


Rosario Caruso

Interim Editor-in-Chief di Italian Journal of Nursing
Responsabile Area Ricerca e Sviluppo delle Professioni Sanitarie, IRCCS Policlinico San Donato, San Donato Milanese

PhD, RN, Health Professions Research and Development Unit, I.R.C.C.S. Policlinico San Donato, Italy

rosario.caruso@opimilomb.it

Intervista a Marco Grazioli sulla gestione dell'emergenza COVID-19 al Pronto soccorso di Lodi

Interview with Marco Grazioli on the COVID-19 management at the Emergency Department of Lodi



Marco Grazioli



Il dott. Marco Enrico Grazioli è il referente infermieristico dell'unità operativa complessa del pronto soccorso e 118 della ASST di Lodi. Lo abbiamo intervistato per descrivere la sua esperienza durante il picco epidemico COVID-19 nella zona del lodigiano.

Come si è caratterizzata la sua attività nel Pronto Soccorso dell'ASST di Lodi?

Durante l'emergenza pandemica COVID-19 una delle attività fondamentali da me svolta riguardava la figura del flussista con l'obiettivo di ridurre i tempi di permanenza delle persone in pronto soccorso, ovviando così al problema del sovraffollamento. Mi interfacciavo con altri 3 colleghi per i ricoveri intraospedalieri, aggiornando la situazione posti letto disponibili nelle unità operative dedicate alle persone covid-positive, per poi interagire direttamente con l'unità operativa interessata al ricovero per proporgli il caso clinico in collaborazione con il medico di pronto soccorso che aveva in carico la persona assistita. Riguardo i trasferimenti extraospedalieri invece mi interfacciavo prima con

il coordinamento regionale che mi riferiva i posti letto disponibili per accogliere le persone covid-positive negli ospedali della regione Lombardia e, in base alla situazione clinica della persona, organizzavo il mezzo di trasporto più consono alla situazione; quindi o mezzo di base o life-car (quest'ultimo implica la presenza del rianimatore e dell'infermiere a bordo), interfacciandomi con la centrale operativa e quindi con AREU.

Come si è trasformato l'ambiente ospedaliero durante l'emergenza?

L'ospedale, in primis il pronto soccorso, ha subito delle modifiche organizzative e logistiche. Il pronto soccorso trasformando la zona "osservazione breve intensiva" (OBI) e codici minori in una zona che accoglie persone supportate da ventilazione non invasiva, quindi boussignac, casco e maschera facciale (NIV), per poi aprire fisicamente un secondo pronto soccorso all'interno del presidio di Lodi differenziandoli in pronto soccorso COVID-19 e pronto soccorso "no COVID".

Le unità operative invece si sono trasformate in unità covid-positivo, attribuendo criteri di inclusione al ricovero nel seguente modo:

- **area blu** (persone covid-positivo che necessitano di ventilazione non invasiva quindi boussignac, casco o NIV p/f <150 e con possibilità di upgrade);
- **area gialla** (persone covid-positivo accertati o sospetti con insufficienza respiratoria medio severa p/f >150 senza segni di distress respiratorio);
- **area arancione** (persone covid-positivo accertati o sospetti tendenzialmente più stabili con minor impegno ventilatorio o persone non eleggibili per trattamenti intensivi o semi intensivi);
- **area verde** persone con due tamponi negativi per COVID-19 (un tampone a distanza dall'altro di 24h).

Cosa farebbe per ottimizzare l'organizzazione?

Allo stato attuale è in corso la conversione di alcuni reparti COVID in COVID-free. Abbiamo organizzato all'interno del Pronto Soccorso COVID-19 un ambulatorio visita, creando una via preferenziale ambulatoriale per l'invio diretto da parte dei medici di medicina generale di persone potenzialmente sospette COVID-19 o semplicemente per una visita di controllo di persone COVID-19 positive. Il medico e l'infermiere dell'ambulatorio, dopo aver preso in carico la persona inviata dal medico di medicina generale, decideranno in base ai sintomi, all'anamnesi e agli esami strumentali prescritti dal medico di medicina generale se necessiterà di un ulteriore approfondimento come il walking test, l'emogasanalisi, il tampone rino-faringeo e/o l'elettrocardiogramma. Questo processo ci aiuta a non sovraccaricare il Pronto Soccorso di prestazioni ambulatoriali e a differenziare il percorso radiologico tra persone sospette o certamente positive COVID-19 e persone che vengono inviate per motivi che esulano da sintomi e segni riguardo al COVID. Inoltre, abbiamo allestito anche una stanza consulenza e procedura sempre con lo stesso scopo. Dal mio punto di vista sarebbe auspicabile perseguire il modello per intensità di cura (ribadisco intensità di cura e non complessità, in quanto i due concetti pur sembrando simili e interscambiabili sono molto differenti). Intendiamo per complessità assistenziale l'insieme degli interventi che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità, di impegno e di quantità lavoro infermieristico determinato attraverso la valutazione del livello di dipendenza, ovvero del grado e numero di problemi per i quali il paziente richiede un supporto assistenziale. Intendiamo invece intensità di cura la determinazione dell'intensità clinicamente richiesta, in base alla patologia e a specifiche alterazioni dei parametri fisiologici in funzione del livello di gravità o instabilità clinica inteso come il grado e la numerosità dei parametri fisiologici alterati. Generalmente vengono individuati 3 livelli di intensità di cure assegnate sulle caratteristiche tecnologiche disponibili, delle competenze presenti e della tipologia per quantità e qualità di personale assegnato:

1. alta intensità (letti intensivi e sub intensivi)
2. media intensità (degenza ordinaria e ricovero a ciclo breve)
3. bassa intensità (riabilitazione cure post acuzie o low care).

lo riadatterei tali concetti e approcci al contesto e alla situazione in questo modo:

1. **alta intensità** (persone che necessitano una ventilazione invasiva, ossia tubo endotracheale)
2. **media intensità** (persone che necessitano un supporto ventilatorio non invasivo quindi NIV, boussignac, casco cpap),
3. **bassa intensità** (persone in aria ambiente, cannule nasali, maschera venturi o reservoir)

Questa modalità avrebbe sicuramente una base scientifica e permetterebbe di creare più fluidità nei criteri di inclusione e ricovero, chiarendo e definendo in modo migliore le competenze necessarie dei professionisti all'interno di ogni area e permettendo in caso di deterioramento delle condizioni cliniche di swicciare da un supporto ventilatorio minore allo step successivo senza dover continuamente spostare il paziente da un'unità all'altra nel caso dovesse deteriorare.

Come gestivate la comunicazione tra pazienti e parenti in Pronto Soccorso?

All'interno del pronto soccorso, considerando l'impossibilità dei parenti ad accedervi, abbiamo organizzato un servizio che permette di comunicare con i famigliari della persona assistita, con la finalità di rassicurarli. Questo servizio è garantito da un infermiere all'interno del pronto soccorso che trasmette le condizioni attuali della persona assistita ai colleghi dell'URP e che a loro volta comunicano telefonicamente ai famigliari. Solo in caso di deterioramento delle condizioni cliniche o di trasferimento presso altra struttura i famigliari vengono contattati direttamente dal medico che ha in carico la persona assistita.





Vi parlo inoltre di due progetti su cui ASST di Lodi ha investito, i quali sembrano intersecarsi per finalità e obiettivo comune, ma si differenziano per modalità organizzativa:

1. il primo riguarda la dimissione di persone covid-positivo clinicamente stabili a domicilio attraverso la donazione di un saturimetro e una lettera di accompagnamento del gruppo italiano per la ricerca clinica in medicina d'urgenza, che spiega nei minimi dettagli come monitorare la situazione clinica e qual è il cut-off in termini di saturimetria dopo aver svolto il walking test per ripresentarsi in pronto soccorso o per decidere di continuare la monitoraggio a domicilio.
2. il secondo è un progetto innovativo che vede coinvolto un provider esterno che mette a disposizione il software per il telemonitoraggio e il sensore multiparametrico, precaricando l'anagrafica dei professionisti coinvolti nel progetto e l'anagrafica delle persone assistite nell'ASST di Lodi per consentire l'attività di monitoraggio di ogni singolo paziente gestito o dal medico di medicina generale, oppure per quei pazienti dimessi dal pronto soccorso o dalle unità operative covid-positivi.

Quindi, il professionista consegna lo strumento di monitoraggio alla persona assistita dopo aver fatto firmare il consenso, per poi inserire i dati anagrafici sul portale telecovid. Il provider esterno prende visione dell'avvio del progetto, contatta telefonicamente il paziente per eventuali precisazioni dei dati anagrafici e riceve a orari prestabiliti 8, 12, 18 il report di dati clinici del paziente che presentano un cutoff collegato a un alert, il quale in caso di superamento della soglia prestabilita avvertirà il professionista che contatterà il paziente per accertarsi delle sue condizioni di salute e per consigliare eventuali comportamenti a cui si dovrà attenere oppure attiverà direttamente misure cautelative.

Di quali altre attività o iniziative ci vorrebbe parlare?

Abbiamo anche creato un tutorial per la vestizione e la svestizione modificando la procedura aziendale per contestualizzarla nel setting lavorativo del pronto soccorso per poi pubblicarla su SIMEU creando un corso FAD.

Infine, vorrei accennare ma non approfondire, in quanto non è sufficiente il tempo a disposizione, una parentesi generale che esula dal contesto lodigiano sul tema degli accessi vascolari dedicati alle persone positive per COVID-19; queste persone presentano spesso una ipercoagulabilità la quale potrebbe causare naturalmente trombosi soprattutto in un vaso il cui lume è occupato da un device vascolare. Il consiglio quindi è quello di preferire come accesso vascolare venoso periferico la cannula lunga che, come da note pubblicazioni, è un catetere vascolare di 8-15 cm con la possibilità di rimanere in situ per 30 giorni o fino a manifestazioni di complicanze secondarie, rispettando così in questo specifico caso anche il principio di costo-efficacia e costo-beneficio. L'utilizzo del cannula lunga rispetto al midline, considerando l'ipercoagulabilità e il fattore di rischio di TVP e TEP nelle persone positive COVID-19, permetterebbe una diagnosi di trombosi del vaso occupato dal device più accurata, tempestiva e veritiera attraverso la compression ultra sonography (CUS), in quanto il catetere è lungo al massimo 15 cm: ciò significa un percorso del tutto esplorabile attraverso gli ultrasuoni all'interno della vena brachiale, basilica o cefalica escludendo la diagnosi di trombosi che, nel caso si dovesse presentare, avrebbe un rischio di estensione e di occlusione minore rispetto al midline, considerando la diversità di lunghezza, il calibro e il posizionamento della punta dei due cateteri. L'utilizzo della cannula lunga, oltre ai vantaggi appena descritti, ha anche il pregio di essere posizionata facilmente rispetto ad altri device attraverso un accurato addestramento dei professionisti, permettendo così alla persona assistita di poter disporre sempre di un catetere vascolare periferico stabile. Ma non voglio dilungarmi troppo, troverete tutto nei minimi dettagli in due articoli pubblicati all'interno della rivista Italian Journal of Nursing n°32/2020:

1. **COVID-19:** protezione di massima barriera per il posizionamento, rimozione e medicazione dell'accesso vascolare
2. **COVID-19:** l'impianto del dispositivo vascolare più appropriato"

Concludo ringraziando tutti i colleghi che quotidianamente stanno lottando per risolvere questa situazione e per il loro senso di responsabilità professionale e deontologica dimostrata e fondamentale per affrontare questa situazione.