. 4 della sala parto, rispettando la sequenza prevista e che può essere osservata sul poster affisso sulla parete e, se possibile, con la supervisione di un secondo operatore. Tutti i D.P.I. ed i presidi utilizzati vengono smaltiti all'interno degli appositi contenitori per lo smaltimento dei rifiuti sanitari potenzialmente infatti (R.O.T.), mentre la biancheria segue il percorso della teleria infetta.

Per l'esecuzione del parto cesareo, in accordo con gli anestesisti, è stato costituito uno specifico carrello nel quale sono disponibili tutti i medicinali ed i presidi necessari per un parto cesareo. La disponibilità di un carrello dedicato consente una significativa riduzione della possibile contaminazione dei supporti e dei presidi normalmente presenti. La camera operatoria, gli ambienti antistanti (area filtro, lavaggio chirurghi) e l'area per l'assistenza neonatale, una volta terminato l'intervento, vengono sanificati e puliti dalla specifica squadra di operatori presenti in azienda.

La puerpera (sia di parto cesareo che spontaneo) rimarrà in isolamento nella stanza n. 3 insieme al proprio neonato, che verrà visitato dal neonatologo e sottoposto alle profilassi necessarie. Se il neonato necessita di trattamento neonatologico o di terapia intensiva, in incubatrice e con personale dotato di D.P.I., viene trasportato in Terapia Intensiva Neonatale.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

La neo mamma viene informata delle misure precauzionali da adottare nei confronti del neonato: lavarsi sempre le mani prima di allattare o prendere il neonato, indossare sempre la mascherina chirurgica durante l'allattamento o nel corso di altre procedure a contatto con il neonato e nel corso della degenza con il rooming-in tenere la culla del neonato ad almeno 2 metri di distanza dal proprio letto, mantenendo una buona visuale sullo stesso.
Alla dimissione la neo-mamma SARS-CoV2 positiva asintomatica viene inviata in isolamento domiciliare con il/la neonato/a. Per il loro trasporto si contatta il servizio dedicato ARES -118. Invece, la neo-mamma SARS-CoV2 positiva sintomatica, alla dimissione viene inviata presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Palidoro con il/la neonato/a, secondo le modalità prestabilite.
La sanificazione e pulizia degli ambienti e dei percorsi di trasferimento da un'Unità Operativa all'altra e alla dimissione della puerpera, viene garantita dalla specifica squadra aziendale reperibile 24 ore su 24.

Oltre all'esigenza di rimodulare le procedure ed i protocolli per l'assistenza all'utenza positiva SARS-CoV-2 del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino, sono stati implementati una serie di interventi al fine di sensibilizzare e formare il personale sanitario coinvolto nelle procedure assistenziali, e di azioni per sorvegliare lo stato di salute degli operatori e prevenirne il contagio.
A partire dal mese di Dicembre 2020 e fino a Febbraio 2021 è stata resa disponibile alle/agli ostetriche/i ed infermiere/i delle UOC di Ostetricia e Ginecologia e Nido Osservazione/Rooming-in e UOC di Neonatologia e Terapia Intensiva Neonatale una Formazione A Distanza (FAD) sulla piattaforma aziendale dal titolo "Covid-19, madre e neonato: assistenza per gestanti, puerpere e i loro bambini ai tempi del Coronavirus". La formazione è stata resa obbligatoria per i 150 destinatari del corso ed è stata accreditata per 23,4 crediti ECM. Attraverso i moduli proposti sono state rinforzate le conoscenze e le competenze circa l'argomento presentato e le più recenti linee guida nazionali ed internazionali a supporto delle best practices nell'assistenza a madre-neonato-famiglia ai tempi del Coronavirus-2.
Dal mese di Novembre 2020 sono stati programmati, su base volontaria e con cadenza quindicinale, tamponi antigenici rapidi per la ricerca del SARS-CoV-2 a tutto il personale ausiliario, di supporto, infermieristico-ostetrico e medico in servizio presso il Dipartimento Salute della Donna e del Bambino. L'offerta attiva di uno screening quindicinale ha permesso di fornire maggiore tranquillità a coloro i quali intendono usufruirne ed un maggior controllo sulla diffusione del virus all'interno dell'organico ospedaliero.
Per il personale venuto a contatto con persona positiva al SARS-CoV-2 inizialmente non nota è stata attivata una procedura di controllo dello stato infettivo con tampone naso-faringeo molecolare a tempo zero e dopo 10 giorni dal contatto.

RISULTATI

Nel dipartimento Salute della Donna e del Bambino dell'A.O. San Camillo Forlanini sono afferite 11 pazienti positive al Coronavirus-2, dal mese di Novembre 2020 al mese di Gennaio 2021. Di queste pazienti, 9 hanno partorito presso la sala parto dell'A. O. San Camillo Forlanini, una è stata assistita per un'interruzione di gravidanza per morte endouterina (MEU) a 25 settimane di gestazione e un'altra, ricoverata presso l'unità di patologia ostetrica, dopo gli accertamenti del caso per la gravidanza, ha firmato la dimissione contro parere medico. La paziente assistita per MEU e otto delle pazienti che hanno partorito neonati sani a termine di gravidanza, sono state regolarmente dimesse, asintomatiche, con i neonati in buona salute e risultati negativi al tampone SARS-CoV-2, e inviate in isolamento domiciliare a mezzo trasporto dedicato (ARES -118). Per una delle puerpere invece, risultando sintomatica per Covid-19, è stato organizzato il trasporto presso l'Ospedale Pediatrico Bambino Gesù di Palidoro con il/la neonato/a, secondo le modalità prestabilite. Tutte le pazienti che hanno partorito neonati sani e a termine hanno espletato un parto vaginale, senza complicazioni e durante il loro ricovero con decorso fisiologico hanno effettuato il *rooming-in* con i propri nati nelle stanze di degenza, adibite per l'isolamento.
Il personale sanitario venuto a contatto con le suddette pazienti in un'iniziale fase di positività non nota, è stato prontamente identificato e sottoposto al programma di controllo obbligatorio con TNF molecolare a tempo zero e dopo 10 giorni dal contatto.

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

A tale scopo sono stati sottoposti a sorveglianza sanitaria più di 180 operatori sanitari e non, operanti nelle diverse U.U.O.O. del Percorso nascita: il risultato dei tamponi è stato nella totalità dei casi negativo, sia a tempo zero che dopo il periodo di sorveglianza sanitaria prestabilito.
Infine preme sottolineare come il 71,55% dell'organico ausiliario, di supporto, infermieristico-ostetrico e medico del dipartimento abbia aderito in prima istanza al piano vaccinale anti Covid-19 (n. 234 vaccinati su n. 327 totale dipendenti). La percentuale è in continua crescita vista la campagna di vaccinazione ancora attiva e le adesioni pervenute dopo il mese di gennaio 2021, termine temporale della raccolta dati proposta.

CONCLUSIONI

I numeri a nostra disposizione possono intuitivamente confermare che le modifiche nei percorsi assistenziali, dei protocolli e delle procedure di presa in carico, assistenza, degenza e dimissione delle nostre pazienti SARS-CoV-2 positive, sono state determinanti nel prevenire il contagio del personale impegnato nei differenti servizi e setting operativi. Numeri oggettivamente piccoli ma che nel contesto del Dipartimento Salute della Donna e del Bambino dell'A O. San Camillo Forlanini, non identificato come hub per l'utenza SARS-CoV-2 positiva, significano la buona riuscita delle modifiche assistenziali intraprese, a tutela dell'utenza e del personale sanitario.
La percentuale alta di operatori vaccinati con il vaccino anti Covid-19 è sinonimo di efficace sensibilizzazione e formazione sulla tematica (anche grazie all'intervento FAD) e di propensione e attenzione verso la sicurezza del comparto e dei propri pazienti, le mamme, i loro bambini e le famiglie.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Ostetriche/i, Infermieri/e, Medici (Ginecologi, Anestesisti, Neonatologi), personale di supposto e ausiliario.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Giugno 2020 – Gennaio 2021

BIBLIOGRAFIA

- Centers for Disease Control and Prevention. (2020). Evaluation and Management Considerations for Neonates At Risk for COVID-19. Disponibile in: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/hcp/caring-for-newborns.html [17/03/2020]
- Istituto Superiore di Sanità. (31/05/2020). Rapporto ISS COVID-19, n. 45/2020. Indicazioni ad interim per gravidanza, parto, allattamento e cura dei piccolissimi di 0-2 anni in risposta all'emergenza COVID-19. Roma: Istituto Superiore di Sanità.
- Ministero della Salute. (15/02/2021). Covid-19 - Dedicato a... . Disponibile in: http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioFaqNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=238#12 [17/03/2021]
- Regione Lazio. (20/03/2020). Nota n. 0237102 del 20/03/2020. Roma: Regione Lazio.
- Regione Lazio. (20/04/2020). Linee di indirizzo per la predisposizione dei Piani Aziendali di preparazione e risposta all'Emergenza Covid-19 - Area Ostetrico-Neonatologica, Revisione n. 3 del 20 aprile 2020. Roma: Regione Lazio.
- Royal College Of Obstetricians & Gynaecologists. (24/07/2020). Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. London: RCOG.
- Walker, K. F., O'Donoghue, K., Grace, N., Dorling, J., Comeau, J. L., Li W., Thornton, J. G. (2020). Maternal transmission of SARS-COV-2 to the neonate, and possible routes for such transmission: a systematic review and critical analysis. BJOG: an International Journal of Obstetrics & Gynaecology.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA
SAN CAMILLO FORLANINI

ATTIVAZIONE DI DUE CENTRI VACCINALI ALL'INTERNO DELL'AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO FORLANINI

Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini

REFERENTI:

Serenella Galletti	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Francesco Cuomo	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Roberta Delle Fratte	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Claudia Lorenzetti	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Enrico Lucifreddi	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Giuseppe Minnella	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Claudia Torretta	PO – Governo Assistenziale Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Stefano Salvatore	PO – Monitoraggio e Supporto attività Dipartimentali
Lucia Mitello	Direttore Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Katia Benettazzo	Infermiera Dipartimento delle Professioni Sanitarie
Anna Rita Marucci	PO – Governo Assistenziale DEU e Area critica

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

ABSTRACT

La risposta sanitaria alla Pandemia da SARS- COV 19 nel nostro Paese ha determinato la necessità di rimodulare e/o riconvertire alcune strutture sanitarie che per loro mission non avevano nessuna aderenza con le malattie infettive. Tali cambiamenti sono stati repentini ed hanno richiesto nuovi modelli organizzativi che hanno modificato le linee di attività proprie di un ospedale per acuti.

INTRODUZIONE

L'emergenza da pandemia COVID con la quale abbiamo iniziato a confrontarci nel marzo 2020 ha determinato profondi cambiamenti nel nostro SSN. Le organizzazioni hanno completamente rivisto le loro priorità di cura e assistenziali in base ai diversi INPUT ricevuti e sostanziati nelle numerosi decreti emanati a livello regionale. La nostra Struttura si è trovata quindi a seconda dell'andamento della curva epidemiologica e delle necessità del momento a dover erogare prestazioni che per sua caratteristica non erano di competenza quali DRIVE IN per tamponi e servizi vaccinali per utenza esterna. In altre parole l'Ospedale è dovuto entrare a supporto del territorio ed in sinergia con lo stesso al fine di raggiungere il prima possibile l'obiettivo comune di vaccinare il 70% della popolazione e avere in tempo reale l'andamento dei contagi della zona di riferimento.

ANALISI DEL CONTESTO

La prima difficoltà incontrata è stata quella di individuare l'area più adatta alla conversione in punto vaccinale che rispondesse ai criteri logistici che una struttura con questa finalità richiede (percorso unidirezionale, cartellonistica visibile, non dispersione dell'utenza, non intralcio con i percorsi in essere ecc..). A questa iniziale difficoltà si è sommata quella dell'allestimento dei locali in risposta alla nuova funzione assegnata (necessità di rete per anagrafica vaccinale, supporto informatico, gestione del flusso,ecc).

La direzione strategica a seguito di una approfondita analisi ha individuato la possibilità di attivazione di due (2) punti vaccinali il primo a tempo pieno per la somministrazione del Pfizer ubicato presso il padiglione Malpighi e il secondo solo nella fascia antimeridiana per la somministrazione del vaccino Astrazeneca situato all'interno del padiglione Antonini con contestuale trasferimento del Centro Prelievi presso altro Padiglione dell'ospedale. Tutto quanto sopra descritto ha determinato la necessità anche di reclutamento di risorse umane all'interno della nostra Azienda (infermieri, medici, amministrativi) che finalizzassero il processo vaccinale all'interno di questi due nuovi servizi.

Il reclutamento è avvenuto a seguito di una locandina interna, su base volontaria, con definizione dei criteri per la partecipazione e nel rispetto del principio di rotazione.

Gli infermieri selezionati sono stati formati per la gestione dei potenziali rischi avversi e individuato per singolo punto vaccinale e turno di servizio un infermiere Case Manager.

Il personale coinvolto, chiaramente, essendo l'ospedale comunque impegnato nelle sue attività ordinarie ha espresso la sua adesione al progetto in orario non istituzionale ma in regime di produttività aggiuntiva con compensi distinti in base al profilo di appartenenza.

RISULTATI

Dal 29 dicembre 2020 al 14 aprile 2021 sono state somministrate 40.794 dosi di vaccino così suddiviso: presso il punto vaccinale Malpighi (Pfizer) n.36.007 e presso il punto vaccinale Antonini (Astrazeneca) n.4787 (Grafico 1).

Le somministrazioni effettuate al punto vaccinale Malpighi hanno riguardato in prima battuta il personale sanitario afferente all'Azienda che aveva precedentemente manifestato l'adesione alla vaccinazione e successivamente alle categorie indicate dalle disposizioni normative. Gli slot di prenotazione per gli utenti esterni sono stati definiti dalla Regione Lazio. Presso il punto vaccinale Malpighi, le prime dosi somministrate sono state di 21.161 di cui 2970 al personale sanitario; le seconde dosi sono state 14.346 di cui 2.803 al personale sanitario (Grafico 2).

Il totale del personale sanitario vaccinato è di 5773 di cui prime dosi 2.970 e seconde dosi 2.803 (Grafico 3).

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA SAN CAMILLO-FORLANINI

CONCLUSIONI

Dai dati raccolti si evidenzia una difformità numerica relativa ai due centri vaccinali. Ciò è determinato da tre principali elementi: l'aspetto logistico dei centri vaccinali, le caratteristiche del vaccino utilizzato e il target di popolazione da vaccinare. L'attenzione maggiore va posta alle caratteristiche dei vaccini utilizzati: relativamente al vaccino Pzifer è necessario tener conto della complessità del processo di preparazione (rispetto della catena del freddo-scongelamento – diluizione-aspirazione 6 dosi / flaconcino da utilizzare entro 6 ore); e per il vaccino Astrazeneca l'aspirazione di 11 dosi/flaconcino, possibilità di riutilizzo di eventuali residui del flacone che possono essere riutilizzati successivamente se correttamente conservati (frigorifero temperatura 2°-4° x un max di 48/ore). È quindi evidente la criticità che determina l'obbligo di somministrare le dosi preparate (in siringa) per Pzifer entro 6 ore dalla loro preparazione e l'impossibilità di conservare un flaconcino già diluito ma che ha subito un prelievo di dosi.

Ci sentiamo di poter affermare – dai risultati ottenuti – che la Nostra struttura abbia risposto adeguatamente alle necessità della campagna vaccinale uscendo dalla sua tradizionale veste di Azienda Ospedaliera per acuti entrando in contesti che per definizione sono fino ad oggi appartenuti al territorio. Tale versatilità ha determinato la scelta di aprire un ulteriore centro vaccinale (su indicazione della Regione Lazio), a carico dell'Azienda San Camillo Forlanini, con decorrenza 26 Aprile p.v. raddoppiando ulteriormente le potenzialità vaccinali della struttura.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Posizioni organizzati, Infermieri e Medici vaccinatori, Farmacisti e Infermieri del laboratorio per allestimento, Medici di Direzione.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Da Dicembre 2020 a tutt'oggi con continue modifiche e adattamenti nel rispetto delle indicazioni della campagna vaccinale.

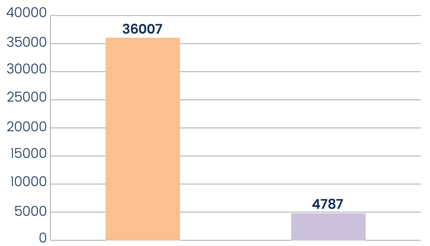


GRAFICO 1
Distribuzione vaccinazioni effettuate

Malpighi
Antonini

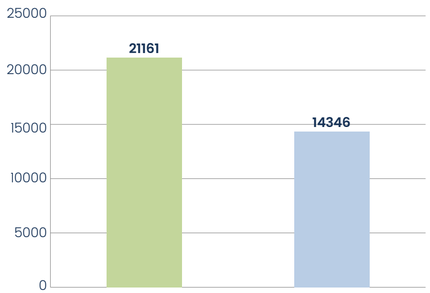


GRAFICO 2
Punto vaccinale Malpighi: totali 1 e 2 dose

1 dose
2 dose

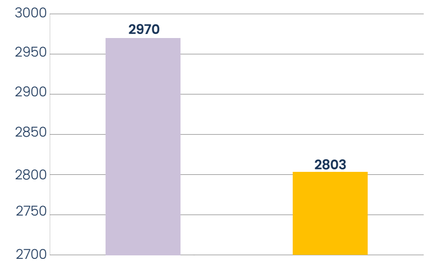


GRAFICO 3
Punto vaccinale Malpighi: personale sanitario

1 dose
2 dose

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA-UNIVERSITARIA SANT'ANDREA

IL CORAGGIO DI ESSERE UMANI

A.O.U. Sant'Andrea

REFERENTI:

Dott.ssa C.Cappitella	Direttori U.O.C. Professioni Sanitarie
Dott.ssa F. Forcellini	Funzioni Organizzative
Dott.ssa M.E. Gentili	
Dott.ssa I.M. Breccia	

Foto di Massimo Podio

Torna all'indice

A.O.U. SANT'ANDREA

ABSTRACT

Il caso di un paziente anziano con costante bisogno di assistenza per pluridisabilità pone il reparto di Cardiologia nella necessità di autorizzare la presenza continuativa di un familiare e, dopo mesi di limitazioni per pandemia COVID, per la prima volta presso l'A.O.U. Sant'Andrea ad un familiare viene consentito di soggiornare all'interno della stanza di degenza di un ricoverato.

Questa esperienza ha riaperto, anche nel personale, il bisogno di ritrovare il "volto umano" dell'ospedale e una "nuova normalità" sia pur di convivenza con il virus, attraverso la messa a punto di percorsi che permettessero di riallineare le esigenze di sicurezza con i bisogni di prossimità dei pazienti. I risultati positivi riportati hanno indotto la Direzione delle Professioni Sanitarie e la Direzione Sanitaria dell'A.O.U. Sant'Andrea a predisporre un percorso di regolamentazione della presenza dei familiari/care-giver, che da novembre 2020 ha riguardato i pazienti ricoverati nei reparti no COVID. Da allora alcuni percorsi di riapertura sono stati implementati e diverse modalità adattative sono ancora in fase di sperimentazione, per rispondere in modo efficace al protrarsi dello stato di emergenza.

INTRODUZIONE

Riportiamo il caso di un paziente di 82 anni, con STEMI, ricoverato in UTIC dopo procedura e trasferito in Cardiologia in terza giornata. Il paziente, ipoacusico con protesi, non vedente, deficit motori a causa di pregresso ictus, mobilizzabile in sedia a rotelle, veniva ricoverato in isolamento per pregresso contatto stretto in P.S. e inizio di polmonite interstiziale, tampone naso-faringeo per ricerca SARS-CoV-2 negativo. All'atto del trasferimento in Cardiologia, a causa della pluridisabilità e del costante bisogno di assistenza, su istanza della figlia inoltrata alla Direzione Generale, è stato attivato un percorso per consentire la permanenza in stanza di un familiare, in maniera continuativa, per tutta la durata della degenza. Il percorso è stato attivato dalla F.O. del Dipartimento Cardio-respiratorio, di concerto con la Funzione di Coordinamento Infermieristico della Cardiologia, il Direttore delle Professioni Sanitarie, il Responsabile dell'U.O.C. Risk Management e Qualità, con l'autorizzazione della Direzione Sanitaria.

Per il care-giver è stato previsto:

- istruzione per le protezioni antivirus, vestizione svestizione, uso DPI, norme comportamentali,
- screeneng con tampone periodico (all'ingresso, dopo 48 ore, all'uscita/dimissione
  DPI a disposizione,
- allontanamento programmato per recupero e successivo rientro,
- sanificazione della stanza di degenza e servizi, durante l'orario di recupero psico-fisico,
- supporto del personale di assistenza per ogni dubbio o necessità.

Il paziente è stato dimesso dopo 6 giorni, con tampone che confermava la negatività.

ANALISI DEL CONTESTO

Le misure protettive adottate per la gestione della pandemia, con gradi diversi di limitazione fino all'interdizione dell'ingresso dei familiari nei reparti, hanno cambiato in modo sostanziale le nostre relazioni di cura. Il virus ci ha costretti all'imminente necessità di ripensare i luoghi e i modi, ha stravolto le nostre professionalità e spazzato via in un attimo quelle prassi di relazione e cura consolidate dagli anni. Le restrizioni hanno riguardato non solo i reparti COVID, ma anche tutti gli altri pazienti ricoverati. Oggi quindi è necessario trovare una nuova normalità e provare a disegnare la convivenza con il virus. Da più parti in Italia nascono iniziative di messa a punto di protocolli per riallineare le esigenze di sicurezza con i bisogni di prossimità dei pazienti. Il DPCM del 2 marzo 2021, per la prima volta riconosce al caregiver la possibilità di prestare assistenza in ospedale alla persona con disabilità (grave e accertata ai sensi della Legge 104).

Presso l'A.O.U. Sant'Andrea, l'esperienza di presenza continuativa di familiari/care-giver in Cardiologia è stata la prima dopo molti mesi di restrizioni.

I risultati positivi riportati sono stati occasione di riflessione sulle limitazioni e sulla possibilità di costruire nuovi percorsi di presenza e di vicinanza alle persone, soprattutto per quelle più fragili e vulnerabili, per le quali isolamento e solitudine oltre che di sofferenza, possono essere causa anche di peggioramento delle condizioni di salute.

A.O.U. SANT'ANDREA

Per tali ragioni sono state poste in essere alcune iniziative volte a:

- supportare i pazienti ricoverati consentendo la presenza dei propri cari con maggiore attenzione per le linee di fragilità;
- istruire i familiari/care-giver per la permanenza in sicurezza in ospedale;
- gestire e tracciare gli accessi per vigilare sui percorsi;
- istituire un registro degli autorizzati per il contact tracing.

A partire da questi obiettivi di carattere generale si sono susseguite diverse iniziative che hanno personalizzato le azioni sulla base dei diversi bisogni. Iniziative di ingresso e permanenza dei familiari/care-giver sono state adottate a ottobre 2020 e hanno riguardato i pazienti ricoverati nei reparti no COVID. L'ingresso è stato consentito, nell'ambito delle regole definite, per un massimo di due persone per ogni paziente, secondo un processo che ha coinvolto Direzione Professioni Sanitarie, Risk Management e Qualità, Direzione Sanitaria.

RISULTATI

Complessivamente sono stati autorizzati 60 percorsi di ingresso per pazienti ricoverati, disciplinati da una circolare aziendale che regola ingressi e permanenza di familiari/care-giver in sicurezza nei reparti no COVID.

È il coordinatore che autorizza la presenza di un massimo di 2 persone per ogni paziente per il quale ravvisi la necessità di presenza di familiari/care giver. La procedura adottata prevede:

- identificazione mediante braccialetto giallo posizionato ad ogni ingresso in ospedale per tracciare la linea familari/care-giver;
- consegna di documentazione informativa al familiare/care-giver (brochure "Vademecum per care-giver" che si allega, modulo "Norme comportamentali per l'assistenza non sanitaria");
- istruzione/supporto informativo per gestione DPI, vestizione svestizione, misure antivirus;
- autodichiarazione sui comportamenti da adottare per ridurre il rischi di contagio;
- registro degli ingressi per contact tracing.

Questa disposizione per l'assistenza non sanitaria ha aperto la strada a nuove iniziative di presenza e di vicinanza per le persone e le loro famiglie e per l'accudimento e accompagnamento della persona morente. Laddove non è stato possibile consentire l'accesso, l'utilizzo di strumenti infomatici ha favorito la relazione tra il paziente e l'esterno (uso di tablet aziendali).

Per le situazioni più complesse o su richiesta di pazienti e loro familiari si è potuto ricorre alla presenza dello psicologo per fornire aiuto e sostegno nei momenti difficili della malattia. Il percorso, realizzato da personale specificatamente formato, è attivo in modalità on line o tramite colloqui telefonici 7 giorni su 7, dalle 8 alle 20.

CONCLUSIONI

Anche in tempo di COVID, l'umanizzazione delle cure e l'attenzione alla persona nella sua globalità non possono essere disgiunte dalla pratica clinico-assistenziale.

Se nella prima ondata pandemica lo shock organizzativo aggravato dalla paura dell'ignoto ci ha costretto ad adottare misure emergenziali straordinarie anche nei confronti dei familiari, ora possiamo tornare a guardare la realtà in modo diverso e sperimentare modalità adattive pur nel protrarsi dello stato di emergenza. Le nuove misure adottate hanno dato la possibilità di favorire una presa in carico globale della persona, aprendo la strada a nuovi spunti e strategie organizzative. Lo stesso personale infermieristico si è messo a disposizione degli assistiti per favorire le relazioni con i familiari, anche come risposta a un proprio bisogno di ritrovare il "volto umano" dell'ospedale. In seguito alle nuove normative e alle diverse esperienze, è necessario ripensare modalità meno preclusive di ingresso dei familiari/care-giver nelle unità di degenza. Tra le ipotesi da considerare, anche l'accesso dei familiari/care giver nelle terapie intensive Covid, già testato presso altre realtà. La situazione emergenziale ci ha sicuramente spinto a rivedere la persona non disgiunta dalla trama di relazioni in cui è inserita, valorizzandone il suo potenziale. Come spesso accade per altri aspetti, la criticità può svelare i punti di forza e suggerire nuovi spunti di riflessione.

Torna all'indice

A.O.U. SANT'ANDREA

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri, Incaricati di coordinamento infermieristico, Psicologi, Assistenti sociali.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il progetto è stato ideato durante il mese di ottobre 2020 ed ha richiesto circa 20 giorni per la sua implementazione. È stato avviato formalmente in data 30/10/2020.
Sono in fase di sperimentazione diverse modalità adattative che, nel protrarsi dello stato di emergenza, consentano di ridisegnare le caratteristiche di accoglienza e di presenza nell'ottica dell'umanizzazione delle cure e dell'attenzione alla persona nella sua globalità.

SCARICA LA BROCHURE

Torna all'indice

REGIONE

Lombardia

Torna all'indice

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Bergamo Est

A CASA MA NON DA SOLI

ASST Bergamo Est
Ospedale Bolognini di Seriate (Punto Nascita)
Consultori Familiari Territoriali

REFERENTI:

Dr.ssa A.Alborghetti	Direttore UOC DPSS UOC DPSS ASST Bergamo Est
S.Paris	Responsabile Percorso Nascita UOC DPSS ASST Bergamo Est
Dr.ssa C.Bellan	Direttore UOC Neonatologia UOC Neonatologia
Dr.ssa Valoti	Coordinatrice Dipartimento Materno-Infantile - DMI
Dr.ssa A.Zilioli	Coordinatrice Ostetrica UO Ostetricia

Torna all'indice

ASST BERGAMO EST

ABSTRACT

È noto che gli eventi che influenzano il periodo prenatale e perinatale possono avere effetti rilevanti sulla saluta materna ed infantile, sia a breve che a lungo termine. In continuità con essi si colloca il puerperio ed in particolare le prime 2-3 settimane di vita, un periodo che presenta aspetti assistenziali rilevanti sia per la madre (possibili crisi di stanchezza, difficoltà nell' allattamento, "postpartum blues", depressioni post-partum), che per il neonato (calo ponderale, disidratazione, ittero, infezioni).

Il modello organizzativo implementato offre, alle puerpere dimesse dal Punto Nascita, l'Ostetrica di Famiglia e di Comunità come punto di riferimento.

L'ostetrica dedicata (afferente al Consultorio Familiare) riceve giornalmente l'elenco delle puerpere in dimissione dalla degenza del Punto nascita Asst Bergamo Est – Polo ospedaliero di Seriate. Entro 48 ore dalla dimissione contatta telefonicamente tutte le puerpere ed esegue un Bilancio di Salute Ostetrico attraverso una check list (cfr: Agenda del Percorso Nascita All1 DGR 268/2018), avendo particolare attenzione al benessere del neonato (utilizzo di check list). Constata lo stato di salute, l'assenza di sintomi/segni allertanti e programma alla puerpera il Bilancio di Salute Ostetrico del post-partum da eseguire entro le 8 settimane dal parto con l'Ostetrica di Famiglia e di Comunità presso il Consultorio Familiare di riferimento. In casi selezionati, in funzione di quanto verificato nel corso del Triage, offre l'home-visiting da parte dell'ostetrica di Famiglia e, se e dove necessario, programma il controllo ospedaliero con il Neonatologo.

INTRODUZIONE

Nella letteratura scientifica internazionale esistono consistenti evidenze sugli effetti positivi delle visite e del sostegno nel post-partum, specialmente se inseriti in programmi strutturati di interventi da parte di professionisti integrati tra loro che consentano la continuità e la personalizzazione dell'assistenza e dove si tenga conto degli orientamenti e delle preferenze della madre. Tali effetti si verificano sia sulla salute fisica neonatale e materna, che sul loro sviluppo relazionale a breve e lunga distanza.

È indubbio che l'assistenza al puerperio ed il sostegno alla genitorialità, in quanto interventi prioritari di salute pubblica, vadano promossi su tutta la popolazione, riservando poi la possibilità di attivare specifici interventi di sostegno in situazioni di disagio o difficoltà manifeste.

Il Progetto avviato definisce il modello organizzativo e assistenziale ostetrico più idoneo per la presa in carico, l'accompagnamento e il sostegno alla donna e al futuro nucleo familiare nel contesto del suo ambiente di vita o nella struttura appropriata.

In particolare, il periodo dopo il parto è una fase speciale della vita della donna e del bambino che coinvolge aspetti personali e sociali, oltre che sanitari *(NICE, 2013-2014-2016)*. È caratterizzato da forti emozioni, cambiamenti fisici importanti, mutamenti nelle relazioni interpersonali e coincide con l'acquisizione di un nuovo ruolo, di una nuova identità, specialmente per le mamme alla prima esperienza. Tutto questo richiede buone capacità di adattamento specialmente oggi che le famiglie allargate e il sostegno da parte della comunità di appartenenza sono elementi sempre meno diffusi e più difficilmente accessibili per la donna.

Anche in osservanza alle normative regionali l'obiettivo del progetto è di fornire in primis un Triage telefonico e proporre quindi un'offerta assistenziale ostetrica dedicata alla puerpera e al neonato dopo la dimissione dalla degenza ospedaliera, rinforzando la sorveglianza in ambito territoriale.

ANALISI DEL CONTESTO

A livello internazionale l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) promuove storicamente buone pratiche per l'assistenza alla nascita, anche attraverso statement dedicati che hanno la finalità di indirizzare le politiche a livello globale. Con uno sguardo all'appropriatezza e alla sostenibilità delle cure, l'OMS raccomanda di "raggiungere una madre e un bambino in salute con il minor livello di cure possibile compatibile con la sicurezza" *(WHO, 1996)*. Infatti, la tutela della salute in ambito materno-infantile costituisce un impegno di valenza strategica dei sistemi socio-sanitari per il riflesso che gli interventi di promozione alla salute hanno in tale ambito sulla qualità del benessere psico-fisico nella popolazione generale attuale e futura. L'OMS ha individuato, infatti, nel miglioramento della qualità della vita della madre e del bambino uno degli obiettivi sanitari a livello mondiale" *(OMS 2009, Progetto Obiettivo Materno Infantile 2000, Piano Sanitario Nazionale)*.

ASST BERGAMO EST

Questo modello di cura centrato sulla donna, in partnership e in continuità con l'Ostetrica di Famiglia e di Comunità è ritenuto fondamentale per la tutela della salute sessuale, riproduttiva, materno-neonatale e risulta particolarmente favorevole sotto il profilo del rapporto costo-beneficio e anche costo-efficacia. *(The Lancet, Midwifery Series 2014, Tracey The Lancet 2014, Devane RCM 2010).* In Italia, partendo da percentuali molto basse *(Grandolfo M, Lauria L., Lamberti A. 2010 Il percorso nascita nella prospettiva del Progetto Obiettivo Materno Infantile)* si assiste all'avvio di tali modelli. Per tale motivo, il Ministero della Salute ha recentemente incoraggiato soluzioni organizzative che rispondano non solo a criteri di qualità e sicurezza, ma garantiscano una maggiore continuità nell'assistenza ostetrica al peri-partum. L'Ostetrica di Famiglia e di Comunità è pertanto il professionista sul territorio volto a promuovere la Salutogenesi in area materno infantile e a fronteggiare anche durante la fase di emergenza Covid-19, attraverso un rinforzo dell'organizzazione su base distrettuale e del Consultorio Familiare, come previsto dalle normative vigenti nazionali e regionali e dalla robusta letteratura scientifica. *(DGR XI/3525/2020:Adozione del piano di potenziamento e riorganizzazione della rete dio assistenza, in attuazione dell'Art 1 DL 34, convertito con modificazioni dalla Legge 17 Luglio 2020, N. 77; Piano di potenziamento e riorganizzazione della Rete di Assistenza del Territorio di ATS Bergamo, 25/09/2020).*

L'introduzione del modello dell'Ostetrica di famiglia e di comunità rappresenta, in questo contesto, un sicuro presidio sul territorio per attuare una care-cure di prossimità e rispondere con logiche di appropriatezza e sostenibilità per il rafforzamento della presa in carico integrata delle donne e dei neonati. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato la pandemia il giorno 11 marzo 2020; in Italia il picco dei nuovi casi si è raggiunto il 21 marzo 2020.

In Italia tra il 25 Febbraio ed il 10 Luglio 2020 il tasso di infezione da SARS-CoV-2 nelle donne che hanno partorito è stato del 2,7 per mille parti con un picco del 9,5 per mille solo in Lombardia *(Progetto ItOSS Dicembre 2020).* È ben noto che le donne gravide rappresentano una popolazione con caratteristiche specifiche e, al fine di predisporre una appropriata organizzazione dei percorsi assistenziali, è fondamentale conoscere la loro condizione in occasione dell'accesso/dimissione dal Punto Nascita. Pertanto le azioni volte alla tutela della salute materno-infantile sono da includere nelle attività non procrastinabili, sia in regime ambulatoriale,compreso home-visiting e sia di ricovero. *(Decreto Regione Lombardia 6279/27 Maggio 2020).*

È importante ricordare, quale punto di partenza, quanto affermato nelle recenti raccomandazioni regionali in tema pandemico: "...la recente epidemia da un nuovo coronavirus (SARS-CoV-2) fra le altre problematiche cliniche e di salute pubblica, solleva anche quelle relative alla organizzazione della rete perinatale lombarda relativamente alla gestione dell'infezione in gravidanza, alla possibile trasmissione materno-infantile dell'infezione, prima, durante e dopo il parto e alla sicurezza della gestione congiunta puerpera-neonato e dell'allattamento al seno…". In particolare nel documento si sottolinea che:

- è confermata l'organizzazione di tutta la rete materno-neonatale *(Allegato 1 DGR 2906/08.03.2020);*
- i percorsi raccomandati prevedono l'assistenza nel servizio consultoriale/territoriale e nel contesto ospedaliero. Stante l'attuale situazione epidemiologica è raccomandato privilegiare l'assistenza territoriale;
- fatta salva la richiesta del "lavoro agile", vengono mantenute le attività del consultorio familiare inderogabili.
- Sono garantite tutte le prestazioni previste dal Percorso Nascita secondo quanto descritto nella DGR 268/28.06.2018 e i DDGW applicativi *(cosiddetto BRO)*, compresa la home visiting, dove è attiva. *(Decreto Regione Lombardia 6279/27 Maggio 2020).*

Le indicazioni che hanno fatto nascere il progetto sono finalizzate a confermare, agevolare ed aggiornare l'operatività della presa in carico delle donne e del neonato durante il percorso nascita (epoca preconcezionale-gravidanza-parto-puerperio), nel periodo dell'emergenza dovuta al COVID19. I servizi di offerta sociosanitari territoriali (consultorio familiare) e ospedalieri (punti nascita) hanno lavorato per rinforzare le modalità per la presa in carico al fine di garantire la continuità assistenziale nel periodo perinatale, con un'organizzazione in rete con tutti gli specialisti coinvolti: Ostetrica, Medico specialista Ostetrico/Ginecologo e Pediatra/Neonatologo. Per la sua realizzazione ed efficacia, è stato fondamentale il rapporto sinergico tra la struttura ospedaliera ed il territorio. Alla dimissione dal Punto Nascita (Ospedale Seriate) la puerpera riceve appuntamento telefonico con la collega ostetrica del Consultorio Familiare.

La stessa, in qualità di case e clinical manager e avvalendosi degli strumenti propri e di competenza, entro 48 ore dalla dimissione contatta telefonicamente la puerpere e provvede all'accertamento del benessere della diade madre-bambino attraverso una check list e provvedendo ad un Bilancio di Salute Ostetrico (cfr: Agenda del Percorso Nascita All1 DGR 268/2018).

Torna all'indice

ASST BERGAMO EST

Constata pertanto lo stato di salute, l'assenza di sintomi/segni allertanti e programma il Bilancio di Salute Ostetrico del post-partum da eseguire entro le 6-8 settimane dal parto con l'Ostetrica di Famiglia e di Comunità presso il Consultorio Familiare di riferimento. In casi selezionati, in funzione di quanto verificato nel corso del Triage, offre l'home-visiting da parte dell'ostetrica di Famiglia e, se e dove necessario, programma il controllo ospedaliero con il Neonatologo. Durante il colloquio si coglie inoltre l'opportunità per informare sulle modalità di erogazione dei servizi che prevedono anche la Tele-assistenza ostetrica: modalità operativa che ha garantito nel particolare momento emergenziale prestazioni non differibili, in situazioni in cui non era possibile muoversi e, all'interno del progetto specifico, si citano la videocall per il counselling in allattamento e i gruppi per "l'infant massage". Le informazioni relative all'attivazione del Progetto e all'organizzazione del Servizio sono state rese disponibili anche sulla home page dell'ASST ivi compreso il recapito mail: **osterica.difamiglia@asst-bergamoest.it** e telefono aziendale per la reperibilità telefonica dell'ostetrica.

RISULTATI

Dall'inizio del progetto (27 Marzo 2020 al Dicembre 2020) sono stati effettuati 1285 contatti telefonici con le puerpere dimesse. Al termine della prestazione telefonica, l'attività è stata documentata utilizzando lo strumento "Agenda del Percorso Nascita" (cfr: Agenda del Percorso Nascita All1 DGR 268/2018) e con relativa apertura della cartella FaSAS (Fascicolo Socio Assistenziale e Sanitario) per le utenti neofite dei Consultori Familiari. In poco più di 9 mesi di vita del progetto sono state offerte circa 360 prestazioni assistenziali per la diade madre-bambino (Bilancio di Salute Ostetrico post natale) e raggiunte con la visita domiciliare altre 175 puerpere nel territorio di competenza di cui fanno parte 70 Comuni. Non sono stati segnalati eventi avversi materno-neonatali quali, ad esempio, necessità di ricovero dopo la dimissione. *(Linee Operative Risk Management in Sanità Anno 2020 - Regione Lombardia DG Welfare)*.

CONCLUSIONI

L'assistenza dell'ostetrica di Famiglia e di Comunità come case e clinical manager risulta essere un metodo organizzativo efficace rispondendo a criteri di affidabilità, sicurezza e appropriatezza in tutto il Percorso Nascita che si conclude con il puerperio.

L'adozione del modello di presa in carico della diade madre-neonato è garanzia per la valorizzazione e lo sviluppo di un sistema sanitario sostenibile e capace di rispondere alla domanda di salute delle donne. Probabilmente la lettura del dato grezzo non colpisce ma certamente tale modalità assistenziale ci ha permesso riflettere sull'importanza, la risonanza e, siamo convinti, sulla ricaduta in termini di salute e di soddisfazione da parte delle mamme e delle famiglie. Da rilevare anche la positiva risposta da parte delle ostetriche che hanno mostrato, accanto ad un grande sforzo di adattamento al nuovo impegno lavorativo, una forte motivazione ripagata con un grande senso di realizzazione e completezza professionale e personale. Non da ultimo, il progetto ha permesso anche di declinare la teleassistenza dell'ostetrica di Famiglia e di Comunità quale elemento di sostenibilità e personalizzazione delle cure, di equità nell'accesso alle cure "di prossimità" anche nei territori remoti o in aree fortemente disagiate, oltre che a rappresentare una reale continuità ostetrica della presa in carico garantendo buone risposte in termini di modifiche del comportamento.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Il progetto ha visto la partecipazione di:

1. Direttore UOC DPSS ASST Bergamo Est;
2. Responsabile del Percorso Nascita dell'ASST Bergamo Est;
3. Coordinatrice Dipartimento Materno-Infantile
4. Equipe di Ostetriche afferenti ai Consultori Familiari comprese le unità ostetriche aggiuntive assunte con contratti a tempo determinato (Decreto RL N. 3179 del 10/03/2020 EMERGENZA COVID19-APPROVAZIONE AVVISI PUBBLICI PER MANIFESTAZIONE DI INTERESSE);
5. Coordinatrice Ostetrica del Punto Nascita Ospedale Bolognini Seriate;
6. Direttore UOC Patologia Neonatale Ospedale Seriate.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Inizio attività dal 30 Marzo 2020. L'attività sta continuando con altre "vesti" dopo la fusione con il nuovo progetto di ATS Bergamo (comprendente 3 ASST): "Continuità assistenziale Territorio-Ospedale-Territorio nel Percorso Nascita e nel sostegno all'allattamento".

Torna all'indice

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Sette Laghi

LA GESTIONE ORGANIZZATIVA ED ASSISTENZIALE DELLA DAPSS IN ASST SETTELAGHI DURANTE IL SECONDO PICCO PANDEMICO DA SARS-COV-2

ASST Sette-Laghi

REFERENTI:

Marcello Torre	Infermiere, Referente Percorso del Neoassunto DAPSS
Vincenzo Costanzo	Infermiere, Responsabile Gestionale Flussi e Standard Informativi DAPSS
Antonio Maria Giuseppe Staffa	Infermiere, Responsabile Gestionale Percorsi Pazienti Cronici DAPSS
Rita Patrizia Tomasin	Infermiere, Direttore DAPSS

Torna all'indice

ASST SETTE LAGHI

ABSTRACT

Introduzione: la riacutizzazione emergenziale da CoViD-19 ha fortemente colpito il territorio di competenza dell'ASST Sette Laghi, rendendo necessario un aumento dell'800% dei posti letto destinati al ricovero di pazienti affetti da tale patologia. In questo contesto, per quanto riguarda la DAPSS, è stato pertanto fondamentale garantire (i) un'appropriata allocazione dei ricoveri, (ii) la migliore qualità d'assistenza erogata e (iii) la presa in carico dei pazienti nella delicata fase di dimissione.

Analisi del Contesto: per raggiungere tali obiettivi si è reso necessario un adeguato governo delle Risorse Umane, formate attraverso interventi specifici e riattribuite nei vari reparti in relazione alla complessità clinico-assistenziale e alle skills da loro possedute nella gestione del CoViD-19, garantendo il miglior rapporto tra competenza e multiprofessionalità. È stato altresì imperativo identificare dei nuclei di Bed Management, allo scopo di governare il flusso di pazienti in ingresso, e di Case Management, al fine di garantire una dimissione protetta al flusso in uscita.

Risultati: è stato possibile garantire l'appropriata allocazione di più di 1000 pazienti, tra ricoveri e trasferimenti tra Presidi. È stato raggiunto, per tutto il periodo d'osservazione, l'obiettivo del minutaggio assistenziale appropriato, sia nelle Terapie Intensive (600 min/die), che nelle degenze ad alta (240 min/die) e a medio-bassa (180 min/die) complessità. Sono stati infine presi in carico più di 100 pazienti dimessi a domicilio e più di 900 trasferimenti protetti in altre Strutture.

Conclusioni: Questo progetto conferma ulteriormente il grande sforzo e l'impegno che ogni giorno la DAPSS e tutti i professionisti afferenti hanno messo in campo, a vari livelli, per fronteggiarne la drammatica evoluzione del secondo picco pandemico da SARS-CoV-2.

INTRODUZIONE

A seguito della riacutizzazione emergenziale da CoViD-19, che ha fortemente colpito il territorio di competenza dell'ASST Sette Laghi, la nostra Azienda si è plasticamente rimodellata per far fronte alle sempre crescenti esigenze socio-sanitarie dovute all'innalzamento epidemiologico delle casistiche SARS-CoV-2 correlate. Si pensi che, nell'arco di un mese esatto (range temporale: 12/10/20 – 13/11/20), si è passati dai circa 80 ai ben 665 Posti Letto (di cui 66 di Terapia Intensiva) riservati al ricovero di pazienti affetti da CoViD-19: variazione superiore all'800% che dimostra lo sforzo e l'impegno dell'Azienda nella gestione della pandemia. In questo contesto è stato imperativo organizzare una risposta coordinata ed efficace, con gli obiettivi di:

- gestire in maniera appropriata tutti i ricoveri (flusso in ingresso);
- garantire la migliore qualità d'assistenza agli assistiti ricoverati;
- garantire la presa in carico dei pazienti in dimissione presso il domicilio/altra struttura (flusso in uscita).

ANALISI DEL CONTESTO

La riorganizzazione ha richiesto modifiche strutturali, strategie di riassetto del personale sanitario e sociale, nonché modifiche di percorsi di accesso e di presa in carico dell'utente. La DAPSS è stata sicuramente tra le Strutture, per competenza, professionisti afferenti e multidisciplinarità degli stessi, che ha giocato un ruolo chiave nella gestione dei rimodellamenti organizzativi descritti, mettendo in atto una serie di interventi volti a garantire la migliore qualità d'assistenza verso gli assistiti.

Tali interventi hanno riguardato le seguenti aree:

- **Preparedness, pianificazione ed anticipazione.** Dopo la prima ondata pandemica sono stati identificati dei gruppi di lavoro multidisciplinari con l'attività di pianificazione e anticipazione di una possibile seconda ondata pandemica. Sono state dunque pianificate, in una situazione di moderata tranquillità e senza pressioni dettate dall'urgenza, le strategie organizzativo-gestionali da mettere in atto in relazione ai possibili scenari, riguardando sia casistiche ed epidemiologia simili alla primo picco, ma anche pianificando eventuali strategie da attuare in caso di innalzamenti epidemici più consistenti;

Torna all'indice

ASST SETTE LAGHI

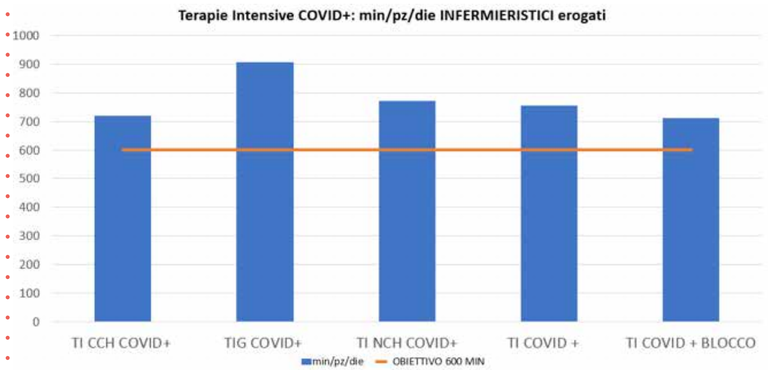
- **Governo delle Risorse Umane per l'erogazione del miglior livello d'assistenza.** Il personale è stato ridistribuito appropriatamente, sia da un punto di vista qualitativo che quantitativo. Nello specifico, i criteri che hanno guidato nell'attribuzione del personale, sono stati:
  - la valutazione delle competenze clinico-assistenziali ed expertise possedute in generale e maturate nella gestione del CoViD durante la prima ondata emergenziale;
  - il mantenimento di un adeguato rapporto "personale esperto nella gestione CoViD: personale neoassunto/neoinserito nella gestione CoViD" nella costituzione dell'organico in ogni degenza riconvertita al ricovero dei pazienti CoViD+;
  - il rapporto tra "Numero di pazienti ricoverati" e "Numero di pazienti ad elevata intensità di cura", con C-PAP e con elevati flussi di O2 terapia.
- **Formazione.** Sono stati in primo luogo annullati e sospesi tutti gli eventi interni e ogni attività di formazione in presenza sulle tematiche non attinenti all'emergenza, sia per evitareassembramenti, sia perché i maggiori sforzi formativi sono stati convogliati nell'organizzazione e nella gestione della formazione del personale, neoassunto e non, coinvolto nella gestione dell'emergenza, attraverso una doppia modalità: Formazione a distanza (grazie alla realizzazione e condivisione di procedure strutturate e diffusione di video a riguardo); Formazione in aula ed esercitazioni pratiche a piccoli gruppi ad alcuni referenti per ogni reparto, con il mandato di formare a cascata i loro colleghi di reparto. I corsi nei quali la DAPSS si è particolarmente concentrata sono stati:
  - vestizione e svestizione, procedura con dimostrazione pratica dei DPI da utilizzare;
  - gestione C-PAP (Ventilazione Non Invasiva) attraverso la proiezione di video dimostrativi;
  - sistema igiene monouso per garantire le migliori cure igieniche nel rispetto delle misure di prevenzione della trasmissione del virus.
- **Attività di Bed Management.** È stato identificato un nucleo di Bed Manager con la funzione di allocare tutti i nuovi ricoveri CoViD-19+ (flusso in ingresso) nell'ottica dell'appropriatezza. I criteri utilizzati sono riassunti nella tabella a destra:

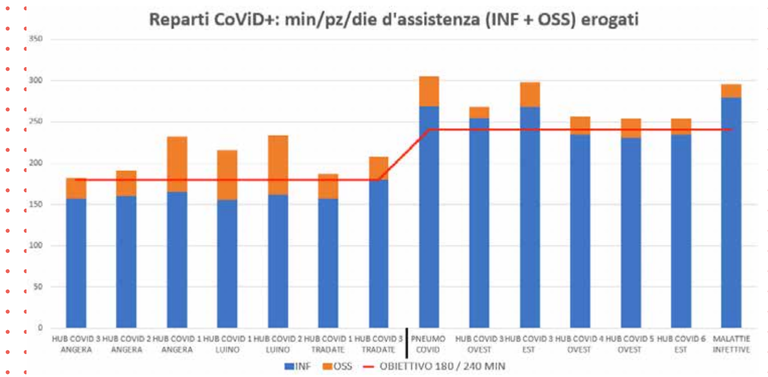
OSSIGENOTERAPIA
Pazienti con cannule nasali fino a maschera di venturi al 28%: hub 4 ovest, hub Tradate, hub Luino, hub Angera
Pazienti con maschera di venturi al 31%, 35% e 40%: hub 6 est, hub Tradate, hub Luino
Pazienti con maschera di venturi al 50% fino alla CPAP: pneumologia, hub 3 est, hub 3 ovest, hub 5 ovest, malattie infettive, hub Tradate
EQUA ALLOCAZIONE CPAP
Massimo 6 CPAP per ogni stecca di ogni emipiano
COMPLESSITÀ CLINICO-ASSISTENZIALE
Alta: Varese
Media: Tradate, Luino
Bassa: Angera, Cuasso
NECESSITÀ DI TELEMETRIA
Disponibile in alcuni letti di: pneumologia, hub 3 est, hub 3 ovest, hub 5 ovest e malattie infettive
ETÀ E COMORBILITÀ
Anziani e grandi anziani: hub 6 est, hub Luino, hub Angera
Prognosi infausta: hospice covid
EVENTO CLINICO PREVALENTE
Pazienti con problematiche di tipo internistico: hub 3 ovest, hub 3 est, hub 5 ovest, hub 6 est, hub Luino, hub Tradate, hub Angera
Pazienti con problematiche esclusivamente respiratorie: pneumologia, hub Tradate, hub Luino
Pazienti ex trapiantati o con anche altre problematiche di tipo infettivologico: malattie infettive
Pazienti con problematiche chirurgiche o ortopediche: hub 4 ovest
Pazienti con necessità di effettuare emodialisi: malattie infettive, hub 5 ovest, hub 6 est

- **Potenziamento della Multidisciplinarietà.** Alla luce della complessità assistenziale del paziente affetto da CoViD-19, è stata prevista l'assegnazione di diversi professionisti sanitari (fisioterapisti, logopedisti e dietisti) sia nelle Terapie Intensive che nei Reparti dove tali pazienti venivano ricoverati.

Torna all'indice

ASST SETTE LAGHI





- **Attività di Case Management e Dimissioni Protette.** Sono stati identificati due team di Case Manager infermieristici.
  - Case Manager Ospedalieri CoViD, dedicati all'educazione sanitaria (anche attraverso il raccordo con altri professionisti sanitari) e all'attivazione precoce dei servizi socio-sanitari (raccordo con MMG, ADI CoViD…) per i pazienti CoViD+ dimessi al domicilio nonché dei loro caregiver;
  - Case Manager della Centrale di Dimissioni Protette, dedicati a processare le richieste di trasferimento inviate dai reparti dimettenti di tutta l'ASST e, trasmettendole alla CUR attraverso il portale PRIAMO, favorire la dimissione presso le strutture più appropriate alla condizione clinica e prossime al domicilio dell'assistito.

RISULTATI

Grazie agli interventi sopradescritti, nel solo range temporale 10/2020-11/2020, è stato possibile:

- raggiungere, con almeno 1 intervento formativo legato alla gestione dell'emergenza, ogni professionista sanitario dell'ASST;
- gestire ed allocare in maniera appropriata 1017 pazienti, tra ricoveri (CoViD+ e non) e trasferimenti nei vari Presidi;
- garantire, sia nelle Terapia Intensive che in tutte le degenze destinate al ricovero e cura di pazienti CoViD+, un'assistenza di qualità, sia grazie alla multidisciplinarietà dei professionisti allocati che ad un minutaggio assistenziale coerente con l'intensità di cura dei pazienti ricoverati;
- la presa in carico, da parte dei Case Manager, di circa 100 pazienti CoViD+, effettuando interventi di educazione sanitaria prima della loro dimissione al domicilio;
- gestire ed organizzare le dimissioni di circa 800 pazienti (CoViD + e non).

CONCLUSIONI

Questo progetto conferma ulteriormente il grande sforzo e l'impegno che ogni giorno la DAPSS e tutti i professionisti afferenti hanno messo in campo, a vari livelli, per fronteggiarne la drammatica evoluzione del secondo picco pandemico da SARS-CoV-2.

Dalla gestione delle Risorse Umane, trattate come tali -ricche di professionalità e competenze specifiche- e non come numeri; all'appropriatezza nel governo dei ricoveri e in quello delle dimissioni; al miglioramento delle risposte ospedaliere, assistenziali e riabilitative (che hanno permesso di mantenere delle cure di grande qualità pur nel momento criticità); al potenziamento dei servizi socio-sanitari e di Case Management, che hanno permesso una presa in carico reale e multiprofessionale del paziente affetto da CoViD-19, sino ed oltre il trasferimento al domicilio/ad altra struttura.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Tutti i professionisti afferenti alla DAPSS.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

2 mesi.

Torna all'indice

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ASST Valle Olona

MAPPATURA DELLE COMPETENZE INFERMIERISTICHE PER LA SELEZIONE E L'ALLOCAZIONE NEI SETTING DI CURA PER COVID-19:

definizione di un potenziale modello operativo

Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valle Olona

REFERENTI:

Paola Giuliani	Direttore Sanitario
Vittoria Frontuto	Direttore Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo (SITRA)
Rossella Barni	Risk Manager
Michelina Taibi	Coordinatori Infermieristici - SITRA Aziendale
Antonio Vitiello	Coordinatori Infermieristici - SITRA Aziendale
Angelina Guerriero	Coordinatore Assistente Sanitario UOC Qualità Accreditamento e Governo del Rischio Clinico
Marzia Cirillo	Coord. Inf. UOC Qualità Accreditamento e Governo del Rischio Clinico

Torna all'indice

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) VALLE OLONA

INTRODUZIONE

Il 31 dicembre 2019 le autorità sanitarie cinesi hanno notificato un focolaio di casi di polmonite ad eziologia non nota nella città di Wuhan. Il 9 gennaio 2020, il China CDC (il Centro per il controllo e la prevenzione delle malattie della Cina) ha identificato un nuovo coronavirus (provvisoriamente chiamato 2019-nCoV e poi Sars-Cov-2) come causa eziologica di queste patologie[1,2,3]. La Regione Lombardia è stata la prima regione del mondo occidentale a dover fronteggiare la sua diffusione e mitigare l'impatto sulla salute dei cittadini e sul sistema sanitario[4].

Il repentino succedersi degli eventi ha imposto all'intero servizio sanitario regionale la necessità di ridefinire le degenze ospedaliere, incrementando percorsi e posti letto *ad hoc* per persone affette da Covid-19[4,5]. L'Azienda Socio Sanitaria Territoriale (ASST) Valle Olona costituita da una rete complessa di servizi che comprende quattro presidi ospedalieri, le attività sanitarie presso la casa circondariale di Busto Arsizio e presso l'aeroporto internazionale di Milano Malpensa ed un ambito territoriale che comprende l'intera fascia meridionale della Provincia di Varese, per un'utenza complessiva di circa 430.000 residenti è stata coinvolta fin dai primi momenti nella gestione dell'emergenza in quanto sede-presidio ospedaliero dotato di UO di Malattie Infettive, UO di Pneumologia e UO di Rianimazione. La definizione di aree di degenza Covid-19 suddivise per intensità di cure e le relative problematiche assistenziali hanno richiesto al Servizio Infermieristico Tecnico Riabilitativo Aziendale (SITRA) lo sviluppo di un modello flessibile ma comunque strutturato per l'allocazione delle risorse infermieristiche al fine di soddisfare i bisogni assistenziali dei cittadini in modo competente, efficiente e sicuro; per la rapidità dell'evoluzione della pandemia, per la continua modifica dell'*asset* accreditato aziendale e per l'immediatezza con la quale si è resa necessaria la selezione interna e l'impiego del capitale umano aziendale nelle aree *ad hoc* non è stato possibile contare, almeno nella fase emergenziale più acuta, sui concetti di investimento e prospettiva, cruciali per la gestione delle risorse umane che deve svilupparsi nel medio e lungo termine (avanzamento professionale, percorsi di formazione specifici, sviluppo delle competenze…).

In tal senso, sulla scorta delle conoscenze maturate durante l'emergenza pandemica da Covid-19 dal SITRA dell'ASST Valle Olona, si intende proporre un modello di riferimento per l'allocazione delle risorse infermieristiche in una situazione emergenziale di grande impatto, ideato attraverso l'analisi a posteriori degli eventi e dell'efficacia delle soluzioni individuate, allo scopo di diffonderne l'esperienza vissuta e coglierne i relativi insegnamenti in un'ottica di *preparedness* utile in caso di analoghi eventi futuri[3] al fine della mitigazione del rischio clinico.

ANALISI DEL CONTESTO

Lo scenario della pandemia ha condotto l'ASST a ragionare in maniera capillare sui livelli di intensità di cura per rispondere alle emergenti necessità assistenziali, identificando le seguenti aree:

1. **AREA ROSSA:** dedicata al ricovero di assistiti in ventilazione meccanica invasiva;
2. **AREA ARANCIONE:** dedicata al il ricovero di assistiti ventilazione meccanica non invasiva/ ossigeno terapia alti flussi;
3. **AREA GIALLA:** dedicata al ricovero di assistiti con necessità di ossigeno terapia;
4. **AREA VERDE:** dedicata all'osservazione di assistiti senza supporto ventilatorio e/o basso flusso di ossigeno/dimissibili.

La definizione di queste aree di degenza Covid-19 è stata contestuale alla sospensione delle attività di alcune degenze ordinarie afferenti al Dipartimento di Scienze Chirurgiche e dei servizi ambulatoriali che, quindi, ha permesso di recuperare spazi e risorse da impiegare nelle aree convertite o istituite ex novo.

In relazione alle nuove aree definite si è resa necessaria una riallocazione delle risorse umane attuata attraverso una mappatura delle *core-competence* di cura e assistenza di persone affette da Covid-19. I principali step del processo seguiti possono essere così sintetizzati:

1. Identificazione delle competenze distintive (profilo ideale)
2. Mappatura delle competenze già acquisite
3. Allocazione delle risorse
4. Inserimento in UO

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) VALLE OLONA

1 – Identificazione delle competenze distintive

Si è proceduto ad individuare le core-competence assistenziali richieste per ciascun livello di intensità di cure attribuito alle diverse aree COVID-19, facendo riferimento alla letteratura6, alle job-description aziendali puntualmente integrate con l'*expertice* dei Coordinatori.

Le competenze individuate sono state principalmente ricondotte a due elementi ossia la gestione del rischio infettivo e la gestione dei bisogni assistenziali delle persone con patologia COVID-19 (dettagliate in Tabella 1).

Per ogni competenza è stato definito un livello minimo atteso per ciascuna area di intensità.

Il livello di competenza atteso è stato declinato secondo il modello di Patricia Benner[7,8] che applica il modello *Dreyfuss* sull'acquisizione delle capacità e teorizza cinque livelli di padronanza della competenza:

1. **Principiante novizio:** il soggetto tende a seguire regole e principi comunicati dall'esterno senza tener conto in modo esplicito del contesto in cui opera; si presenta in genere privo di flessibilità e di esperienza.
2. **Principiante avanzato:** il soggetto riesce a collegare le conoscenza con l'esperienza che sta progressivamente sviluppando e a selezionare i comportamenti da adottare.
3. **Competente:** le prestazioni sono basate su principi abbastanza generali derivati non solo dallo studio, ma soprattutto dall'esperienza e sanno adattarsi alle diverse circostanze. I soggetti sanno specificare, in modo adeguato rispetto ai casi particolari affrontati, gli obiettivi e i mezzi per raggiungerli.
4. **Competente Avanzato Abile:** si ha una notevole capacità di inquadrare le situazioni da affrontare cogliendone nella loro complessità e riconoscendo analogie e differenze che esse hanno con situazioni simili affrontate in passato.
5. **Esperto:** il soggetto riesce a cogliere agevolmente un quadro completo e articolato delle situazioni da affrontare e riesce a fronteggiarle in modo fluido, appropriato e senza sforzo.

2 – Mappatura delle competenze

Il personale afferente ai *setting* convertiti o rimodulati in termini di posti letto o prestazioni ambulatoriali è stato sottoposto, a questo punto, alla mappatura delle competenze e sulla base di queste riallocato nelle aree COVID-19.

Il processo finora descritto ha coinvolto anche il personale neoassunto.

3 – Allocazione delle risorse

Per ogni livello di intensità è stato definito il fabbisogno assistenziale in virtù degli standard di accreditamento nazionale e regionale degli ospedali: le aree COVID-19 sono state ricondotte alle degenze di malattie infettive facendo riferimento agli standard di accreditamento nazionale e regionale.

In funzione della definizione del fabbisogno assistenziale e della mappatura delle competenze i professionisti sono stati riallocati per i diversi setting COVID-19.

4 – Inserimento in UO

Il livello minimo atteso definito per ogni competenza è stato poi confrontato con il livello risultante dalla valutazione del Coordinatore SITRA, incaricato di reclutamento e allocazione delle risorse infermieristiche in ASST Valle Olona, attraverso colloquio *face to face* e valutazione curriculare del professionista.

Ad ogni professionista è stata associata una "Scheda di mappatura delle competenze" con l'obiettivo di registrare la mappatura e colmare, laddove necessario, il gap tra il livello atteso minimo e il livello registrato mettendo in essere una serie di interventi, riportati nella stessa. Per ogni intervento formativo viene definito un tempo per l'acquisizione, con una rivalutazione conclusiva.

La sintesi dell'intero processo è riportato in maniera sintetica in Tabella 1.

Torna all'indice

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) VALLE OLONA

Competenze da agire	Livello di competenza atteso minimo*	Livello di competenza valutato/ dichiarato	Interventi possibili per lo sviluppo del livello di competenza	Tempo di rivalutazione
Attuazione delle corrette modalità di vestizione/ svestizione e utilizzo dei DPI	3 per tutte le aree		a. analisi della Procedura Generale aziendale PG58 Cod. TAB16PG58 "Modalità di vestizione/ svestizione e utlizzo dei DPI in procedure che generano aereosol" b. analisi della Procedura Generale aziendale PG58 Cod. TAB23PG58 "Utilizzo delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie" c. corso FAD "Gestione emergenza Covid-19 - ISS" d. studio video-lezioni SIMEU e. affiancamento operativo per l'osservazione e dimostrazione pratica f. corso FAD Covid-19 Guida per operatori sanitari per proteggersi e gestire l'emergenza	
Garantire l'isolamento dell'assistito e dell'ambiente	3 per tutte le aree		a. analisi della Procedura Generale aziendale PG58 Cod. TAB07PG58 "Percorsi pazienti Covid-19" b. analisi della Procedura Generale aziendale PG58 Cod. TAB21PG58 "Allestimento camere di degenza Covid-19" c. corso FAD "Gestione emergenza Covid-19-ISS" d. affiancamento operativo per l'osservazione e. briefing con il Coordinatore di area	
Gestione dei dispositivi per la ventilazione non invasiva (casco CPAP)	3 per tutte le aree		a. formazione sul campo (aziendale) "Addestramento all'utilizzo del casco per CPAP" b. corso FAD "Gestione emergenza Covid-19 - ISS" c. briefing con collega esperto e medico anestesista d. corso FAD Covid-19 Guida per operatori sanitari per proteggersi e gestire l'emergenza e. analisi scheda tecnica dei dispositivi aziendali	
Gestione del ventilatore e dei dispositivi per la ventilazione invasiva	4 per area rossa		a. affiancamento a collega esperto b. addestramento sul campo c. briefing con Coordinatore di area e/o medico anestesista	
Utilizzo della piattaforma W-Hospital e gestione documentazione cartacea potenzialmente contaminata	3 per tutte le aree		a. affiancamento a collega esperto	
BLS-D	3 per tutte le aree arancione/ gialla/ verde 4 per l'area rossa		a. PG52 Carrello Urgenze b. refresh manuale IRC c. briefing con collega esperto/ Coordinatore (ubicazione carrello emergenza, numeri di emergenza, trasporto...)	
Riconoscimento precoce segni/ sintomi di alterazione della respirazione dovuta a Covid-19	4 per tutte le aree		a. corso FAD "Gestione emergenza Covid-19 - ISS" b. briefing con collega esperto e medico anestesista	

TAB 1. MAPPATURA CORE-COMPETENCE INFERMIERISTICHE

***LEGENDA – LIVELLO DI COMPETENZA:**

1. Novizio
2. Principiante avanzato
3. Competenze
4. Abile
5 Esperto

Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza, McGraw - Hill, Milano, 2003

Torna all'indice

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) VALLE OLONA

RISULTATI

L'applicazione di un modello definito determina per un'azienda diversi aspetti positivi: in primis la sistematicità del processo sottende l'inclusione di tutti i professionisti con un unico strumento di governo, poi la possibilità di avere a disposizione in tempo reale la mappatura aggiornata del proprio capitale umano permette di fronteggiare rapidamente eventuali situazioni emergenziali; inoltre l'identificazione del gap formativo consente una pianificazione *ad hoc* dei percorsi di *training* Questo modello è stato declinato sulle competenze richieste per l'assistenza alla persona affetta da Covid-19 ma si predispone per essere impiegato anche in altri contesti assistenziali, identificando le specifiche competenze necessarie. Tuttavia la funzionalità del modello prescinde da un continuo e sistematico aggiornamento delle competenze dei professionisti e questo implica tempo-lavoro dedicato.

CONCLUSIONI

Implicazioni per la pratica:

Per un'azienda sanitaria utilizzare un modello che permetta la mappatura delle competenze che sia sistematico e dinamico consente di avere una fotografia *real time* delle competenze che effettivamente le proprie risorse hanno già acquisito e, allo stesso tempo, di identificare subito i gap formativi e le relative azioni di miglioramento da mettere in essere. Quanto descritto assume cruciale importanza soprattutto nelle situazioni emergenziali che richiedono rapidità di azione, di adattamento e flessibilità nella definizione delle *èquipe* di cura, come è emerso dalla situazione pandemica Covid-19 e in cui si è reso necessario ridefinire rapidamente gli organici. Infatti come riportano Yu Liu et al[9] in un *paper* pubblicato su International Journal of Nursing Sciences, per fronteggiare al meglio una modifica così rapida e flessibile dei team assistenziali, in tale situazione, risulta fondamentale identificare le competenze che sono richieste per soddisfare i bisogni legati alla "nuova" patologia e valutare il carico assistenziale dell'intera azienda e sottoporre a mappatura delle competenze per supportare le diverse aree cliniche che necessitano di un incremento di risorse. Per ottimizzare gli esiti del modello appare cruciale non limitarsi ad implementare il modello in modo top-down bensì coinvolgere fin da subito i Coordinatori delle degenze/servizi affinché possano partecipare attivamente alla definizione delle competenze del profilo ideale in virtù delle specificità clinico-organizzative del contesto operativo e affinché possano costruire *ad personam* il percorso di sviluppo/mantenimento delle competenze del singolo professionista. Inoltre, la mappatura delle competenze costituisce per il Coordinatore Infermieristico strumento utile per attuare alcune strategie in riferimento al proprio team:

- formulazione dei team lavorativi giornalieri in funzione delle peculiarità dei singoli professionisti
- distribuzione in ogni turno lavorativo di elevati livelli di expertice, evitando concentrazioni di specifiche competenze solo in alcuni turni o momenti della giornata.

In ogni caso l'adozione di un modello così come quello descritto potrebbe favorire un incremento di motivazione per il singolo professionista che sarà protagonista di un percorso di sviluppo della propria professionalità.

Implicazioni per la ricerca:

Appare utile strutturare un osservatorio aziendale che misuri la funzionalità del modello attraverso indicatori quantitativi (numero risorse sottoposte a mappatura, percentuale di risorse mappate rispetto al totale delle risorse presenti in azienda, durata media del percorso per singolo professionista, ecc…) e strutturare una ricerca qualitativa per indagare il vissuto sia delle figure coinvolte nell'applicazione del modello (coordinatori ed incaricati SITRA) che dei singoli professionisti inclusi nel percorso, condividendo i risultati con la comunità scientifica.

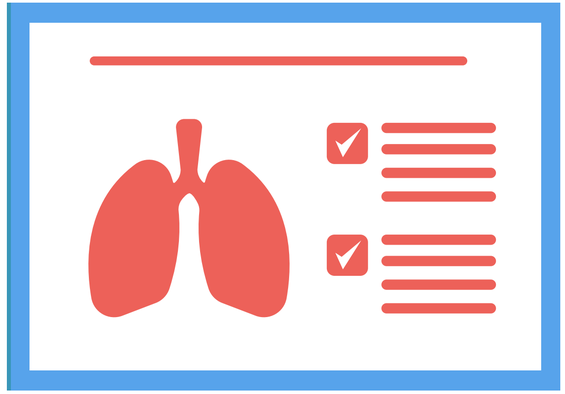
FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Direttore SITRA, Risk Manager, Coordinatori Infermieristici, Coordinatori SITRA.

AZIENDA SOCIO SANITARIA TERRITORIALE (ASST) VALLE OLONA

BIBLIOGRAFIA

1. N. Zhu, D.Y. Zhang, W.L. Wang, X.W. Li, B. Yang, J.D. Song, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med, 2020;382:727-33.
2. World Health Organization WHO announces COVID-19 outbreak a pandemic. Disponibile al link: http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-emergencies/coronavirus-covid-19/news/news/2020/3/who-announces-covid-19-outbreak-a-pandemic (ultima consultazione il 22/03/2021).
3. Gruppo di lavoro ISS Formazione COVID-19. Formazione per la preparedness nell'emergenza COVID-19: il case report dell'Istituto Superiore di Sanità. Versione del 31 maggio 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020. (Rapporto ISS COVID-19 n. 57/2020).
4. Annullamento e integrale sostituzione per mero errore materiale del decreto del direttore generale della dg welfare n. 3351 del 14/03/2020 "disposizioni integrative in attuazione della dgr n. xi/2906 dell'8/03/2020 per l'organizzazione della rete ospedaliera in ordine all'emergenza epidemiologica da covid 19". DECRETO N. 3553 Del 15/03/2020.
5. Veronese M, Tosato F. La riorganizzazione di un servizio di degenza in epoca Covid-19. L'Infermiere, 2020;6.
6. Gatta C et al., Nursing clinical competence in area medica. I quaderni dell'Italian journal of medicine; issue 8, 2018.
7. Benner P. L'eccellenza nella pratica clinica dell'infermiere. L'apprendimento basato sull'esperienza, McGraw-Hill, Milano, 2003.
8. FNOPI (già IPASVI) - Documento approvato dal Comitato Centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con delibera n. 79 del 25 aprile 2015.
9. Yu Liu, Hui Wang, Junhua Chen, Xiaoyun Zhang, Xiao Yue, Jian Ke, Binghua Wang, Chaohua Peng. Emergency management of nursing human resources and supplies to respond to coronavirus disease 2019 epidemic. International Journal of Nursing Sciences, 2020; 7:135,8.



Torna all'indice

CNAI - Associazione Regionale Lombardia Infermieri

LA SALUTE A SCUOLA

Progetto pilota: inserimento dell'infermiere scolastico presso l'Istituto Superiore Mariagrazia Mamoli, Bergamo

CNAI- Associazione Regionale Lombardia Infermieri
Associazione Cuore Batticuore Onlus

REFERENTI:

Giusi Tiraboschi	Presidente CNAI- Associazione Regionale Lombardia Infermieri
Nazzareno Morazzini	Presidente Cuore Batticuore Onlus- Bergamo

CNAI & ASSOCIAZIONE CUORE BATTICUORE ONLUS

ABSTRACT

Obiettivo: introdurre la figura dell'Infermiere Scolastico presso l'Istituto superiore M. Mamoli di Bergamo.

Metodo: è stata condotta una revisione della letteratura che conferma ampiamente la scelta della presenza nella scuola della figura professionale dell'Infermiere; si è proceduto a:

- verificare la fattibilità del progetto attraverso il coinvolgimento dell'Ufficio Territoriale Scolastico che ha orientato la scelta verso una scuola che per caratteristiche (liceo ad indirizzo socio sanitario) e popolazione era idonea ad essere capofila della sperimentazione;
- individuare l'Infermiere e procedere con il suo inserimento nell'istituto indicato;
- reperire i fondi per finanziare il progetto.

Risultati: l'Infermiere è stato inserito il 18 febbraio 2021. A distanza di poco più di un mese, in considerazione anche della pandemia in corso e delle restrizioni legate ai periodi di lockdown nei quali gli studenti erano in presenza in aula al 50%, i primi risultati raccolti sono legati al piano di inserimento dell'Infermiere e all'identificazione dei bisogni di salute prioritari che sono fondamentalmente collegati alla situazione sanitaria in corso.

Si sono identificati due livelli di intervento dell'Infermiere: individuale (attraverso singolo colloquio) e collettivo (nelle classi in affiancamento agli insegnanti nella trattazione di tematiche di educazione sanitaria).

Conclusioni: al momento, per la brevità di durata del progetto, non è possibile effettuare un bilancio complessivo. Il feedback raccolto riguarda i messaggi estremamente positivi da parte del corpo docente, del personale ATA, dei rappresentanti degli studenti e del comitato Genitori che si possono riassumere in: *"L'infermiere completa la nostra squadra", "Abbiamo compreso l'importanza di avere un Infermiere tra noi".*

INTRODUZIONE

Molte sono le evidenze scientifiche che sostengono e confermano la necessità di aver presente, all'interno degli istituti scolastici, professionisti che possano gestire il processo assistenziale e l'analisi dei bisogni di salute della comunità scolastica, a garanzia della continuità assistenziale, della promozione della salute e del benessere degli studenti. La scuola rappresenta un luogo di confronto imprescindibile per il mondo sanitario in quanto, più di qualsiasi altra istituzione, può istruire e formare a vivere in modo più sano rendendo possibile anche un'efficace promozione della salute sul luogo di lavoro, a beneficio degli studenti e di tutto il personale che in essa opera. Le scuole che promuovono salute sostengono migliori processi di insegnamento e di apprendimento e lavorano di concerto con l'intera comunità agendo attivamente per rafforzare il capitale sociale e l'alfabetizzazione alla salute. Coinvolgendo la scuola in questo processo, si coinvolge l'intera cittadinanza. Mai come in questo ultimo anno, nel quale la pandemia in atto ha sovvertito le nostre modalità di vita e di agito quotidiano, si rende necessario che, a fianco del personale docente, operino professionisti che sappiano orientare e guidare "dal punto di vista sanitario" comportamenti e azioni che salvaguardino la salute e il benessere dei giovani e dell'intera popolazione. Gli Infermieri già sono presenti e lavorano sul territorio e molti di essi operano con diversi ruoli specie nelle cure primarie; la novità del progetto sta nell'estensione dell'assistenza alla comunità scolastica. L'infermiere scolastico è attivo in molti paesi europei ed extraeuropei, è una figura di raccordo con il pediatra di libera scelta e il medico di assistenza primaria, gli specialisti, i distretti socio sanitari, la scuola e la famiglia. Molti degli studi scientifici analizzati dimostrano che nei Paesi nei quali è stata introdotta ed implementata questa figura hanno ottenuto degli importanti risultati di salute sulla popolazione scolastica (e non solo) in termini principalmente di empowerment (inteso come il processo attraverso il quale le persone acquisiscono un maggiore controllo rispetto alle decisioni e alle azioni che riguardano la propria salute) e di engagement (le persone esercitano un ruolo molto più attivo nel loro percorso di promozione alla salute e di cura).

Come si evince dalla letteratura, le aree di intervento dell'infermiere scolastico si riferiscono principalmente a:

- rilevazione bisogni di salute della comunità scolastica;
- trattamento di acuzie;
- management e formazione/educazione per studenti portatori di malattie croniche;
- prevenzione, educazione e formazione in ambito di igiene, allergie, immunizzazioni e disagi.

Torna all'indice

CNAI & ASSOCIAZIONE CUORE BATTICUORE ONLUS

Ecco quindi l'idea di predisporre, con il contributo attivo dell'Associazione di volontariato Cuore Batticuore Onlus e con il sostegno dell'Ordine delle Professioni Infermieristiche di Bergamo, dell'Università degli studi Milano Bicocca -Corso di Laurea in Infermieristica sezione di Bergamo con sede presso ASST Papa Giovanni XXIII-, dell'Ufficio Scolastico Territoriale della provincia di Bergamo e dell'ATS di Bergamo il presente progetto volto a portare all'interno dei plessi scolastici della città e provincia un modello organizzativo sanitario innovativo con lo scopo di migliorare benessere e salute dei nostri giovani.

ANALISI DEL CONTESTO

L'esperienza presentata nasce dalla sinergia tra una Associazione professionale (CNAI-ARLI) e una Associazione di volontariato costituita da cittadini con un vissuto di malattie cardiovascolari (CUORE BATTICUORE ONLUS) e con la collaborazione delle istituzioni precedentemente citate.

Breve descrizione delle associazioni promotrici del progetto:

CNAI- Associazione Regionale Lombardia Infermiere/i (ARLI).

ARLI estende la sua competenza sul territorio lombardo ed è una associazione membro di CNAI, Consociazione Nazionale delle Associazioni Infermiere/i che a sua volta, come unica associazione nazionale italiana fondata nel 1946, è affiliata all'International Council of Nurses (ICN). ICN è una federazione di associazioni infermieristiche nazionali che rappresenta gli infermieri di più di 130 Paesi di tutto il mondo. Gestita da infermieri per gli infermieri, l'ICN agisce per assicurare un'assistenza infermieristica di qualità per tutti, delle politiche sanitarie valide a livello internazionale, l'avanzamento delle conoscenze infermieristiche e la presenza in tutto il mondo di una professione infermieristica rispettata, competente e soddisfatta.

"Questo significa per la nostra associazione avere una visione attenta sulla realtà del territorio locale ma con uno sguardo aperto a livello nazionale ed internazionale, da cui trarne le più recenti evoluzioni della professione. Quello che ci proponiamo è di dare un contributo a livello culturale e informativo per mostrare come si muove il mondo dell'infermieristica".

Lo scopo principale dell'associazione è quello di fornire un valido contributo allo sviluppo della professione infermieristica per migliorare la salute del singolo individuo e della collettività; per questo ARLI è molto attiva in programmi di aggiornamento e di ricerca a vari livelli, e nello strutturare e promuovere progetti aderenti alle necessità del territorio anche sullo stimolo di quanto proviene sia da CNAI che da ICN. In particolare per quanto attiene l'introduzione dell'Infermiere Scolastico, CNAI ha maturato una buona esperienza sul campo in quanto è in atto a Ravenna da ormai 5 anni il progetto che prevede la sperimentazione di questa buona pratica infermieristica, ossia la presenza di un infermiere in alcune scuole cittadine con l'obiettivo di accompagnare e sostenere i giovani studenti nella fascia adolescenziale. Di seguito la testimonianza di Claudio Proni, infermiere scolastico di Ravenna: *"Il mio intervento è di tipo ambulatoriale: traumatologia, primo soccorso, presa in carico di studenti con diabete e di studenti con autismo. Gli studenti vengono da me per febbre, dolori vari. Il mio ruolo prevede anche una parte di educazione alla vita: si tratta di corsi di formazione nelle classi. Tra i temi che affrontiamo, le linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità, l'uso degli integratori, il primo soccorso in caso di corpo estraneo, il primo soccorso in generale e l'uso dei defibrillatori per gli studenti delle terze medie e delle quarte e quinte superiori".*

Associazione Cuore Batticuore Onlus

L'Associazione è presente sul territorio dal 1983 e persegue, senza fini di lucro, finalità civiche, solidaristiche, e di utilità sociale prevalentemente a favore di terzi avvalendosi in modo prevalente dell'attività di volontariato dei propri soci.

Da anni è presente, due pomeriggi la settimana, nel Reparto di cardiologia dell'ASST Papa Giovanni XXIII con i propri volontari con lo scopo di interloquire con i pazienti, e famigliari, per tutti gli aspetti psicologici e umani portando soprattutto la propria realtà ed esperienza di cardiopatici.

Da 12 anni è presente, in collaborazione con l'Ufficio Territoriale Scolastico di Bergamo e ATS Bergamo, nelle classi quarte di 29 Istituti Superiori di Bergamo e provincia, dove i Cardiologi e i Volontari dell'Associazione propongono un intervento formativo strutturato come segue:

- Parte teorica, di due ore, dedita ad illustrare i principi base sulle malattie cardiovascolari, come riconoscerle e prevenirle, i principi e i meccanismi della RCP (Rianimazione Cardio Polmonare).

Torna all'indice

CNAI & ASSOCIAZIONE CUORE BATTICUORE ONLUS

• Parte pratica, circa due ore, riguardante la corretta esecuzione delle manovre salvavita, massaggio cardiaco con l'utilizzo di manichino, e utilizzo corretto del DAE (Defibrillatore Automatico Esterno).

L'Associazione promuove anche altre iniziative pubbliche rivolte alla popolazione di Bergamo e provincia.

Istituto di Istruzione Superiore Mariagrazia Mamoli di Bergamo.

Gli indirizzi di Studio sono i seguenti:

• Liceo delle scienze umane (economico-sociale)
• Professionale per i servizi socio-sanitari
• Corso serale (Istruzione degli Adulti)

In Istituto sono presenti 1022 studenti, 143 docenti e 33 Amministrativi e Collaboratori

RISULTATI

Al momento non siamo in grado di mostrare gli outcomes riferiti alla salute della comunità scolastica in quanto il progetto è stato introdotto da poco più di un mese; la Lombardia è di nuovo in zona rossa da circa un mese. In istituto non ci sono studenti pertanto anche la presenza dell'Infermiere risente di questa difficile situazione.

Si evidenzia che:

• Per progetto si è costituita una importante partnership tra una associazione professionale (CNAI-ARLI) e una associazione di volontariato di cittadini (CUORE BATTICUORE ONLUS) che si sono messe in gioco per raggiungere un obiettivo comune. Si desidera valorizzare una forte volontà dei rispettivi Consigli Direttivi che hanno messo in campo risorse per costruire il progetto con finalità rivolte a tutelare la salute della popolazione scolastica. Si intende sottolineare inoltre che il finanziamento è in carico all'Associazione Cuore Batticuore Onlus che come tutte le associazioni di volontariato vive sulle quote associative dei propri soci e su eventuali donazioni.
• Il team di progetto ha lavorato con estrema coesione intervenendo nello sviluppo dello stesso per le parti di competenza e dimostrando come sia vincente la cultura e la pratica del lavoro collaborativo.
• Il progetto ha ottenuto i patrocini di: Comune di Bergamo, Provincia di Bergamo, Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri di Bergamo, Università degli Studi di Bergamo, Associazione degli Infermieri di Famiglia e di Comunità, Cittadinanza Attiva, Associazione Genitori Mamoli. La conoscenza del progetto da parte di istituzioni e di enti pubblici ha valorizzato l'innovativo modello organizzativo di assistenza sanitaria sul territorio.
• Il progetto è stato divulgato attraverso i siti associativi, il sito dell'istituto Mamoli e attraverso la stampa e Tv locali.
• All'interno dell'istituto sono state create tutte le condizioni per facilitare l'inserimento dell'Infermiere che ha iniziato la propria attività con interventi di natura educativa, preventiva e curativa. L'infermiere è stato presentato agli studenti in ciascuna singola classe. **Si sono identificati due livelli di intervento: individuale (attraverso singolo colloquio) e collettivo (nelle classi in affiancamento agli insegnanti nella trattazione di tematiche di educazione sanitaria). Sono stati pianificati i seguenti interventi di educazione sanitaria da effettuarsi in tutte le classi:**
  • Malattie infettive e vaccinazioni (con particolare riferimento all' infezione da SARS-CoV2)
  • Disturbi percettivi causati dall'uso di dispositivi elettronici
  • Educazione alla salute: corretti stili di vita
• L'Infermiere è stato presentato al Collegio dei Docenti; è stata illustrata l'attività in essere e progettualità futura.
• L'infermiere è stato presentato all'Associazione Genitori del Mamoli con un webinar organizzato ad hoc che ha raccolto con entusiasmo la proposta di lavoro dell'Infermiere e che ha particolarmente apprezzato e valorizzato l'inserimento di questo professionista nel team della scuola. A tale incontro erano presenti anche genitori di altri istituti superiori che hanno mostrato estremo interesse per il progetto con l'impegno da parte loro di richiedere alle istituzioni di poterlo estendere nelle rispettive scuole di riferimento.

CNAI & ASSOCIAZIONE CUORE BATTICUORE ONLUS

CONCLUSIONI

Prime conclusioni che abbiamo tratto dall'introduzione del progetto:

- Abbiamo compreso quanto sia importante la sinergia con le associazioni del territorio che hanno finalità civiche solidaristiche e di attività sociale e che possono contribuire, anche finanziariamente, a far nascere progetti utili alla comunità.
- Questa è stata per noi una esperienza importante in considerazione anche del fatto che l'Infermiere è stato inserito nella scuola in un momento (pandemia in corso) nel quale l'offerta di un sostegno sanitario competente e la promozione di tutte le iniziative volte a fornire informazioni provenienti dalle migliori evidenze scientifiche per formare la comunità scolastica ha fatto la differenza!
- Abbiamo coinvolto e sensibilizzato un significativo numero di cittadini (studenti, docenti, personale amministrativo e collaboratori, genitori, e "l'intera città" attraverso le comunicazioni su stampa e social) che a loro volta possono essere i diffusori del progetto stesso e dei suoi contenuti e dei risultati che si otterranno.
- Sappiamo che il progetto pilota servirà per dimostrare l'utilità della figura infermieristica all'interno della scuola, efficacia ormai ampiamente dimostrata dalla letteratura scientifica e dalle sporadiche (purtroppo) esperienze nazionali e locali.
- **Il progetto non potrà essere sostenuto e finanziato per sempre da associazioni di volontariato (nel nostro progetto da Cuore Batticuore Onlus); riteniamo che dovrà invece essere incorporato come modello organizzativo nelle attività erogate dal Servizio Sanitario Nazionale in quanto la salute della popolazione (anche scolastica) deve essere tutelata dallo Stato.**
- Ci auspichiamo che i patrocini servano ad aumentare la sensibilizzazione per lo sviluppo del nuovo modello organizzativo e per far nascere il bisogno affinché l'infermiere scolastico possa essere presente in tutte le scuole di ogni ordine e grado.
- Lavorare per progetti, con il coinvolgimento nel team di professionalità diverse ma con un obiettivo comune, ci ha permesso di considerare tutti gli aspetti necessari per lo sviluppo e l'implementazione del progetto stesso. Il valore aggiunto nasce dal motto che "l'unione fa la forza".
- Lavorare in rete pensiamo sia vincente; la nostra rete, nella quale sono presenti associazioni ed enti pubblici, si è costituita per produrre un progetto che ha una rilevanza sociale molto significativa: abbiamo messo a disposizione risorse e competenze diverse che, nella loro differenza, hanno costruito delle risposte e delle strategie tra loro complementari. Le idee del progetto sono nate all'interno di una appartenenza ad un contesto e ad una cultura associativa. Il lavoro progettuale è stato il prodotto di un confronto tra tutti i soggetti della rete nel quale si è raccolto il più ampio consenso e la più elevata partecipazione sia dei volontari che degli enti del territorio, anche se con responsabilità, ruoli e funzioni differenti.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Gruppo di progetto:

- Giusi Tiraboschi, CNAI-ARLI
- Nazzareno Morazzini, Dante Mazzoleni e Angelo Casari, Associazione Cuore Batticuore Onlus
- Simonetta Cavallone e Giulio Rossini, Ufficio Scolastico Territoriale della provincia di Bergamo
- Armanda Ferrarini, Maristella Fanuli, Sergio Benaglia, Istituto Statale di Istruzione Superiore Mariagrazia Mamoli
- Isabella Trezzi, ATS Bergamo
- Gianluca Solitro, Zaninoni Cinzia, Ramona Pellegrini, Ordine delle Professioni Infermieristiche (OPI) Bergamo
- Nadia Colombo, Elena Marcellini. Università degli Studi di Milano Bicocca Corso di Laura in Infermieristica, sezione di Bergamo con sede presso ASST Papa Giovanni XXIII

Infermiere Scolastico:

- Paolo De Lia

TEMPI DI REALIZZAZIONE

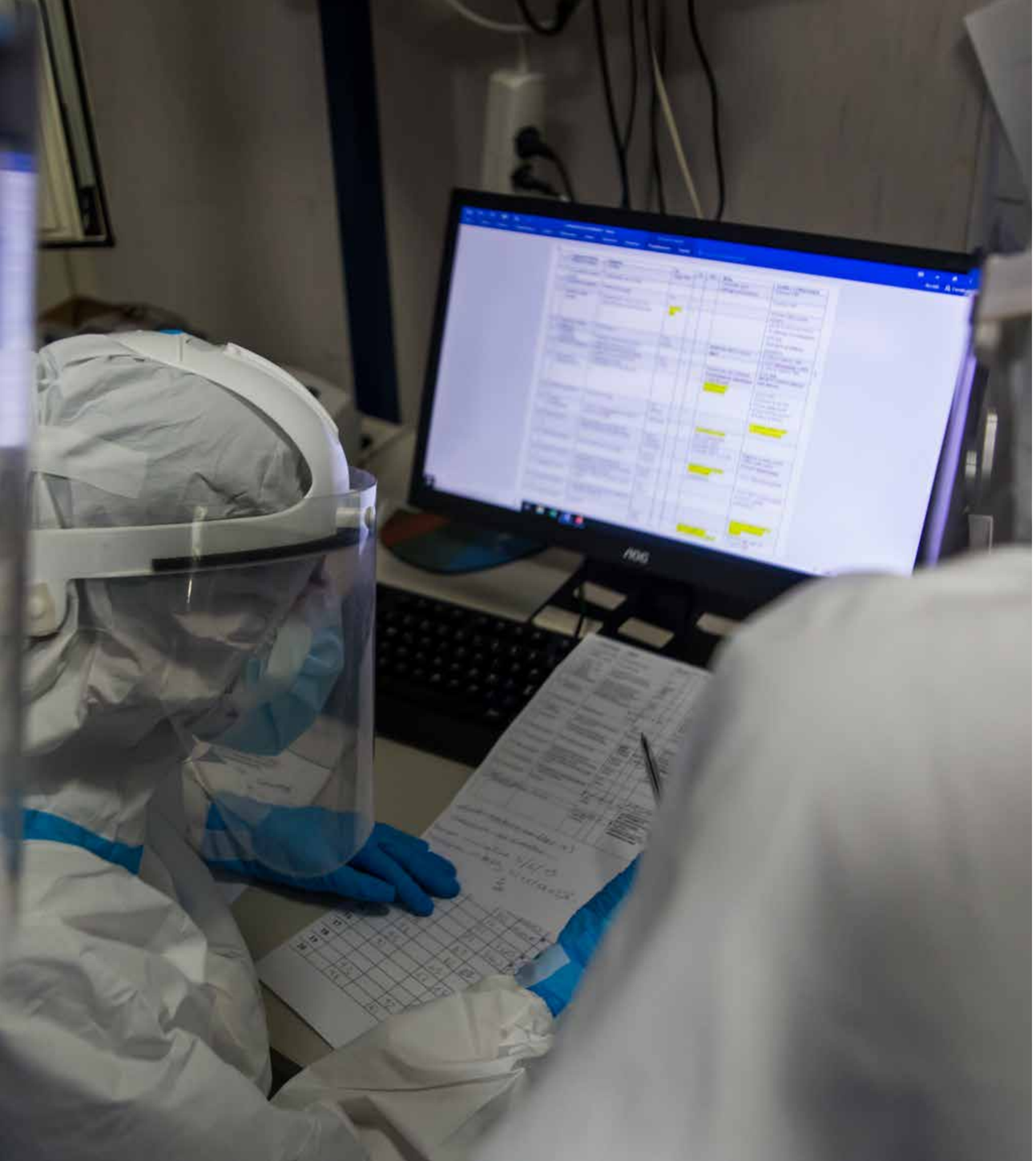
Stesura e definizione del progetto: 01 settembre 2020 - 31 gennaio 2021

Startup del progetto: 18 febbraio 2021

Durata del progetto:

anno scolastico 2020-2021 (ultimo quadrimestre)

anno scolastico 2021-2022



Torna all'indice

Sistema Socio Sanitario
Regione Lombardia
ATS Pavia

OLTRE LA LEGGE 23

Agenzia di Tutela della Salute di Pavia

REFERENTI:

Dott.ssa Mara Azzi	Direttore Generale
Dott. Sergio Edo	Dirigente Medico
Dott. Stefano Bernardelli	Dirigente delle Professioni Sanitarie
Ivana Menardo	Infermieri e amministrativi ATS PAVIA
Martina Bertacco	Infermieri e amministrativi ATS PAVIA

Foto di Massimo Podio

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DI PAVIA

INTRODUZIONE

Con la legge 23 del 2015 la Regione Lombardia ha avviato un processo di riforma del sistema sanitario che comporta alcuni importanti modifiche al modello che per molti anni è stato in atto in regione. I principi di fondo della legge sono volti a trasformare la gestione del paziente da un concetto di erogazione della prestazione, ad una logica di "presa in carico" del paziente e delle sue esigenze di salute (sanitaria e sociosanitaria). In tale logica si è assistito a:

- la trasformazione e accorpamento delle ASL in ATS – Agenzie di Tutela della Salute, che governano il percorso di presa in carico della persona in tutta la rete dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, anche attraverso la valutazione multidimensionale e personalizzata del bisogno, e secondo il principio di appropriatezza e garanzia della continuità assistenziale;
- la trasformazione delle Aziende Ospedaliere in ASST Aziende Socio Sanitarie Territoriali e la trasformazione di alcuni Ospedali in Presidi Territoriali deputate all'erogazione di prestazioni residenziali sanitarie e sociosanitarie a media e bassa intensità per acuti e cronici.

Cosi facendo in capo alle ATS sono rimaste pochissime attività di erogazione dirette di prestazioni a favore delle nascenti ASST.

ANALISI DEL CONTESTO

Il "tuznami" covid che di è abbattuto sul sistema paese nel mese di marzo ha visto gran parte delle organizzazioni sanitarie non pronte a farvi fronte sotto vari punti di vista obbligando cosi i sistemi sanitari a porre in essere soluzioni rapide. Al fine di rispondere prontamente a tale necessità, ATS di Pavia, in sinergia con Istituto Zooprofilattico della Lombardia (sez. di Pavia) ha organizzato attività di gestione diretta di ambulatori sul territorio competente della provincia di Pavia.

La popolazione target che aveva accesso a tali ambulatori ha riguardato le forze dell'ordine (Gdf, WF, Polizia Locale, Polizia di Stato, Carabinieri), operatori del sistema sanitario e sociosanitario (RSA, MMG e PLS...). Tale impianto prevedeva in accordo con la normativa nazionale allora vigente l'esecuzione di un tampone diagnostico in fase acuta e un tampone per la riammissione al lavoro, oppure di tampone doppio se il soggetto risulta positivo. A far data dal 3 aprile 2021, a seguito del recepimento delle nuove indicazioni regionali, i soggetti in malattia, oltre ad eseguire un primo tampone diagnostico, devono essere prenotati per l'esecuzione di doppio tampone prima del rientro da malattia, e comunque dopo 14 giorni dalla fine della sintomatologia febbrile. Tali indicazioni sono state riprese sia da L.R. Di Regione Lombardia in data 10 aprile, sia tramite ulteriori circolari fornite alle strutture il 16 aprile 2020.

Utenza coinvolta

Operatori sanitari RSA e del sistema sociosanitario sintomatiche; minori e/o maggiorenni sotto tutela del tribunale; minori e /o maggiorenni che devono entrare in comunità tutelate; altre casistiche concordate con il dott. Edo e/o la Direzione Generale forze dell'ordine; protezione civile; operatori croce rossa o di altre croci presenti sul territorio. A partire mese di metà maggio è stata aperta a tutta la popolazione l'accesso a tali ambulatori.

Materiale e metodi

L'attività prevede la prenotazione e la restituzione dei referti ai diretti interessati a cui i soggetti aventi titolo mediante canale preferenziale per l'esecuzione nel più breve tempo possibile del TNF.

Standard

Tutte le richieste di prenotazione sono state processate entro 24 ore dall'arrivo della richiesta all'ATS, successivamente, viene inviata risposta al prenotante, sempre tramite e-mail, con data e luogo di esecuzione del tampone

Descrizione attività

Ricevute le richieste, tramite cellulare o form dedicato, vengono effettuate le prenotazioni suddividendo le medesime secondo scaglioni orari predefiniti, allo scopo di evitare assembramenti durante l'attività ambulatoriale. Contestualmente se positivi vengono riprogrammati i controlli per le guarigioni e i tamponi per i contatti stretti al fine di ridurre la propagazione pandemica.

Torna all'indice

AGENZIA DI TUTELA DELLA SALUTE DI PAVIA

Flusso dati verso terzi

Ogni giorno vengono forniti alla Direzione Generale di ATS Pavia, che a sua volta invia i flussi in regione per le adempimenti dovuti.

RISULTATI

I tamponi erogati a gestione diretta dell'ATS di Pavia nel periodo Marzo – giugno 2021 sono stati 12.166, nel periodo Luglio – 5 ottobre 8.460.

Unica ATS durante la prima ondata a gestire direttamente tutta l'attività erogativa ad accesso diretto di TNF a supporto della rete dei laboratori presente sulla provincia pavese al fine di dare risposte rapide e tempestive ai bisogni della popolazione.

CONCLUSIONI

L'esperienza alla luce dei dati ottenuti e dall'altra professionalità degli operatori coinvolti sono stati determinanti per contenere l'effetto dirompente del covid 19 all'interno del sistema socio sanitario della provincia di Pavia. Da ricordare unica ATS che ha tenuto per mesi ambulatori a gestione diretta senza prenotazione per intercettare sul nascere i bisogni via via crescenti di prestazioni.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Direzione Strategica, Dirigenti medici, dirigente delle professioni sanitarie, infermieri, amministrativi

TEMPI DI REALIZZAZIONE

8 mesi

Torna all'indice

Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

SURVIVING COVID-19:
progetto clinico-organizzativo e di ricerca, con case management infermieristico e approccio multidimensionale, per il follow-up delle persone che hanno contratto l'infezione da SARS-CoV-19

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII BERGAMO

REFERENTI:

Dott.ssa Monica Casati	Responsabile UOS Valorizzazione delle Competenze Professionali, UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali
Dott. Marco Rizzi	Direttore UOC Malattie Infettive
Dott.ssa Simonetta Cesa	Direttore UOC Direzione Professioni Sanitarie e Sociali

Torna all'indice

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La rapidissima diffusione della pandemia da SARS-CoV-19 ha portato a raccogliere un'imponente mole di dati osservazionali sulla fase acuta della malattia mentre la letteratura sulla storia clinica successiva all'episodio acuto di malattia è per contro molto povera: poco sappiamo sui postumi della malattia e sugli esiti a medio e lungo termine. Le condizioni di stress organizzativo alle quali i sistemi sanitari sono stati sottoposti per far fronte all'evento pandemico hanno condotto ad una rapida dimissione delle persone assistite degenti per garantire le cure necessarie al crescente numero di pazienti in arrivo. Tuttavia, le condizioni assistenziali che permanevano allo stato della dimissione di tali pazienti risultavano meritevoli di ulteriori approfondimenti stanti le scarse conoscenze sulla progressione della patologia successivamente alla fase acuta. La Lombardia e in particolare la provincia di Bergamo sono risultate essere l'area geografica maggiormente colpita sul territorio italiano dall'evento pandemico; la numerosità di casi ha condotto l'ASST Papa Giovanni XXIII ad individuare un percorso di cura in prosecuzione all'attività di ricovero per la fase acuta che garantisse la continuità assistenziale alle persone assistite coinvolte e la raccolta di dati relativamente all'evoluzione della patologia.

ANALISI DEL CONTESTO

Il modello di follow-up strutturato all'interno del progetto "Surviving COVID-19" quale progetto clinico e di ricerca, è stato organizzato come approccio standard a tutti i pazienti, in due fasi: prima valutazione multi disciplinare offerta in modalità day-service (fase 1 del follow-up) con opportunità di successivi approfondimenti valutati in base ai primi riscontri (fase 2 del follow-up). In relazione all'attesa complessità della gestione del processo di follow-up, alle diverse dimensioni specialistiche coinvolte, alla dimensione potenzialmente cronica della presa in carico è stata attivata la funzione di case management infermieristico, a sostegno dell'unitarietà dell'interfaccia per l'utente e del coordinamento delle diverse esigenze cliniche, organizzative e di ricerca. Preliminare alla programmazione del primo accesso di follow-up è stata la verifica della avvenuta negativizzazione virologica.

RISULTATI

I risultati ottenuti dalla fase iniziale di assessment hanno condotto ad ulteriori approfondimenti il 44% della popolazione valutata, in particolare il 31,8% (n. 472) dei pazienti visitati ha avuto necessità di un approfondimento pneumologico, il 6,9% (n. 103) ha necessitato di una visita cardiologica, il 7,6% (n. 113) di un approfondimento neurologico, il 5,4% (n. 80) ha necessitato una visita riabilitativa, lo 0,7% (n. 10) ha richiesto un approfondimento psicologico e il 12,9% (n. 191) ha necessitato di approfondimenti di altri specialisti. Dal punto di vista assistenziale le persone assistite si sono presentate in condizioni prevalentemente di autonomia e nelle situazioni di parziale autonomia, il caregiver era presente e informato. La valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica ha rilevato una condizione di dipendenza parziale o totale nel "Bisogno di muoversi e assumere posizioni adeguate" nel 6,8% (n. 52) delle persone valutate e nel "Bisogno di evitare i pericoli" per il 5,8% (n. 44) delle persone valutate.

CONCLUSIONI

La progettualità ha sollevato l'opportunità di sviluppare altri percorsi integrativi rispetto all'attività di follow-up descritta nel progetto orientati al progressivo arruolamento di tutta la popolazione interessata nel territorio provinciale. È stata pensata e realizzata una partnership tra le realtà ospedaliere presenti sul territorio provinciale, con il coinvolgimento anche dell'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo per offrire un percorso omogeneo a tutti i pazienti della provincia ed è stata sviluppata una piattaforma che garantisca l'integrazione dei dati raccolti durante gli episodi di acuzie con i dati di follow-up. È stata attivata e mantenuta, anche a seguito del percorso di follow-up, la funzione di infermiere case manager nell'ambito pneumologico che, anche attualmente, si occupa della prosecuzione del percorso dei pazienti con precedente riscontro di positività al Covid.

L'inserimento nel mese di agosto della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nell'ambito della rete territoriale delle ASST ha posto le basi concrete per la continuità assistenziale anche in ambito territoriale, attraverso l'integrazione tra i case manager specialistici da tempo presenti nei contesti ospedalieri, a garanzia di percorsi di continuità assistenziale sempre più vicini alle esigenze delle persone assistite in ambito territoriale e domiciliare. È in previsione.

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

INTRODUZIONE

La rapidissima diffusione della pandemia da SARS-CoV-19 ha portato a raccogliere un'imponente mole di dati osservazionali sulla fase acuta della malattia; la letteratura sulla storia clinica successiva all'episodio acuto di malattia è per contro molto povera: poco sappiamo sui postumi della malattia e sugli esiti a medio e lungo termine. La polmonite costituisce la manifestazione d'organo di preminente importanza in fase acuta: data la "novità" della polmonite da SARS CoV-2 non ci sono dati su quanti pazienti sopravvissuti all'episodio acuto hanno postumi ed esiti clinicamente rilevanti e tali da rendere necessaria la messa a punto di percorsi clinici specifici; è però probabile che il problema abbia dimensioni rilevanti: i pochi dati pubblicati per l'infezione da MERS-CoV (virus correlato a SARS-CoV-19) e gli scarsi dati ad oggi disponibili sulla malattia da SARS-CoV-19 sembrano deporre per una frequenza rilevante di esiti significativi nei sopravvissuti all'episodio acuto di malattia.

Oltre ai polmoni, molti organi, apparati e funzioni possono essere interessati dalla malattia da SARS-CoV-19: sembra rilevante il coinvolgimento cardiovascolare (in parte mediato da eventi trombotici), neurologico (centrale e periferico), renale, psicologico, di salute mentale e più in generale il livello di autonomia del paziente. Senza contare che per i pazienti con prolungata ospedalizzazione, uso esteso di farmaci immunomodulatori e prolungati periodi di degenza in terapia intensiva e/o di assistenza ventilatoria, possono essere presenti plurimi postumi ed esiti. La conoscenza della storia naturale della malattia è complicata dal fatto che molto di quanto pubblicato deriva dall'osservazione di pazienti ricoverati in ospedale o che quanto meno hanno avuto un accesso al Pronto Soccorso.

Per quanto riguarda il contesto italiano, la Lombardia è stata la regione più colpita dall'epidemia: nei tre mesi tra il 20 febbraio ed il 18 maggio 2020 sono stati diagnosticati 85.019 casi di malattia (su un totale nazionale di 225.886) e sono stati registrati 15.543 decessi (su un totale nazionale di 32.007) in persone con malattia da SARS-CoV-19. I numeri succitati si riferiscono ai casi di malattia confermati con diagnosi virologica che, nel periodo considerato, sono stati quasi esclusivamente costituiti da pazienti ricoverati con grave sindrome respiratoria.

Nell'ambito regionale, la provincia di Bergamo (1.116.248 abitanti al 30/11/2019) è stata particolarmente colpita: sempre con riferimento ai dati con diagnosi virologica, nei tre mesi considerati sono stati registrati 12.463 casi.

La ASST Papa Giovanni XXIII include nel suo polo ospedaliero due presidi ospedalieri, uno sito a Bergamo mentre l'altro a San Giovanni Bianco, con una capienza complessiva di 924 posti letto di degenza ordinaria; nel corso dell'epidemia COVID-19 è stato anche attivato, in Bergamo, un "Presidio Medico Avanzato" presso il polo fieristico della città nel quale sono stati predisposti posti letto ad alta e a media intensità di cure. La ASST Papa Giovanni XXIII è stata la maggiore sede provinciale di ricovero di persone con COVID-19: dall'inizio dell'epidemia al 15/05/2020 sono state ricoverate 1.909 persone con malattia da SARS-CoV-19, inoltre 500 persone hanno avuto un accesso di Pronto Soccorso al quale non è seguito ricovero; tra le persone ricoverate: 424 sono decedute durante l'episodio di ricovero, 775 sono state dimesse, 595 sono state trasferite (quasi tutte verso strutture "a bassa intensità di cure"). La gran parte delle persone assistite presso gli ospedali o i pronto soccorso sono state dimesse precocemente, con malattia ancora sintomatica, per l'impellente necessità di accogliere in ospedale un gran numero di pazienti in condizioni cliniche gravi; pertanto molte di queste persone potrebbero avere problemi di salute ancora attivi. Considerata la complessità della malattia da SARS-CoV-19 e la scarsità delle conoscenze in merito, si ritiene che per questi pazienti vi sia indicazione ad una valutazione multidimensionale basata su un approccio interdisciplinare e multiprofessionale. A fronte delle condizioni di contesto presentate, la presente progettualità si è proposta di raggiungere i seguenti obiettivi:

Obiettivo principale: offerta di un percorso clinico di follow-up a tutte le persone con pregressa malattia da SARS-CoV-19 dimesse dai reparti di degenza e dal Pronto Soccorso della ASST Papa Giovanni XXIII (sedi Ospedale Papa Giovanni XXIII di Bergamo, Ospedale Civile di San Giovanni Bianco, Presidio Medico Avanzato Bergamo Fiera);

Obiettivo secondario 1: offerta di un percorso di follow-up alle persone con pregressa malattia da SARS-CoV-19 che non hanno avuto episodi di ricovero o accessi in pronto soccorso presso la ASST Papa Giovanni XXIII durante l'episodio acuto. Da definire in partnership con le altre Aziende Socio-Sanitarie Territoriali della provincia di Bergamo, con l'Agenzia di Tutela della Salute (ATS) di Bergamo e con i Medici di Assistenza Primaria della provincia di Bergamo;

Obiettivo secondario 2: raccolta dati utili a definire l'evoluzione dei bisogni di salute a medio e lungo termine delle persone "sopravvissute" ad un episodio acuto di malattia da SARS-CoV-19.

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

ANALISI DEL CONTESTO

Considerata la scarsità di conoscenze sulla storia naturale della malattia e sui postumi e gli esiti a medio e lungo termine, si è ritenuto che l'avvio del follow-up clinico per le persone con pregresso episodio acuto di COVID-19 dovesse necessariamente rivestire carattere sperimentale: sono stati raccolti in itinere gli elementi utili a definire le necessità cliniche; è in corso il collegamento tra i dati relativi al follow-up e i dati relativi all'episodio acuto di malattia trascorso in ospedale e al fine di consolidare-ridefinire il modello clinico-organizzativo e programmare quanto necessario sul medio e lungo periodo. L'insieme delle persone dimesse in vita dai reparti di degenza e dal pronto soccorso della ASST Papa Giovanni XXIII hanno rappresentato la popolazione alla quale è stato in prima istanza rivolto il percorso di follow-up. Queste persone costituivano solo una parte di coloro che sono sopravvissuti all'episodio acuto di malattia, più esattamente alla fase intraospedaliera dell'episodio acuto di malattia, rappresentando la parte a maggiore gravità clinica e complessità assistenziale.

È stato programmato un primo controllo di follow-up per tutte le persone dimesse da reparti o da Pronto Soccorso; per i pazienti assistiti sul territorio che non hanno mai avuto accesso agli ospedali durante la fase acuta di malattia lo spettro di gravità può essere molto vario, ed include forme lievi: si è ritenuto che la selezione delle persone da avviare a follow-up specialistico dovesse essere affidata ai Medici di Medicina Generale, con i quali gli specialisti ospedalieri hanno condiviso protocolli di follow-up e criteri e modalità di referral.

Il modello di follow-up di seguito descritto è stato condiviso con la Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo e con le altre Aziende Socio-Sanitarie Territoriali della provincia.

Considerato quanto rilevato in premessa in merito alla scarsezza di conoscenze sulla storia naturale della malattia e sui postumi e gli esiti a medio e lungo termine, il percorso di follow-up è stato organizzato in modo da raccogliere dati utili a definire l'impatto globale della malattia sullo stato di salute, evidenziare i bisogni clinici, stabilire le priorità di intervento in armonia con i sistemi di presa in carico già attivi per taluni target di assistiti, programmare l'organizzazione dell'offerta socio-sanitaria e per definire l'impegno professionale e di risorse necessarie. "Surviving COVID-19", in quanto progetto clinico che presenta rilevanti opportunità per la ricerca, è stato inserito nella prospettiva del COVID-19@Lab gestito dalla Unità Ricerca e Innovazione aziendale; nella prospettiva che i dati relativi al follow-up fossero collegati ai dati relativi all'episodio acuto di malattia trascorso in ospedale, è stata impiegata la CRF SIMIT/WHO.

Si è ritenuto opportuno definire un approccio standard per la prima valutazione (fase 1 del follow-up), prevedendo che le tappe successive possano essere personalizzate in base ai primi riscontri (fase 2 del follow-up).

L'attività è stata organizzata in modo da completare la fase 1 di follow-up per la popolazione sopra indicata in 3 mesi (mesi di maggio-luglio 2020; durata variabile in funzione del tasso di deceduti post-dimissione e persone che non accoglieranno la proposta di follow-up).

Preliminare alla programmazione del primo accesso di follow-up è la verifica della avvenuta negativizzazione virologica (due tamponi naso-faringei negativi, offerti in modalità drive-in tramite convocazione telefonica a tutte le persone dimesse).

In relazione all'attesa complessità della gestione del processo di follow-up, alle diverse dimensioni specialistiche coinvolte, alla dimensione potenzialmente cronica della presa in carico è stata attivata la funzione di case management infermieristico, a sostegno dell'unitarietà dell'interfaccia per l'utente e del coordinamento delle diverse esigenze cliniche, organizzative e di ricerca.

Per la FASE 1 del follow-up gli step previsti, attuati in considerazione della fragilità delle condizioni attese per molti dei pazienti, in modalità "day-service" in modo da ridurre al minimo il numero degli accessi richiesti agli utenti, sono stati:

1. Accesso all'ambulatorio infermieristico con presa in carico da parte dell'infermiere case manager:
   - effettuazione di un colloquio iniziale e di inquadramento delle condizioni cliniche, del livello di autonomia e dei bisogni assistenziali;
   - informazione sul percorso clinico di follow-up e richiesta di consensi per: tutela dei dati personali, COVID19_L@B, e Biobanca;
   - prelievo per esami ematochimici;
   - elettrocardiogramma;
   - rilevazione dei parametri vitali;
   - educazione sanitaria.

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

2. Accesso all'ambulatorio riabilitativo:
   - valutazione dello stato della funzionalità pre e post evento clinico COVID-19 correlato da parte di un fisioterapista e valutazione interprofessionale con medico fisiatra.

3. Accesso all'ambulatorio ostetrico (per la popolazione di donne gravide o puerpere con pregressa sintomatologia COVID-19 correlata).

4. Accesso all'ambulatorio di salute mentale per una visita psicologica di screening.

5. Effettuazione di refertazione dell'elettrocardiogramma e degli esami disponibili da parte del cardiologo.

6. Effettuazione di esami diagnostici da sottoporre a valutazione diagnostica strumentale dal pneumologo:
   - radiografia del torace;
   - spirometria con verifica della diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio (DLCO).

7. Qualche giorno a seguire rispetto agli step precedenti, in modo da consentire la refertazione di tutti gli approfondimenti effettuati, è stata prevista un visita medica specialistica: gli specialisti medici di riferimento sono infettivologi e, in relazione alla valutazione dei pazienti dimessi da Pronto Soccorso, medici dell'Emergenza/ Urgenza.

A seguire rispetto a questa prima fase, è stata prevista l'opportunità di successivi approfondimenti legati ai risultati ottenuti nella Fase 1, in particolare:

- a fronte di reperti radiografici e delle prove di funzionalità respiratoria significativamente alterati è prevista l'esecuzione di TAC torace e successiva visita pneumologica, per le quali sono state attivate agende dedicate. Nella fase pilota è emersa la necessità di approfondimento con TAC torace più visita pneumologica per il 30% circa delle persone valutate;
- in merito alla salute mentale degli assistiti, in seguito allo screening di cui alla fese 1 e qualora si riscontrino alterazioni, disagi e/o disturbi delle condizioni psichiche tali da richiedere un intervento specialistico, l'assistito verrà avviato presso l'apposito ambulatorio, presso il Centro Varenna, per ulteriori approfondimenti e per il supporto necessario e l'eventuale presa in carico di natura psicologica e/o psichiatrica;
- in caso di riscontro di necessità di interventi riabilitativi alla valutazione di fisioterapista/fisiatra è stata predisposta un'offerta di trattamento riabilitativo, eventualmente con approfondimenti valutativi, che laddove necessario possono prevedere l'intervento di ulteriori professionisti della riabilitazione quali il logopedista e il terapista occupazionale;
- nel percorso di follow-up sono state previste procedure di screening e di referral per gli ambiti specialistici di più frequente occorrenza attesa (chirurgia vascolare, cardiologia, dietologia clinica, endocrinologia/diabetologia, gastroenterologia, immunoematologia, neurologia, neuroradiologia), con la definizione di procedure di screening e di referral o presa in carico per i diversi ambiti di patologia;
- per le donne con storia di malattia da SARS-CoV-19 in corso di gravidanza o nel post-partum, il percorso di follow-up per COVID-19 è integrato con quello ostetrico.

RISULTATI

Il progetto ha visto una prima fase pilota intercorsa dal 04 maggio 2020 al 31 maggio 2020; a seguito dei risultati raggiunti, il progetto è proseguito con un consolidamento del modello con una fase principale intervenuta dal 01 giugno 2020 al 30 settembre 2020.

I pazienti complessivamente eleggibili, secondo i criteri di inclusione proposti nel progetto, sono stati 2.681.

I pazienti valutati in follow-up a seguito di ricovero presso i contesti dell'ASST Papa Giovanni XXIII sono stati 1400; i restanti 1281 pazienti sono stati valutati a seguito di un accesso in Pronto Soccorso oppure conseguentemente a segnalazione da parte dei Medici di Medicina Generale dei casi meritevoli di approfondimento, a seguito di ricovero presso strutture esterne al contesto aziendale.

Dei 2.681 eleggibili, 1.106 pazienti sono stati esclusi in quanto 189 sono deceduti dopo il trasferimento

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

o la dimissione, 712 non sono risultati raggiungibili, 193 risultavano nuovamente ricoverati al momento del contatto telefonico; al netto di disdette e ulteriori approfondimenti che hanno condotto ad escludere alcuni pazienti per insussistenza di condizioni ascrivibili al percorso, sono stati programmate 1.536 valutazioni di follow-up.

Relativamente ai dati disponibili sui 1.536 pazienti: il 37,7% era di sesso femminile, l'età media è pari a 59 anni (range da 19 a 93 anni), le comorbidità principali sono risultate essere l'obesità nel 21,6%, l'ipertensione nel 27,5% e il diabete nel 9,6% dei casi.

In riferimento alla timeline di gestione del percorso della persona dall'insorgenza dei sintomi: la valutazione di follow-up è stata effettuata mediamente dopo 134 giorni (da 98 a 165 giorni) e dopo 60 giorni mediamente dal rientro al domicilio (da 51 a 69 giorni).

Valutando le condizioni di severità occorse durante gli episodi acuti manifestati dalle persone assistite valutate in follow-up, il 25% delle persone non hanno avuto bisogno di supporto respiratorio, il 19,2% dei casi ha necessitato di ossigeno a bassi flussi, il 10,4% ha utilizzato al maschera reservoir e il 7,2% la maschera venturi, il 13,3% ha avuto necessità di CPAP/NIV, l'8,1% ha avuto necessità di ventilazione meccanica e per lo 0,4% (6 casi) è stato necessario ricorrere alla circolazione extracorporea (ECMO).

L'assessment effettuato durante il follow-up ha consentito di riscontrare le seguenti caratteristiche ricorrenti:

- la dispnea, rilevata attraverso la Modified Medical Research Council Dyspnea Scale, è risultata essere ancora presente in fase di follow-up per il 33,4% delle persone reclutate; in particolare il grado 1 è stato riscontrato nel 21,4% dei casi;
- la Diffusione alveolo-capillare del monossido di carbonio (Diffusion Lung CO) è risultato essere inferiore all'80% nel 28,1% dei casi;
- la fatigue è stata riscontrata come sintomo nel 32% dei casi, mentre attraverso la rilevazione con la scala Brief Fatigue inventory è risultata presente in modo "moderato o severo" nel 32% dei pazienti valutati.

La capacità di un soggetto di effettuare in modo più o meno indipendente le attività di vita quotidiana è stata misurata attraverso il Barthel Index: il 64,1% è risultato essere indipendente mentre pre-CoViD il dato era del 72,5%.

L'anosmia è risultata essere ancora presente nel 3.9% dei pazienti, in particolare nel campione di sesso femminile è risultato presente nel 5,4% dei casi mentre nel campione maschile nel 3%.

Al 31 giugno 767 pazienti hanno completato il percorso di assessment multidisciplinare previsto dal primo step di follow-up; per questi pazienti i risultati di laboratorio hanno evidenziato le seguenti alterazioni: D-dimero elevato (≥ 500 ng/mL) nel 39% dei casi, anticorpi anti-tireoglobulina elevati (> 60 UI/mL) nel 9,3%, nel 17,5% dei casi sono risultati elevati (> 60 UI/mL) gli anticorpi anti-perossidasi tiroidea.

Gli approfondimenti di natura psicologica sono esitati in:

- Post-Traumatic Stress Disorder (Impact of Event Scale-Revised) 32.5%
- Anxiety (The Hospital Anxiety and Depression Scale) 14.6%
- Depressione (The Hospital Anxiety and Depression Scale) 5.7%
- Assenza di Resilienza (Resilience Scale for Adults) 5.0%

Per quanto riguarda la valutazione della presenza di eventuale deterioramento cognitivo è stato utilizzato il MOntreal Cognitive Assessment (MOCA) che permette di valutare diverse aree funzionali: attenzione, concentrazione, funzioni esecutive, memoria, linguaggio, abilità visuo-costruttive, astrazione, calcolo, orientamento. I punteggi ottenuti attraverso lo screening con il MOCA hanno denotato la presenta di deterioramento cognitivo lieve nel 3% dei casi valutati (Raw Score).

Per quanto riguarda gli approfondimenti necessari a seguito del primo assessment, per 835 pazienti non è risultato necessaria valutazione di secondo livello con specialista di riferimento mentre per 651 il percorso è proseguito con almeno un approfondimento specialistico, rispettivamente: il 31,8% (n. 472) dei pazienti visitati ha avuto necessità di un approfondimento pneumologico, il 6,9% (n. 103) ha necessitato di una visita cardiologica, il 7,6% (n. 113) di un approfondimento neurologico, il 5,4% (n. 80) ha necessitato una visita riabilitativa, lo 0,7% (n. 10) ha richiesto un approfondimento psicologico e il 12,9% (n. 191) ha necessitato di approfondimenti di altri specialisti.

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

Dal punto di vista assistenziale, dei 767 pazienti valutati in sede di ambulatorio infermieristico di Case Management post-CoViD, il 56,7% è stato dimesso dopo l'episodio di ricovero ospedaliero al domicilio; del restante 43% di persone che hanno necessitato di prosecuzione delle cure in struttura, il 18,9% è stato inviato verso altro ospedale, il 18,6% in riabilitazione mentre il 3,7% è stato ospitato nelle strutture alberghiere della provincia deputate all'assistenza post-CoViD.

Il grado di dipendenza delle persone valutate è stato classificato come "Capace di esplicare attività normale e di lavorare. Non è necessaria alcuna particolare assistenza" (>80% secondo la Karnofsky Performance Status Scale – KPS) per il 98,1% delle persone valutate; in linea con il dato di valutazione del grado di dipendenza, una situazione di fragilità sociale è risultata presente per 6 pazienti (0,8%).

La presenza dei caregiver è risultata essere non necessaria nel 25,3% dei casi, mentre il caregiver è risultato essere presente e collaborante per il 74,7% delle persone valutate.

La valutazione dei principali Nursing Sensitive Outcomes (NSO) ha restituito la seguente rappresentazione della casistica valutata:

- un totale di 94 persone (11,9%) ha riferito, in sede di valutazione ambulatoriale, di avere dolore (Scala NRS ≥ 1) di cui il 6,8% con un punteggio uguale o superiore a 4 (cut-off soglia nel contesto dell'ASST Papa Giovanni per la somministrazione di terapia farmacologica);
- "A Rischio di caduta", secondo la scala Fall Risk Questionnaire (FRQ), è il 5,6% della popolazione valutata;
- nel 2,2 % (n. 17) delle persone valutate è stata riscontrata la presenza di lesioni da pressione.

La valutazione infermieristica, elaborata tenendo in considerazione i Bisogni di Assistenza Infermieristica costitutivi del Nursing Minimum Data Set (NMDS) definito a livello aziendale ha evidenziato le seguenti condizioni:

- Bisogno di respirare: è risultato in condizioni di dipendenza (parziale o totale) l'1,3% (n. 10) delle persone valutate;
- Bisogno di circolazione: è risultato in condizioni di dipendenza (parziale o totale) lo 0,9% (n. 7) delle persone valutate;
- Bisogno di muoversi e assumere posizioni adeguate: è risultato in condizioni di dipendenza (parziale o totale) il 6,8% (n. 52) delle persone valutate;
- Bisogno di evitare i pericoli: è risultato in condizioni di dipendenza il 5,8% (n. 44) delle persone valutate;
- Bisogno di comunicare: è risultato in condizioni di dipendenza l'1,7% (n. 13) delle persone valutate;
- Bisogno di apprendere: è risultato in condizioni di dipendenza l'1,2% (n. 9) delle persone valutate.

CONCLUSIONI

La progettualità ha sollevato l'opportunità di sviluppare altri percorsi integrativi rispetto all'attività di follow-up descritta nel progetto orientati al progressivo arruolamento di tutta la popolazione interessata nel territorio provinciale e allo sviluppo di conoscenze in merito all'evoluzione della patologia:

- la realizzazione di una partnership tra le realtà ospedaliere presenti sul territorio provinciale, con coinvolgimento anche dell'Agenzia di Tutela della Salute di Bergamo, è stata realizzata al fine di consentire l'adozione di standard minimi di servizi offerti e stabilisca un minimum data set omogeneo che consenta il confronto, la condivisione e l'aggregazione dei dati: avvio a Luglio 2020;
- l'integrazione dei dati raccolti durante gli episodi di acuzie con i dati di follow-up è stata sviluppata al fine di definire in modo compiuto le caratteristiche in acuzie e post dei singoli casi diagnosticati e trattati;
- è stata attivata e mantenuta, anche a seguito del percorso di follow-up, la funzione di infermiere case manager nell'ambito pneumologico che anche attualmente si occupa della prosecuzione del percorso dei pazienti con precedente riscontro di positività al Covid;
- l'inserimento nel mese di agosto della figura dell'Infermiere di Famiglia e Comunità nell'ambito della rete territoriale delle ASST ha posto le basi concrete per la continuità assistenziale anche in ambito territoriale, attraverso l'integrazione tra i case manager specialistici da tempo presenti nei contesti ospedalieri, a garanzia di percorsi di continuità assistenziale sempre più vicini alle esigenze delle persone assistite in ambito territoriale e domiciliare. È in previsione una condivisione dei dati rilevati dal punto di vista assistenziale durante il follow-up in una progettualità condivisa con gli Infermieri di Famiglia e Comunità.

Torna all'indice

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri
Ostetriche
Fisioterapisti
Tecnici di Radiologia
Tecnici di Laboratorio
Medici Infettivologi
Medici Radiologi
Medici di Laboratorio
Medici Pneumologi
Psicologi
Con la collaborazione delle unità di:
Cardiologia, Chirurgia Vascolare, Dietologia Clinica, Endocrinologia/Diabetologia, Fisiatria, Gastroenterologia, Ostetricia, Immunoematologia, Neurologia, Neuroradiologia, Psichiatria.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

La prima fase pilota del progetto è stata effettuata dal 04 maggio 2020 al 31 maggio 2020; a seguito dei risultati raggiunti, il progetto è proseguito con un consolidamento del modello con una fase principale intervenuta dal 01 giugno 2020 al 30 settembre 2020.
A seguire è stato mantenuto e consolidato il case management infermieristico pneumologico al quale attualmente afferiscono anche i pazienti che hanno contratto il CoViD-19 con residualità di tipo pneumologico.

Torna all'indice

Azienda Ospedaliera
Papa Giovanni XXIII
Bergamo

L'ESPERIENZA DELLA FORMAZIONE UNIVERSITARIA DELLA ASST PAPA GIOVANNI XXIII DI BERGAMO, IN CONTESTO PANDEMICO DA SARS COV-19

Azienda Socio Sanitaria Territoriale Papa Giovanni XXIII BERGAMO

REFERENTI:

Enrica Capitoni	Dirigente Formazione Universitaria
Elena Marcellini	Responsabile progetti Formazione Universitaria

Foto di Massimo Podio

Torna all'indice

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

ABSTRACT

INTRODUZIONE

Nel 2020 Bergamo e la sua provincia è stata uno degli epicentri della pandemia Covid-19. La Formazione Universitaria (FU) è una struttura in staff alla direzione sanitaria e comprende quattro corsi di laurea e una sede di tirocinio pratico dell'Università di Milano Bicocca con un totale di 622 studenti. La FU si è impegnata nel garantire il proseguimento dell'attività didattica e di tirocinio programmate per l'anno 2020-2021, mettendo in campo azioni differenziate via via che le necessità legate all'evolversi della pandemia si modificavano.

ANALISI DEL CONTESTO

Internamente all'azienda sono stati messi in campo interventi di aggiornamento tecnologico, modifiche strutturali, interventi di prevenzione del rischio per tutti gli stakeholder ed è stata creata una task force con i diversi uffici aziendali e tutto il team della FU.

RISULTATI

Sono stati garantiti tutti gli interventi volti a permettere agli studenti, iscritti alla sede di Bergamo di procedere con la propria formazione teorico-pratica, al fine di assicurare il raggiungimento dei requisiti previsti dai diversi ordinamenti didattici delle diverse professioni sanitarie.

CONCLUSIONI

Il rischio pandemico impone una riflessione per il futuro verso forme di didattica in presenza e a distanza misurandone i risultati. Infatti, l'uso della tecnologia si è dimostrato una risorsa utile. La sinergia con l'organizzazione aziendale e tutti gli uffici di staff alla direzione e tra corsi di laurea (CdL) si è rivelata strategica a risolvere con rapidità i problemi di varia natura in una situazione a costante evoluzione e cambiamento. La collaborazione interprofessionale rappresenta fattore strategico per qualsiasi organizzazione sanitaria.

INTRODUZIONE

Il primo caso ufficiale di Covid-19 in Italia è stato segnalato nella provincia di Lodi il 21 febbraio 2020. Due giorni dopo, è stato ricoverato il primo paziente positivo nella ASST Papa Giovanni XXIII (PG23) di Bergamo che serve una provincia di oltre 1 milione di abitanti. Da allora, i posti letto sono stati rapidamente saturati con centinaia di pazienti che presentavano un'insufficienza respiratoria, superando in modo massiccio la capacità dei letti critici. Il tasso di curva da Covid 19 ha raggiunto il picco a metà marzo 2020 e questa è stata la tendenza anche nella regione Lombardia. Tuttavia, alla prima ondata ne è seguita una seconda a inizio novembre 2020 e siamo ora in piena terza ondata pandemica. La struttura semplice in staff alla direzione sanitaria Formazione Universitaria (FU) comprende tre sedi di corsi di laurea delle professioni sanitarie di Milano Bicocca (Infermieristica, Ostetricia, Tecniche di radiologia medica per immagini e radioterapia) e una sede di tirocinio per il corso di laurea in Fisioterapia. Comprende anche un corso internazionale di laurea magistrale in medicina e chirurgia, la cui sede amministrativa è l'università di Milano Bicocca. Un totale di 622 studenti gravitano complessivamente sulla FU. Buona parte dei docenti è rappresentato da personale sanitario impegnato anche in attività clinica presso il PG23.

In questo contesto Responsabili, tutor e personale di supporto amministrativo e tecnico hanno attivato interventi tempestivi, ai fini di garantire l'attività didattica e di tirocinio degli studenti in situazione di incertezza e cambiamento continuo.

OBIETTIVI

- Adeguare il pacchetto tecnologico ed informatico di ciascun corso per permettere lo svolgimento della DAD (didattica a distanza).
- Supportare i docenti nella confidenza d'uso con le principali sistemi per la DAD.
- Apportare modifiche strutturali, al fine di garantire il rispetto delle indicazioni previste per la didattica in presenza secondo le indicazioni dell'Università di riferimento.
- Garantire interventi di prevenzione e valutazione del rischio per la ripresa dei tirocini in sicurezza.

Torna all'indice

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

ANALISI DEL CONTESTO

Lo scenario concreto che si è delineato in questo ultimo anno può essere suddiviso in 5 fasi:

fase A: prima ondata ed esordio pandemico (febbraio-maggio 2020);

fase B: periodo post prima ondata (giugno-settembre 2020);

fase C: seconda ondata pandemica (ottobre-dicembre 2020);

fase D: periodo post seconda ondata (gennaio-febbraio 2021);

fase E: terza ondata pandemica (marzo 2021-ongoing).

Le succitate fasi hanno comportato la gestione di attività in relazione alle scadenze universitarie, che nello specifico riguardavano le seguenti macro-attività:

1. Percorso di conclusione (stesura elaborati e discussione tesi) per degli studenti laureandi a.a. 2019/2020.
2. Riprogrammazione di tutte le attività didattiche garantendo sia le lezioni che l'espletamento degli esami di fine corso a.a. 20/21 (442 docenti gravitano sulla FU).
3. Prevenzione del rischio relativo a Covid-19 per la popolazione studenti e tutor in collaborazione con il SSA: screening degli studenti dei CdL afferenti alla ASST-PG23, tramite tampone nasale e prelievo ematico per sierologia (giugno 2020). Tale attività di screening è stata effettuata dal personale sanitario della FU, in collaborazione con il Servizio Sanitario Aziendale.
4. Organizzazione slot dedicati per la vaccinazione degli studenti (in fase D e E)
5. Messa in sicurezza delle sedi didattiche per la ripresa dell'attività in presenza. Si è favorita la partecipazione ai corsi aziendali COVID-19, con tre edizioni specifiche (in fase B) ed una edizione successiva con possibilità anche di fruizione a distanza. Esercitazione pratica, per ogni studente, sull'utilizzo DPI e sul protocollo relativo alla vestizione, in collaborazione con il Servizio Prevenzione e Protezione.
6. Con la Direzione delle Professioni Sanitarie e Sociali si sono rivalutate e concordate le sedi di tirocinio clinico nel periodo estivo post lock-down (in fase D).

RISULTATI

Dalle attività sopracitate si sono ottenuti i seguenti risultati:

- 25 studenti in totale si sono laureati a.a. 2019/2020.
- 214 docenti sono stati supportati all'uso e gestione degli applicativi.
- 500 studenti sono stati scrinati per sierologia/tampone per la prevenzione del rischio relativo a Covid-19 a giugno 2020.
- 80% degli studenti sono stati vaccinati a gennaio 2021, con esclusione degli studenti all'estero e altri pochi casi.
- 95% degli studenti hanno partecipato ai corsi COVID-19 e all'esercitazione pratica sulla vestizione.
- 9 sedi di tirocinio clinico (oltre alla ASST-PG23) sono state coinvolte nei tirocini pratici espletati durante l'estate 2020.

Il contesto si è connotato e continua ad essere altamente incerto, richiedendo l'adattamento continuo delle azioni e un atteggiamento proattivo rispetto ai problemi. I risultati ottenuti, a fronte di un grande sforzo organizzativo, hanno permesso la laurea di tutti gli studenti in corso e la conclusione della attività di tirocinio inizialmente interrotte e recuperate durante tutto il periodo estivo. Lo svolgimento delle lezioni a distanza si è svolto in modalità molto differenti. Infatti, durante la prima ondata i docenti hanno utilizzato forme di didattica sincrona piuttosto che asincrona o semplicemente mandando presentazioni power-point con commenti. Durante l'attuale fase si rileva una maggiore dimestichezza e confidenza d'uso sugli strumenti messi a disposizione dall'Ateneo sia da parte dei tutor che dei docenti coinvolti.

La collaborazione tra singoli corsi di laurea ha dimostrato una buona standardizzazione delle attività comuni riducendo lo sforzo organizzativo e garantendo una uniformità nei risultati. La sinergia con tutte le interfacce si è dimostrata efficace a gestire in tempi rapidi l'organizzazione dei corsi, delle attività propedeutiche alla ripresa dei tirocini e la campagna vaccinale.

Punti di debolezza del progetto si sono dimostrati l'iniziale inadeguatezza di diversi computer che erano obsoleti, carenti di strumenti per le videoriprese o che non supportavano gli applicativi informatici.

ASST PAPA GIOVANNI XXIII - BERGAMO

Gli operatori hanno dovuto apprendere molto rapidamente con situazioni a volte stressanti, senza l'adeguata formazione preliminare e con un lavoro continuamente in "progress", sulla base delle nuove richieste e necessità dettate dalle scadenze universitarie.
La contingente situazione clinica ha posto la didattica in secondo piano rispetto alle necessità dell'Ospedale e ha richiesto uno sforzo a volte creativo per compensare e per riuscire a rispondere alle richieste di studenti e docenti.

CONCLUSIONI

Questo progetto ha evidenziato tutti gli interventi di adeguamento tecnologico ed informatico, di prevenzione e valutazione del rischio, al fine di garantire lo svolgimento della DAD e per la ripresa in sicurezza delle attività di tirocinio di tutti gli studenti di dell'Università degli Studi di Milano Bicocca, afferenti alla FU di Bergamo dall'inizio della pandemia ad oggi.
Il rischio pandemico sarà una variabile con cui dovremo sempre più fare i conti nel futuro e quindi anche l'organizzazione della didattica dovrà mantenere forme blended in presenza e a distanza misurandone i risultati. L'uso della tecnologia si è dimostrato una risorsa importante ed occorrerà continuare a lavorare a che il personale si formi nell'uso di software e modalità di didattica interattiva efficaci. La sinergia con l'organizzazione aziendale e tutti gli uffici di staff alla direzione e tra CdL si è dimostrata strategica a risolvere con rapidità i problemi correlati alla sicurezza e alla sorveglianza sanitaria degli studenti, in una situazione a costante evoluzione e cambiamento.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Infermieri, ostetriche, fisioterapisti, tecnici di radiologia medica per immagini e radioterapia, medici impegnati nella didattica, e tutte le figure succitate.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Febbraio 2020-febbraio 2021.

Torna all'indice

REGIONE

Marche

Torna all'indice

STORIA DI UN'ORGANIZZAZIONE RESILIENTE

Azienda Ospedaliera Ospedali Riuniti Marche Nord
61121 Pesaro (PU)

REFERENTI:

Rasori Stefania	Direttore Professioni Sanitarie IOTR Azienda Ospedaliera Ospedali riuniti Marche Nord
Serena Frassini	Direzione Infermieristica
Donatella Giovannini	Direzione Infermieristica
Elisabetta Magini	Direzione Infermieristica
Elisetta Vichi	Direzione Infermieristica

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

ABSTRACT

INTRODUZIONE

L' Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord si è trovata ad affrontare una sfida impegnativa e difficile, la conversione del Presidio multispecialistico San Salvatore in Covid Hospital. A partire dai primi giorni di marzo 2020, in una fase di crescita esponenziale dei contagi, l'Azienda ha immediatamente attivato una serie di processi di riorganizzazione dei servizi ospedalieri, della logistica e dei modelli assistenziali per fronteggiare l'aumentata richiesta di posti letto e di risorse, umane e materiali.

METODI

La UOC Professioni Sanitarie, struttura chiave per l'implementazione di azioni preventive e di controllo, ha istituito un nucleo di coordinamento operativo sulla gestione dei percorsi "sporco-pulito", sulla rapida implementazione delle tecnologie per l'aumentato numero di posti letto di terapia intensiva, sul governo delle operazioni di logistica legate a trasformazione dei reparti, sull'integrazione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere, sull'approvvigionamento e monitoraggio delle scorte dei DPI e dei presidi sanitari e medicinali. Full capacity protocols sono stati attivati in base ai picchi di affluenza.

RISULTATI

Attivazione di 46 letti di terapia intensiva per un totale di 59 posti letto (incremento del 253%) e di 98 nuovi posti letto di area medica sub-intensiva. Inserimento in 30 gg di circa 93 nuovi Infermieri e 22 OSS e riconversione di Infermieri da aree chirurgiche ad aree mediche intensive e sub intensive COVID. Attivazione di corsi FAD ad hoc che hanno avuto una partecipazione di oltre l' 85%.

Conclusioni. La gestione dell'emergenza Covid-19 ha richiesto cambiamenti dirompenti sotto il profilo spaziale e temporale: il sistema di comando e controllo, unito ad una gestione congiunta multidirezionale, è stato la chiave di volta per una gestione pronta ed efficace in una situazione di tale gravità.

Parole chiave: Nursing care models Stuffing, Coronavirus infections, pandemics, health services research.

INTRODUZIONE

Uno tsunami, una gigantesca onda d'urto che ha travolto la provincia di Pesaro-Urbino e le sue strutture sanitarie, questo è stato l'impatto dell'emergenza coronavirus nella Fase 1 della pandemia. L' Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord si è trovata ad affrontare una sfida impegnativa e difficile, la conversione del Presidio multispecialistico San Salvatore in Covid Hospital, operazione che ha messo a dura prova il personale e rivoluzionato completamente i ritmi e l'organizzazione dell'intera struttura. A partire dai primi giorni di marzo 2020, in una fase di crescita esponenziale dei contagi, l'Azienda ha immediatamente attivato una serie di processi di riorganizzazione dei servizi ospedalieri, della logistica e dei modelli assistenziali per fronteggiare l'aumentata richiesta di posti letto e di risorse, umane e materiali.

ANALISI DEL CONTESTO

Dal 26 marzo al 6 giugno 2020 al Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero San Salvatore di Pesaro, trasformato in Covid Hospital, sono stati registrati 2120 accessi di casi con sospetta infezione da SARS COV-19. Ad integrazione della dotazione, sono stati progressivamente attivati, nello stesso periodo, 46 posti letto di terapia intensiva per un totale di 59 (incremento del 253%) e 98 nuovi posti di area medica sub-intensiva. Nella settimana dal 13 al 22 marzo è stato registrato il picco dei ricoveri: nella sola giornata del 18 marzo il presidio ha accolto 244 pazienti positivi al Covid 19.

NUCLEI DI COORDINAMENTO OPERATIVO

La UOC Professioni Sanitarie, struttura chiave per l'implementazione di azioni preventive e di controllo, ha istituito un **nucleo di coordinamento operativo** costituito dai Coordinatori infermieristici di Terapia Intensiva, Pronto Soccorso-MURG, Medicina Specialistica, Medicina Subintensiva e Blocchi Operatori che fungesse da braccio esecutivo delle decisioni strategiche adottate dalla Direzione per la trasformazione del Presidio Ospedaliero San Salvatore in Covid- Hospital.

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

La necessità era quella di attivare funzioni di coordinamento trasversali alle principali attività e garantire, in base alle specifiche key competences dei diversi Coordinatori (manageriali, organizzative, professionali), la persona più esperta a presiedere i processi basilari e ad affrontare i repentini cambiamenti dettati dalla pandemia con risposte organizzative efficaci e rapide.
Nello specifico, le azioni trasversali si sono focalizzate:

- sulla gestione dei percorsi "sporco-pulito",
- sulla rapida implementazione delle tecnologie per l'aumentato numero di posti letto di terapia intensiva (esempio: dotazione, assemblaggio e corretto funzionamento dei respiratori automatici),
- sul governo delle operazioni di logistica legate a trasformazione dei reparti di medicina generale in aree mediche sub-intensive,
- sull'integrazione delle strutture ospedaliere ed extraospedaliere
- sull'approvvigionamento e monitoraggio delle scorte dei DPI
- sull'approvvigionamento e monitoraggio delle scorte di presidi sanitari e medicinali.

Tale organizzazione innovativa, rispetto alla routine consolidata, ha permesso l'assegnazione di compiti chiari con una divisione tecnica del lavoro; tale approccio ha immediatamente evidenziato non solo una serie di abilità e skills dei professionisti, ma ha dato avvio ad una collaborazione reciproca tesa ad un'efficace problem solving in una situazione in rapida evoluzione, ove era necessario equilibrare ed integrare le conoscenze anche a livello manageriale.

STAFFING

Oltre alle attività di guida e controllo dei processi assegnati ai coordinatori, il **nucleo Direzionale della UOC Professioni Sanitarie** è stato fortemente impegnato sulle attività di acquisizione, allocazione ed inserimento del personale neoassunto. A seguito delle procedure straordinarie di reclutamento del personale in deroga alla disciplina vigente, in una situazione assolutamente imprevedibile di richiesta assistenziale, l'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord si è trovata nella necessità di inserire nuovo personale in tempi rapidi, o riconvertire chi prestava servizio in reparti momentaneamente chiusi o ad attività ridotta.

È stato pertanto attivato un piano straordinario per l'inserimento del personale neo assunto/neo inserito, con l'obiettivo di creare un processo rapido ed efficace, rispondente alle esigenze assistenziali per raggiungere le skills minime e garantire prestazioni appropriate. La strategia di inserimento ha tenuto conto anche della necessità di contrarre l'usuale tempistica dell'intero processo.
L'inserimento dei neo assunti e /o neo inseriti è stato effettuato prevedendo la presenza di almeno un infermiere senior esperto per ogni turno ed è stato organizzato per essere, a tutti gli effetti, il primo vero momento formativo, tale da permettere ai professionisti novizi un rapido orientamento all'interno del setting assistenziale. Anche l'ambiente con l'aiuto del Servizio di Protezione e Prevenzione è stato predisposto per divenire esso stesso luogo di apprendimento (bundles, reminders, poster nelle stazioni di lavoro, protocolli e procedure realizzate durante l'emergenza pandemica consultabili da qualsiasi postazione). **Nelle Terapie Intensive** ad integrazione dell'organico preesistente, il personale infermieristico è stato assegnato in base alla mappatura delle competenze, al numero di pazienti in carico e ai seguenti criteri di recupero: pregressa esperienza in terapia intensiva, pregressa o attuale esperienza nel blocco operatorio, formazione certificata con o senza master, anche senza esperienza. Per quanto riguarda l'**area sub-intensiva**, ad integrazione del personale già operante in Medicina generale, sono stati inseriti professionisti appartenenti a specialistiche (quali Alta Intensità Medica, Malattie Infettive e Pneumologia) per creare una "cross contamination" delle competenze clinico assistenziali già testata nella composizione dei teams medici. Il **rapporto nurse-to-patient** si attestava tra 1: 6 a 1: 8 nelle aree "grigie" (casi sospetti) e reparti Covid+ a bassa intensità, da 1: 4 a 1:6 nelle aree subintensive, 1: 2 nelle terapia intensive. Il rapporto infermiere-paziente di 1: 1 è stato garantito per i pazienti ventilati meccanicamente, con instabilità emodinamica o che necessitavano di pronazione. Nei reparti intensivi il rapporto infermiere-paziente ha rispettato gli standard assistenziali previsti dal manuale di accreditamento mentre nelle aree sub-intensive veniva costantemente modulato in base al numero e alla complessità dei degenti presenti (vedi pazienti con flussi di O2 a volumi diversi, sistemi diversi di ventilazione meccanica, invasiva e non invasiva). Tale modulazione, che richiedeva tempestività di attuazione, era garantito da un'attenta pianificazione a monte e dalla condivisione dei criteri di compensazione tra le diverse aree.

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

La pianificazione delle risorse umane è stata particolarmente impegnativa, in quanto era necessario garantire organici sufficienti in caso di un aumento repentino del numero di pazienti, nel rispetto del mantenimento degli standard assistenziali per tutti i restanti servizi. In base ai picchi di affluenza sono stati attivati **"full capacity protocols"**, procedure di richiamo del personale ed operazioni di **"reverse triage"** con grande impegno dei clinici, degli Infermieri Bed manager e del Servizio Dimissioni Protette.

L'opera di riconversione delle risorse critiche (personale con limitazioni/prescrizioni, ecc) ha consentito di integrare gli organici di base con infermieri diurnisti, provenienti prevalentemente dall'area ambulatoriale, con le seguenti funzioni:

- supporto ai coordinatori per attività di tipo organizzativo, in particolare per la complessa gestione della turnistica,
- supporto per l'approvvigionamento di materiale sanitario,
- supporto dei flussi comunicativi interni ed esterni all'unità di degenza,
- facilitatori per gli scambi comunicativi tra pazienti e familiari (ausilio ai pazienti nell' utilizzo di tablet smartphone messi a disposizione dall'organizzazione).

Le misure di rafforzamento hanno riguardato anche il **personale di supporto**, reclutato tramite procedure straordinarie di assunzione (contratti di collaborazione coordinata e continuativa) e riconversione dalle aree chirurgiche, consentendo di attivare una turnistica H24 atta a garantire la presenza di operatori sociosanitari in area semi-intensiva anche durante il turno notturno per rispondere alle mutate esigenze di assistenza di base del target di utenza.

NURSING CARE MODELS

In base agli indici di turnover all'interno delle aree di degenza sub-intensive, sono stati adottati in maniera dinamica sia il functional, sia il team care model: picchi di assenze, per contagio o quarantena, hanno imposto il ricorso a personale proveniente da aree chirurgiche ed ambulatoriali e reso necessaria l'adozione di un modello per compiti che ha richiesto un numero più limitato di risorse, facilitato la standardizzazione delle attività e generato maggiore sicurezza nel personale grazie alla ripetitività e alla routine degli atti assistenziali.

FLUSSI COMUNICATIVI

Incontri e riunioni ai vari livelli sono stati garantiti dall'impiego della piattaforma Starleaf, mentre la circolarità delle informazioni è stata garantita ad ogni operatore attraverso la repository documentale, reperibile nella Intranet aziendale e consultabile da ogni postazione: la predisposizione di cartelle tematiche condivise (note informative, procedure aziendali, direttive di carattere logistico, strutturale ed organizzativo) ha consentito la massima diffusione delle informazioni. L'app di messaggistica WhatsApp è stata particolarmente utile e funzionale per la rapida condivisione di informazioni ed immagini.

FORMAZIONE

Gli eventi di formazione, essenziali, sono stati realizzati attraverso FAD, webinar e formazione da remoto: tramite corsi online, il personale assistenziale è stato formato sui protocolli di trattamento (gestione della patologia, delle condizioni di emergenza ad essa correlate, ventilazione meccanica invasiva, pronazione), sugli standard di protezione e di utilizzo dei DPI, sul processo di prevenzione e controllo dell'infezione e sul conctat tracing.

RISULTATI

Aree Intensive	gg di degenza	**4151**
Aree sub intensive	gg di degenza	**17939**
Aree a bassa intensità	gg di degenza	**7491**

Nei primi 30 gg di pandemia sono stati inseriti circa 93 Nuovi Infermieri e **22** OSS.
Partecipazione del personale sanitario ai corsi FAD previsti dal piano pandemico: **85,4%.**

AZIENDA OSPEDALIERA OSPEDALI RIUNITI MARCHE NORD

CONCLUSIONI

La gestione dell'emergenza Covid-19 ha richiesto cambiamenti dirompenti sotto il profilo spaziale e temporale: il sistema di comando e controllo, unito ad una gestione congiunta multidirezionale, è stato la chiave di volta per una gestione pronta ed efficace in una situazione di tale gravità. La task force aziendale, il nucleo dirigenziale dell'UOC Professioni Sanitarie e il nucleo di coordinamento operativo si sono resi protagonisti di un lavoro di riorganizzazione di carattere logistico, di revisione dei percorsi e delle modalità assistenziali che ha consentito di rispondere adeguatamente alle nuove urgenti condizioni e sviluppare un elenco di soluzioni a basso costo e ad alto impatto. Il personale sanitario impegnato in prima linea ha risposto in maniera responsabile ai repentini cambiamenti: nonostante le assenze per contagi, isolamenti fiduciari e possibilità di utilizzare congedi speciali il tasso di assenteismo nei mesi di marzo ed aprile è stato superiore solo a 8.5% punti percentuali rispetto all'anno precedente e nel mese di maggio rientrata la situazione dei contagi tra dipendenti il tasso di assenza è stato addirittura di 5 punti percentuale inferiore all'anno 2019.

La situazione di emergenza ha messo in luce la adeguatezza di alcune decisioni che hanno permesso di dare risposte puntuali, appropriate e vincenti non solo dal punto di vista organizzativo, ma anche clinico-assistenziale. Il punto di forza si è rivelato a livello macroscopico in un coordinamento perfetto tra la parte clinico/assistenziale(comprese la Farmacia e le unità operative di diagnostica), la direzione (comprese tutte le strutture in staff ed in line quali DMP/SIO, IOTR, RSPP) e la parte amministrativa (Gestione Risorse Umane, Provveditorato, Ingegneria Clinica ed ICT, Opere e Cantieri).
La prima fase della pandemia è stata caratterizzata da simboli bellici ed ha mobilitato il modello eroico come risposta dei professionisti. La chiamata allo stesso impegno in una seconda guerra (a distanza di pochi mesi) non sarebbe stato sostenibile se non adeguatamente preparato.

In base all'esperienza pregressa, abbiamo cercato di proceduralizzare gli interventi sperimentati sul campo cercando di non disperdere il patrimonio organizzativo-gestionale generato nella prima fase pandemica: con le opportune modifiche ed integrazioni, l'esperienza maturata è stata adottata come modello perfettibile ma sicuramente di dimostrata efficacia anche nelle fasi di recrudescenza che ci troviamo nuovamente ad affrontare.
L'organizzazione ha dimostrato attraverso un atteggiamento mentale di fiducia e di ottimismo di mutare gli ostacoli in opportunità trasformando la resistenza in resilienza.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Personale sanitario del comparto.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Emergenza Pandemica Fase 1.

Torna all'indice

REGIONE

Piemonte

Torna all'indice

A.S.L. TO3
Azienda Sanitaria Locale di Collegno e Pinerolo

AUDIOTECA IN CORSIA

ASL TO 3

REFERENTI:

Dott.ssa M. A. Caserta	Dirigente medico MeCAU Pinerolo
Dott.ssa Marina Civita	Direttore MeCAU Pinerolo
E. Mana	Coordinatore infermieristico Medicina d'Urgenza - Pinerolo

Torna all'indice

ASL TO3

ABSTRACT

Durante l'emergenza dovuta alla pandemia da SARS-COV 2 è emersa la necessità di supportare il paziente, che veniva a trovarsi privato della possibilità di ricevere le visite dei propri cari, non solo dal punto di vista fisico, ma anche da quello emotivo. Il progetto si è proposto di fornire ai pazienti ricoverati la possibilità di ascoltare racconti pubblicati on line e resi disponibili su tablet aziendali, valutandone l'impatto sul piano emotivo e sul senso di solitudine che l'isolamento induce.

INTRODUZIONE

Una delle particolarità della malattia legata al virus SARS COV 2 è l'isolamento forzato del paziente, che, anche se non in condizioni cliniche critiche, si trova a dover affrontare il ricovero ospedaliero in totale solitudine, senza poter ricevere il conforto della visita dei propri cari, nemmeno per pochi minuti al giorno. Il rapporto con il personale, inoltre, è reso più impersonale dalla necessità da parte degli operatori obbligati ad indossare dispositivi di protezione individuale che ne nascondono i lineamenti e ne alterano la voce.

Il nostro gruppo si è, dunque, proposto di cercare un modo per migliorare ulteriormente la "cura" del paziente, fronteggiando l'emergere di una nuova esigenza in termini di supporto emotivo.

ANALISI DEL CONTESTO

Numerosi studi sono stati condotti sui benefici effetti della musico terapia hanno dimostrato miglioramenti significativi sulla percezione dell'ansia e sul comfort indicando l'elemento sonoro-musicale come strumento di best practice per l'assistenza infermieristica in unità di terapia intensiva (Lee Ok, Chung Yf, Chan Mf, Chan Wm. Music and its effect on the physiological responses and anxiety levels of patients receiving mechanical ventilation: a pilot study. J Clin Nurs. 2005 May;14(5):609-20) e che dovrebbe essere applicato ordinariamente nell'assistenza in area critica (Richards K., Nagel C., Markie M., Elwell J., Barone C. Use of complementary and alternative therapies to promote sleep in critically ill patients. Crit Care Nurs Clin North Am. 2003 Sep;15(3):329-40).

Durante il primo Lock-down nazionale, l'associazione Luoghi di libri, a partire da un'idea un medico del Pronto Soccorso del nostro ospedale, ha curato la creazione che di una "audioteca" virtuale, costituita da registrazioni di racconti di vario genere, con lo scopo di allietare chi, a causa della malattia, veniva a trovarsi isolato.

Venuti a conoscenza dell'iniziativa, abbiamo deciso di rendere tali racconti accessibili in qualunque momento a tutti i pazienti, scaricando i file sui tablet aziendali, messi a disposizione in tutti i reparti del nostro presidio.

RISULTATI

La sperimentazione è attualmente in corso nel reparto di Medicina d'Urgenza.

CONCLUSIONI

La malattia in genere, e l'isolamento causato dall' infezione da SARS-CoV-2, hanno reso ancor più doloroso il ricovero nelle strutture ospedaliere; la lettura dei racconti ha contribuito a mantenere un contatto con il mondo, allontanando, seppur per pochi minuti, il pensiero della persona malata dalla preoccupazione per la propria situazione e per la separazione dai suoi affetti.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Medici infermieri ed OSS della MeCAU – Ospedale E. Agnelli Pinerolo.
Direzione Professioni Sanitarie ASL TO 3.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Il progetto è in fase di implementazione in tutti i reparti Covid.

Torna all'indice

REGIONE

Puglia

Torna all'indice

ASL Foggia
PugliaSalute

EVOLUZIONE DEL PROGETTO "DIOMEDEE" NEL FRONTEGGIARE L'EMERGENZA SANITARIA

Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Foggia

REFERENTI:

G. De Gennaro	Dirigente Servizio Infermieristico Aziendale ASL Foggia
V. Piazzolla	Direttore Generale ASL Foggia
S.Marconcini	Coordinatore Centrale Operativa Territoriale ASL Foggia
P. Marra	Collaboratore Ingegnere S.I.A. ASL Foggia
C. Maselli	Collaboratore Ingegnere S.I.A. ASL Foggia
T. Petrosillo	Dirigente Ingegnere Responsabile S.I.A. ASL Foggia
C. L. D'Errico	Coordinatrice Distretto Socio Sanitario S. Marco in Lamis

Foto di Massimo Podio

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

ABSTRACT

INTRODUZIONE

La ASL Foggia, sta affrontando l'emergenza COVID-19, anche con l'ausilio della Telemedicina in tutti i suoi aspetti, grazie alla rimodulazione del progetto "Diomedee".

Il progetto Diomedee, originariamente, ha l'obiettivo di agevolare la presa in carico dei pazienti fragili affetti da patologie croniche in ambito domiciliare e negli ambulatori delle cronicità al fine di implementare l'integrazione ospedale-territorio.

In chiave emergenziale è stata estesa l'attività di tele-monitoraggio e tele-visita ai pazienti CoVID-19, sintomatici in isolamento domiciliare o presso strutture residenziali territoriali, garantendo il diritto di accesso alle cure ai pazienti "non-COVID".

METODI

Il fulcro del progetto "Diomedee" è costituito da una Centrale Operativa Territoriale (COT), una Piattaforma di Monitoraggio Domiciliare, una Scheda Clinica Multi-professionale Informatizzata (SCM).

La figura di riferimento è l'Infermiere "care-manager". Lo strumento è fornito di un'anamnesi universale "soma/psiche/relazione" e un subset di diagnosi infermieristiche ICNP®.

I servizi preposti (USCA, MMG, PLS, SISP) segnalano il paziente alla COT, l'Infermiere compila la SCM, consegna il kit di device e scarica l'applicazione per il monitoraggio.

La gestione del rischio clinico avviene attraverso attività proattive, scale di valutazione e bundle, analisi FMEA-FMECA per il reengineering di processi o percorsi. Le check-list e gli alert sono di ausilio agli operatori della COT per il tracciamento: assegnazione del device, geo-localizzazione, sanificazione, riposizionamento dopo l'uso.

RISULTATI

I Pazienti monitorati durante l'emergenza sanitaria, da aprile a dicembre 2020, sono stati 499, evitandone l'ospedalizzazione. Risultati ottimali anche in termini di soddisfazione degli utenti e sono stati approvati e pubblicati protocolli per tele-visite e tele-consulto dei setting assistenziali per la quale non era possibile sospendere l'accesso alle cure (es.oncologia).

CONCLUSIONI

Il modello organizzativo per la presa in carico del paziente e la progettazione del sistema informativo secondo un'architettura flessibile, sono stati fondamentali per adattare all'emergenza "Diomedee". L'informatizzazione anche nella gestione dei processi ha permesso il governo e la sicurezza delle cure e la facilitazione nella comunicazione tra i vari operatori, elevando la qualità dell'assistenza su tutta la rete territoriale e portando l'Azienda sempre di più verso una logica di Clinical Governance.

Bibliografia

1. Young JD, Abdel-Massih R, Herchline T, McCurdy L, Moyer KJ, Scott JD, Wood BR, Siddiqui J. Infectious Diseases Society of America position statement on telehealth and telemedicine as applied to the practice of infectious diseases. *Clin Infect Dis.* 2019;68(9):1437-1443. doi: 10.1093/cid/ciy907.
2. Progetto Diomedee ASL Foggia- Delibera del DG n. 786 del 30/06/2017 – in collaborazione con il Prof. Ferrara dell'ALTEMS Università Cattolica di Roma
3. WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020. https://www.who.int/dg/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media- briefing-on-covid-19---11-march-2020, download 31/10/2020.
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Novel coronavirus disease 2019(COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK–sixth update –12 March 2020. Stockholm: ECDC; 2020.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

5. Hellewell J, Abbott S, Gimma A, Bosse NI, Jarvis CI, Russell TW, Munday JD, Kucharski AJ, Edmunds WJ; Centre for the Mathematical Modelling of Infectious Diseases COVID-19 Working Group, Funk S, Eggo RM. Feasibility of controlling COVID-19 outbreaks by isolation of cases and contacts. *Lancet Glob Health.* 2020 Apr;8(4):e488-e496. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30074-7. Epub 2020 Feb 28.
6. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per l'effettuazione dell'isolamento e della assistenza sanitaria domiciliare nell'attuale contesto COVID-19.* Versione del 7 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 1/2020)
7. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *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.* Versione del 14 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 2/2020).
8. Gruppo di lavoro ISS Prevenzione e controllo delle Infezioni. *Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie.* Versione del 16 marzo 2020. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2020 (Rapporto ISS COVID-19, n. 4/2020)

INTRODUZIONE

La ASL Foggia, durante l'emergenza Covid-19, è riuscita a fornire una risposta ai bisogni di salute delle persone COVID positive in ambito domiciliare, residenziale sociosanitario ed in COVID-Hotel, grazie alla riconversione del progetto di gestione delle cronicità: "Diomedee".

Il progetto, finanziato con fondi C.I.P.E ed avviato nel 2019, ha l'obiettivo di facilitare la presa in carico delle persone affette da patologie croniche in ambito domiciliare, negli ambulatori delle cronicità ed agevolare l'integrazione ospedale-territorio.

Il tutto su un territorio, quello della Provincia di Foggia, con caratteristiche geomorfologiche e di viabilità molto complesse. Le patologie croniche previste nel progetto «Diomedee», nella prima fase realizzativa, hanno riguardato essenzialmente lo scompenso cardiaco, l'ipertensione, il diabete, l'insufficienza respiratoria e le bronco-pneumopatie croniche ostruttive (BCPO).

Il modello organizzativo è basato sulla interazione a livello distrettuale tra i diversi operatori sanitari, attraverso una "Scheda Clinica Multi-Professionale" informatizzata.

Un ruolo fondamentale viene svolto dalla Centrale Operativa Territoriale (COT) che svolge la funzione di coordinamento delle attività e fornisce supporto e monitoraggio costante al paziente. Anche il caregiver, segue il monitoraggio del percorso di cura, visualizza i dati e, in caso di necessità, allerta i professionisti convolti, supportando la continuità ospedale-territorio.

Attraverso la definizione di un dettagliato protocollo e la collaborazione multi-professionale, durante l'emergenza epidemiologica, sono stati ampliati gli obiettivi del progetto Diomedee in modo da gestire i pazienti positivi al Covid-19 sia a domicilio, ma anche nelle strutture sociosanitarie residenziali territoriali in cui sono stati rilevati focolai attivi.

ANALISI DEL CONTESTO

L'obiettivo principale della rimodulazione del progetto in chiave emergenziale è stato quello di estendere le attività di telemonitoraggio a distanza e la televisita, inizialmente previste esclusivamente per i pazienti cronici, anche ad altre tipologie di persone fragili: parliamo dei pazienti positivi al covid-19, sintomatici, in isolamento domiciliare o presso le strutture residenziali territoriali quali RSA, RSSA, Ospedali di Comunità, COVID-Hotel.

Le principali attività poste in essere sono state, quindi:

- monitorare i pazienti positivi al covid-19 nelle fasi pre e post-ospedaliera;
- monitorare i pazienti ospiti nelle strutture residenziali sociosanitarie e socio assistenziali territoriali in cui sono stati rilevati dei focolai COVID;
- assicurare il diritto di accesso alle cure ai pazienti "non-covid", prima di tutto a quelli fragili ed affetti da patologie croniche di lungo periodo (es. oncologici, ADI, puerpere…), mediante forme di assistenza e supporto a distanza.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

Lo scenario per il trattamento dei pazienti Covid positivi si basa sostanzialmente su tre componenti fondamentali:

1. Una Centrale Operativa Territoriale (COT). La COT era stata inizialmente istituita per il coordinamento dell'appropriata presa in carico della persona affetta da patologie croniche, assumendo il ruolo di raccordo fra tutte le componenti della rete assistenziale, sia ospedaliere che territoriali. La struttura, con una dotazione organica di cinque infermieri specializzati, è stata rapidamente riadattata per consentire, in un primo momento, il monitoraggio dei pazienti Covid positivi in terapia farmacologica nei setting assistenziali domiciliari e residenziali territoriali. Nella seconda ondata il monitoraggio è esteso anche ai pazienti paucisintomatici al fine di individuare precocemente eventuali segni di peggioramento ed attuare i conseguenti protocolli.
2. Una piattaforma di monitoraggio domiciliare. Per la presa in carico dei pazienti in ambito territoriale, in fase acuta e in fase post Covid, è operativo il primo nucleo della piattaforma di monitoraggio, che consente l'integrazione di apparecchi elettromedicali per la misurazione automatizzata dei parametri di temperatura corporea, saturazione dell'ossigeno, pressione arteriosa e battito cardiaco con E.C.G. a 3 derivazioni. Tramite una app-android viene effettuata la rilevazione automatica dei parametri dai device ed il contestuale invio telematico dei dati alla piattaforma web di monitoraggio presidiata dalla COT.
3. Una "Scheda Clinica Multi-professionale" informatizzata. Il sistema informatico di cartella clinica multi-professionale è stata arricchita aggiungendo tutte le componenti necessarie per la gestione COVID-19: dai questionari alle scale di valutazione specifiche, che hanno permesso l'interazione dei diversi professionisti coinvolti nel processo di gestione. Uno strumento, costruito sul "Modello dei vasi comunicanti a livelli differenziati", che prende il via dal principio della multiprofessionalità e multisettorialità che varia in relazione all'evoluzione/involuzione del bisogno di salute del cittadino che afferisce ai servizi.

La figura di riferimento è rappresentata dall'Infermiere "care-manager", in grado di coniugare le capacità professionali con quelle di informazione, educazione al "self-management" e "coaching " del paziente. Una figura di assistenza diretta, quindi, ma anche di collegamento tra i diversi attori del percorso assistenziale. Trattandosi di un infermiere, è stato introdotto uno strumento specifico di anamnesi universale definito "soma/psiche/relazione" e un subset di diagnosi infermieristiche ICNP®, per omogeneizzare il metodo di valutazione dei bisogni ed il linguaggio adottato.

Il processo di presa in carico di un paziente COVID positivo, asintomatico, pauci-sintomatico e sintomatico in monitoraggio domiciliare avviene attraverso una segnalazione alla COT da parte dei servizi preposti (U.S.C.A., M.M.G, P.L.S., S.I.S.P., Unità Operative Ospedaliere).

Gli infermieri della COT contattano l'assistito informandolo del servizio che sarà erogato. Viene predisposta e compilata la Scheda clinica multi-professionale coinvolgendo il medico MMG per la compilazione della parte clinica e si associa i devices I.C.T. per il monitoraggio.

Il team domiciliare consegna il kit e scarica l'applicazione abbinata sul cellulare del paziente, effettua formazione e addestramento all'utilizzo dei dispositivi e dell'applicazione, completa la valutazione personalizzata già iniziata dalla COT attraverso un'intervista telefonica preliminare.

Inoltre, sono stati redatti ed approvati numerosi manuali operativi che definiscono le procedure per effettuare tele-visite e tele-consulti nei diversi setting assistenziali in cui non era possibile sospendere l'accesso alle cure (es. oncologia).

RISULTATI

I Pazienti monitorati durante l'emergenza sanitaria in atto, da Aprile a Dicembre, sono circa 499 pazienti. Dall'analisi dei questionari di qualità emerge che oltre il 96% dei pazienti ha dichiarato di aver ricevuto un eccellente servizio.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

Oltre ai sorprendenti risultati ottenuti con il servizio telemonitoraggio sono stati conseguiti degli ottimi successi, in termine di soddisfazione degli utenti, anche con l'accesso alle cure mediante tele-visita:

- Il monitoraggio a distanza dei pazienti oncologici. È stato realizzato ed approvato il "Manuale per l'erogazione in telemedicina di visite di controllo, sedute di sostegno psicologico, visite e monitoraggio per la terapia antalgica, collaborazione domiciliare nella gestione di device vascolari", in applicazione del quale gli oncologi dell'Unità Operativa di Oncologia dell'Ospedale di San Severo effettuano televisite e telesedute di supporto psicologico ai pazienti oncologici. È stato costituito un "ambulatorio virtuale", che consente ai professionisti, con l'ausilio della "Scheda Clinica Multi-professionale" informatizzata di seguire il paziente a distanza, direttamente dal suo domicilio.
- Il monitoraggio a distanza dei pazienti in Assistenza Domiciliare Integrata (ADI). Il servizio, avviato con la collaborazione dei referenti del Servizio ADI del Distretto Socio-Sanitario di Foggia, si rivolge a pazienti anziani e fragili, è attualmente in fase di estensione a tutti i Distretti Socio-Sanitari della Provincia di Foggia. L'obiettivo è quello di ridurre gli accessi al domicilio del paziente e, conseguentemente, il rischio di contagio del paziente da parte degli operatori sanitari asintomatici.
- Il monitoraggio a distanza dei pazienti in carico al Dipartimento di Salute Mentale (servizio di neuropsichiatria infantile, Centri di Salute Mentale e Servizi Psichiatrici di Diagnosi e Cura ospedaliera). In applicazione del "Manuale per l'erogazione in telemedicina di prestazioni di trattamento medico, psicologico e riabilitativo", attraverso l'utilizzo di webcam e cuffie gli operatori interagiscono con i pazienti per il monitoraggio dello stato di salute ed attività di supporto psicologico. Tali modalità di interazione fra i servizi sanitari e i pazienti possono essere utilizzate anche nella fase post-emergenziale in particolar modo per il sostegno alle famiglie ed in quei casi in cui si evidenzia una scarsa compliance da parte del paziente al trattamento sanitario prescritto.
- Il monitoraggio a distanza delle pazienti nel percorso nascita. Il "Manuale per l'erogazione di prestazioni in telemedicina durante il percorso nascita e le attività pediatriche" permette di seguire la donna durante l'intero "percorso nascita", dalla visita pre-gestazionale ai primi sei mesi di vita del bambino, senza doversi recare in ambulatorio, mediante soluzioni di telemedicina che utilizzano strumenti comuni, conosciuti e gratuiti.
- Il monitoraggio a distanza dei pazienti in carico al Servizio di Diabetologia ed Endocrinologia Il "Manuale per l'erogazione in telemedicina di prestazioni di trattamento medico e infermieristico su paziente diabetico", messo a punto dal Servizio di Diabetologia ed Endocronologia di San Marco in Lamis, permette di effettuare visite di controllo, senza che il paziente debba recarsi in ambulatorio, mediante soluzioni di telemedicina immediate con l'uso di strumenti comuni, conosciuti e gratuiti.

La riservatezza sia delle conversazioni che delle immagini e dei messaggi scambiati fra l'infermiere ed il paziente è garantita dai meccanismi di crittografia dei dati trasmessi.

Il progetto Diomedee, con il modulo di gestione del rischio clinico informatizzato, parte integrante della documentazione sanitaria informatizzata dell'ASL Foggia, ha monitorato tutte le attività in assoluta sicurezza, sia per gli operatori che per gli assistiti. La gestione del rischio clinico prevede una pianificazione delle attività proattive, un sistema di alert per prevenire eventuali eventi avversi e la somministrazione delle scale di valutazione e dei Bundle. Da un punto di vista di controllo e valutazione clinica, gli alert sui parametri vitali hanno una classificazione in colori in relazione allo scostamento del parametro sul valore soglia: verde se nella norma, giallo se ha rischio, rosso indica un intervento immediato.

Il software, oltre alla gestione proattiva e alla gestione reattiva per eventuali eventi avversi, sentinella o near miss, permette anche di effettuare analisi FMEA-FMECA (per il reengineering di processi o percorsi) delle procedure informatizzate come le check-list elettroniche e procedure di assessment utili alla gestione del rischio.

AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI FOGGIA

Questo ha permesso ed ha facilitato la gestione dei pazienti affetti da COVID 19 sul territorio e nelle strutture sociosanitarie, in quanto la valutazione olistica della persona e multi-professionale e multi-settoriale, permette a tutti gli attori coinvolti nel monitoraggio di essere in rete e garantire una continuità assistenziale tra ospedale e territorio, in sicurezza e senza alcuna sovrapposizione.

CONCLUSIONI

Il sistema informativo del progetto Diomedee, durante l'emergenza sanitaria, ha supportato le attività di:

- programmazione e controllo dei singoli percorsi di cura, elaborati sulla base delle linee guida nazionali, regionali e delle società scientifiche per le singole patologie (P.D.T.A.);
- condivisione delle informazioni e dei dati clinici dei pazienti assistiti;
- monitoraggio dello stato del paziente;
- acquisizione automatica dei dati clinici registrati dai dispositivi di misurazione connessi alla piattaforma informatica (telemedicina);
- coinvolgimento del paziente nella gestione del proprio percorso, rendendolo parte attiva del processo ("empowerment"), anche mediante funzionalità di teleconsulto e telerefertazione;
- aggregazione delle informazioni utili al supporto decisionale.

L'individuazione (e la parziale sperimentazione) del modello organizzativo complessivo per la presa in carico del paziente sul territorio e la progettazione del sistema informativo secondo un'architettura flessibile e in un'ottica di lungo periodo si sono confermate essere un aspetto fondamentale per poter procedere gradualmente e in sicurezza nella realizzazione del sistema informatico «Diomedee» e averlo potuto rapidamente adattare alla gestione dei pazienti COVID al momento dell'emergenza.

Analogamente essenziale è stata la scelta di individuare come elemento centrale dell'architettura un Clinical Data Repository (CDR) aziendale, open-source e basato su una struttura standard (ISO 12967), in modo assicurare alla ASL il controllo del patrimonio informativo, non dipendente dai singoli fornitori ed assicurare la disponibilità di tutte le informazioni necessarie ai processi, alle funzionalità ed alle tecnologie aggiuntive che sono state implementate per gestire i pazienti COVID, rendendo questi dati disponibili anche agli altri sistemi della ASL, che si stanno gradualmente collegando con il CDR. Questa strategia sarà perseguita sempre di più nel futuro, in modo da consentire la gestione di altri processi e l'utilizzo immediato di altre applicazioni (inclusi app e dispositivi) che si renderanno man mano disponibili sul mercato ed utili per la gestione integrata del percorso dei pazienti.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Personale sanitario: Medici (nelle varie specialità e Medici di Medicina Generale), Infermieri, Psicologi.

Personale non sanitario: Ingegnere informatico, Tecnico informatico; Ingegnere biomedico e Ingegnere Gestionale.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Nel suo complesso con software già esistenti sono necessari 3 mesi per il start up.

Torna all'indice

REGIONE

Toscana

Torna all'indice

COVID-NET:
ingresso familiari Terapia Intensiva COVID Arezzo

Azienda USL Toscana Sud Est

REFERENTI:

Roberto Bindi	Inf. coordinatore Terapia Intensiva COVID Arezzo
Riccardo Batistini	Inf referente rete accessi vascolari
Silvia Peruzzi	Psicologo
Marco Feri	Medico Direttore Terapia intensiva
Patrizia Monaco	Infermiere referente formazione
Vianella Agostinelli	Direttore infermieristico area aretina
Lorenzo Baragatti	Direttore Dip. Infermieristico ed ostetrico
Silvia Bellucci Direttore	UOP Innovazione e ricerca in ambito inf e ostetrico

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

ABSTRACT

I Decreti governativi, con le Misure per il Contrasto e il Contenimento di COVID-19, hanno generato un "distanziamento sociale", compromettendo, ed in alcuni casi impedendo, un'adeguata relazione di cura. L'impossibilità, data dalle misure di isolamento, di avere una comunicazione adeguata, ha comportato nei pazienti ricoverati nelle terapie intensive, la rottura di un legame che fa parte esso stesso del processo di cura. L'asse comunicativo Paziente-Familiare risulta così interrotto, ma anche l'asse Operatore Sanitario-Familiare risulta compromesso. Fin dalle prime fasi della pandemia da COVID-19, l'Azienda Asl Toscana Sud Est, ha strutturato modalità per ridurre questo isolamento. È nato il progetto "Stiamo Vicini" che ha consentito, attraverso l'acquisto di tablet e il loro successivo impiego nei reparti COVID, la possibilità di poter svolgere videochiamate tra assistito e familiare, consentendo di ridurre in parte l'isolamento.

Siamo di fronte ad un emergenza sanitaria senza precedenti, della quale nessuno conosce la durata e per quanto in premessa è doveroso eticamente e professionalmente fare un passo avanti e ricostruire un rapporto familiare – operatore - paziente con un nuovo equilibrio. Il progetto TI aperta ai familiare dei pazienti COVID, in linea con la Delibera della Regione Toscana n°1642 del 21/12/2020, si pone come obiettivo la facilitazione dei legami interrotti, una presa in carico globale dei bisogni dei degenti, nuclei familiari e operatori sanitari attraverso un lavoro multidisciplinare in cui fondamentale è l'integrazione delle varie professionalità (infermiere, medico, psicologo, Operatore Socio-Sanitario).

INTRODUZIONE

Negli ultimi mesi, sia in Italia che a livello internazionale, una delle difficoltà più contingenti che gli ospedali hanno incontrato nell'intervento sull'emergenza COVID-19 è stata quella della gestione dei rapporti tra i pazienti ricoverati e i loro familiari. È noto che gli assistiti e i loro familiari ricordano quanto hanno ricevuto in termini non solo di risultati clinici ma anche di umanità, vicinanza e sostegno psicologico.

Il progetto TI aperta, in linea con la Delibera della Regione Toscana n°1642 del 21/12/2020, sta dando la possibilità di ricucire una vicinanza fisica che diventa vicinanza emotiva e vicinanza tra equipè curante e famiglia. La percezione di un'autentica partecipazione umana alla vicenda di malattia è particolarmente importante in caso di morte del paziente, e può influenzare il processo di elaborazione del lutto. Vivere un lutto in condizione di isolamento è un'esperienza che viene definita come traumatica. La possibilità di vedere il proprio caro morente è un elemento essenziale per un naturale processo di elaborazione del lutto; compatibilmente con le direttive aziendali, i limiti strutturali e gli obblighi di legge, è un obiettivo da perseguire.

Questo progetto si prefigge il raggiungimento dei seguenti obiettivi: per il paziente, la possibilità di mantenere aperto il contatto con i propri affetti fino a poter dare un saluto (anche l'ultimo) ai propri cari; per il familiare, la possibilità di poter interagire con il proprio congiunto ricoverato, ricucendo un legame che con il ricovero si era interrotto, toccare con mano la realtà ospedaliera e il lavoro che viene attivamente svolto in termini clinico-assistenziali; per l'operatore sanitario, sentirsi parte attivo di un processo e figura di riferimento. Ogni fase del processo viene costantemente monitorata al fine di risolvere eventuali criticità e presa in carico di distress significativo da parte dello psicologo che attraverso colloqui telefonici con i familiari monitora il processo d'ingresso, interviene garantendo la presenza negli ingressi che presentano criticità e verifica l'impatto, le aspettative e eventuali problematiche emerse successive alla visita.

ANALISI DEL CONTESTO

METODO

La parte operativa prevede di permettere ad un familiare/congiunto, la visita nelle degenze delle Rianimazione di Arezzo, con durata di 15 minuti.

Prima fase: accoglienza da parte del team mutidisciplnare (psicologo ed infermiere) per le istruzioni pre-visita e breve descrizione dell'assistito.

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Seconda fase: durante le visite i congiunti sono tenuti a:

- Compilare e restituire firmato il consenso informato (come da delibera regionale).
- Misurare la temperatura corporea prima dell'ingresso in degenza (se temperatura > 37.0 C° è vietato l'ingresso; la temperatura sarà misurata sempre dal personale di reparto).
- Informare il personale di reparto della presenza di sintomi e segni come tosse, febbre, raffreddore, diarrea (se presenti è vietato l'ingresso).
- Lavarsi le mani con sapone disinfettante all'ingresso e all'uscita.
- Dopo il lavaggio antisettico delle mani utilizzare il gel idroalcolico disinfettante.
- Indossare i DPI.
- Non introdurre apparecchi elettronici e/o di telefonia.
- Non effettuare riprese o fotografie.
- Non toccare le dotazioni tecnologiche e le linee infusionali applicate al degente.
- Attenersi scrupolosamente alle indicazioni fornite dal personale di reparto.

Il percorso di visita prevede le seguenti fasi:

1. valutazione: contatto telefonico tra lo psicologo e la famiglia, con l'obiettivo di verificare la situazione familiare (storia familiare, storia del contagio), valutare la volontà collegata all'ingresso e lo stato di distress del familiare;
2. appuntamento: calendarizzazione degli ingressi individualizzati a seconda della situazione clinica e dello stato familiare, con l'obiettivo di programmare le visite garantendo personalizzazione, appropriatezza e sicurezza;
3. accoglienza in reparto: effettuata da un OSS e in casi che ne richiedono necessità dallo psicologo e infermiere di riferimento del progetto;
4. illustrazione percorso e consenso informato;
5. vestizione: supervisionata e coadiuvata da un OSS, con l'obiettivo di garantire appropriatezza e sicurezza;
6. accompagnamento/ingresso: effettuata da un OSS e in casi che ne richiedono necessità dallo psicologo e infermiere di riferimento del progetto;
7. presa in carico: effettuata dall'Infermiere tutor, che fornirà le notizie assistenziali e supporterà il familiare/congiunto e in casi che ne richiedono necessità dallo psicologo e infermiere di riferimento del progetto;
8. uscita:effettuata da un OSS;
9. svestizione: supervisionata e coadiuvata da un OSS.

Dopo un giorno dalla visita lo psicologo contatta i familiari entrati per la prima volta nell'ottica e obiettivo di verificare l'impatto della visita attraverso un questionario semi-strutturato (Come è stato rivedere.. Che impatto ha avuto su di lei.. Se lo aspettava così? Cosa possiamo fare per migliorare il processo/presa in carico). Laddove i livelli di distress dei familiari fossero elevati viene offerta la possibilità di colloqui psicologi per intervento sulla crisi.

RISULTATI

Attraverso questo processo viene facilitata la ricostruzione di un legame precocemente e improvvisamente interrotto, l'assistito e il suo nucleo familiare sono accompagnati nel percorso di cura, garantendone la continuità nella presa in carico. Nel monitoraggio del processo viene garantita la rilevazione di distress clinicamente significativo, presa in carico precoce e prevenzione di disturbi psicopatologici, prevenzione lutto patologico. Migliorare la qualità dell'accoglienza rappresenta inoltre un'attività necessaria per costruire un rapporto di fiducia e collaborazione tra persona assistita, nucleo familiare e persona che assiste con il contributo di tutti gli operatori.

Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

CONCLUSIONI

Questo progetto si inserisce nella cornice di riferimento delle Medical Humanities, incentrando una presa in carico del nucleo familiare e dell'assistito che sia patient and family oriented e in cui venga rispettata la dignità nel processo di presa in carico e assistenziale. Per la persona ricoverata l'incontro e dare significato all'esperienza attraverso la narrazione dell'altro, ha un impatto importante in termini di prevenzione dell'insorgenza di sintomatologia ansiosa, depressiva e sequela di sintomatologia post-traumatica legata al ricovero. Dall'esperienza dei familiari emerge un alto grado di soddisfazione nella presa in carico dei propri bisogni, nella maggior parte dei casi l'immaginario risulta essere peggiore della realtà. Sentirsi parte di un processo e il coinvolgimento dell'equipè assistenziale nella presa in carico, rappresenta invece un fattore protettivo nello sviluppo di sintomatologia tipica della traumatizzazione vicaria.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Team multiprofessionale (Infermiere, Medico, Operatore Socio-Sanitario, Psicologo).

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Dal 23/12 ad oggi, monitoraggio mensile per analisi ingressi e processo.

Torna all'indice

LA RETE DI ASSISTENZA RESPIRATORIA DOMICILIARE

Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche, Dipartimento della Medicina - Azienda USL Toscana Sud Est

REFERENTI:

Claudio Panaro	Resp. Inf.rete respiratoria
Marco Biagini	Direttore rete respiratoria
Silvia Bellucci	UOP Innovazione e ricerca in ambito infermieristico ed ostetrico
Lorenzo Baragatti	Direttore Dipartimento Inf e Ostetrico

Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

ABSTRACT

L'invecchiamento della popolazione porta a considerare come emergenti le problematiche di cronicità e di infermità.

A seguito della promulgazione del Piano Nazionale della Cronicità (15/9/16), della DGRT 650/2016 sulla sanità d'iniziativa, del DPCM sui L.E.A. (12/1/17) e dell'attivazione da parte della USL Toscana Sud Est della Rete Aziendale di Assistenza Respiratoria Domiciliare (Del. DG 421/2017), del PDTA BPCO/Insufficienza Respiratoria Cronica (Del. DG 974/2017) e delle Reti Cliniche Integrate e Strutturate con la definizione dei rapporti tra Ospedale e Territorio, Aggregazioni Funzionali Territoriali- AFT, Distretti, Specialistiche Territoriali (Del. DG 1052/2016 e seguenti), della Centrale della Cronicità e delle ACOT (Del. DG 929/2017), si sono aperti nuovi scenari per la gestione ottimale della cronicità, con particolare riferimento a quella derivante dalle patologie respiratorie.

La Rete Aziendale di assistenza respiratoria, opera su Arezzo, Siena e Grosseto, si occupa della presa in carico e la gestione dei pazienti con patologie respiratorie croniche complicate o meno da Insufficienza respiratoria, sia a livello ambulatoriale che domiciliare (Del. DG 1/2006). L'impatto sull'efficacia dell'assistenza territoriale ai pazienti è stato altamente significativo negli anni, contribuendo ad ottenere i giudizi di eccellenza per l'Area Aretina nelle valutazioni dell'Istituto S. Anna di Pisa (MeS).Per estendere a tutto il territorio la "best practice", è stato adottato un modello organizzativo a "matrice".

Ogni Distretto è dotato di Team Infermieristici esperti Zonali afferenti alla Rete, inseriti in un programma di formazione continua (teorica e on the job).

Il Direttore del Dipartimento delle Professioni Infermieristiche e Ostetriche ha stimato la proporzione di 1 Infermiere Esperto ogni 20.000 abitanti, per tutta l'Azienda.Gli Infermieri svolgono un ruolo fondamentale anche in riferimento alle responsabilità affidate loro dal PDTA BPCO/Insufficienza Respiratoria Cronica (Del. DG 974/2017).

INTRODUZIONE

Le Malattie croniche si pongono al primo posto tra le cause di utilizzo dei servizi sanitari (circa il 78% della spesa sanitaria globale). I dati epidemiologici evidenziano che il numero di pazienti con insufficienza respiratoria cronica che necessitano di ossigenoterapia a lungo termine (OTLT) è in costante aumento e di essi una consistente percentuale presenta infermità, con necessità di gestione domiciliare e personalizzata delle cure. La Rete ha come obiettivo principale quello di assicurare un percorso integrato, multiprofessionale e multidisciplinare direttamente sul territorio. I Team Infermieristici di Zona, resi esperti nel settore, hanno come obiettivi principali il soddisfacimento a domicilio dei bisogni assistenziali evitando ricoveri e accessi programmati in ospedale, contribuendo alla prevenzione ed al trattamento a domicilio delle fasi acute non complicate a supporto del MMG e degli Specialisti Pneumologi Territoriali, procedendo alla formazione ottimale dei caregivers, alla riduzione dell'esposizione a infezioni nosocomiali, al miglioramento della qualità di vita anche per abbattimento dei periodi di istituzionalizzazione, all'ottimizzazione dell'uso dell'ossigeno terapeutico e dei devices per la somministrazione della terapia inalatoria.

ANALISI DEL CONTESTO

L'attività sul territorio è resa possibile dall'utilizzo di apparecchiature ad alta tecnologia, trasportabili in cui gli esami effettuati possono essere consultati anche da remoto, a questo proposito l'integrazione con la Rete POCT permette di avere a disposizione sempre tecnologie innovative ed aggiornate.

Gli indicatori che permettono di valutare l'efficienza della Rete sono:

1. Riduzione degli accessi ai Pronto Soccorsi per riacutizzazioni della patologia respiratoria.
2. Riduzione degli accessi presso i reparti ospedalieri per l'esecuzione di procedure/controlli diagnostici eseguibili a domicilio o in strutture territoriali.
3. Riduzione degli accessi in ospedale per la sostituzione delle cannule tracheostomiche.
4. Riduzione dei trasferimenti domicilio/ospedale (e viceversa) dei pazienti infermi con conseguente alleggerimento della pressione sulle associazioni di volontariato e convenzionate con l'Azienda per il trasporto degli utenti che utilizzano questi servizi.
5. Miglioramento della qualità percepita dagli utenti dovuta alla riduzione degli accessi in ospedale.

Nel modello organizzativo di Rete ogni Infermiere esperto afferente ad una zona distretto

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

diventa riferimento per i pazienti affetti da patologie che coinvolgono l'apparato respiratorio nella zona di pertinenza nonché consulenti per i colleghi meno esperti.
Integrati nel team di cura composto da: Specialista Pneumologo Territoriale, Medico di Medicina Generale ed Infermiere esperto vengono stabilite le priorità di intervento sui pazienti nonché le priorità assistenziali ad essi destinate con la relativa programmazione degli interventi da attuare. L'integrazione delle varie figure professionali che svolgono le attività di presa in carico sui pazienti è indispensabile affinchè tempi e risorse siano applicate ed ottimizzate al meglio.

RISULTATI

Il modello permette di garantire la presa in carico dei pazienti direttamente nei setting territoriali utilizzando tecnologie all'avanguardia e personale Medico-Infermieristico specificamente formato per la presa in carico sul territorio dei pazienti con problematiche respiratorie e nei casi più complessi in ossigenoterapia ed in ventilazione meccanica invasiva e non. Tutto questo ha portato nel corso degli anni ad una progressiva riduzione dei ricoveri in ospedale.
PLAN: È stata redatta una procedura specifica basata sulla valutazione delle carenze assistenziali presenti.
Do: Le azioni di miglioramento relative alla diffusione della best practices sono state attuate mediante lo svolgimento di lezioni frontali in aula seguite da dimostrazioni pratiche su manichino e da formazione on the job direttamente al letto del malato.
CHECK: Valutazione dei risultati attraverso la valutazione della riduzione dei costi sostenuti e della riduzione degli accessi in ospedale.
ACT: standardizzazione delle procedure, analisi delle criticità dovute all'avvicendamento soprattutto del personale infermieristico.
La condivisione di procedure condivise, la presa in carico dei pazienti con un approccio multiprofessionale, l'utilizzo di tecnologie ed apparecchiature attraverso le quali poter archiviare e diffondere i risultati rappresentano:
1. garanzia di appropriatezza;
2. l'ottimizzazione delle risorse con il rispetto dei criteri di sostenibilità;
3. flessibilità nell'erogazione delle prestazioni rispettando i criteri di priorità;
4. impatto in termini di gradimento positivo sulla popolazione;
5. garanzia di crescita professionale sia da un punto di vista tecnico che organizzativo per tutti i professionisti che operano nella rete.

CONCLUSIONI

La condivisione di un piano di presa in carico tra i vari professionisti garantisce la centralità del paziente in un percorso personalizzato e strutturato in base alle esigenze assistenziali dello stesso. L'utilizzo di tecnologie con la conseguente effettuazione della diagnostica strumentale direttamente presso il domicilio dei pazienti o nelle strutture territoriali permette di ottimizzare la prescrizione terapeutica ed il controllo della sintomatologia.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Medico di Medicina Generale, Medico specialista Pneumologo Territoriale, Infermiere riferimento di rete, Infermiere del territorio.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

l'attività di rete era già presente in era pre pandemia; nel mese di Marzo 2020 è stata ulteriormente implementata.

PUNTI DI FORZA

1. incentivazione all'integrazione multiprofessionale;
2. ottimizzazione delle risorse non solo tecnologiche ma anche umane;
3. garanzia di fruibilità e qualità del percorso per tutti gli utenti;
4. riduzione costi.

CRITICITÀ

1. difficoltà individuali di alcuni professionisti ad approcciarsi alle nuove tecnologie;
2. l'avvicendamento di personale neoassunto a quello che progressivamente viene messo a riposo non garantisce il livello formativo minimo per la gestire sul territorio dei pazienti.

Torna all'indice

RSA:
pronti a proteggere

Dipartimento delle Professioni Infermieristiche ed Ostetriche e zona/distretto - Azienda USL Toscana Sud Est

REFERENTI:

Paola Mambrini	UOP Infermieristica clinica in Area Critica
Tania Barbi	Direttore UOC Direzione Infermieristica ZD Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana
Fabrizio Boldrini	Direttore ZD Amiata Grossetana, Colline Metallifere e Grossetana
Silvia Bellucci	UOP Innovazione e ricerca in ambito infermieristico ed ostetrico
Lorenzo Baragatti	Direttore Dipartimento Infermieristico e Ostetrico

Foto di Claudio Risso

Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

ABSTRACT

Lo tzunami Covid-19 che ha travolto gli anziani in RSA ha rilevato una delle tante contraddizioni del nostro Sistema Welfare. Paradossalmente le strutture destinate alla massima cura protezione e sicurezza dei più bisognosi si sono rilevate molto fragili e difficilmente controllabili. L'età minima dei pazienti deceduti e positivi a COVID-19 è 81 anni, circa il 60% dei malati di COVID-19 ha un'età superiore ai 60 anni. Inoltre, il 95% dei decessi avviene in persone con più di 60 anni e con patologie di base multiple. Pertanto nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS Cov-2 è stata necessaria la massima attenzione nei confronti di tali gruppi di popolazione. **Obiettivo** di questo progetto è suggerire una serie di interventi che vertono principalmente sugli ambiti di prevenzione e preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi sospetti/probabili/confermati di COVID-19 in caso di epidemia. Viene fatto riferimento ad un team multidisciplinare con competenze mediche, scientifiche, infermieristiche, di assistenza sociale informatiche ed organizzative che possano portare risultati in termini di ritorno di salute a questa tipologia di utenti, ai loro familiari e agli operatori sanitari.

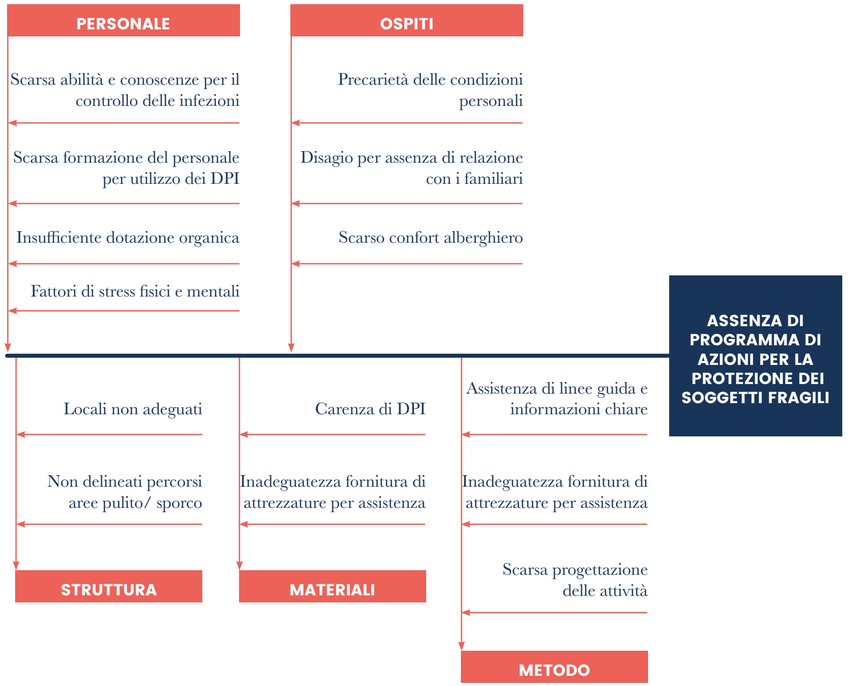
INTRODUZIONE

La strage di anziani causata dal coronavirus, ha fatto nascere una nuova consapevolezza e nuove riflessioni relative alla gestione dell'emergenza Covid-19 sia dal punto di vista organizzativo che emotivo nelle RSA a livello nazionale e locale.

Obiettivi

1. Prevenzione e preparazione delle Strutture Residenziali alla gestione di eventuali casi di Covid-19.
2. Integrazione dei servizi Sanitari, ospedalieri e territoriali e percorsi assistenziali per la presa in carico del soggetto fragile in RSA.

ANALISI DEL CONTESTO



Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST

Si è provveduto all'integrazione della RSA con il mondo sanitario, la rete ospedaliera e quella territoriale al fine del contenimento della diffusione del virus. Con delibera n. 1360 del 25/11/2020 del Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario Azienda USL Toscana sud est è stato ampliato l'ambito di operatività dei Team Specialistici Multiprofessionali braccio operativo della Task Force territoriale, afferente all'unità di crisi, costituito da un Infermiere Esperto, un Responsabile SPP, un Medico di Cure Primarie, un Geriatra.

Il Team Specialistico Multiprofessionale ha effettuato azioni pro-attive nelle RSA, RSD o altra struttura sociosanitaria mediante visite periodiche programmate ed interventi mirati, producendo documentazione di esercizio e di gestione alla Task Force territoriale;

È intervenuta tempestivamente in caso di segnalazione di Covid-19 positivi nelle RSA (sia che si sia trattato di operatori che di ospiti) per verificare la messa in atto di quanto previsto per la gestione di tale casistica compresa la separazione dei percorsi;

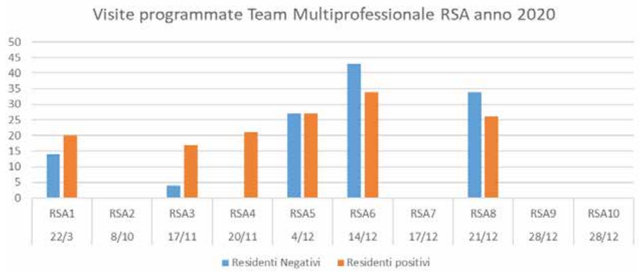
Ha richiesto, quando necessario, supporto a carattere tecnico informativo a infettivologi, operatori della Prevenzione, IPN PISLL o altri servizi aziendali.

Partendo dall'analisi della letteratura ed analisi delle cause radice relative alla diffusione dell'infezione COVID-19, sono stati implementati interventi di rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) e misure di carattere organizzativo per prevenire l'ingresso di casi Covid-19 in struttura:

- programmazione settimanale della sorveglianza: Tamponi antigenici rapidi e POCT in tutte le strutture RSA, RSD, RA, Comunità Familiari, Sanità Mentale;
- check point all'entrata di ogni struttura;
- sensibilizzazione e formazione dei residenti e dei visitatori;
- preparazione della struttura alla gestione di eventuali casi di Covid19 sospetti, probabili con creazione di aree e percorsi dedicati in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree «pulite» e aree «sporche»;
- sospensione delle attività di gruppo e della condivisione di spazi comuni all'interno della struttura;
- formazione del personale per la corretta adozione delle precauzioni standard, da contatto, droplet e procedure d'isolamento mediante formazione in presenza con simulazioni e corsi on line;
- elaborazione di promemoria per promuovere i comportamenti corretti;
- sorveglianza attiva di quadri clinici di infezione respiratoria acuta tra residenti e tra operatori (scala NEWS2);
- restrizione dall'attività lavorativa degli operatori sospetti o risultati positivi al test per SARS-CoV-2 in base alle disposizioni vigenti;
- monitoraggio dell'implementazione delle misure adottate con Check List (v. allegato);
- disponibilità di un numero telefonico sempre attivo.

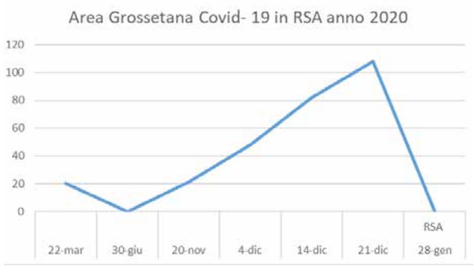
RISULTATI

Nelle residenze per anziani siamo riusciti a limitare i contagi da Covid-19 mantenendo gli ospiti positivi asintomatici e paucisintomatici in struttura, evitando quindi di spostare gli anziani che non necessitavano di cure ospedaliere ma di percorsi separati e personale dedicato e debitamente formato. Il ricovero ospedaliero avrebbe sicuramente creato loro ulteriore disagio disorientamento, mettendoli a rischio di contrazione di sovrainfezioni. 5 strutture delle 19 RSA situate nell'area Grossetana hanno registrato residenti positivi come da grafico.



Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA SUD EST



Dal 21 dicembre al 10 febbraio 2021 non si sono verificati nuovi casi Covid-19.
Il 10 febbraio tutte le strutture sono state dichiarate COVID-19 negative.

CONCLUSIONI

Le criticità legate alle RSA hanno fatto emergere come il bisogno di integrazione dei servizi e dei percorsi assistenziali complessi sia la chiave di volta di una presa in carico di qualità soprattutto in situazioni di emergenza. I soggetti che si devono integrare e coordinare sono numerosi, sono la ASL, il MMG, il comune, il personale del soggetto gestore, il personale della struttura, la filiera dell'assistenza sociale, il volontariato fino ad arrivare alla comunità locale. Le reti devono essere valorizzate e riconosciute.
La Valutazione dell'outcome prevede La Riduzione del rischio di contagio paziente/paziente operatore/operatore: 80%.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE

Responsabile UOP Innovazione infermieristico ed ostetrico, Referente Rischio Clinico, Referente Rischio Infettivo, Referente Dipartimento di Prevenzione, Medico MDG, USCA, Referenti SPP.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Inizio periodo emergenza Covid-19 in RSA 22 marzo ad oggi.

Keywords: Keadership, Cause radice, Reingegnerizzazione processi/percorsi, Gembawolk, Lean.

AZIONE	RESP.	MAR	APR	MAG	GIU	LUG	AGO	SETT	OTT	NOV	DIC	GEN	FEB
Individuazione Referente Sanitario	Direttore UOC Territorio												
Identificazione dell'esigenza minima di personale in base allo stato di salute	Resp. Strutture RSA												
Creazione di aree e percorsi dedicati in grado di garantire quanto più possibile la separazione tra aree "pulite" e aree "sporche"	Referente Sanitario												
Implementazione di precauzioni standard, da contatto, da droplet	Referente Sanitario												
Addestramento agli operatori sulla corretta vestizione e svestizione dai DPI	Referente Sanitario												
Programmazione ed effettuazione tamponi di sorveglianza	Direttore UOC Territorio												
Monitoraggio dell'implementazione misure adottate: visite programmate	Team progetto												
Monitoraggio indicatori	Team progetto												

Torna all'indice

RIORGANIZZAZIONE DELL'ATTIVITÀ DEL PERSONALE TSRM FINALIZZATA ALL'IMPLEMENTAZIONE DI MISURE PER IL CONTRASTO ED IL CONTENIMENTO DEL VIRUS COVID-19

Dipartimento delle Professioni Sanitarie Tecniche della Riabilitazione e della Prevenzione.
UOC Professioni Sanitarie della Diagnostica per Immagini A
Azienda Usl Toscana nord ovest.

REFERENTI:

Dott.ssa Elisabetta Tozzi	Direttore UOC Professioni Sanitarie della Diagnostica per Immagini A
Dott.ssa Sara Maggiani	Coordinatore TSRM Radioterapia e Fisica Sanitaria
Dott.ssa Michela Cerutti	TSRM Radioterapia
Dott. Tiziano Mugnai	TSRM Radioterapia

Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

ABSTRACT

La dilagante diffusione del virus Covid-19 ha reso indispensabile in ambito sanitario l'adozione di misure di contenimento e riorganizzazione dei servizi che hanno comportato un cambiamento degli approcci organizzativi, gestionali, clinici e assistenziali in tempi strettissimi.

Tale riorganizzazione ha richiesto un notevole impegno del personale tecnico sanitario, che ha dovuto adeguare i comportamenti a nuove logiche organizzative, mirate all' implementazione di buone pratiche. La UOC Professioni Sanitarie della Diagnostica per Immagini A, afferente al Dipartimento delle Professioni Tecniche Sanitarie della Riabilitazione e della Prevenzione (DPTSRP) ha tempestivamente recepito le indicazioni ministeriali in ordine alla corretta gestione dell'emergenza, implementando specifiche azioni organizzative volte al mantenimento dell'attività lavorativa del personale TSRM in Radioterapia, al fine di proseguire la cura del paziente fragile minimizzando il rischio di contagio per l'operatore ed il paziente stesso.

INTRODUZIONE

Il 30 gennaio 2020 l'organizzazione Mondiale della Sanità ha dichiarato l'epidemia da COVID-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale a cui è stata data risposta immediata. La regione Toscana con "l'Ordinanza n°1 del 21 Febbraio 2020" ha dato avvio ad una serie di provvedimenti allo scopo di realizzare, a livello sanitario, una immediata risposta di prevenzione e contenimento del virus.

In particolare nell'ambito dell'Area Omogenea Radioterapia, il personale TSRM ha evidenziato la necessità di riorganizzare le azioni ed i comportamenti lavorativi,t ipici della professione, al fine di garantire la massima sicurezza dell'operatore TSRM e nel medesimo tempo continuare ad erogare le cure radioterapiche a pazienti fragili, in massima sicurezza.

ANALISI DEL CONTESTO

Si è inizialmente effettuata un'analisi del percorso lavorativo del personale TSRM, suddividendolo in varie fasi sequenziali, corrispondenti alle principali attività/azioni che il personale TSRM espleta quotidianamente in radioterapia.

Successivamente è stato valutato per ogni fase il grado di sicurezza e la corrispondenza alle indicazioni/norme per il contenimento del contagio. È stata effettuata la mappatura delle criticità e riorganizzate le azioni delle varie fasi in una logica di mantenimento delle norme di contenimento e prevenzione dell'infezione Covid 19.

Si è provveduto alla condivisione e formazione del personale sulla nuova modalità di lavoro con tutti gli operatori TSRM coinvolti.

AZIONI

- **Accoglienza del paziente:** passaggio attraverso il checkpoint con lavaggio mani con soluzione alcolica e misurazione della temperatura.
- **Percorso del paziente:** passaggio del paziente all'interno di percorsi dedicati. I trattamenti dei pazienti Covid positivi vengono effettuati a fine turno lavorativo per permettere la sanificazione.
- **Il personale TSRM:** il personale Tecnico è dotato di tutti i DPI secondo le linee guida ministeriali, mascherina, guanti, visiera protettiva, camice monouso.
- **Riorganizzazione Attività TSRM:** si è reso necessario per rispettare le norme anticovid attuare dei cambiamenti anche all'interno della turnazione. È stata adottata una turnazione con coppie fisse, per contenere il più possibile i contatti con la seguente modalità lavorativa: i due TSRM che lavorano su un linac si dividono l'attività in modo che un TSRM rimanga alla consolle di comando e l'altro davanti alla porta del bunker. Per l'attività di centraggio entra prima il TSRM che è davanti alla porta del bunker e poi quello alla consolle cercando di avere sempre una distanza di sicurezza e rimanere più vicini solo nel momento effettivo del posizionamento del paziente.

Torna all'indice

AZIENDA USL TOSCANA NORD OVEST

RISULTATI

Nessun paziente, TSRM, OSS, personale infermieristico, medico e personale amministrativo ha contratto il covid 19 e l'attività è proseguita regolarmente.

CONCLUSIONI

In conclusione si può affermare che siamo riusciti in tempi molto stretti a mettere in pratica le indicazioni ministeriali e regionali in ordine alla corretta gestione del contenimento della diffusione del virus covid-19, implementando nella routine lavorativa soluzioni organizzative e gestionali che hanno risposto positivamente a quelle che erano le attese iniziali. Nella nostra esperienza possiamo dire che questo è stato possibile grazie ad una grande coesione e sinergia di tutti i professionisti: l'organizzazione di questi percorsi infatti è stata possibile grazie ad un team affiatato e organizzato che ha permesso l'esecuzione dei trattamenti con la massima attenzione e rigore richiesti. Tutto questo ha permesso di poter assicurare a pazienti che vivono già un particolare momento di difficoltà legato alla malattia tumorale, al quale si aggiunge il Covid, il trattamento comunque più appropriato e in tempi adeguati.

Torna all'indice

REGIONE

Umbria

Torna all'indice

Azienda Ospedaliera di Perugia

INTEGRAZIONE TRA L'AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA E L'OSPEDALE MILITARE

Il confronto come miglioramento continuo nell'assistenza dei pazienti con COVID-19

Azienda Ospedaliera di Perugia

REFERENTI:

Gabriella Carnio	Infermiera Dirigente
Tonino Caporali	Primo Luogotenente Coordinatore Ospedale militare
Rosita Morcellini	Infermiera Incarico Organizzativo
Patrizia Ciotti	Infermiera Incarico Organizzativo
Giuliano Bettelli	Tecnico di Laboratorio Biomedico Incarico Organizzativo
Daniele Torroni	Infermiere Incarico Organizzativo
Moira Berti	Infermiera Incarico Organizzativo

Torna all'indice

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

INTRODUZIONE

A partire dal mese di ottobre 2020 nella nostra Regione si è assistito ad un progressivo incremento di contagi COVID 19 per fronteggiare la quale l'Azienda Ospedaliera di Perugia ha progressivamente incrementato i posti letto dedicati alla patologia secondo quanto previsto dal Piano di contenimento Regionale. In particolare la necessità organizzativa stringente era quella di liberare velocemente posti letto per acuti (degenza ordinaria, terapia sub-intensiva e terapia intensiva) e collocare i pazienti in setting assistenziali di minore intensità. A seguito dell'esigenza di setting assistenziali dedicati a pazienti non critici, la Regione ha individuato come priorità l'intervento dell'Esercito Italiano. Dal 11 novembre 2020 è stato allestito un assetto ospedaliero campale di biocontenimento per supportare l'Azienda Ospedaliera di Perugia nella gestione dell'emergenza COVID 19, offrendo prestazioni clinico-assistenziali nei confronti di pazienti con infezione COVID 19 di bassa complessità assistenziale, al fine di alleggerire la pressione sul sistema sanitario regionale.

L'ospedale da campo, si inserisce nel Piano di salvaguardia predisposto dalla Regione Umbria, è gestito e coordinato completamente da personale Militare della Sanità Militare dell' Esercito Italiano quasi tutti provenienti dal Policlinico Militare di Roma e grazie al coordinamento, alla collaborazione con l'Azienda Ospedaliera di Perugia e al supporto fornito da tutte le componenti logistiche, ha potuto portare a termine la realizzazione della Struttura in soli tre giorni lavorando ininterrottamente. L'ospedale di Perugia, attraverso i propri servizi interni, ha fornito il supporto di gas medicali, DPI, farmaci, esami di laboratorio, esami di diagnostica e le principali forniture di energia elettrica, alimentazione idrica, connessione telefonica e dati tramite fibra ottica. A questi si aggiungono i servizi di logistica come lo smaltimento di rifiuti speciali, pulizie e fornitura di biancheria. L'aspetto più rilevante è stato quello della condivisione dei principali processi di lavoro.

ANALISI DEL CONTESTO

L'iniziativa di allestire un ospedale da campo si deve principalmente all'aumento del numero di ricoveri di pazienti colpiti da Covid-19, arrivati a fine ottobre a 446 di cui 76 in terapia intensiva con un tasso di occupazione delle stesse >40%. L'Ospedale da campo ha avuto un ruolo preponderante anche nel mese di febbraio 2021 quando all'interno dell'Azienda Ospedaliera di Perugia si sono sviluppati cluster all'interno dei reparti con la diffusione della variante inglese e brasiliana. L'Ospedale militare da campo ha l'obiettivo di supportare l'organizzazione dell'Azienda Ospedaliera di Perugia con una struttura di biocontenimento di 34 posti letto di degenza ordinaria e 3 posti letto di sub-intenisva. La struttura accoglie pazienti che hanno superato la fase acuta prima della dimissione o dell'inserimento in un COVID hotel o RSA o a domicilio per il completamento del percorso clinico-assistenziale. L'assistenza è garantita da medici, farmacisti, infermieri, operatori logistico-sanitari e OSS.

Dall'11 novembre al 31 gennaio i dimessi del 2020 sono stati 52, con una degenza media trimmata (tolti i ricoveri oltre soglia) di 16,44 giorni, il peso medio pari a 1,49 per 1009 giornate di degenza. Nel mese di gennaio 2021 i dimessi sono stati 34 con una degenza media trimmata pari a 13,76, il peso medio 1,34 e 478 giornate di degenza. Complessivamente l'ospedale da campo dell'Esercito Italiano ha assistito al 15 febbraio 2021 163 pazienti totali, 84 nel 2020 e 79 nel 2021, per alcuni dei quali è stato necessario il trasferimento in setting assistenziali di più elevata assistenza per modifica del quadro clinico assistenziale.

Nell'ospedale da campo, dopo valutazioni oggettive del contesto ed in virtù esperienze maturati in ambiti campali in missioni estere, è stato deciso di adottare un modello organizzativo infermieristico basato sulla persona, ovvero il Primary Nursing; è stato pianificato il quotidiano intorno alla persona, tendendo a un nuovo modello più recente come il Case Management. Tenuto conto delle difficoltà logistiche di assistenza alla persona all'interno di un assetto campale, sono state valorizzate alcune attività per migliorare la fase di accoglienza e personalizzare l'assistenza, individuando anche momenti conviviali come il thé del pomeriggio, la sala con la Tv e l'angolo del caffè.

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

Gli aspetti procedurali e tecnici delle fasi dell'assistenza sono come in qualsiasi altro reparto con assistenza continua h24.

Il personale assistenziale è composto da un coordinatore che ha l'obiettivo di pianificare ed uniformare tutti gli aspetti infermieristico/assistenziali ovvero di mettere nelle migliori condizioni possibili gli infermieri nel fornire risposte assistenziali adeguate. Ogni turno è composto da un team infermieristico ed un team di figure di supporto.

All'interno di ogni gruppo di lavoro vi è un Capo Team che è il Maresciallo Infermiere più alto in grado. È l'infermiere responsabile di tutta l'assistenza erogata nel turno. Gestisce i tempi del personale in ambito "COVID", supervisiona tutti gli aspetti dell'assistenza, è il punto di riferimento per le altre figure sanitarie. Tutti gli Infermieri Militari sono stati accreditati dai servizi informatici dell' A.O. di Perugia per la gestione dei programmi "GALILEO" ed "ADT". Attualmente sono quattro Team, ogni Team è composto di norma da tre infermieri e tre O.S.S.

RISULTATI

Dopo tre mesi di attività l'esperienza è di continua integrazione tra i livelli di coordinamento della parte infermieristica tra la componente dell'Azienda Ospedaliera di Perugia e l'equipe assistenziale dell'esercito Italiano.

I principali strumenti di integrazione sono stati:

- funzione di bed management integrata tra ospedale e ospedale da campo;
- integrazione dei principali processi di lavoro infermieristici;
- adozione della cartella infermieristica informatizzata, la terapia informatizzata, la richiesta di trasfusioni e di consulenze;
- l'applicazione delle procedure aziendali per la gestione delle principali attività assistenziali (accessi vascolari tramite la scala V.A.S, catetere vescicale, monitoraggio quotidiano del dolore, monitoraggio delle vie venose, monitoraggio della integrità cutanea, ecc);
- revisione di alcune procedure infermieristiche vestizione e svestizione operatore in un contesto di ospedale da campo.

In particolare la funzione di bed management è stata consolidata e sviluppata attraverso il continuo confronto tra l'equipe medica e infermieristica delle due Strutture per selezionare i pazienti elegibili nella presa in carico dei pazienti nel setting campale.

Un lavoro accurato e sistematico è stato svolto nell'adozione degli strumenti di tracciabilità del processo assistenziale. È stata adottata la cartella clinica e infermieristica informatizzata in continuum del percorso del paziente. L'equipe infermieristica dell'Esercito Italiano ha sviluppato la pianificazione infermieristica, elaborando piani assistenziali per pazienti COVID 19.

Questa esperienza di integrazione e continuo confronto tra Azienda Ospedaliera di Perugia e l'Ospedale da Campo dell'Esercito Italiano ha messo in evidenza anche elementi di miglioramento:

- miglioramento dell'accoglienza dei pazienti in un ospedale da campo (come cambia l'erogazione dell'assistenza e della presa in carico in un contesto di ospedale da campo), ma spazi di miglioramento anche da parte dell' equipe dell' Azienda Ospedaliera;
- nell'equipe militare c' è sempre un infermiere di riferimento per ogni turno che viene definito capo team.

Il capo team ha la responsabilità dell'assistenza durante il turno; gestisce i tempi di permanenza del personale infermieristico e di supporto nella zona rossa, gestisce e controlla la realizzazione degli obiettivi assistenziali.

AZIENDA OSPEDALIERA DI PERUGIA

CONCLUSIONI

Il coordinamento, la collaborazione e il confronto tra le due realtà quella dell'ospedale Militare campale e l'Ospedale S.Maria della Misericordia di Perugia è stata stimolante ed efficace nel promuovere nuove modalità assistenziali in nuovi contesti e situazioni venutasi a creare con l'emergenza da COVID 19.

Dal confronto continuo sono emersi riflessioni sulla professione che può esprimersi in setting assistenziali differenti, ma con strumenti e processi di lavoro condivisi senza rinunciare alla propria specificità e a spunti per il miglioramento. L'obiettivo che l'Azienda Ospedaliera di Perugia si pone è quella di sperimentare il modello organizzativo adottato nell'ospedale da campo con l'identificazione di un capo team all'interno di un setting assistenziale COVID dell'Azienda Ospedaliera.

FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTI

Infermieri, Tecnici di Laboratorio, OSS.

TEMPI DI REALIZZAZIONE

Tre mesi per la valutazione dell'impatto organizzativo e assistenziale.

CONFEDERAZIONE FEDER SANITÀ anci REGIONALI