

L'ERGOTERAPIA NELL'EMERGENZA DA COVID-19 ALL'INTERNO DELL'OSPEDALE REGIONALE DI LOCARNO: INTERDISCIPLINARIETÀ E RESILIENZA

M. Martina, R. Michelle, F. Ruben, B. Tea,
O. Adam, V. Camelia, M. Conti, P. Christian

Introduzione

Nessuno di noi si sarebbe mai aspettato di dover far fronte ad una simile emergenza; nessuno di noi probabilmente era pronto dal punto di vista personale e professionale per gestire una quantità tale di situazioni difficili di natura sia clinica che sociale. Ma la resilienza di ognuno di noi è stata esaltata. Flessibilità, motivazione, volontà e conoscenze professionali sono state le nostre armi per far fronte all'emergenza. Passata la fase del dramma, abbiamo sentito l'esigenza di descrivere la situazione vissuta nei reparti di terapia intensiva durante la pandemia COVID-19 soprattutto al fine di poter condividere la modalità di lavoro adottata presso l'Ospedale Regionale La Carità di Locarno (ODL). Il focus dell'articolo è posto sulla professione dell'ergoterapista e sulle modalità interdisciplinari messe in atto nella presa in carico delle persone nella fase acuta di malattia COVID-19.

Essendo stato il nostro lavoro a contatto con persone afferenti alla terapia intensiva e poi al reparto tracheotomie dell'ODL, il nostro compito sarà di mappare le procedure, gli interventi e

le dinamiche vissute sia da un punto di vista professionale clinico che da un punto di vista personale.

Fasi dell'epidemia e costruzione del reparto di tracheotomie

L'ODL, ospedale regionale che fa parte dell'Ente Ospedaliero Cantonale (EOC), durante la prima ondata è stato interamente convertito ad ospedale COVID-19, mettendo a disposizione un totale di 180 posti letto, compresi 45 posti letto in terapia intensiva e 24 posti letto in reparto sub-intensivo ("reparto tracheotomie"). In totale, da metà marzo a inizio maggio 2020 l'ospedale ha ospitato un totale di 466 pazienti con COVID-19. Di questo totale, 96 degenti sono stati ricoverati in terapia intensiva (20,6%). I decessi totali sul campione di 466 pazienti sono stati del 18,4%.

Fase 1: 16.03.2020 - I primi casi

Mentre si attendeva qualcosa di sconosciuto e si percepiva l'arrivo di un evento diverso, importante, forse ingestibile, si assisteva ai cambiamenti che lentamente venivano adottati nei vari ospedali del Canton Ticino. L'aumento di pazienti COVID-19 positivi è stato rapido e travolgente. Operatori sanitari di diverse specializzazioni sono stati trasferiti da altri ospedali per sostenere il carico di lavoro. Nel momento di massima urgenza, per sgravare la pressione ed evitare di arrivare al limite massimo di saturazione dei posti letto di terapia intensiva, è stato creato un reparto tracheotomie, trasformando e adattando un normale reparto di medicina in un reparto di terapia sub-intensiva.

Fase 2: 30.03.2020 - Il picco pandemico da COVID-19

Il picco pandemico è stato raggiunto quando quasi la totalità dei posti letto di terapia intensiva risultava occupata e nel reparto di tracheotomie erano ricoverati 16 pazienti. Abbiamo collaborato ed osservato lavorare professionisti sanitari con diverse profes-

ionalità in questa nuova dimensione: la certezza era l'équipe con le sue conoscenze personali e professionali mentre l'incertezza riguardava il futuro.

Frenesia, disordine, paura accompagnavano motivazione e voglia di raggiungere gli obiettivi giornalieri. Ogni giorno vi erano nuove direttive e cambiamenti. Ogni giorno vi erano nuove persone con esiti gravi. Ogni giorno c'era la paura di non farcela. Mai come in questo caso la nostra flessibilità e resilienza è stata messa a dura prova.

Fase 3: 04.05.2020 - La sperata ripresa della "normalità" sanitaria

Superata la fase di picco pandemico, si è percepita la lenta ma costante diminuzione del dramma sanitario e la conseguente riduzione del carico di lavoro. Questo cambiamento è stato registrato grazie alle sempre più frequenti dimissioni presso cliniche riabilitative, ma anche da una riduzione dei nuovi ricoveri. Tutto ciò ha permesso a noi ergoterapisti di riuscire a ristabilire obiettivi di trattamento maggiormente personalizzati rispetto alle fasi precedenti. Il tempo a disposizione ha reso inoltre le riunioni interdisciplinari più approfondite, con una maggiore cura del dettaglio sia da un punto di vista degli obiettivi che delle procedure attuate in ergoterapia. In data 28.05.2020 l'ultimo paziente COVID-19 è stato trasferito dalla terapia intensiva al reparto tracheotomie.

Lavoro interdisciplinare e ruolo dell'ergoterapista

Nella fase di emergenza, l'urgenza e la casistica estremamente fragile dei pazienti, ha portato il lavoro interdisciplinare ad un livello trans-professionale. Ci sono stati momenti in cui tutti aiutavano tutti e si svolgevano mansioni di ogni genere. In questa esperienza siamo stati impressionati da come le dinamiche di collaborazione si siano adeguate alla situazione, progredendo ad un livello che permettesse la

crescita, lo sviluppo e la stabilizzazione di un intero reparto ospedaliero. In sostanza non sarebbe stato possibile operare al meglio se non attraverso questa stretta connessione.

La professione di ergoterapista, comprendendo delle competenze trasversali ed è facilmente adattabile ai vari contesti di cura. Durante l'epidemia, il nostro ruolo ha subito un adattamento in base ai bisogni prioritari emergenziali. La richiesta di aiuto del personale infermieristico ha dettato la necessità di un sostegno fisso alle cure di base, aspetto già presente nelle competenze di un'ergoterapista, anche se sotto un diverso approccio.

All'inizio dell'emergenza, il ruolo dei terapisti (fisioterapisti ed ergoterapisti) era quello di assicurare giornalmente le terapie volte al mantenimento della mobilità del paziente, attraverso mobilizzazioni passive agli arti, il cambio di postura a letto e la fisioterapia respiratoria. In seguito, si è iniziato a portare il paziente estubato o tracheotomizzato in posizione seduta mobilizzandolo attraverso sollevatore mobile, in modo da favorire la respirazione e saturazione, oltre che per permettere una migliore gestione del delirium. Spesso queste operazioni, a causa di emergenze o imprevisti, potevano durare un'intera ora, ma erano vitali: l'attività che raggiungeva la terapia intensiva; lo scendere dal letto anche in condizioni di sedazione.

Nel reparto di tracheotomie, per facilitare la presa in carico dei pazienti, tutte le mattine veniva effettuata una riunione interdisciplinare nella quale si discutevano i parametri di ventilazione e gli obiettivi della giornata di ciascun paziente. In questo reparto, soltanto nella fase 3 è stato possibile dare maggiore importanza al processo terapeutico in ergoterapia, con obiettivo un recupero funzionale e specifico legato alle AVQ. La possibilità di interagire in modo attivo con i pazienti e il maggiore tempo a disposizione dovuto alla ri-

duzione dello stato di emergenza, ci ha permesso di organizzare meglio il lavoro, di renderlo maggiormente personalizzato e di promuovere il nostro ruolo all'interno del team. La nostra presenza e il nostro agire è stato fin da subito, e ancor di più in questa fase, apprezzato dal personale medico, dai colleghi infermieri e fisioterapisti e dai pazienti stessi. Il concetto di "autonomia" ha acquistato valore nella misura in cui alleggeriva parte del lavoro infermieristico e spronava di conseguenza il paziente a fare sempre di più da solo; non solo in termini funzionali, ma anche in termini decisionali. L'essere proattivi, incentivati al fare, incrementava gli outcomes funzionali e di autonomia, con una conseguente velocizzazione del processo riabilitativo.

Barriere vissute dall'ergoterapista in un reparto di cure ad alta complessità

La vera difficoltà in questa situazione era determinata dal carico, dall'intensità e dall'ambiente di lavoro che si doveva adattare sempre e costantemente all'emergenza in atto.

Fin da subito è risultato chiaro che non si sarebbe lavorato sotto una specifica richiesta medica, come solitamente d'uso nelle strutture ospedaliere acute, ma con tutti i pazienti senza distinzioni. Questo sistema è stato un facilitatore nella misura in cui avevamo maggiore flessibilità di gestione, ma d'altra parte implicava che alcuni obiettivi specifici venissero valutati e decisi in completa autonomia. La responsabilità percepita era moltissima, motivo per cui la riunione del mattino e/o qualsiasi scambio di informazioni durante la giornata era di fondamentale importanza per avere dei parametri aggiornati.

Vi sono molti altri limiti su cui si potrebbe discutere, come l'impossibilità di poter utilizzare materiale proveniente dall'esterno della terapia intensiva o

il fatto che per contenere il rischio di contagio e dispersione del virus, le terapie riabilitative dovevano essere svolte all'interno delle camere. Abbiamo dovuto far fronte alle restrizioni con creatività orientata, inventandoci molte tecniche e adattamenti per essere di aiuto. Altra grande barriera incontrata è stata la mancanza di un'anamnesi occupazionale del paziente. Nell'urgenza non sempre vi era il tempo di capire chi era la persona e quali erano i suoi interessi, le sue peculiarità, il suo stato pre-morboso. Per l'ergoterapista questo genere di informazioni sono alla base del trattamento. Molte difficoltà erano legate alla comunicazione, i pazienti intubati erano sottoposti a una terapia di sedazione, pertanto l'interazione era estremamente difficile e complessa. Talvolta, soprattutto negli stadi di sedazione profonda, la comunicazione appariva unilaterale.

Nel reparto di tracheotomie la situazione era molto diversa perché spesso i pazienti erano vigili, ma a causa della tipologia di cannula non sempre in grado di esprimersi.

Le problematiche compromettevano anche la comprensione: non era semplice per il paziente comprendere gli operatori. La voce risultava ovattata dalla mascherina e l'assenza di una lettura labiale e di una mimica facciale rendeva tutto più difficile. Inoltre, utilizzare dispositivi di comunicazione alternativa (es. pittogrammi) risultava spesso complicato a causa delle problematiche motorie. Nonostante questo, abbiamo imparato a veicolare la nostra comunicazione attraverso altri canali sensoriali: gli sguardi, la comunicazione non verbale, il tatto sono stati elementi estremamente importati.

Conclusioni

Un'esperienza simile, nel dramma, è sicuramente stata una fonte di apprendimento importante. Questa emergenza, prima di ritornare ad una agognata "normalità" lavorativa, ha

segnato tutti i professionisti in prima linea. Molte riflessioni emergono e mai nessuna di queste riuscirà a rendere giustizia alle emozioni provate.

Cercando di fare uno sforzo di sintesi potremmo concludere lanciando alcuni take home messages:

Interprofessionalità

L'aspetto interprofessionale non è un optional nella cura ma deve essere il motore: applicare questo concetto in ogni circostanza è e sarà determinante sia per la crescita del professionista che per il miglioramento degli outcomes riabilitativi.

Relazione terapeutica

La relazione terapeutica, qualunque sia il setting, è una chiave di volta. Il paziente che si sente accolto riesce a dimostrare migliori competenze e abilità.

Il team

Fondamentale è stato avere un team che sosteneva, aiutava, supportava continuamente, ma fosse anche in grado di strappare qualche sorriso attraverso ironia e motivazione. Il controllo emotivo del gruppo è stato il risultato di un processo manageriale fatto di conoscenza e capacità.

L'importanza di non sentirsi soli

Mai avevamo sperimentato il riconoscimento del nostro ruolo dal mondo fuori dall'ospedale come in questa occasione. La carica che arrivava dall'esterno era travolgente e motivante ed è questo che ci ha permesso di arrivare ogni giorno al lavoro con più grinta e motivazione rispetto al giorno precedente. C'era la voglia di curare. La voglia di resistere.

Mazzucchelli Martina,
Ergoterapista CREOC
Ospedale Regionale di Lugano
6900 Lugano

Raveane Michelle
Ergoterapista
Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione
Brissago, Ospedale "La Carità" di Locarno

Forni Ruben
Fisioterapista CREOC
Scuola Universitaria Professionale
della Svizzera italiana SUPSI

Besana Tea,
Logopedista,
Clinica Hildebrand Centro di riabilitazione
Brissago, Ospedale Regionale di Lugano

Dr. med. Ognà Adam,
Pneumologia
Ospedale "La Carità"
6600 Locarno

Dr. med. Voinea Camelia,
Dr. med. Marco Conti,
Medicina intensiva
Ospedale Regionale di Lugano
6900 Lugano

Pozzi Christian,
Ergoterapista,
Scuola Universitaria Professionale
della Svizzera Italiana SUPSI
6928 Manno

Bibliografia a richiesta

info@rehaticino.ch