UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

PERCEZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE NELLE UNITÀ COVID INRCA. STUDIO OSSERVAZIONALE

Relatore: Chiar.ma
Dott. ssa ANTONIETTA CRESTA

Tesi di Laurea di:
GABRIELE MASCIAMBRUNI

A.A. 2020/2021

Indice

Introduzione	Pag. 1
Scopo della ricerca	Pag. 4
Obiettivo	Pag. 6
Materiali e metodi	Pag. 7
Risultati	Pag. 14
Discussione	Pag. 28
Conclusioni	Pag. 33
Bibliografia	Pag. 36
Allegati	Pag. 39

Introduzione

Nel Dicembre 2019, in Cina nella regione di Wuhan, è stato emanato un bollettino, riguardante la presenza di un focolaio epidemico per una polmonite ad eziologia sconosciuta. Con il passare dei giorni, la malattia si è diffusa, espandendosi principalmente negli Stati Uniti d'America, nel Brasile e nell'India *[1]*.

L'11 marzo 2020 il direttore generale dell'OMS ha dichiarato che il COVID-19 era una pandemia diffusa in tutto il pianeta.

L'epidemia di SARS-CoV-2 rappresenta una delle più gravi emergenze sanitarie mondiali degli ultimi anni, rapportata anche alla SARS del 2003 ed alla MERS del 2012 *[2]*.

In base alle indagini epidemiologiche, l'incubazione dura da 1 a 14 giorni. I sintomi principali sono febbre, tosse secca, anosmia ed astenia. In una minoranza dei pazienti si associano rinorrea, faringodinia, mialgia, diarrea. Nei pazienti con forma severa spesso a distanza di una settimana dall'inizio della malattia, si manifestano dispnea e/o ipossiemia, nei pazienti critici/molto gravi è possibile una rapida progressione ad ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome), shock settico, acidosi metabolica, deficit di coagulazione e MOF (Multiple Organ Failure). Gli anziani ed i pazienti con co-morbosità di base hanno una prognosi peggiore *[3-6]*.

In Italia il 30 gennaio 2020 viene attestata la positività del COVID-19, in una coppia cinese in vacanza nel Paese. Il 31 gennaio, subito dopo che l'OMS sancisce l'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale (PHEIC), il Consiglio dei Ministri dichiara lo stato di emergenza sanitaria per l'epidemia da nuovo Coronavirus, attivando tutti gli strumenti normativi precauzionali previsti in Italia in questi casi *[7]*.

Dopo un anno e mezzo ininterrotto di pandemia, quello che ora più preoccupa del SARS-CoV-2, sono le varianti. La "variante" è il nuovo codice genetico di un virus che ha acquisito una o più mutazioni, che a loro volta sono le variazioni che cambiano le caratteristiche del virus stesso. La mutazione è la causa e la variante è l'effetto. Le varianti, nonostante le somiglianze, sembrano essere sorte in modo completamente indipendente una dall'altra, ma spesso presentano mutazioni simili, come se il virus

trovasse da solo le strade "migliori" per entrare nel corpo. Le varianti più efficienti (e quindi pericolose) sono quelle che coinvolgono la proteina esterna, la spike, che si aggancia alle cellule umane. Dall'originale ceppo SARS-COV-2 di Wuhan, le varianti "vincenti" sono sempre state quelle più contagiose, rispetto a quelle maggiormente patogene, in linea con quello che è l'interesse primario del virus: replicarsi e diffondersi *[8]*.

Nella fase iniziale per il personale sanitario non è stato semplice far fronte agli eventi. La situazione è apparsa caotica riguardo la consapevolezza della tempistica, delle attività da svolgere e delle competenze necessarie per affrontare l'emergenza. L'esigenza di instaurare rapidamente misure organizzative con scarse risorse e conoscenze, hanno talora generato stanchezza e frustrazione negli operatori, con una percezione di insoddisfazione per il lavoro svolto.

Cosa tanto indispensabile, quanto eccezionale è stata la necessità di partecipazione, ai nuovi corsi di formazione riguardanti il potenziamento delle conoscenze e delle procedure inerenti la nuova pandemia. La formazione in questione ha riguardato l'utilizzo dei DPI indispensabili nell'espletamento dell'assistenza all'utente contagiato. Il comparto sanitario ha dovuto apprendere a confrontarsi con le continue emanazioni delle pubblicazioni scientifiche ufficiali, dovendo anche prendere conoscenza dei continui Decreti Legge emanati dal Governo durante la crisi sanitaria.

Tutto questo inoltre ha generato la necessità di impiegare il personale già presente in nuove attività assistenziali e di affiancare i neoassunti, per rispondere immediatamente alla domanda assistenziale maggiore e differente.

La coesistenza di più figure professionali con diverse competenze e diverse capacità operative ha richiesto flessibilità e ha rappresentato una sfida organizzativa in un contesto di emergenza del tutto nuovo, in cui è stato necessario attuare cambiamenti e valutazioni continue, dove essenziale è stato individuare velocemente le azioni necessarie da intraprendere.

In questo periodo di pandemia mondiale, si è inserita anche l'attività dell'INRCA (Istituto Nazionale di Riposo e Cura per Anziani), che nella propria mission annovera l'assistenza agli anziani, fragili e non, con un approccio olistico ai problemi di salute, la ricerca biologica, domotica e molecolare nel campo geriatrico e gerontologico.

L'organizzazione orientata sulle persone, nelle quali l'istituto crede; mira alla continua crescita della qualità delle cure. È in questa logica che l'assistenza al paziente deve soddisfare le aspettative e le richieste dell'utenza, mentre la ricerca nel campo clinico quelle del mondo scientifico.

La particolare dimensione territoriale, che vede diverse Sedi distribuite in ambito Nazionale, unitamente alla mission che lo caratterizza, rende l'Istituto unico nel panorama assistenziale. In effetti la dimensione multi-regionale coniugata con l'unicità dell'Istituto e la vocazione esclusivamente geriatrica sono aspetti che lo caratterizzano, rendendolo differente da ogni altro istituto di ricerca e/o azienda ospedaliera del panorama nazionale. Per questo motivo gli ambiti di riferimento territoriali dei presidi INRCA, la vocazione che li caratterizza al di là del comune indirizzo geriatrico e gli assetti organizzativi, sono unitari nella loro logica ma diversificati a seconda delle zone in cui espletano i propri servizi *[9]*.

La straordinaria situazione andatasi ad instaurare in quest'ultimo periodo di tempo, ha rappresentato per l'INRCA, la possibilità di poter studiare ed analizzare le dinamiche intercorse tra il personale sanitario in questi mesi di emergenza globale. La percezione del carico assistenziale si configura come il principale quesito della ricerca, inserito in un contesto di nuovi team sanitari, all'interno dei quali il personale è stato sottoposto ad un importante turn-over, causa il manifestarsi dell'infezione tra gli stessi e dove la sostituzione poteva avvenire anche grazie alla presenza di personale proveniente da altre UU.OO. della Sede.

È stato condotto uno studio trasversale osservazionale, mediante la somministrazione di un questionario in forma cartacea che aveva l'obiettivo di esplicare la percezione del carico assistenziale da parte del personale sanitario infermieristico ed OSS, presso le varie UU.OO. COVID INRCA delle sedi di Ancona, Fermo e Merate, composte da UU.OO. di natura semi intensiva e post critica.

Scopo della ricerca

A seguito dell'infezione da COVID-19, evento di portata mondiale, l'INRCA deve affrontare da subito una rapida riorganizzazione dei propri sistemi e processi assistenziali.

l'Azienda si trova di fronte alla necessità di dover riorganizzare anche strutturalmente i nuovi reparti COVID dedicati agli anziani. La pandemia da subito fa registrare maggiori casi gravi e mortali fra le persone fragili e di maggiore età. Nella sede di Ancona, struttura sanitaria divisa in padiglioni, tra le palazzine corpo B e C, vengono create quattro UU.OO. dedicate ai pazienti COVID che includono tre diversi tipi di aree di cura (Critica, Medica, Dignity Care) ed una Diagnostica (Sospetti); nella sede di Fermo un reparto di area Post Critica ed infine nella sede di Merate (Lecco) un reparto di area Semi Intensiva.

Questi cambiamenti repentini trasformano radicalmente l'organizzazione, incidendo principalmente sulla percezione del carico lavorativo.

La condizione di stress, l'incertezza e la natura dell'epidemia globale dell'infezione, richiedono anche una particolare attenzione alle risposte da fornire ai bisogni del personale stesso. Prendersi cura di sé stessi ed incoraggiare i colleghi a fare altrettanto, sostiene anche il prendersi cura degli assistiti e di coloro che ne hanno bisogno.

È in questa nuova ottica di lavoro in team che il personale sanitario affronta meglio le nuove sfide durante la pandemia. Nel frattempo in cui si registra un incremento della domanda di assistenza sanitaria, il personale in molti casi ha subito l'infezione e si deve prendere cura della propria famiglia e di casi positivi presenti in essa. Si manifesta la sensazione di un aumento del rischio di contrarre una malattia temuta e sconosciuta e poi di poterla trasmettere ai familiari, agli amici ed ai colleghi sul posto di lavoro.

Nel contempo la domanda di assistenza del paziente anziano con patologie multi-organo diventa maggiore e più difficile da gestire, dovendo il personale sanitario seguire anche una formazione riguardo il corretto uso di nuovi strumenti resisi necessari per l'assistenza al paziente COVID positivo.

Per questo si rende necessario uno studio che quantifichi il carico assistenziale percepito tra gli infermieri e gli OSS, coinvolti nello svolgimento del proprio servizio nelle

UU.OO. COVID allocate nelle varie sedi dell'INRCA, in favore non solo di quella risposta che l'Azienda deve dare ai problemi di natura sociale e sanitaria, ma anche in virtù della propria natura scientifica, prerogativa positiva di una costante ricerca di qualità.

Obiettivo

Analizzare il carico di lavoro assistenziale percepito dagli infermieri e dagli OSS, durante la pandemia di COVID-19, che hanno prestato servizio nei reparti COVID di area Semi Intensiva e Post Critica, nelle diverse sedi dell'INRCA. Lo studio mira ad analizzare la migliore allocazione possibile delle risorse sanitarie impiegate a seguito di quest'ultima emergenza sanitaria mondiale.

L'interesse per questa ricerca è scaturito dalla volontà di analizzare la relazione esistente tra la percezione del carico assistenziale, da parte degli operatori in servizio presso le UU.OO. COVID e la richiesta di incremento di personale che proveniva da tali UU.OO., per rispondere in maniera più appropriata all'assistenza necessaria per questa tipologia di pazienti. Valutare quindi la migliore dotazione organica possibile per le Sedi in esame e la tipologia di professionisti da assegnare, perorare l'incremento richiesto e determinare la relazione tra l'incremento dell'organico e la migliore assistenza effettivamente erogata, capire fino a che punto tutto questo migliorava l'assistenza e l'organizzazione.

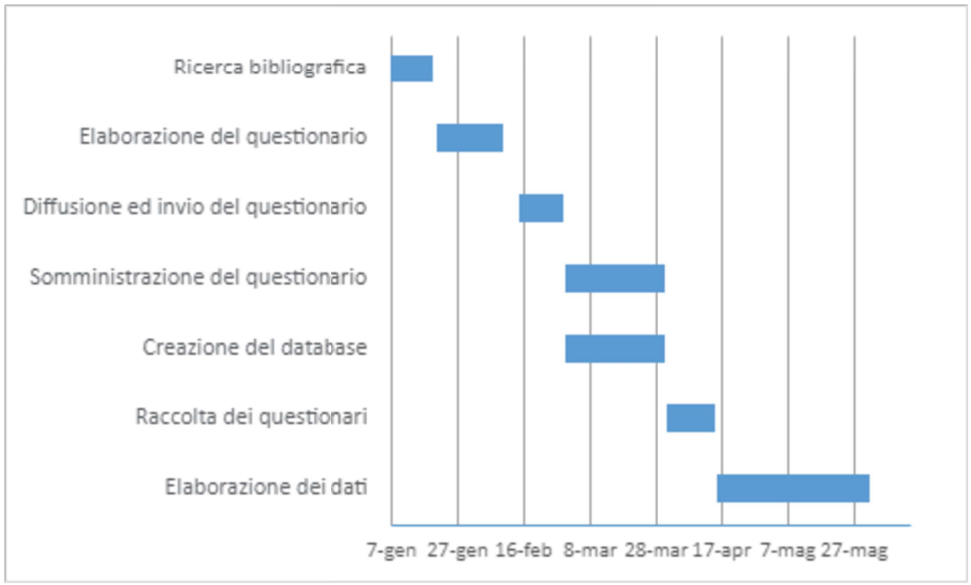
Materiali e metodi

Disegno dello studio

E' stata condotta un'indagine osservazionale, in quanto dalla natura dello studio si evince che il ricercatore propone un questionario strutturato ad un target di riferimento, limitandosi a registrarne i risultati ottenuti; trasversale, perché per sua natura è per definizione descrittivo, dato che i dati raccolti di ogni soggetto descrivono essenzialmente un momento nel tempo; retrospettiva, visto che i dati raccolti si riferiscono ad eventi che si sono già verificati; multicentrica, data dalla dimensione multi regionale dell'Azienda in questione.

Setting di ricerca

Il periodo che è stato preso in esame riguarda la percezione del carico assistenziale compresa nell'arco temporale tra marzo 2020 e la fine di febbraio 2021.
L'attività del progetto è stata pianificata con l'impiego del Diagramma di Gantt.



Il periodo identificato per l'esecuzione del progetto è compreso tra gennaio e maggio 2021.

La progettazione dello studio è partita il 7 gennaio con la prima fase riguardante la ricerca bibliografica terminata il 20 gennaio. La fase di elaborazione del questionario è iniziata il 21 gennaio ed ha avuto una durata di venti giorni. La successiva fase di diffusione del questionario, è avvenuta tramite l'invio del file ai coordinatori delle UU.OO. coinvolte, dal 15 febbraio. La vera e propria somministrazione del questionario è avvenuta in forma cartacea dal 1 marzo. Il personale sanitario coinvolto nello studio, ha avuto a disposizione tutto il mese di marzo per aderire alla ricerca. Durante questo ultimo periodo di tempo, il ricercatore ha provveduto a creare il database di ricerca. La fase di raccolta dei questionari compilati è iniziata il 1 aprile, con un tempo massimo di quindici giorni nei quali ai coordinatori veniva data la possibilità di rispedire alla Direzione Infermieristica di Ancona il plico dei questionari compilati, tramite posta interna. Infine il 16 aprile è iniziata l'elaborazione dei dati da parte del ricercatore che ha completato il proprio lavoro il 31 maggio.

Il setting di ricerca è rappresentato dal personale sanitario non medico dell'IRCCS INRCA prestante servizio nelle UU.OO. COVID di area Semi Intensiva e Post Critica delle varie sedi di: Ancona, Fermo e Merate (Lecco).

Hanno partecipato allo studio gli infermieri e gli OSS in servizio presso le UU.OO. COVID sopracitate, durante il periodo identificato e che hanno espresso un consenso formale, dopo adeguata informazione trasmessa dai coordinatori.

Dimensioni del campione

Lo studio è destinato potenzialmente a 127 operatori, costituiti da infermieri ed OSS in servizio presso le sedi indicate.

Criteri di inclusione

Infermieri ed OSS che da marzo 2020 a febbraio 2021, rappresentavano l'organico dei reparti COVID positivi in area semi intensiva e post critica nelle varie sedi dell'INRCA. Personale che ha espresso il proprio formale consenso e che abbia potuto partecipare nel marzo 2021, essendo in servizio presso dette UU.OO..

Procedure di studio

Il concetto di complessità assistenziale non è di univoca interpretazione: mancano definizioni condivise di tale parametro, la valutazione della complessità "globale" dovrebbe essere interpretata dal punto di vista non solamente clinico ma anche infermieristico, tenendo conto, quindi, anche delle specificità di un approccio orientato ai bisogni assistenziali e all'autonomia del paziente più "che alla patologia di per se".

Ricordiamo che per complessità assistenziale generalmente si intende l'insieme di interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza in termini di intensità, di impegno e quantità di lavoro.

Per quanto riguarda la complessità assistenziale, studi condotti in questi ultimi anni, hanno dato luce a diversi strumenti di misurazione del carico di lavoro assistenziale percepito dal personale sanitario ospedaliero.

Misurare la complessità assistenziale è utile poiché consente di gestire il personale infermieristico, allocare le risorse disponibili secondo il peso assistenziale effettivo, monitorare il carico complessivo del reparto, valutare se l'organico è adeguato rispetto al carico assistenziale, misurare e documentare il lavoro del reparto, confrontare le performance di reparti differenti.

Gli strumenti adottati, purtroppo, presentano alcuni svantaggi: per esempio, le scale di valutazione utilizzate sono ideate specificamente per le terapie intensive, il personale ha difficoltà nell'utilizzarle, la complessità clinica rilevata non sempre corrisponde ad un aumento della necessità assistenziale, è richiesto un maggiore impegno nella compilazione e nell'assegnazione dei punteggi, non è facile uniformare le modalità interpretative di alcuni item con il rischio di valutazioni soggettive.

Dopo una approfondita ricerca della letteratura presente condotta nelle banche dati di PubMed e CINAHL, si è deciso di considerare il modello per intensità di cure come base di partenza per lo sviluppo dello studio di ricerca. Lo strumento di valutazione della percezione del carico di lavoro assistenziale inizialmente si è basato sull'Indice di Dipendenza Assistenziale (IDA score) *[10,11]* che analizza il livello di dipendenza dall'assistenza infermieristica. Esso si compone di sette aree (Alimentazione ed Idratazione, Mobilizzazione, Procedure Diagnostiche, Eliminazione, Percezione Sensoriale, Igiene e Comfort, Procedure Terapeutiche) ciascuna divisa in quattro livelli

di dipendenza con punteggio variabile da 1 (maggiore dipendenza) a 4 (minore dipendenza). L'IDA score non include però, il bisogno di Ambiente Sicuro, Comunicazione e Respirazione, fattori fondamentali da considerare per i pazienti sintomatici positivi al COVID-19. Pertanto si è ritenuto opportuno inserirle integrando l'IDA score con le tre variabili nell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA score) *[12]* creato da Cavaliere e Snaidero nel 1999.

Al fine di ottenere la massima partecipazione del personale dipendente coinvolto, è stato creato uno strumento snello e di facile comprensione, che permettesse allo studio di raggiungere un campione di aderenza quanto più grande possibile.

Sono stati coinvolti nella diffusione del questionario i coordinatori delle UU.OO. COVID interessate, precedentemente edotti dalla mail della guida di tirocinio e da contatti telefonici per eventuali chiarimenti.

Infine è stato consegnato il questionario cartaceo da compilare, specificando la modalità di riconsegna, che doveva avvenire attraverso gli stessi coordinatori di riferimento.

Raccolta dati

Insieme alla guida di tirocinio si è provveduto a contattare tramite mail i coordinatori di S.O.D., provvedendo ad illustrare loro le finalità dello studio di ricerca. I coordinatori a loro volta hanno somministrato il questionario ai partecipanti, condividendo con loro le informazioni precedentemente ottenute; agli stessi partecipanti è stato garantito l'anonimato, la possibilità di rispondere liberamente alle domande ed anche la possibilità di non partecipare.

E' stato calcolato un tempo massimo di 5/7 minuti per la compilazione di ogni questionario e la riconsegna è stata effettuata prima ai coordinatori entro il 31 marzo 2021 e poi fissata come termine ultimo il 15 aprile 2021 alla Direziona Infermieristica di Ancona. I questionari compilati sono pervenuti tramite servizio di posta interna all'attenzione della guida di tirocinio.

Tutto il controllo del percorso della fase operativa della ricerca, che partendo inizialmente dalla consegna dei questionari cartacei ai coordinatori delle UU.OO. oggetto di studio, passando poi alla relativa distribuzione al personale identificato, continuando con l'ausilio dei coordinatori nella spiegazione sulle finalità dello

strumento proposto ed infine accertando la corretta restituzione degli stessi; è avvenuto previo scambio di informazioni tramite mail aziendale, vista la dislocazione delle diverse sedi in differenti Regioni.

Descrizione dello strumento raccolta dati

Il questionario è costituito da una parte introduttiva in cui è esplicitata la finalità dello studio e dove sono anche garantite la privacy dei partecipanti e la loro libertà di ritirarsi dallo stesso in qualsiasi momento (Allegato A).

Le due parti successive riguardanti lo studio di ricerca, sono strutturate come di seguito:

- la prima parte riguarda i principali dati anagrafici degli operatori sanitari (qualifica, genere, età, esperienza professionale, provincia in cui si è prestato servizio, reparto di riferimento e tempo di permanenza nell'U.O. COVID) divisi per categorie strutturate (Allegato B);
- la seconda parte riguarda il carico assistenziale percepito, misurato utilizzando l'IDA score, con l'aggiunta delle tre variabili precedentemente citate dell'ICA score (Allegato C).

Agli infermieri ed agli OSS è stato chiesto di quantificare la propria percezione media riferita, ritenuta applicabile agli assistiti, riferibile al periodo di lavoro prestato all'interno delle UU.OO. COVID da marzo 2020 a febbraio 2021 compreso. Le risposte sono state classificate seguendo l'andamento della scala Likert a 4 punti, dove il valore 1 indica un'alta dipendenza, 2 una dipendenza medio-alta, 3 una dipendenza medio-bassa e 4 una dipendenza bassa (Tabella A).

Tabella A. IDA score + ICA score

BISOGNI	Alta Dipendenza 1	Medio-Alta Dipendenza 2	Medio-Bassa Dipendenza 3	Bassa Dipendenza 4
Alimentazione ed Idratazione (IDA)	NPT o NET, disfagia grave.	Deve essere imboccato, disfagia lieve.	Necessita di aiuto per alimentarsi.	Autonomo.
Mobilizzazione (IDA)	Allettato.	Mobilizzazione su poltrona/carrozzina.	Cammina con l'aiuto di una/più persone o con ausili.	Autonomo.
Procedure Diagnostiche (IDA)	Monitoraggio continuo dei parametri.	Monitoraggio dei parametri ad intervalli <1 h.	Monitoraggio dei parametri ad intervalli >1 h.	Esami diagnostici di routine ed altri.
Eliminazione (IDA)	Incontinenza urinaria e fecale permanente, gestione stomia.	Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale, necessità di clisma.	Catetere vescicale a permanenza, monitoraggio alvo.	Autonomo.
Percezione Sensoriale (IDA)	Stato soporoso/coma.	Disorientamento spazio-temporale continuo, uso di sedativi.	Disorientamento spazio-temporale occasionale.	Paziente vigile orientato, non necessita di alcun sedativo.
Igiene e Comfort (IDA)	Igiene totale a letto, assenza di collaborazione.	Necessità di aiuto per l'igiene totale, paziente collaborante.	Igiene intima, indipendente nell'uso dei servizi.	Autonomo.
Procedure Terapeutiche (IDA)	Infusione continua in CVC o Port. LdD 4° stadio o multiple.	CVC o CVP per infusione non continua. LdD 3° stadio.	Terapia EV, IM, SC, OS. LdD 2°stadio.	Terapia per OS o nessuna terapia. Nessuna medicazione.
Ambiente Sicuro (ICA)	Uso di mezzi di protezione per effettuare procedure (terapeutiche, diagnostiche e/o per l'incolumità del paziente).	Comportamenti a rischio. Rischio cadute medio-alto.	Predisposizione di presidi atti a ridurre pericolo.	Non necessita di interventi sull'ambiente, illustrare alla persona i fattori che concorrono ad un ambiente sicuro.
Comunicazione (ICA)	Deficit di linguaggio: uso di metodi non verbali. Deficit cognitivo grave.	Deficit cognitivo moderato, ansia. Lingua e cultura diversa.	Difficoltà di linguaggio lieve.	Buona interazione comunicativa.
Respirazione (ICA)	Ventilazione non invasiva (CPAP, NIV, Casco, Optiflow).	Dispnea da Sforzo, gestione bronco-aspirazione o tracheostomia.	Dispnea da sforzo lieve, aerosolterapia, educazione.	Spontanea.

L'IDA score corretto, che da questo momento chiameremo "integrato", percepito dai partecipanti allo studio, è stato calcolato procedendo alla somma aritmetica dei 10 item. Una misura dello score tra 10 e 20 indica un'alta dipendenza assistenziale del paziente, tra 21 e 30 una media dipendenza ed infine, tra 31 e 40 una bassa dipendenza (Tabella B).

Tabella B. Valori di riferimento dell'IDA score "integrato"

IDA Score "integrato"	Dipendenza assistenziale del paziente
10 - 20	Alta dipendenza
21 - 30	Media dipendenza
31 - 40	Bassa dipendenza

Analisi dei dati

Come ultimo step del processo di ricerca si è provveduto alla creazione di un database informatico tramite Libre Office (versione 7.1), procedendo all'inserimento dei dati raccolti secondo lo schema di riferimento. Per convenienza campionaria si è deciso di trattare prevalentemente i dati riguardanti le due categorie prese in esame, come unica tipologia di dato.

Aspetti etici

I partecipanti allo studio hanno firmato il consenso informato e l'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Al fine della compilazione del questionario, non sono stati offerti o previsti incentivi economici. Lo studio è stato condotto in conformità con le considerazioni etiche delle dichiarazioni di Helsinki.

Trattamento dei dati

I dati dell'indagine sono stati restituiti alla Direzione Infermieristica di Ancona solo in forma aggregata e nel rispetto dell'anonimato del dipendente, evitando di raccogliere informazioni riconducibili al singolo.

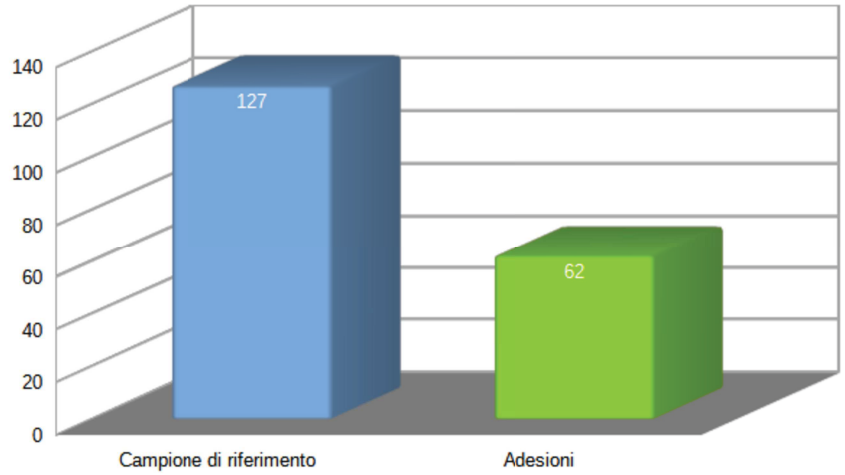
Risultati

Parte anagrafica del questionario

Dati emersi dall'analisi della parte introduttiva: descrizione del campione.

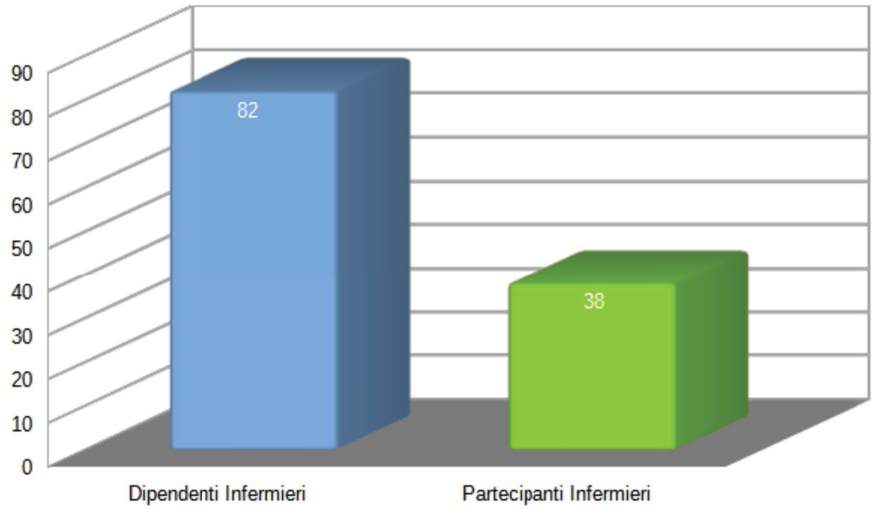
All'indagine hanno risposto 62 operatori su 127 potenziali, costituiti da infermieri ed OSS delle sedi COVID di Ancona, Fermo e Merate (Lecco).

Figura 1. Campione di riferimento / adesioni totali



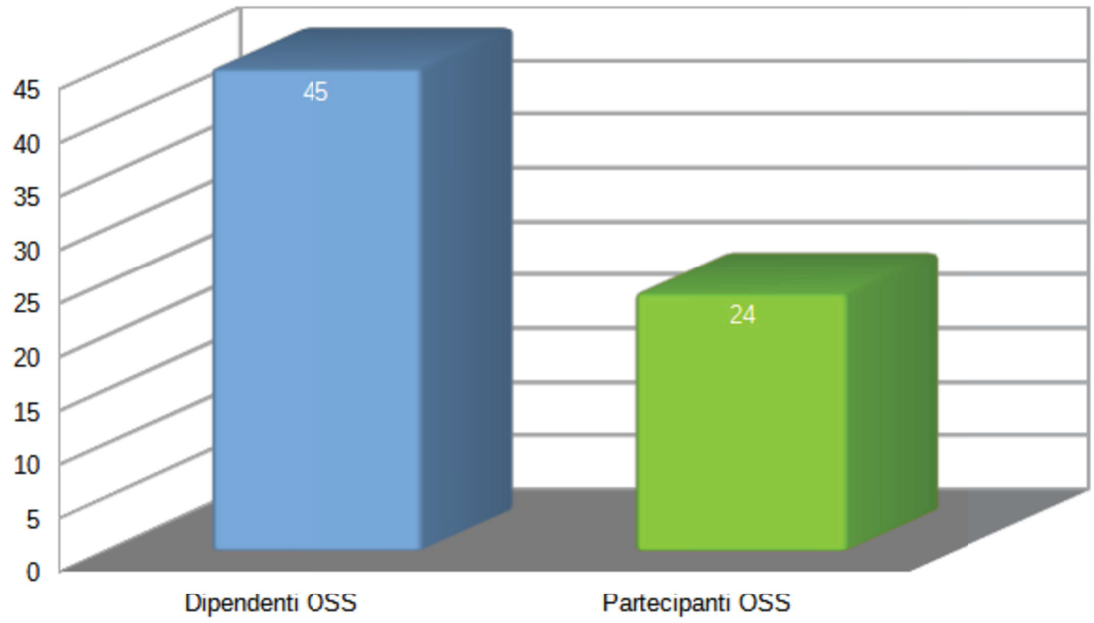
Ha risposto il 48.8% del campione potenziale di riferimento (Figura 1).

Figura 2. Campione infermieristico / adesione del personale infermieristico



Analizzando per categoria, hanno risposto 38 infermieri su 82 potenziali, pari al 46.3% (Figura 2).

Figura 3. Campione OSS / adesione personale OSS



Hanno aderito 24 OSS su 45 potenziali, pari al 53.3% (Figura 3).

Per quanto riguarda la qualifica dei dipendenti che hanno compilato il questionario, nel campione predomina la professione infermieristica, con il 61.3%, contro il personale OSS che si attesta al 38,7%.

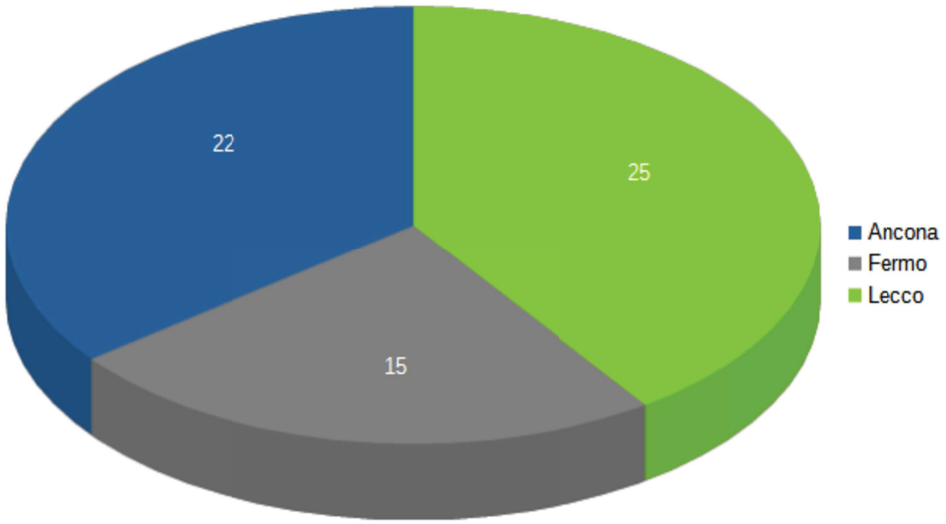
Il campione è composto da un numero maggiore di femmine (n=46) rispetto ai maschi (n=16), rispettivamente il 74.2% ed il 25.8% degli intervistati.

La classe più frequente di età risulta quella della fascia 40 - 49 anni (40.3%), seguita da quella oltre i 49 anni (24.2%), mentre la fascia dei più giovani fino ai 30 anni è quella meno rappresentata (12.9%).

Per quanto riguarda l'esperienza professionale, il campione esprime un sostanziale equilibrio, essendo composto per il 29.1% da personale nella fascia 11 - 20 anni di servizio, per il 27.4% da personale con un tempo inferiore a 5 anni e per il 24.2% da personale con un tempo compreso tra i 5 - 10 anni.

La maggior parte dei partecipanti appartiene all'area Semi Intensiva (75.8%) mentre il restante opera nell'area Post Critica (24,2%).

Figura 4. Distribuzione del personale



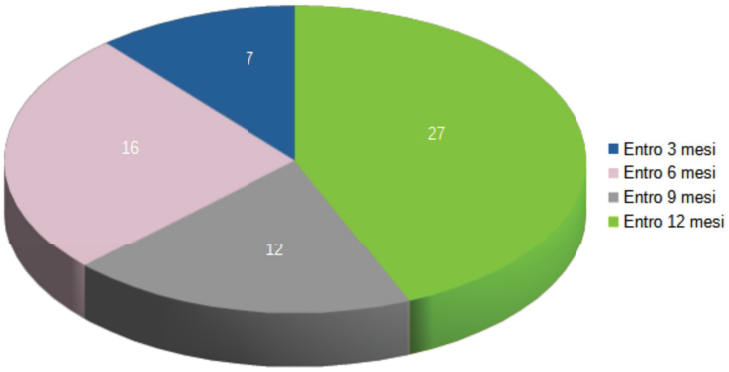
La Figura 4 mostra la distribuzione dei dipendenti in base alla sede di lavoro.

La maggior parte dei dipendenti che ha aderito allo studio proviene dalla provincia di Lecco con il 40,3%, segue la provincia di Ancona con il 35,5% e chiude la provincia di Fermo con il 24,2%.

Figura 5. Servizio continuativo prestato.

PERMANENZA NELL'ATTUALE U.O. COVID

	Totale	
	n	%
Entro 3 mesi	7	11,3
Entro 6 mesi	16	25,8
Entro 9 mesi	12	19,4
Entro 12 mesi	27	43,5
TOTALE	**62**	**100,0**



La Figura 5 mostra il tempo di permanenza dei dipendenti nelle UU.OO. COVID, che evidenzia che il 43,5% del personale sanitario è costantemente operativo in prima linea per tutto il periodo pandemico.

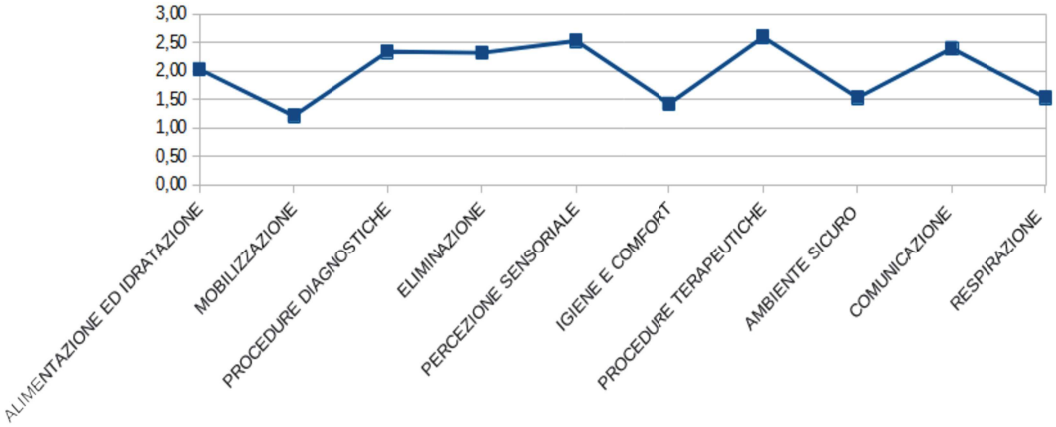
Le caratteristiche demografiche del personale intervistato sono riportate in Tabella 1.

Caratteristiche degli intervistati	*N*	*%*
Qualifica		
Infermiere	**38**	**61,3**
OSS	24	38,7
Genere		
Femmina	**46**	**74,2**
Maschio	16	25,8
Età		
< 30 anni	8	12,9
30 – 39 anni	14	22,6
40 – 49 anni	**25**	**40,3**
> 49 anni	15	24,2
Esperienza professionale		
< 5 anni	17	27,4
5 – 10 anni	15	24,2
11 – 20 anni	**18**	**29,1**
21 – 30 anni	10	16,1
> 20 anni	1	1,6
> 30anni	1	1,6
Provincia di lavoro		
Ancona	22	35,5
Fermo	15	24,2
Lecco	**25**	**40,3**
Reparto di riferimento		
Semi Intensivo	**47**	**75,8**
Post critico	15	24,2
Servizio nell'attuale U.O. COVID		
Entro 3 mesi	7	11,3
Entro 6 mesi	16	25,8
Entro 9 mesi	12	19,4
Entro 12 mesi	**27**	**43,5**

Tabella 1. *Caratteristiche del campione intervistato stratificato per qualifica, genere, età, esperienza professionale, provincia di lavoro, reparto di riferimento e servizio U.O. COVID.*

Caratteristiche principali IDA score "integrato"

Figura 6. Valori medi dell'IDA score "integrato" del paziente COVID-19 percepito dagli operatori sanitari



Nella Figura 6 sono riportate le medie di ogni item dell'IDA score "integrato".

In particolare, i bisogni che hanno richiesto una maggiore risposta assistenziale, sono risultati la Mobilizzazione (valore medio IDA=1.21), l'Igiene e Comfort (valore medio IDA=1.42) ed infine l'Ambiente Sicuro e la Respirazione (valore medio IDA=1.53).

Al contrario i bisogni, che sono risultati a minor domanda assistenziale, sono stati le Procedure Terapeutiche (Valore medio IDA= 2.60), la Percezione Sensoriale (Valore medio IDA= 2.53) e la Comunicazione (Valore medio IDA= 2.40).

Interessante analizzare i primi quattro item con minore valore singolo medio, essendo essi stati considerati elementi di maggior carico assistenziale percepito in questo tipo di patologia.

Tabella 2. Valori percentuali relativi all'item Mobilizzazione dell'IDA score "integrato"

MOBILIZZAZIONE						
	Totale		**Infermiere**		**OSS**	
	n	%	n	%	n	%
Allettato.	49	**79,0**	28	73,7	21	87,5
Mobilizzazione su poltrona/carrozzina.	13	**21,0**	10	26,3	3	12,5
Cammina con l'ausilio di una/più persone o con ausili.	0	**0,0**	0	0,0	0	0,0
Autonomo.	0	**0,0**	0	0,0	0	0,0

Nella Tabella 2 vengono analizzati i dettagli della Mobilizzazione.

Il 79,0% del campione intervistato ha affermato che gli assistiti erano completamente allettati.

Figura 7. Mobilizzazione dell'IDA score "integrato"

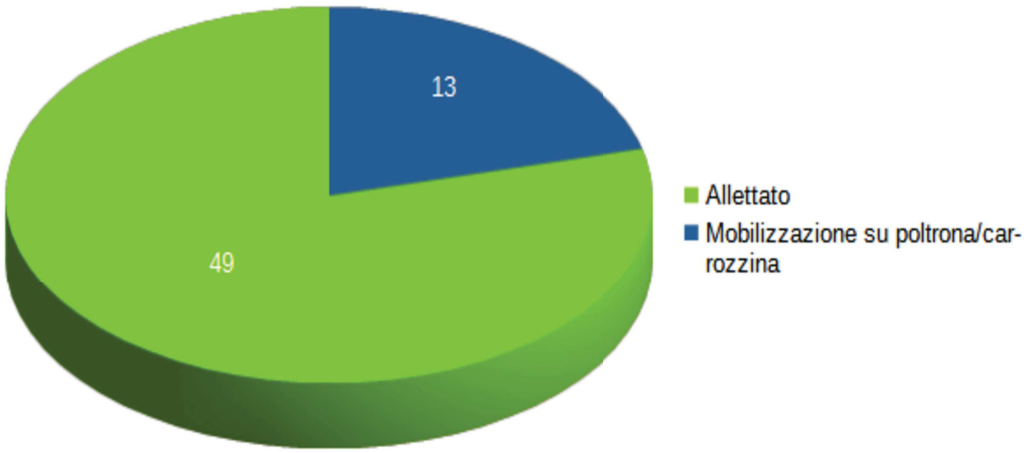


Tabella 3. Valori percentuali relativi all'item Igiene e Comfort dell'IDA score "integrato"

IGIENE E COMFORT						
	Totale		**Infermiere**		**OSS**	
	n	%	n	%	n	%
Igiene totale a letto, assenza di collaborazione.	36	**58,1**	21	55,3	15	62,5
Necessita di aiuto per l'igiene totale, paziente collaborante.	26	**41,9**	17	44,7	9	37,5
Igiene intima, indipendente nell'uso dei servizi.	0	**0,0**	0	0,0	0	0,0
Autonomo.	0	**0,0**	0	0,0	0	0,0

Nella Tabella 3 vengono analizzati i dettagli dell'Igiene e Comfort.

Il 58,1% del campione intervistato ha affermato che gli assistiti mostravano la necessità di un'igiene totale a letto, con assenza di collaborazione.

Figura 8. Igiene e Comfort dell'IDA score "integrato"

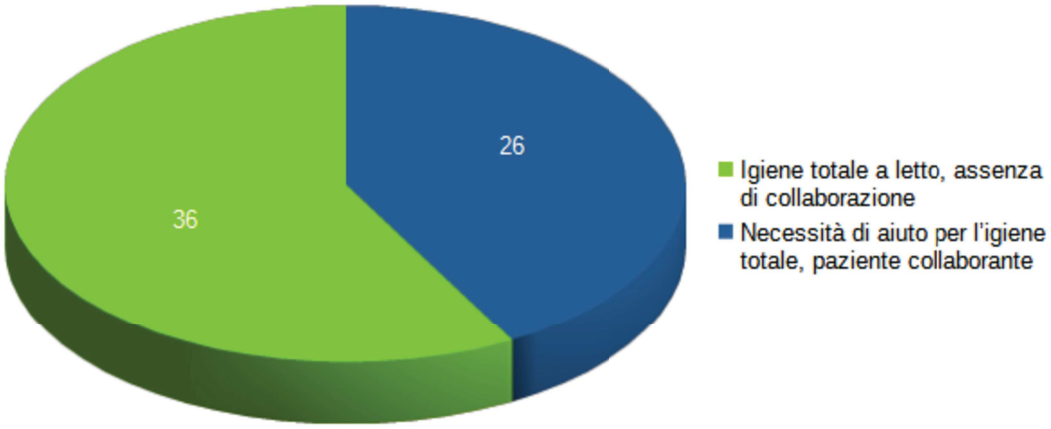


Tabella 4. Valori percentuali relativi all'item Ambiente Sicuro dell'IDA score "integrato"

AMBIENTE SICURO						
	Totale		**Infermiere**		**OSS**	
	n	%	n	%	n	%
Uso di mezzi di protezione per effettuare procedure (terapeutiche, diagnostiche e/o per l'incolumità del paziente).	35	**56,4**	20	52,6	15	62,5
Comportamenti a rischio. Rischio di cadute.	21	**33,9**	15	39,5	6	25,0
Predisposizione di presidi atti a ridurre pericolo.	6	**9,7**	3	7,9	3	12,5
Non necessita di interventi sull'ambiente, illustrare alla persona i fattori che concorrono ad un ambiente sicuro.	0	**0,0**	0	0,0	0	0,0

Nella Tabella 4 vengono analizzati i dettagli dell'Ambiente Sicuro.

Il 56,4% del campione intervistato ha affermato che gli assistiti mostravano la necessità dell'uso di mezzi di protezione per effettuare le procedure.

Figura 9. Ambiente Sicuro dell'IDA score "integrato"

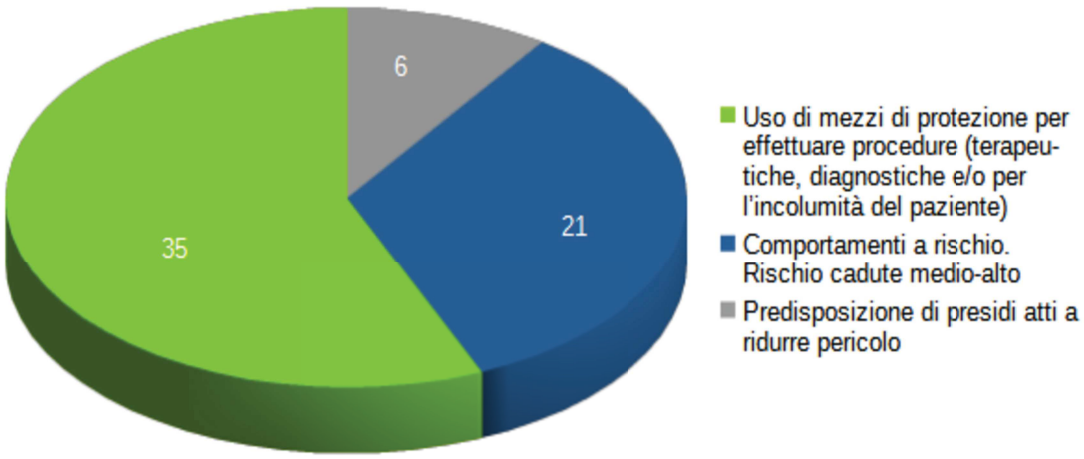


Tabella 5. Valori percentuali relativi all'item Respirazione dell'IDA score "integrato"

RESPIRAZIONE						
	Totale		**Infermiere**		**OSS**	
	n	%	n	%	n	%
Ventilazione non invasiva (CPAP, NIV, Casco, Optiflow).	46	**74,2**	28	73,7	18	75,0
Dispnea da sforzo. Gestione bronco-aspirazione o tracheostomia.	4	**6,4**	3	7,9	1	4,2
Dispnea da sforzo lieve, aerosolterapia, educazione.	7	**11,3**	5	13,1	2	8,3
Spontanea.	5	**8,1**	2	5,3	3	12,5

Nella Tabella 5 vengono analizzati i dettagli della Respirazione.

Il 74,2% del campione intervistato ha affermato che i propri pazienti assistiti mostrava la necessità di utilizzo di ventilazione non invasiva (CPAP, Casco, Optiflow).

Figura 10. Respirazione dell'IDA score "integrato"

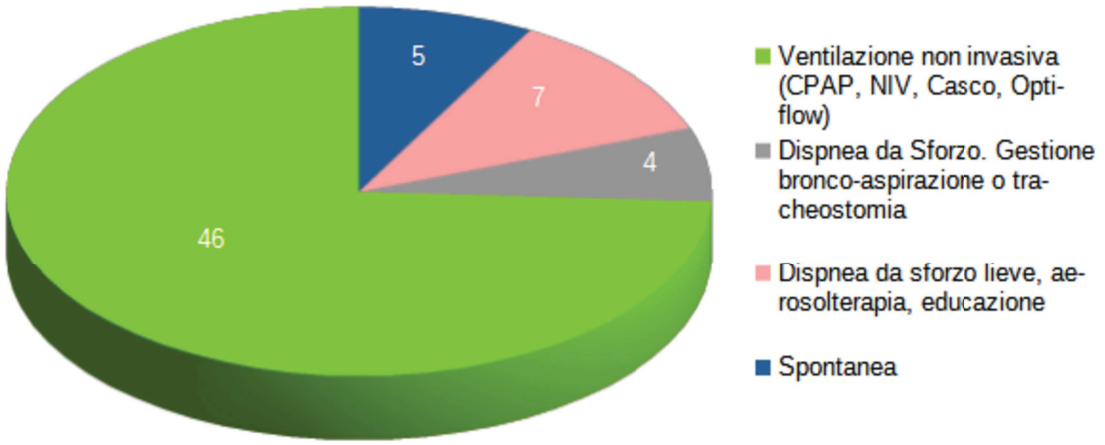


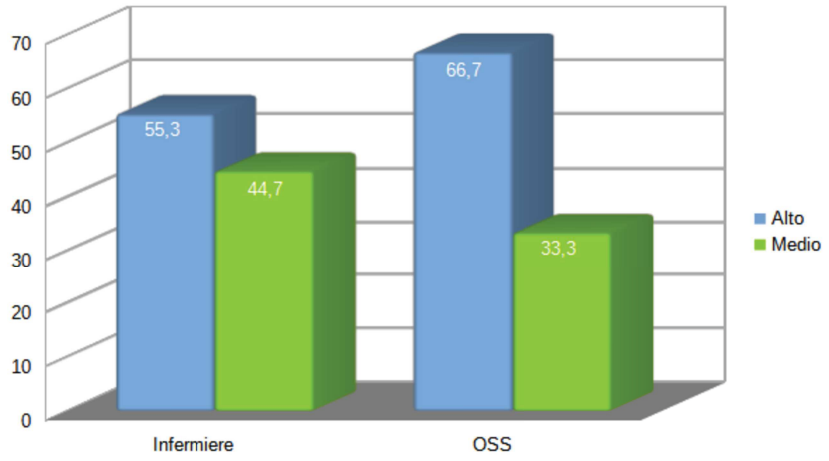
Tabella 6. Valore dell'IDA score "integrato"

IDA Score "integrato"	Dipendenza assistenziale del paziente	%	n
10 - 20	Alta percezione	**59,7**	(37)
21 - 30	Media percezione	**40,3**	(25)
31 - 40	Bassa percezione	**0,0**	(0)

Infine nella Tabella 6 è indicato lo score di dipendenza assistenziale percepito dal totale degli intervistati. I risultati del nostro studio mostrano che il 59,7% degli operatori sanitari ha percepito un carico assistenziale alto, mentre il 40,3% un carico assistenziale medio; nessuno degli stessi ha percepito un carico assistenziale basso.

Analisi incrociata degli item

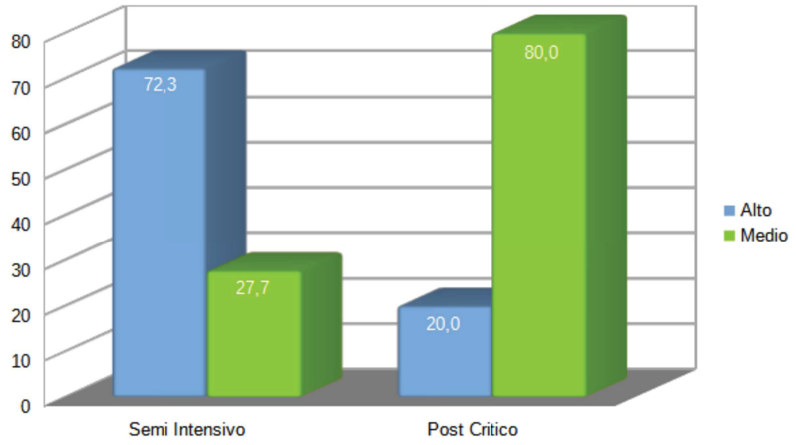
Figura 11. IDA score "integrato" percepito dagli infermieri e dagli OSS



Partendo dalla Figura 11 possiamo vedere la distribuzione percentuale dell'IDA score "integrato" percepito dal campione preso in esame, in base alle due figure sanitarie presenti nello studio.

La figura infermieristica ha dichiarato con una percentuale del 55,3% un'alta percezione assistenziale. Maggiore è risultato lo stesso livello percettivo del personale OSS con una percentuale del 66,7%.

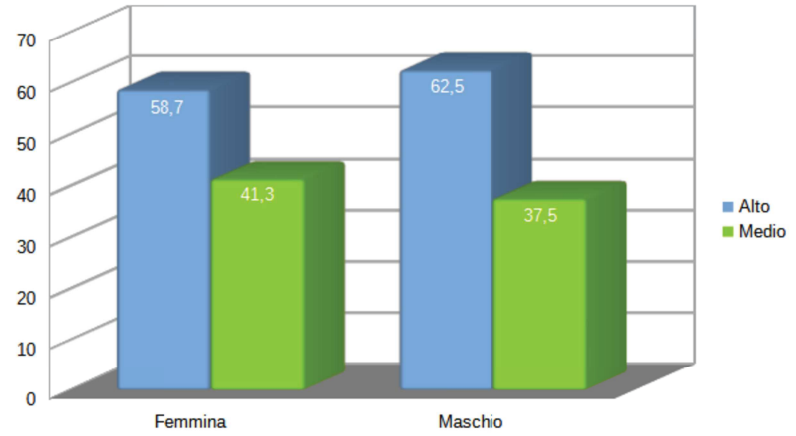
Figura 12. IDA score "integrato" percepito dagli intervistati, nelle due intensività



Nella Figura 12 viene riportata la distribuzione percentuale dell'IDA score integrato percepito dagli intervistati, specificato per aree COVID di riferimento.

L'area Semi Intensiva mostra una maggiore percezione dello score alta con una percentuale del 72,3%. Al contrario l'area Post Critica presenta una maggiore percezione media dello score con una percentuale del 80,0%.

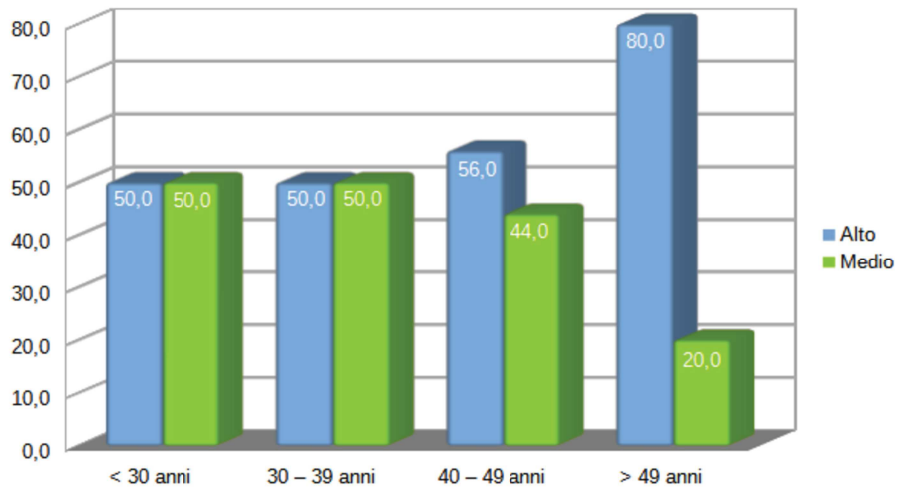
Figura 13. IDA score "integrato" percepito per genere



La Figura 13 riporta la percezione della dipendenza assistenziale del paziente COVID-19, in base al genere del campione.

In particolare, il 58.7% delle donne ha percepito una alta dipendenza assistenziale del paziente, rispetto al 62.5% degli uomini, evidenziando nelle donne una minore percezione del carico lavorativo assistenziale.

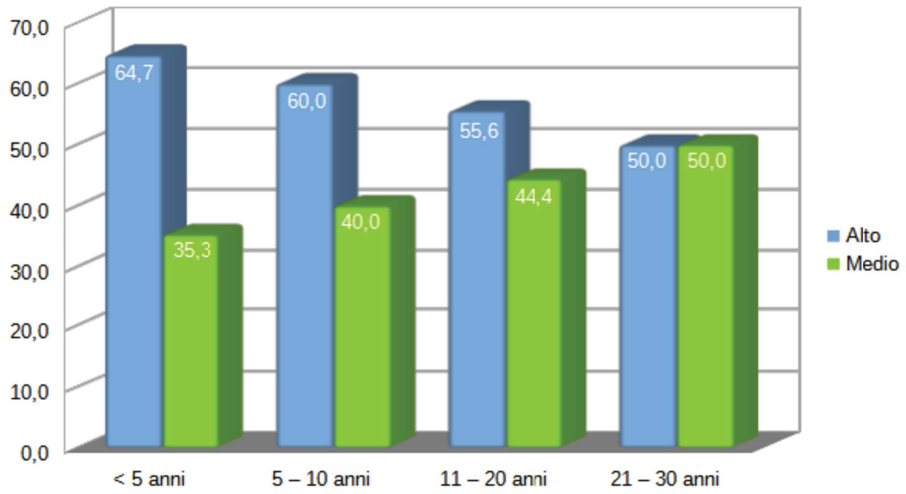
Figura 14. IDA score "integrato" percepito per classi di età



La Figura 14 mostra la dipendenza assistenziale percepita, in relazione alla suddivisione per classi di età.

Si evidenzia come alla maggiore età degli intervistati sia correlata una maggiore percezione del carico assistenziale. Si è passati da una parità di valore tra l'alta e la media percezione avutasi nelle due prime classi di età analizzate (< 30 anni e 30 – 39 anni), ad un sostanziale incremento con un 80% nell'ultima classe di età (> 49 anni).

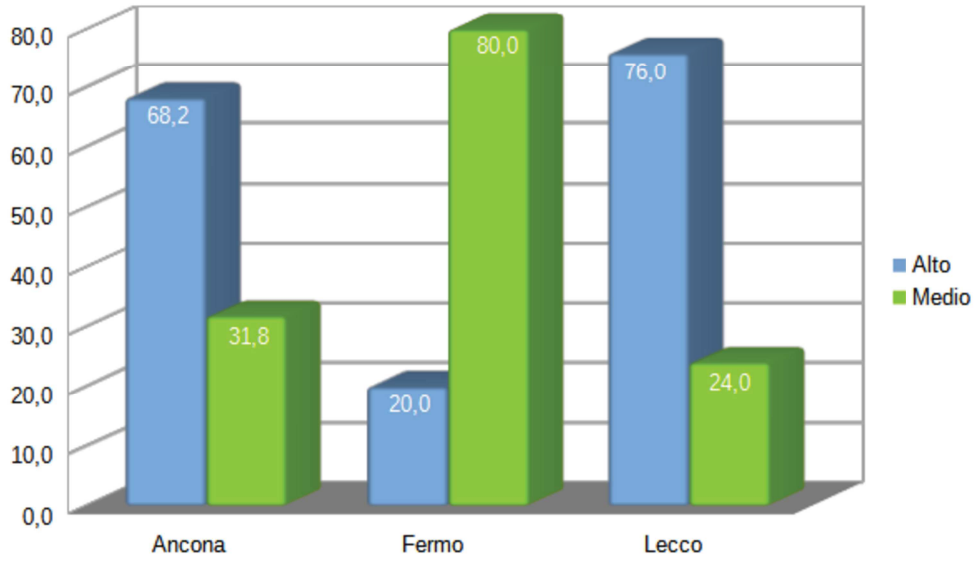
Figura 15. IDA score "integrato" percepito per durata dell'esperienza professionale



Nella Figura 15 viene riporta la dipendenza assistenziale percepita, in relazione agli anni di professione lavorativa.

In questo caso al contrario del precedente grafico, possiamo notare un progressivo allineamento dei valori di alta e media percezione del carico assistenziale, in relazione ad una maggiore esperienza professionale pregressa. Si è passati da una percentuale come il 64,7% di alta percezione per la categoria al di sotto dei 5 anni, fino ad arrivare ad un 50,0% in quella dai 21 ai 30 anni. Non sono state prese in considerazione le due categorie con il limite massimo professionale (uno per ogni ruolo sanitario), in quanto presenti ambedue con un singolo valore e quindi non utili per un confronto.

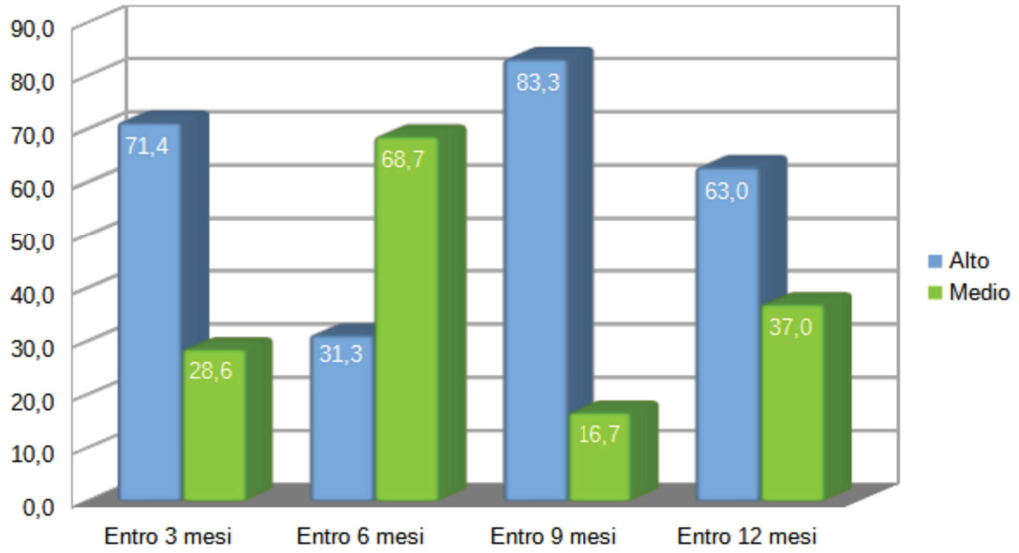
Figura 16. IDA score "integrato" percepito nelle varie sedi INRCA



Nella Figura 16 si evidenzia la dipendenza assistenziale percepita nelle diverse sedi lavorative.

È utile in questo caso, visto la natura Post Critica della sede di Fermo, il confronto tra le sedi di Ancona e di Merate (Lecco), con uguale natura Semi Intensiva. In quest'ultima è stato riscontrato un valore di alta percezione di carico assistenziale del 76,0%, contro il 68,2% manifestatosi nella sede di Ancona.

Figura 17. IDA score "integrato" percepito in base al tempo di permanenza



Come ultima analisi, la Figura 12 mette in relazione la percezione del carico assistenziale percepito, in relazione con il tempo di permanenza all'interno dell'U.O. COVID di riferimento, del personale oggetto di ricerca.

In questo caso risultano dati abbastanza diversificati, con un valore massimo di alta percezione pari al 83,3% per la categoria con una permanenza della durata inferiore ai 9 mesi, mentre il 31,3% di alta percezione è il valore minimo appartenente alla categoria con permanenza inferiore ai 6 mesi.

Discussione

La misurazione dell'IDA score "integrato" rilevato nello studio di ricerca, ha permesso di fotografare la situazione affrontata dal campione in esame, costituito dal personale sanitario in servizio nelle UU.OO. COVID delle varie sedi dell'IRCCS INRCA; i risultati del questionario somministrato, hanno fornito informazioni interessanti relative al carico assistenziale dedicato al paziente affetto da COVID-19, nel periodo preso in esame.

L'analisi dei dati ottenuti, mostra che tra gli item di studio, quelli che hanno richiesto una maggiore erogazione assistenziale, in ordine decrescente sono stati: movimento, igiene, ambiente sicuro e respirazione. Proprio tre di questi quattro indici, ovvero il movimento, la cura dell'igiene e l'ambiente sicuro, rappresentano il cuore dell'assistenza, poiché corrispondono ai bisogni base della persona *[13]*. Tuttavia studi precedenti, hanno dimostrato che movimento ed igiene, sono elementi assistenziali tralasciati nella misura del 41% dal personale sanitario italiano *[14]*.

Per quanto riguarda la mobilizzazione, l'indice assistenziale con il più alto valore espresso, i dati evidenziano una difficile applicazione di cure preventive, mostrando alcune situazioni critiche legate al paziente, che essendo allettato e necessitando di una più incisiva azione preventiva basata sull'uso di buone pratiche assistenziali, ha necessitato di una particolare visione di prevenzione delle ulcere da pressione.

Sia l'infermiere, figura sanitaria responsabile della mobilizzazione del paziente, che l'OSS, figura tecnica che collabora e coadiuva l'infermiere; monitorano il posizionamento al letto dell'assistito, controllando i relativi cambi posturali e sostituendosi quando necessario nello svolgimento degli stessi.

L'analisi di questa prima variabile porta inoltre a considerare la differenza tra la mobilizzazione del paziente ricoverato in terapia semi intensiva, dove l'obiettivo primario della domanda assistenziale è incentrato alla stabilizzazione delle condizioni cliniche dello stesso e quello ricoverato in area post critica, dove l'obiettivo principale è quello di attuare una più rapida riabilitazione, volta ad un tempestivo recupero dell'autonomia.

Due delle tre realtà esaminate riguardanti UU.OO. di area Semi Intensiva, a differenza di quella di Fermo che presenta un'area Post Critica, avevano pazienti con importanti limitazioni della mobilizzazione, associate ai device presenti per la somministrazione della terapia a cui gli stessi erano sottoposti. Questo tipo di utente, il più delle volte è sottoposto ad una continua terapia sedativa, la quale apportando modifiche allo stato di coscienza, contribuisce a mantenere una migliore stabilità clinica del paziente critico, con problematiche di mobilità e collaborazione.

Nei pazienti ricoverati nelle degenze post critiche tendenzialmente, ci sono minori limitazioni relative alla mobilizzazione ed il ruolo del personale sanitario è proteso anche al supporto per le attività di vita quotidiane.

Il 79,0% dei dipendenti che ha partecipato all'indagine, ha affermato di avere assistito una tipologia di utente totalmente dipendente. È emerso come la patologia presente, in concomitanza dell'età geriatrica target di riferimento dell'INRCA, abbia nello specifico diminuito il divario di intensità di bisogno assistenziale sanitario in ambedue le diverse realtà delle UU.OO. oggetto dell'indagine.

Il secondo indice assistenziale maggiormente segnalato dal personale sanitario, è riferito alle cure igieniche totali ed il bagno a letto. Per tale indice, bisogna prendere in considerazione il livello di autonomia del paziente e le sue caratteristiche, evidenziando il bisogno di igiene e la frequenza con il quale deve essere eseguito il bagno a letto. Durante l'esecuzione della procedura di igiene totale, l'operatore sanitario può cogliere caratteristiche molto importanti; poiché nell'esecuzione di questa pratica, è possibile valutare le condizioni generali della persona, lo stato della cute e le condizioni psichiche. Al tempo stesso l'intervento assistenziale permette di instaurare e rendere più solida la relazione di aiuto nei confronti del paziente e di osservarne e potenziarne le capacità residue. Si specifica che il bagno a letto consiste nella somma dell'igiene di tutte le parti del corpo del paziente e che gli scopi di questa procedura sono molteplici; infatti dal punto di vista prettamente fisico lo scopo è di eliminare gli odori sgradevoli, pulire le mucose e la cute al fine di prevenire le infezioni e le lesioni da pressione; inoltre l'operatore ha come obiettivo quello di osservare lo stato delle mucose e della cute, favorendo il movimento e la riattivazione della circolazione sanguigna corporea.

Il 58,1% degli intervistati ha segnalato una maggiore presenza di pazienti con un bisogno di igiene totale a letto priva di collaborazione, contro il restante 41,9% che invece ha dichiarato una seppur minima collaborazione dello stesso.

Il bisogno assistenziale di ambiente sicuro, emerso dallo studio, fa registrare un alto valore percepito dai partecipanti e consta principalmente nella contenzione del paziente.

La contenzione è un particolare atto sanitario-assistenziale effettuato attraverso mezzi che possono essere fisici, chimici o ambientali, utilizzati direttamente sull'individuo o applicati al suo spazio circostante con l'obiettivo di limitarne i movimenti.

Premesso che la contenzione non deve essere considerato un metodo abituale di accudimento, ma un evento straordinario da motivare; la ragione principale che spinge l'operatore sanitario ad utilizzare sistemi di contenzione, è la sicurezza del paziente o di chi gli è vicino (familiari, compagni di stanza e gli stessi operatori). La contenzione deve essere utilizzata come ultima soluzione, quando mezzi alternativi meno restrittivi si siano dimostrati inefficaci o insufficienti, allo scopo e solo nell'esclusivo interesse dell'incolumità del soggetto e delle persone che gli sono vicine.

Tra i motivi che portano gli operatori sanitari ad utilizzare mezzi di contenzione ci sono: la prevenzione delle cadute, il trattamento dell'agitazione e dell'aggressività del soggetto, il controllo del comportamento e la prevenzione del vagare, specie negli anziani. Inoltre in alcuni casi può essere necessario ricorrere alla contenzione per somministrare la terapia o per evitare che il soggetto dislochi il catetere o altri dispositivi indispensabili per l'assistenza e la terapia.

In linea con quello fino ad ora descritto, il dato del 56,4% fornito dallo studio, riguardante il carico assistenziale percepito per questo item, ha evidenziato la necessità da parte degli operatori sanitari, di utilizzare mezzi di contenzione per poter effettuare interventi sanitari indispensabili, per i quali non è possibile la partecipazione del paziente. Il 33,9% ha evidenziato la presenza di comportamenti a rischio da parte del paziente, segnalando un rischio di cadute medio-alto. Tutto questo dimostra come l'indice in questione abbia avuto un maggiore peso assistenziale sanitario durante questo periodo di pandemia, da parte del personale sanitario oggetto di indagine.

Riguardo la respirazione, il dato emerso dallo studio è in linea con quelli presenti a livello nazionale, che indicano tra i sintomi più comuni dei pazienti positivi al COVID-

19 la dispnea (73%) e la tosse (38%) *[15]*. Infatti dai dati è emerso, che la quasi totalità dei pazienti ha avuto necessità di utilizzare sistemi di ventilazione non invasiva, usufruendo di ossigeno terapia. Da ciò deriva la maggiore richiesta di assistenza percepita, che ha effettivamente caratterizzato il soddisfacimento dei bisogni assistenziali dei pazienti affetti da COVID-19.

Un risultato interessante, riguarda la differente percezione del carico assistenziale percepito, da parte degli infermieri e degli OSS, partecipanti allo studio. Per la professione infermieristica si è evidenziata una minore percezione del carico di lavoro rispetto alla categoria degli OSS. Questo dato può essere spiegato anche per la differente qualifica professionale, dove quella di OSS, in quanto figura di supporto, percepisce un differente peso assistenziale, derivante dall'esecuzione diretta di pratiche assistenziali riconducibili al soddisfacimento dei bisogni di base.

I valori del carico assistenziale percepiti maggiormente dai partecipanti, sono in linea con i valori riportati nella letteratura internazionale, la quale mostra che l'assistenza e la cura del paziente deve essere effettuata prevalentemente in area critica, con uno stretto monitoraggio dei parametri *[16]*. Viene pertanto confermato, come il personale sanitario di area semi intensiva abbia percepito un maggiore carico assistenziale rispetto ai colleghi di area post critica.

Rispetto al genere degli operatori intervistati, i risultati mostrano come gli uomini abbiano percepito un carico assistenziale maggiore rispetto alle donne. Questo risultato non è in linea con la letteratura internazionale, che sottolinea invece una maggiore percezione del carico lavorativo da parte del genere femminile, dovuta essenzialmente al quotidiano confronto con maggiori problematiche organizzative a livello mentale. Tali problematiche, interne ed esterne all'ambiente lavorativo ed unite alle difficoltà legate alla gestione del tempo dedicato alla famiglia, richiedono un maggiore sforzo anche fisico da sostenere *[17,18]*.

Inoltre, è emerso come il personale sanitario con età superiore, abbia percepito un maggior peso lavorativo, determinato dalla dipendenza assistenziale. Nella letteratura scientifica è noto che, con l'avanzare dell'età, si percepisca un maggiore sforzo fisico e si abbia una minore tolleranza allo stress ed ai carichi lavorativi *[12,17]*.

Al contrario della precedente analisi, la maggiore esperienza professionale, ha evidenziato un progressivo allineamento all'interno delle classi di riferimento, nei valori percentuali di alta e media percezione assistenziale. Gli operatori sanitari con più anzianità di servizio, hanno percepito un minore carico assistenziale, dimostrando come l'esperienza lavorativa acquisita nel tempo, aiuti il professionista sanitario nelle situazioni più complicate, a fornire rapide ed appropriate risposte.
Per quanto riguarda l'analisi delle due UU.OO. di Semi Intensiva trattate nello studio, si segnala una minore percentuale di percezione del carico di lavoro nella sede di Ancona rispetto a quella di Merate; che probabilmente ha ospitato pazienti più complessi.
Il dato riguardante il tempo di permanenza del personale sanitario all'interno dei reparti COVID, mostra un aspetto molto interessante relativamente alle dinamiche affrontate nelle UU.OO. di riferimento in questo periodo. Le percentuali rappresentanti le diverse classi di riferimento temporale, risultano altalenanti se poste in relazione tra loro, mostrando come il tempo di permanenza nelle UU.OO., in relazione alle fasi pandemiche susseguitesi, abbia influenzato il giudizio dei partecipanti.

Limiti dello studio

In questo studio è stata condotta un'indagine descrittiva su un campione di operatori sanitari, presso diverse UU.OO. e sedi INRCA. Per avere una visione più ampia, si è deciso di includere nella ricerca, non solo la figura infermieristica, responsabile dell'assistenza sanitaria del paziente ospedaliero, ma anche quella di supporto dell'OSS.
I risultati sono validi per il campione considerato, tuttavia per consentirne la generalizzazione all'intera popolazione italiana sanitaria, andrebbe eseguita un'analisi inferenziale. Ricerche future possono approfondire e ampliare il tema dello studio, utilizzando altri strumenti d'indagine.

Conclusioni

L'anno appena trascorso, è stato ricco di sfide e di cambiamenti epocali in ambito sanitario mondiale, tali da poterlo così considerare come lo spartiacque tra l'ormai passato e non più in linea coi tempi, metodo di erogazione dei servizi sanitari, da quello del prossimo avvenire, proteso anche al territorio.

È emersa prepotentemente la necessità di riorganizzare i servizi essenziali erogati al paziente ricoverato in ospedale e sul territorio, sopratutto se appartenete alla categoria delle "persone fragili".

Gli operatori sanitari ed i pazienti ricoverati in questo periodo di crisi pandemica, hanno avuto uno stress maggiore, ritrovandosi più del solito a vivere in stretto contatto tra di loro e lontano dai propri familiari. A seguito della pandemia, i parenti non sono più stati ammessi negli ospedali e nelle altre strutture residenziali, o il loro ingresso è stato frotemente calmierato, eleggendo così il personale sanitario ad unico punto di riferimento interno per molti di loro.

L'istituzione dell'Unità di Crisi Aziendale INRCA, come da indicazione Ministeriale, è avvenuta per affrontare in maniera collegiale le problematiche COVID, attraverso la condivisione degli intenti messi in atto per rispondere all'emergenza. Per ipotizzare un nuovo assetto organizzativo, i componenti hanno deciso di affrontare l'emergenza pandemica sanitaria, rivolgendosi al personale in servizio disponibile, chiedendo chi fosse in possesso di esperienza pregressa o master in area critica o fosse propenso ad aderire all'avviso di mobilità interna volontaria, per prestare servizio presso le nuove UU.OO. COVID istituite. L'attenzione è stata posta al personale motivato, capace di poter erogare un servizio rispondente al nuovo momento emergenziale. Si è riusciti così a dare una risposta adeguata, il più possibile condivisa e proiettata al continuo miglioramento.

Anche dai dati emersi dalla ricerca si evidenzia come l'incremento della richiesta di cure per il soddisfacimento dei bisogni essenziali, siano ulteriormente incrementati poiché rappresentativi del prendersi cura dei bisogni di natura fisica, psicosociale e relazionale dei pazienti *[19,20]*, aggiungendo in special modo anziani e fragili, in questo periodo pandemico.

La gestione del periodo pandemico può essere vista anche come un'opportunità per identificare nuove strategie, utilizzabili in futuro e da mettere a punto per nuove situazioni critiche-emergenziali. Lo studio condotto ha posto in luce alcune delle azioni attuate dall'Azienda INRCA nel fronteggiare le difficoltà presentatesi in questo periodo.
L'Azienda ha cercato di dare una risposta d'insieme, ha condiviso con il personale le scelte, cercando di destinare le risorse umane in relazione alla disponibilità ed alla propensione professionale, tramite un percorso di formazione condiviso ed attraverso il confronto con il personale "junior", coadiuvato da quello "senior", che si è rilevato, in linea di massima, pronto al supporto esperienziale, anch'esso necessario nel compimento dell'assistenza.
Non ci sono modelli univocamente applicabili che permettano la valutazione della complessità assistenziale, il soddisfacimento dei bisogni dell'assistito, l'organico da destinare alle UU.OO. COVID. Sono ipotesi organizzative che richiedono il necessario adeguamento al momento storico, alle patologie trattate, all'età dei soggetti ricoverati, alla propensione ed alla preparazione del personale, nonché agli esiti assistenziali.
Ne deriva quindi la necessità di ricercare una modalità, che permetta di misurare il livello specifico di complessità assistenziale, posto in relazione al calcolo del fabbisogno infermieristico, basato non soltanto sulle attività mediche (tasso medio di occupazione dei posti letto, indice di rotazione del personale, degenza media o numero di ricoveri); ma anche in relazione alla "quantità" di assistenza da fornire ai pazienti, sapendo che non corrisponde affatto al loro numero *[21]*.
L'intento dell'indagine è stato quello di utilizzare strumenti di misurazione, che riflettessero in maniera obiettiva il carico assistenziale e la percezione dello stesso, nel soddisfare i bisogni reali dell'assistito, che potessero aiutare nella definizione quantitativa del personale necessario da dedicare.
Oltre all'applicazione dello strumento per la misurazione del carico assistenziale, le prestazioni infermieristiche adattate alla percezione del carico che ne derivano per gli operatori impegnati nell'assistenza al paziente COVID, permettono di valutare l'attività svolta, stabilendo quindi un "appropriato" indice di complessità assistenziale e di conseguenza un più valido metro di misura "integrato", con la percezione del peso assistenziale che ne deriva.

La considerazione di tale rilevazione, i valori che ne derivano dalla stessa e l'applicazione della norma, possono aiutare nel definire la dotazione organica necessaria a permettere l'erogazione dell'assistenza avente livelli adeguati, sia numerici che di tipologia professionale.

L'intento della Direzione è stato di garantire un adeguato processo decisionale e quindi nel valutare i risultati emersi dall'indagine verificabile e riproducibile, hanno sostanzialmente confermato che la dotazione dedicata alle UU.OO. prese in esame, rispettavano la normativa nella quantificazione della dotazione minima, tenendo conto dell'incremento numerico delle figure di supporto, per lo svolgimento delle attività che sono poi emerse maggiormente indicative del peso assistenzaile percepito.

L'immagine che ne scaturisce, è quella di una realtà assistenziale dinamica, con diverse caratteristiche dovute alla dislocazione delle sedi, in differenti zone del tarritorio italiano, per le quali è stato necessario prendere decisioni, sulla base di dati raccolti anche a posteriori; i quali hanno di fatto confermato la corretta allocazione perseguita, non dimenticando il periodo di assoluta novità e gravità pandemica, privo di modelli di riferimento.

La risposta assistenziale erogata, risulta infine essere stata "personalizzata" alla tipologia di richieste dei bisogni assistenziali delle persone ricoverate e delle risorse umane disponibili messe in campo.

Bibliografia

1. Primavera, Emanuele & Leonelli, Simona. (2020). Un'indagine sulla percezione del carico assistenziale tra gli infermieri italiani, nell'era del COVID-19. NSC Nursing. 4. 10.32549/OPI-NSC-43.
2. Zhu N, Zhang D, Wang W, Li X, Yang B, Song J, et al. A novel coronavirus from patients with pneumonia in China, 2019. N Engl J Med. 2020;382:727–33.
3. Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus: implications for virus origins and receptor binding. Lancet 2020 Feb 22. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30251-8.
4. Li LQ, Huang T, Wang YQ, et al. 2019 Novel coronavirus patients' clinical characteristics, discharge rate and fatality rate of meta-analysis. J Med Virol 2020 Mar 12. doi: 10.1002/jmv.25757.
5. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, et al.; China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical characteristics of coronavirus disease 2019 in China. N Engl J Med 2020 Feb 28. doi: 10.1056/NEJMoa2002032.
6. Wu J, Leung K, Leung GM. Nowcasting and forecasting the potential domestic and international spread of the 2019-nCoV outbreak originating in Wuhan, China: a modelling study. Lancet 2020 Feb 29. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30260-9.
7. Ministero della Salute. Nuovo Coronavirus, Consiglio dei ministri dichiara stato d'emergenza [Internet]. Roma 2020 (consultato il 10 maggio 2021, disponibile all'indirizzo: https://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4035
8. Corriere della sera. Varianti Covid, quelle da temere e quelle che conquisteranno il mondo: la storia [Internet]. Roma 2021 (consultato il 12 agosto 2021, disponibile all'indirizzo: https://www.corriere.it/salute/dermatologia/21_agosto_10/varianti-che-hanno-cambiato-coronavirus-quelle-temere-quelle-che-conquisteranno-mondo-3c59b5b6-f9c6-11eb-8ca9-234c5a5d119d.shtml?refresh_ce.

9. Inrca.it. Carta dei Servizi Sanitari [Internet]. Ancona 2018 (consultato il 10 maggio 2021, disponibile all'indirizzo: https://www.inrca.it/inrca/files/CLINICA/POR%20ANCONA/CS%20Ancona%20A5%20FINALE.pdf).
10. De Filippis G, Serpieri C, Costamagna G, Vitale A, Del Sal A, Fra MCF, et al. Riorganizzazione per intensità di cura: la sfida dell'Ospedale Mauriziano di Torino. MECOSAN. 2015;94:115–35.
11. Bartolomei C, Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Ital J Med. 2007;1(2):31–9.
12. Cavaliere B, Snaidero D. Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale. Manag Inferm. 1999;1:32–6.
13. Jackson D, Kozlowska O. Fundamental care—the quest for evidence. J Clin Nurs. 2018;27:2177–8.
14. Watson R, Aleo G, Bagnasco A, Catania G, Icardi G, Santullo A, et al. The general results of the RN4CAST survey in Italy. J Adv Nurs. 2017;73(9):2028–30.
15. Palmieri L, Xanthi A, Barbariol P, Bella A, Bellino S, Benelli E, et al. Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a COVID-19 in Italia [Internet]. 2020.
16. Liang T. Handbook of COVID-19 Prevention and Treatment. Zhejiang: First Affiliated Hospital, Zhejiang University School of Medicine; 2020. 1–68 p.
17. De Filippis G, Serpieri C, Costamagna G, Vitale A, Del Sal A, Fra MCF, et al. Riorganizzazione per intensità di cura: la sfida dell'Ospedale Mauriziano di Torino. MECOSAN. 2015;94:115–35.
18. Bartolomei C, Cei M. L'allocazione dei pazienti in un reparto di Medicina Interna organizzato per intensità di cure: lo studio ADOIT Tri-Co (Triage di Corridoio). Ital J Med. 2007;1(2):31–9.
19. Muntlin Athlin Å, Brovall M, Wengström Y, Conroy T, Kitson AL. Descriptions of fundamental care needs in cancer care—An exploratory study. J Clin Nurs. 2018;27(11–12):2322–32.
20. Primavera E, Leonelli S. The Role of Nurse in the Positive Aging Culture. Int J Geriatr Nurs. 2020;3(1):1–9.

21. Urso A, Colombo S, Votta R. Rilevazione della complessità assistenziale. IPASVI 2007;26-31.

Allegati

Allegato A

FOGLIO INFORMATIVO PER IL COMPILATORE

Valutazione della Percezione del carico assistenziale nelle Unità COVID INRCA

FINE DELLO STUDIO

Il presente studio osservazionale trasversale multicentrico, ha lo scopo di analizzare il carico assistenziale **percepito** dagli infermieri e dagli OSS, nelle diverse Unità e Sedi INRCA, che ospitano pazienti Covid positivi, di diversa intensità di cura, dall'inizio pandemia.

PROCEDURE DI STUDIO

E' stato utilizzato l'Indice di Dipendenza Assistenziale IDA score e tre indici di Complessità assistenziale ICA score, all'interno di 10 items. Il punteggio per ciascun item è attribuito sulla base di una scala Likert a 4 punti che va da 1 (maggiore dipendenza) a 4 (minore dipendenza).

DESCRIZIONE DEL QUESTIONARIO

Il questionario è composto da tre parti:

- questa prima area è informativa;
- la seconda è una sintetica area anagrafica;
- la terza contiene l'IDA score + ICA score.

Il ricordo e la percezione del carico assistenziale, consentirà la preferenza dell'item che più si riterrà idoneo a descrivere la sensazione, in maggior misura e nel tempo percepito.

RICERCATORE

Il ricercatore è Gabriele Masciambruni, infermiere in servizio presso un'area Covid Inrca Ancona, iscritto al secondo anno Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche, presso l'Università Politecnica delle Marche. La guida di tirocinio nonché relatore di tesi, è la Dott.ssa Antonietta Cresta.

CONSENSO INFORMATO DEL SOGGETTO

Acconsento liberamente e volontariamente a partecipare allo studio osservazionale.
Confermo di avere compiuto 18 anni alla data odierna.
I. Prima di firmare il presente documento ho avuto il tempo e la possibilità di leggere le informazioni riguardanti il presente studio. Sono a conoscenza dell'impegno che mi verrà richiesto durante lo svolgimento dello studio.
2. Ho compreso pienamente e sono consapevole dei miei diritti durante la partecipazione allo studio.
3. Fermo restando quanto specificatamente sottoscritto con il presente Consenso Informato, dichiaro di aver preso attenta visione del contenuto del Foglio Informativo ed autorizzo il ricercatore responsabile dello studio al compimento delle attività in esso descritte in conformità delle vigenti disposizioni di legge.

FIRMA DEL SOGGETTO:

Luogo: Data: / /

Allegato B

DATI DEL COMPILATORE **INFERMIERE**

Data _____

1) Genere	□ M	□ F		
2) Età	□ <30 anni	□ 30-39 anni	□ 40-49 anni	□ >49 anni
3) Esperienza professionale	□ <5 anni	□ 5-10 anni	□ 11-20 anni	□ 21-30 anni
	□ >30 anni			
4) Provincia di lavoro	□ ANCONA	□ FERMO	□ LECCO	
5) Reparto COVID di riferimento	□ SEMI INTENSIVO	□ POST CRITICO		
6) Da quanto tempo presta servizio nell'attuale U.O. Covid	□ entro 3 mesi	□ entro 6 mesi	□ entro 9 mesi	□ entro 12 mesi

DATI DEL COMPILATORE **OSS**

Data_____

1) Genere	□ M	□ F		
2) Età	□ <30 anni	□ 30-39 anni	□ 40-49 anni	□ >49 anni
3) Esperienza professionale	□ <5 anni	□ 5-10 anni	□ 11-20 anni	□ >20 anni
4) Provincia di lavoro	□ ANCONA	□ FERMO	□ LECCO	
5) Reparto COVID di riferimento	□ SEMI INTENSIVO	□ POST CRITICO		
6) Da quanto tempo presta servizio nell'attuale U.O. Covid	□ entro 3 mesi	□ entro 6 mesi	□ entro 9 mesi	□ entro 12 mesi

Allegato C

PERCEZIONE DEL CARICO ASSISTENZIALE NELLE UNITA' COVID INRCA
QUESTIONARIO DESTINATO AD INFERMIERI ED OSS

ALIMENTAZIONE ED IDRATAZIONE	MOBILIZZAZIONE
□ **1** NPT o NET, disfagia grave.	□ **1** Allettato.
□ **2** Deve essere imboccato, disfagia lieve.	□ **2** Mobilizzazione su poltrona/carrozzina.
□ **3** Necessita di aiuto per alimentarsi.	□ **3** Cammina con l'aiuto di una/più persone o con ausili.
□ **4** Autonomo.	□ **4** Autonomo.

AMBIENTE SICURO ICA	PERCEZIONE SENSORIALE
□ **1** Uso di mezzi di protezione per effettuare procedure (terapeutiche, diagnostiche e/o per l'incolumità del paziente).	□ **1** Stato soporoso/coma.
□ **2** Comportamenti a rischio. Rischio cadute medio-alto.	□ **2** Disorientamento spazio-temporale continuo, uso di sedativi.
□ **3** Predisposizione di presidi atti a ridurre pericolo.	□ **3** Disorientamento spazio-temporale occasionale.
□ **4** Non necessita di interventi sull'ambiente, illustrare alla persona i fattori che concorrono ad un ambiente sicuro.	□ **4** Paziente vigile orientato, non necessita di alcun sedativo.

ELIMINAZIONE	PROCEDURE DIAGNOSTICHE
□ **1** Incontinenza urinaria e fecale permanente, gestione stomia.	□ **1** Monitoraggio continuo dei parametri.
□ **2** Incontinenza urinaria e dell'alvo occasionale, necessità di clisma.	□ **2** Monitoraggio dei parametri ad intervalli <1 h.
□ **3** Catetere vescicale a permanenza, monitoraggio alvo.	□ **3** Monitoraggio dei parametri ad intervalli >1 h .
□ **4** Autonomo.	□ **4** Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti.

IGIENE E COMFORT	PROCEDURE TERAPEUTICHE
□ **1** Igiene totale a letto, assenza di collaborazione.	□ **1** Infusione continua in CVC o Port. LdD 4° stadio o multiple.
□ **2** Necessità di aiuto per l'igiene totale, paziente collaborante.	□ **2** CVC o CVP per infusione non continua. LdD 3° stadio.
□ **3** Igiene intima, indipendente nell'uso dei servizi.	□ **3** Terapia EV, IM, SC, OS. LdD 2°stadio.
□ **4** Autonomo.	□ **4** Terapia per OS o nessuna terapia. Nessuna medicazione.

COMUNICAZIONE (INTERAZIONE) ICA	RESPIRAZIONE ICA
□ **1** Deficit di linguaggio: uso di metodi non verbali. Deficit cognitivo grave.	□ **1** Ventilazione non invasiva (CPAP, NIV, Casco, Optiflow).
□ **2** Deficit cognitivo moderato, ansia. Lingua e cultura diversa.	□ **2** Dispnea da Sforzo, Gestione bronco-aspirazione o tracheostomia.
□ **3** Difficoltà di linguaggio lieve.	□ **3** Dispnea da sforzo lieve, aerosolterapia, educazione.
□ **4** Buona interazione comunicativa.	□ **4** Spontanea.

RINGRAZIAMENTI

Desidero innanzitutto ringraziare la Prof. ssa E. Prospero, Presidente del corso, al quale va tutta la mia stima e che mi ha dato la possibilità di frequentare il corso di Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche così da potermi confrontare con docenti di alto spessore.

Alla Dott. ssa G. Pelusi, Direttrice delle Attività Didattiche Professionalizzanti, la quale in questi due anni si è spesa in tutta la sua competenza per rendere possibile a tutti noi il raggiungimento di questo importante traguardo.

Alla Dott. ssa. A. Cresta, mia relatrice, per aver seguito questo lavoro ed aver dato la piena disponibilità ed i preziosi suggerimenti.

Un particolare ringraziamento, per la gentile collaborazione e cortesia, vanno alla Dott.ssa N. Bochicchio ed al Dott. T. Rondina per avermi aiutato nella stesura di questo elaborato di tesi.

A tutti i miei colleghi di corso con i quali si è creata una straordinaria intesa che mi ha arricchito sia professionalmente che umanamente.

Alla Coordinatrice del Blocco Operatorio dell'INRCA di Ancona, Dott. ssa P. Paoloni per avermi dato la possibilità di seguire lo studio.

Ai colleghi e colleghe del Blocco Operatorio dell'INRCA di Ancona che, grazie alla loro disponibilità, mi hanno sostituito nei giorni di frequenza al corso di Laura Magistrale.

A mia moglie che mi ha sempre sostenuto, incoraggiato e sostituito nei momenti di mia assenza.

A mia madre che ha sempre creduto nei miei percorsi professionalizzanti.

Ad Ettorino e Cesare; il primo mi ha lasciato durante la fine di questo percorso, il secondo lo sta sostituendo in tutto il suo essere.