

Premessa

KATIUSCIA BISOGNI

Il Gabbiano è una Struttura Protetta a connotazione sociale a rilievo sanitario che eroga prestazioni socio-riabilitative in regime residenziale, congiuntamente a cure sanitarie di medicina generale, prestazioni terapeutiche riabilitative di mantenimento per il contenimento degli esiti e congiuntamente a prestazioni tutelari per disabili fisici psichici e/o sensoriali privi di sostegno familiare.

Gli obiettivi assistenziali sono quelli di fornire supporto sanitario alla prevalente attività socio-assistenziale, in pazienti con condizioni di salute poco compromesse con parziale autosufficienza dell'età compresa tra i 18 e i 65 anni.

L'équipe degli operatori prevede la presenza di medico psichiatra o neuropsichiatra o neurologo, psicologi, assistente sociale, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica, educatori, operatori sociosanitari (OSS), la cui dotazione è esplicitata negli standard assistenziali definiti, per ciascuna delle tipologie di struttura, dalle Regioni.

L'organizzazione del lavoro si fonda sui principi del governo clinico (*governance* clinico-assistenziale), in base ai quali le organizzazioni sanitarie devono impegnarsi per il miglioramento continuo della qualità dei servizi e per il raggiungimento di standard assistenziali elevati. Le strutture protette per disabili psichiatriche, pertanto, nell'ambito delle direttive regionali e aziendali, operano sulla base di linee guida clinico-assistenziali, validate dalla comunità scientifica nazionale e internazionale.

Ciascuna struttura adotta, inoltre, una propria Carta dei Servizi in cui definisce le proprie caratteristiche, le tipologie di offerta, la dotazione organica con le figure professionali e le specifiche competenze, le procedure di ammissione/trattamento/dimissione, le modalità di relazione con altre strutture, i piani di formazione e aggiornamento del personale.

La suddetta struttura fornisce un intervento terapeutico-riabilitativo correlato al livello della compromissione di funzioni e abilità del paziente (e alla sua trattabilità) correlato al grado di autonomia complessivo. La struttura possiede 40 posti ordinari e 5 posti riservati all'autorità giudiziaria.

I pazienti sono affetti da disabilità intellettiva di entità diversa con disturbi psichiatrici associati e di psicomotricità.

La popolazione delle persone con disturbi psichiatrici presenta già un rischio di mortalità molto elevato per tutte le cause: la speranza di vita è ridotta, rispetto alla popolazione generale, di 15-20 anni. Non si dispone di stime sul rischio di infezione per i pazienti psichiatrici, tuttavia l'elevata frequenza di malattie respiratorie per alti livelli di tabagismo, i disturbi comportamentali e la permanenza protratta in contesti residenziali, fanno ragionevolmente presumere un elevato rischio di contagio.

Inoltre, nel corso di un anno, una percentuale di questi pazienti sono esposti a periodi medio-lunghi di permanenza in contesti ospedalieri, con elevato rischio specifico di trasmissione di patologie per via respiratoria.

Purtroppo, le importanti misure disposte dalle Regioni per fronteggiare l'emergenza sanitaria non sempre tengono conto della salute mentale e della sicurezza di pazienti e operatori sanitari, da tempo carenti.

Il paziente con disabilità intellettive è un essere umano, una persona che, per motivi vari, soffre di un disagio psichico che lo porta ad un rapporto alterato e distorto con sé stesso, con gli altri e con il mondo. Ma è proprio sul recupero di questo rapporto con la

realità che poggia il percorso di ogni casa protetta mettendo in atto procedure di riabilitazione.

L'obiettivo di *ricreare dei ponti con la realtà facendo i conti con una realtà che in questo momento è definita da una condizione di emergenza*, fatta di misure per il contenimento dell'epidemia da coronavirus.

Soffrire di una psicosi non significa che non sia importante seguire le stesse regole di protezione che valgono per gli altri.

L'emergenza è emergenza. ... Anche se si soffre di una psicosi questo non lo squalifica al punto che non debba capire l'emergenza cosa è, cosa c'è da fare per proteggersi.

L'emergenza ha ristrutturato profondamente la vita comunitaria: l'impossibilità per gli ospiti di uscire, di incontrare i propri familiari e affetti, di svolgere attività in gruppo, di seguire nuove regole, di indossare i dispositivi di protezione, di avvicinarsi diversamente con l'operatore e di vivere una quotidianità alterata (rilievo temperatura ... "*misurano tutti la febbre*").

Si inizia il turno all'*access desk point*, davanti alla porta di ingresso, ove il personale approccia con l'attrezzatura – guanti, mascherine, disinfettante – chiunque entra o esce viene monitorato e viene sottoposto a triage con una serie di domande (hai avuto febbre, hai avuto contatti con casi sospetti etc, etc).

In tale scenario di riorganizzazione e riattrezzamento per confrontarsi con le misure di distanziamento e le differenti regole della comunità si sono coinvolti tutti gli ospiti con vari ruoli di autotutela: *l'importante è che tutti si sentano coinvolti in un'attività di protezione reciproca*.

L'adozione immediata delle regole ha permesso di limitare la diffusione del contagio, e, ragionando sempre in termini probabilistici, non sarà possibile riuscire ad eliminarlo completamente, a tale fine nella casa protetta si è organizzato un percorso COVID crean-

do una stanza di isolamento e delle aree dedicate per combattere il nemico invisibile in sicurezza con le adeguate procedure.

Gli ospiti, in questo momento, hanno quindi visto cambiare intorno a sé le abitudini proprie e di tutti gli altri. Le caratteristiche del funzionamento cognitivo, del controllo emozionale e la capacità di adattamento e flessibilità rispetto ai cambiamenti sono fattori sostanziali per individuare le modalità di sostegno maggiormente coerenti con il bisogno di supporto della persona per la gestione del disabile intellettivo.

Lavorare con tale tipologia di persona è come fare un viaggio tutti insieme su uno stesso autobus: a volte si gode di panorami splendidi, altre volte no, a volte si ride e si canta, altre volte si resta in silenzio coi propri pensieri, alle volte la strada è comoda, altre volte dissestata e piena di curve, ma in ogni caso, in ogni momento, ogni luogo che si raggiunge mostra qualcosa di nuovo e ogni passeggero ha con sé un meraviglioso bagaglio con cui arricchire tutti gli altri. È proprio nei percorsi impervi che ci si stringe di più e si entra maggiormente in contatto, anche quando il percorso impervio si chiama pandemia e distanziamento sociale.

Capitolo 1

Riassetto organizzativo e procedurale nell'emergenza COVID-19

K. BISOGNI

Per contrastare l'emergenza sanitaria si è invertita la rotta, andando incontro alla realtà per come si poneva e reinventando l'organizzazione interna in chiave di emergenza.

1.1 Introduzione

La sicurezza delle cure costituisce la base di una buona assistenza sanitaria che ingloba, non solo gli aspetti strettamente clinici della professione medica, legati al rapporto medico-paziente, ma anche quelli legati alla ricerca, alla sperimentazione, alla gestione organizzativa che hanno conseguenze sull'intera collettività.

È considerata dalla Legge n.24/2017 (legge Gelli-Bianco), parte costitutiva del diritto alla salute, e rispetto alla quale, ogni operatore sanitario è tenuto a concorrere, «mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative».

La legge Gelli-Bianco, quindi, promuovendo «l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative», ha introdotto l'appropriatezza organizzativa nell'ambito delle attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio clinico, esigenza ad oggi del tutto impellente e necessaria per le organizzazioni sanitarie che stanno fronteggiando l'emergenza epidemiologica da COVID-19.

A tal fine la Struttura ha modificato l'organizzazione interna sulla base delle indicazioni dell'Istituto Superiore di Sanità e sulla base

dell'utilizzo di metodi e strumenti di *risk management* sanitario per le attività correlate alla prevenzione e gestione dell'infezione da SARS – Cov 2 garantendo azioni di ulteriore sostegno ai programmi di “infection control”.

Quindi, nell'ambito delle strategie di prevenzione e controllo dell'epidemia da virus SARS CoV-2 è necessaria non solo la massima attenzione da parte degli enti gestori delle strutture residenziali ma è anche di maggior importanza la tracciabilità di tutte le attività che vengono poste in essere a tutela degli ospiti e dei lavoratori all'interno di tali strutture.

1.2 Procedure e protocolli

La formalizzazione di procedure e protocolli idonei a garantire la correttezza dei processi in tutte le fasi di gestione dell'emergenza COVID-19, a partire dalla stima del fabbisogno di DPI, al loro approvvigionamento, passando per la formazione specifica del personale e il controllo sul rispetto delle precauzioni, fino a giungere alla gestione di un caso COVID-19 positivo o sospetto, alla delineazione di regole e percorsi interni nonché al cambiamento della modalità lavorativa rappresentano la prima tappa principale di riassetto organizzativo.

Sulla base delle indicazioni degli organismi sanitari e delle misure generali di gestione dell'emergenza sanitaria che prevedono un rafforzamento dei programmi e dei principi fondamentali di prevenzione e controllo delle infezioni correlate all'assistenza (ICA) si sono realizzate le principali istruzioni operative.

Le ICA includono infezioni trasmesse dall'esterno (esogene), da persona a persona o tramite gli operatori e l'ambiente. Uno dei punti cruciali per il contrasto alle ICA è la definizione e l'applicazione di buone pratiche di assistenza e di altre misure, secondo un programma integrato che deve essere adattato a ogni ambito assistenziale.