



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



EMERGENZA COVID-19

L'attività delle **Task Force Aziendale** e **Distrettuali**

T F A

Marzo • Maggio 2020

EMERGENZA COVID-19

L'attività delle Task Force Aziendale e Distrettuali

Marzo - Maggio 2020

Il presente volume è stato realizzato dall'Azienda USL di Bologna.

Si ringraziano per il contributo fornito alla elaborazione dei contenuti, anche in riferimento alle attività svolte nell'ambito delle Task Force Aziendale e Distrettuali, i numerosi professionisti coinvolti, compresi quelli dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant'Orsola Malpighi di Bologna, e le relative strutture di appartenenza, citate all'interno del documento.

Come è facile evincere dalle pagine che seguono, senza un forte spirito di collaborazione ed integrazione multidisciplinare, inter-aziendale e inter-istituzionale non si sarebbe mai realizzato il lavoro che si trova qui descritto. Motivo per cui un ringraziamento va anche a tutti gli Enti locali e ai Gestori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali dell'intero ambito metropolitano, nonché alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria Metropolitana di Bologna che ha rappresentato sede costante di coordinamento e confronto.

Si ringraziano infine coloro che hanno fornito un personale contributo alla stesura dei contenuti:

Michele Baccharini

Carlotta Bagaglia

Valeria Cavallina

Rosa Angela Ciarrocchi

Maria Cristina Cocchi

Carlo Descovich

Patrizia Farruggia

Fabia Franchi

Simona Genovese

Emilia Guberti

Giovanna Manai

Silvia Marcadelli

Monica Minelli

Alberto Mingarelli

Sandra Mondini

Paolo Pandolfi

Eno Quargnolo

Rita Tinti

Fausto Trevisani

Susanna Trombetti

Fabio Tumietto

Alberto Zanichelli

Sabina Ziosi

Indice

Task Force Aziendale

Allegato 1

Allegato 2

Task Force Distrettuale Appennino Bolognese

Allegato 1

Task Force Distrettuale Città di Bologna

Task Force Distrettuale Pianura Est

Task Force Distrettuale Pianura Ovest

Allegato 1

Allegato 2

Task Force Distrettuale Reno-Lavino-Samoggia

Task Force Distrettuale San Lazzaro di Savena



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



TASK FORCE AZIENDALE

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020

Attività Task Force Aziendale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
1. Buona collaborazione tra professionisti TFD e strutture, interventi celeri delle TFD e impegno delle strutture per cercare di contribuire alla soluzione delle situazioni emergenziali	1. Difficoltà dei Gestori e delle strutture di affrontare una emergenza dal punto di vista della organizzazione sanitaria: presenza e know-how del personale, gestione del rischio infettivo, conoscenze sul corretto utilizzo dei DPI
2. Collaborazione e scambio fra i professionisti delle TFD: coesione, arricchimento professionale ma anche sviluppo di conoscenza e fiducia nei rapporti interpersonali	2. Difficoltà da parte delle TFD di individuare un riferimento clinico/sanitario univoco per struttura: discontinuità nella responsabilità clinico/terapeutica ed assistenziale, eterogeneità di situazioni incontrate (MMG, medici di struttura, medici competenti laddove necessari per gestione rischio in struttura e sicurezza degli operatori)
3. Attività proattiva delle TFD: attività di prevenzione e intercettazione precoce al manifestarsi di potenziali criticità nelle strutture	3. Scarsa diffusione di strategie comuni da parte dei diversi Gestori/strutture: necessità per le TFD di ridefinire più volte indirizzi e linee operative, anche dovuta a differenziazioni e disallineamenti di competenze degli operatori e dei gestori delle strutture
4. Conoscenza approfondita e presa di coscienza delle caratteristiche della rete delle strutture residenziali: complessità, numerosità, eterogeneità (pubblico/privato, accreditato/non accreditato)	4. Situazioni di criticità dovute a vincoli spaziali, strutturali e logistici delle strutture visitate dalle TFD: difficile garantire distanziamento sociale, isolamento cautelativo, garanzia dei percorsi sporco-pulito
5. Allargamento del perimetro di azione Aziende sanitarie e costruzione di rapporti fra parte sanitaria, parte Enti locali e Gestori pubblici e privati: sviluppo di un "fronte comune" per gestire l'emergenza nel modo più efficace possibile	5. Criticità riscontrata rispetto al reperimento da parte dei Gestori/strutture personale infermieristico/assistenziale sostitutivo o integrativo per garantire la copertura della turnistica (anche notturna, vista l'emergenza in atto)

Valutazioni di sintesi

In merito al “che cosa fare” sulla base di quanto abbiamo imparato dalla pandemia di SARS CoV 2 si impongono delle riflessioni che permettano di rendere operativi in tempi celeri alcuni provvedimenti tutti orientati al miglioramento della gestione di un evento epidemico ma soprattutto del rischio infettivo, a prescindere dal fatto che si focalizzi l'attenzione su ambulatori, ospedali, o strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali (residenziali o semi-residenziali).

Risulta chiaro ai più che molto è cambiato e molto dovrà cambiare nella gestione e organizzazione delle strutture sanitarie e socio-sanitarie come immediata conseguenza del picco della pandemia da SARS CoV 2.

La grande attenzione che in queste settimane si rivolge alle modalità ri-organizzative degli spazi operativi (in particolare aree degenza ed ambulatoriali) deve essere orientata anche alla necessità di recuperare e presidiare in modo più appropriato l'adesione alle buone pratiche cliniche ed assistenziali incentrate sull'adozione sistematica di corrette precauzioni universali (standard, quale l'igiene mani, per contatto, per *droplet* e così via), che prescindono dalla circolazione di SARS CoV 2, e che costituiscono i capisaldi del contrasto alle infezioni correlate all'assistenza (ICA), oggetto delle azioni di *Infection Prevention and Control (IPC)*.

È noto da tempo, e ben prima della recente pandemia, che a causa della poderosa diffusione dei ceppi microbici multi-resistenti agli antibiotici, nel nostro Paese l'IPC è da diffondere, rilanciare e presidiare con grande forza, come testimoniato dai richiami internazionali ricevuti e che in parte hanno determinato una risposta con la promozione del Piano Nazionale di Contrasto dell'Antimicrobico-Resistenza (PNCAR 2017/2020), ad opera della Conferenza Stato-Regioni-PPAA. COVID è malattia che abbiamo imparato anche a considerare come vera e propria ICA: gli operatori sanitari, con infezione sintomatica o asintomatica, o in maniera ancor più insidiosa solo contaminati, hanno purtroppo giocato il ruolo di importanti vettori del virus e le strutture sanitarie e socio-sanitarie hanno rappresentato spesso ideali aree di diffusione anche incontrollata.

Le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, residenziali e semi-residenziali, aperte alle popolazioni più fragili, come ad esempio gli anziani e le persone con disabilità non autosufficienti, rientrano senza dubbio in questo scenario ed è necessario operare nelle seguenti direzioni per assicurare la più adeguata gestione delle stesse:

1. individuare in ciascuna struttura, accreditata e non, un referente clinico/figura sanitaria che sia il riferimento per i servizi sanitari competenti e che assicuri che vengano adottate tutte le misure di controllo e prevenzione delle infezioni correlate all'assistenza;
2. mantenere l'attività della Task Force aziendale e delle Task Force distrettuali a supporto di tutte le strutture residenziali e semi-residenziali, nella definizione di piani di miglioramento dei servizi, anche in vista della necessaria riorganizzazione degli spazi e dei percorsi nell'operatività "a regime";
3. assicurare continuità nelle proposte di formazione (in videoconferenza ed in presenza) a tutto il personale dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali, progettando le iniziative formative in base allo specifico fabbisogno del momento ed alla tipologia di servizio;
4. rafforzare il ruolo e la funzione dei professionisti degli Enti Locali nelle Task Force distrettuali così da divenire a pieno titolo "referenti istituzionali" per tutti gli attori, i servizi e le Istituzioni locali (educative, sociali, volontariato, ecc..) che possono essere di volta in volta coinvolti nel supporto ai servizi socio-sanitari e socio-assistenziali;

5. promuovere le collaborazioni tra Gestori dei servizi socio-sanitari e socio-assistenziali a livello distrettuale e/o aziendale, al fine di formalizzare accordi per la gestione di attività condivise ed in particolare per la gestione di procedure di acquisto di DPI e di selezione del personale. Su quest'ultimo tema i Gestori continuano a segnalare forti criticità nel reperimento del personale sanitario (in particolare Infermieri), nonostante il supporto fornito in tal senso dall'Azienda sanitaria che alle ASP del territorio metropolitano ha inviato sia proprio personale dipendente in assegnazione funzionale per un periodo a tempo determinato (nel periodo aprile – maggio per un totale di n. 9 unità di Infermiere e n. 7 unità di OSS), sia infermieri della Protezione Civile assegnati all'Azienda sanitaria (nel periodo aprile - giugno per un totale di n. 15 unità di Infermiere e n. 2 unità di OSS).

La scarsità del personale sanitario nei servizi socio-sanitari, così come la rivisitazione dei criteri di accreditamento e di autorizzazione al funzionamento, nonché il tema della sostenibilità gestionale delle strutture dopo il Covid-19, si ritiene siano oggetti di rilievo strategico nell'inevitabile ridisegno della rete dei servizi ed è pertanto necessario segnalarli all'attenzione dei competenti servizi regionali, disponibili a collaborare per l'individuazione delle azioni operative e delle modifiche normative più opportune.

L'attività della Task Force Aziendale

Gli effetti dirompenti dell'epidemia COVID-19 si sono manifestati principalmente nelle fasce d'età superiore ai 70 anni e, di conseguenza, le strutture socio-sanitarie che ospitano anziani sono state oggetto di precoce attenzione e monitoraggio.

Già dall'inizio del periodo del "lockdown", a seguito delle indicazioni tecnico-operative dell'ISS e delle sollecitazioni della CTSS Metropolitana, è stata istituita una Task Force Aziendale (TFA) con il fine di fornire un riferimento sia di raccomandazioni di best practice sia per supporto pratico alle CRA e alle altre strutture residenziali, per affrontare prontamente le situazioni di criticità che si possono manifestare in strutture ad alta concentrazione di ospiti ad elevato rischio clinico, anziani e disabili.

Attualmente, nel territorio dell'Azienda USL di Bologna sono presenti n. 7.496 anziani e disabili ospitati nella rete delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali (per un totale di n. 280 strutture residenziali) e di questi poco meno della metà sono in strutture socio-sanitarie accreditate, mentre la maggior parte si distribuisce in sedi non accreditate a gestione privata quali Case di Riposo, Comunità Alloggio e Case Famiglia.

Il principio su cui si fonda l'azione della TFA è che il necessario supporto alle strutture residenziali si realizza attraverso la collaborazione progettuale ed operativa tra tutte le componenti coinvolte: il team multidisciplinare dei professionisti sanitari e le UASS territoriali. Per prevenire lo sviluppo di situazioni critiche, ed in particolare evitare il rischio di sviluppo di focolai epidemici, per agire prontamente a seguito di segnalazioni di casi sospetti e per assicurare i necessari controlli sulle modalità operative del personale, con particolare riferimento all'uso di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), sono stati individuati ed inseriti nella TFA i professionisti esperti sia in materia di prevenzione del rischio clinico che di trattamento clinico-assistenziale: igienisti, geriatri, infettivologi, infermieri, palliativisti, medici del lavoro, psicologi hanno partecipato e collaborato, dapprima soprattutto in risposta alle segnalazioni delle strutture e poi, sempre più proattivamente, con l'organizzazione di accessi programmati.

Le maggiori difficoltà sono state riscontrate nelle primissime fasi dell'emergenza COVID-19, quando ancora le strutture non erano preparate all'impatto determinato dalla rapida diffusione dell'infezione in ambito residenziale; in quel momento è stato necessario l'intervento sul campo, anche in urgenza, di consulenti specialisti per valutazioni cliniche e assistenziali, trattamenti farmacologici antinfettivi e sintomatologici, effettuazione dei tamponi e monitoraggio dei casi, suggerimenti sulle modifiche organizzative necessarie a salvaguardare la salute di ospiti e operatori.

Per indirizzare gli interventi in modo tempestivo ed appropriato, è stato individuato nell'ambito del Dipartimento di Sanità Pubblica un centro operativo di raccolta delle segnalazioni, con recapito telefonico ed e-mail dedicata di riferimento per le strutture. Rispetto alla specifica attività messa in campo dal centro operativo, denominato "CRA Covid-19" ed afferente alla UO Prevenzione Rischio Infettivo nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali, si rimanda alla trattazione di dettaglio contenuta nell'allegato n. 1 a questa sezione del documento.

Le informazioni raccolte dal centro operativo “CRA Covid-19” e altre riguardanti la corretta gestione clinico-assistenziale e logistica dei casi dentro le strutture in corso di Emergenza Covid-19 sono state raccolte in documenti redatti e periodicamente revisionati da un gruppo di lavoro multidisciplinare e multi-professionale (infettivologi, igienisti, geriatri, infermieri, sociologi, professionisti dei Distretti e degli staff di Direzione) ed inviati alle CRA e alle strutture residenziali per anziani e disabili del territorio dell’AUSL di Bologna già alla fine di marzo 2020.

Nelle residenze a minore intensità assistenziale, la dotazione di personale sanitario presenta differenze significative rispetto a quella delle CRA, fino a piccole realtà di case famiglia prive di infermieri in cui l’unico riferimento sanitario è l’assistenza primaria del MMG a cui l’ospite è iscritto. Per creare una rete di assistenza e monitoraggio estesa sul territorio e supportare anche le piccole comunità residenziali, nella prima metà di aprile sono state costituite le Task Force Distrettuali (TFD), con lo scopo prioritario di organizzare la propria attività con modalità proattiva a favore di tutte le strutture socio-sanitarie, accreditate e non accreditate.

Per quanto riguarda nello specifico le strutture residenziali accreditate destinate a persone adulte con disabilità (Centri Socio Riabilitativi Residenziali - CSRR) è richiesta solo la presenza di una figura di infermiere che, data la natura educativo-riabilitativa delle stesse, è comunque limitata e non continuativa. Per tutti gli ospiti di queste strutture, l’attività di presa in carico clinica, rimane in capo esclusivamente al Medico di Medicina Generale competente. Questo comporta la compresenza di più riferimenti clinici per ogni struttura, con una conseguente impossibilità di gestione univoca delle attività cliniche che, soprattutto durante il periodo di emergenza, non era opportuno restassero frammentate o differenziate da servizio a servizio.

La segnalazione di contagio in due strutture residenziali per persone con disabilità ha reso evidente la necessità di un supporto clinico, che affiancasse e coadiuvasse l’attività dei MMG e degli operatori impiegati nei servizi per tutti gli aspetti relativi alla prevenzione, al controllo e alla gestione degli aspetti logistico/organizzativi, nonché allo stato di salute degli ospiti presenti all’interno di queste comunità.

A partire da metà aprile è stato quindi inserito nella Task Force Aziendale un ex MMG, da poco collocato a riposo, che ha svolto un ruolo di riferimento e consulenza sia per le strutture dedicate ad accogliere persone con disabilità sia per le Task Force Distrettuali con l’obiettivo di supportare i Gestori ed i MMG delle persone con disabilità nelle relazioni con i competenti servizi aziendali al fine di gestire nel modo migliore l’emergenza Covid-19.

L’attività della TFA è stata costantemente supportata dall’importante consulenza dei professionisti dell’Area Epidemiologia e Controllo del Rischio Infettivo (interaziendale) e del Processo Prevenzione e Controllo delle Infezioni - Igiene Ambientale e Smaltimento Rifiuti Ospedaliero, che hanno condiviso con i professionisti delle TFD gli accessi in strutture in casi complessi.

Lo strumento principale attraverso cui il sistema delle Task Force (Aziendale e Distrettuali) si è proposto di perseguire l’obiettivo primario, di supporto alle strutture nella gestione organizzativa e logistica ai fini della prevenzione e gestione del rischio infettivo, è la costante interazione tra le componenti e i livelli di attività. Il gruppo di coordinamento aziendale, in cui sono presenti i professionisti coinvolti nell’organizzazione e rappresentanti delle diverse discipline, si è impegnato per predisporre il documento con le indicazioni alle strutture (contenuto integralmente nell’allegato n. 2 a chiusura di questa sezione del documento), pianificare i percorsi informativi per mappare gli interventi (in urgenza e programmati) effettuati in ogni struttura, individuare modalità sperimentali per condurre un piano formativo

esteso al maggior numero di operatori possibile, monitorare periodicamente l'andamento dei casi sospetti-accertati tra ospiti e operatori.

Gli eventi formativi che hanno coinvolto tutte le strutture residenziali e diurne, accreditate e non accreditate, dedicate ad anziani e disabili si sono svolti dal 9 aprile al 25 maggio; utilizzando la piattaforma informatica Microsoft Teams è stato possibile coinvolgere 966 operatori nel corso di 10 videoconferenze. I temi trattati, scelti di volta in volta sulla base dei diversi target professionali presenti nelle strutture, sono stati:

- Misure di controllo della trasmissione Covid-19 (igienisti e infermieri esperti);
- Utilizzo Dispositivi Protezione Individuale (esperti in risk-management);
- Linee di indirizzo per la gestione clinica (geriatri, infettivologi);
- Gestione dei sintomi e aspetti comunicativo/relazionali nel rapporto con pazienti e familiari (medici e infermieri specialisti in cure palliative).

A favore degli OSS occupati nell'assistenza domiciliare, è stata realizzata un'importante iniziativa formativa che, a differenza degli altri percorsi, ha previsto oltre allo svolgimento di una parte teorica in piattaforma – durante la quale sono stati formati 160 operatori – anche lo sviluppo di una parte pratica in presenza per piccoli gruppi e tenuto da infermieri esperti, su vestizione/svestizione/uso DPI che ha coinvolto 196 OSS.

In definitiva e come si può notare dalla tabella sottostante sono stati formati 1.322 operatori impegnati nei seguenti setting: Case di Residenza per Anziani, Case di Riposo, Centri Diurni Anziani, Comunità Alloggio, Case famiglia, Gruppi Appartamento per anziani e disabili, Centri Socio Riabilitativi Residenziali per disabili (CSRR), Centri Socio Riabilitativi Diurni per disabili (CSR), Centri socio occupazionali e Laboratori per persone con disabilità e Assistenza domiciliare.

Tipologie di strutture e setting coinvolti	N. Partecipanti
CRA	319
Case di Riposo e CSRR	175
Comunità Alloggio, Case Famiglia, Gruppi Appartamento per anziani e disabili	146
OSS Assistenza domiciliare / Parte teorica e Pratica	356
CSR e OPIMM	150
Centri Socio occupazionali e Laboratori per persone con disabilità	106
Centri Diurni Anziani	70
TOTALE FORMATI	1.322

Nella tabella sottostante, inoltre, viene presentato il calendario degli appuntamenti formativi, suddiviso per tipologie di strutture, che riporta le tematiche affrontate, i docenti e il numero dei partecipanti.

Incontri di formazione a distanza su temi legati all'emergenza Covid-19 promossi dalla Direzione Attività Socio Sanitarie, dal Governo Clinico e dalla Formazione Aziendale della Azienda USL di Bologna dedicati agli operatori delle Strutture anziani e disabili accreditate e private e agli OSS dell'assistenza domiciliare				
Strutture	Data	Tema	Docenti	Numero partecipanti
CRA	09/04/2020	<i>Linee d'indirizzo per la gestione clinica</i>	Mirco Vanelli Coralli, Simona Linarello, Fabio Tumietto	70
	17/04/2020	<i>Gestione dei sintomi, sotto il profilo clinico ed assistenziale, e gli aspetti comunicativi/relazionali nel rapporto con pazienti e familiari.</i>	Danila Valenti, Fabrizio Moggia	98
	29/04/2020	<i>Utilizzo DPI</i>	Daniele Tovoli	79
	08/05/2020	<i>Confronto aperto sui dubbi e le difficoltà nella comunicazione con i pazienti e i famigliari nell'emergenza COVID-19.</i>	Danila Valenti, Fabrizio Moggia	72
Case di Riposo e CSRR	16/04/2020	<i>Misure di controllo della trasmissione COVID-19</i>	Patrizia Farruggia	107
		<i>Linee di indirizzo per la gestione clinica dei soggetti con Covid-19</i>	Mirco Vanelli Coralli	
	30/04/2020	<i>Utilizzo DPI</i>	Daniele Tovoli	68
Comunità Alloggio, Case Famiglia, Gruppi Appartamento per anziani e disabili	23/04/2020	<i>Misure di controllo della trasmissione COVID-19</i>	Patrizia Farruggia	146
		<i>Utilizzo DPI</i>	Daniele Tovoli	
		<i>Linee d'indirizzo per la gestione clinica</i>	Mirco Vanelli Coralli, Simona Linarello, Fabio Tumietto	
OSS Assistenza domiciliare	24/04/2020	<i>COVID-19: Misure preventive a domicilio</i>	Angela Zanni	160
		<i>Controllo della trasmissione COVID-19: utilizzo DPI</i>	Manuela Billi	
CSRD e OPIMM	06/05/2020	<i>COVID-19: Misure preventive a domicilio</i>	Angela Zanni	150
		<i>Utilizzo DPI</i>	Daniele Tovoli	
Centri Socio occupazionali e Laboratori per persone con disabilità	11/05/2020	<i>COVID-19: Misure preventive a domicilio</i>	Angela Zanni	106
		<i>Utilizzo DPI</i>	Daniele Tovoli	
OSS Assistenza domiciliare	13-14-15- 18-19-20-25 / 05 / 2020	<i>Corso Vestizione/Svestizione</i>	Manuela Billi	196
Centri Diurni Anziani	25/05/2020	<i>COVID-19: Misure preventive a domicilio</i>	Angela Zanni	70
		<i>Utilizzo DPI</i>	Daniele Tovoli	
TOTALE FORMATI				1.322

Attività di screening del Dipartimento Sanità Pubblica dell'Azienda USL di Bologna presso Case Residenza Anziani (CRA) e Case di Riposo (marzo - luglio 2020)

Gli anziani e i soggetti affetti da patologie croniche e da disabilità hanno dimostrato essere una popolazione particolarmente fragile nello scenario epidemiologico attuale. L'età media dei pazienti deceduti e positivi a COVID-2019 è di 81 anni, cioè circa 20 anni superiore a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione.¹

A fronte di questo dato si è resa necessaria da parte della Sanità Pubblica una tenace e capillare attività di monitoraggio e prevenzione rivolta a questo specifico target di popolazione.

A tal fine tra marzo e luglio 2020 il DSP dell'Azienda USL di Bologna ha intercettato 138 strutture residenziali per anziani, di cui 74 CRA (59 con contratto di fornitura, 15 senza contratto di fornitura) e 64 Case di riposo, presso le quali, durante tale periodo, sono state condotte mediamente due campagne di screening con tampone rino-oro-faringeo, rivolte sia agli ospiti che agli operatori, e due campagne di screening mediante test sierologico, rivolte esclusivamente agli operatori che operano presso 111 strutture residenziali per anziani indagate.

Per quanto concerne gli screening mediante tampone rino-oro-faringeo (tabella 1), sono stati testati un totale di 9.924 soggetti di cui il 60% ospiti e il 40% operatori, per un totale di 17.694 tamponi eseguiti (70% eseguiti su ospiti, 30% su operatori). Tale attività di screening ha interessato principalmente il Distretto Città di Bologna (40.8%).

Complessivamente è stato riscontrato un tasso di positività dell'8.3% (N = 825) sul totale della popolazione testata (Ospiti: N=625; 10.4% vs Operatori: N=200; 5%) con un range compreso tra l'1.7% del Distretto Appennino e il 15.9% del Distretto Pianura ovest. In tutti i distretti il tasso di positività è risultato essere maggiore negli ospiti rispetto agli operatori, con l'unica eccezione del distretto Appennino Bolognese (1.1% ospiti vs 2.6% operatori).

Il test sierologico è stato un ulteriore strumento di prevenzione secondaria rivolto agli operatori. Il percorso screening ha previsto un test di I livello (tabella 2) eseguito con test rapido, in seguito al quale i soggetti positivi sono stati sottoposti al test immunocromatografico di II livello (tabella 2), e solo in caso di confermata positività, anche a test molecolare. Complessivamente sono stati testati 4.054 operatori con 6.464 test sierologici. Durante la prima campagna di screening il 6.5% degli operatori testati (N=3.777) è risultato positivo al I livello; dei 533* operatori sottoposti a test di II livello, è risultato positivo il 43.5% della popolazione. In particolare, dei 232 positivi, il 48.2% sono risultati positivi solo alle IgG, il 22.4% alle IgM ed il 29.3% ad entrambe. 2.364 operatori hanno aderito una seconda volta alla campagna di screening, confermando il tasso di positività al I livello precedentemente rilevato, con un valore di 6.3%; mentre il 56% è risultato positivo al II (61.7% alle IgG, 17% alle IgM, 21.3% ad IgG ed

¹http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=4163

* 533 operatori sottoposti al II livello, comprendono 277 persone che hanno eseguito solo il II livello, 9 che hanno eseguito il II livello pur essendo risultati negativi al I, 247 positivi al I livello.

IgM). Nei distretti della Pianura Est ed Ovest sono stati più frequentemente rilevati degli operatori con test sierologico positivo.

Complessivamente, su 298 operatori sottoposti a tampone, 31 sono risultati positivi (10.4%), in particolare il 7.9% dei positivi alle IgG ed il 22.6% dei positivi ad IgG ed IgM, con una frequenza maggiore (2.4%) nel distretto Pianura Ovest.

Tabella N. 1. Risultati campagna di screening con tampone rino-oro-faringeo

DISTRETTO	TAMPONI ESEGUITI		SOGETTI TESTATI		SOGETTI POSITIVI	
	N	%	N	%	N	%
DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	2.184	12,3	1.512	15,2	25	1,7
DISTR. CITTA DI BOLOGNA	7.217	40,8	3.743	37,7	440	11,8
DISTR. PIANURA EST	2.390	13,5	1.331	13,4	88	6,6
DISTR. PIANURA OVEST	1.011	5,8	440	4,4	70	15,9
DISTR. RENO LAVINO E SAMOGGIA	2.634	14,8	1.494	15,1	129	8,6
DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	2.258	12,8	1.404	14,2	73	5,2
TOTALE AUSL BOLOGNA	17.694	100	9.924	100	825	8,3

Tabella N. 2. Test sierologici

			I LIVELLO								II LIVELLO											
AUSL Bologna	N. PERSONE Testate al I livello	N. PERSONE positive al test sierologico I livello N (%)	solo IGG+		solo IGM+		IGG+, IGM+		N. PERSONE Testate al II livello	N. PERSONE positive al test sierologico II livello	IGG+	SOGGETTI CON TAMPONE POST-SIEROLOGICO IGG+			IGM+	SOGGETTI CON TAMPONE POST-SIEROLOGICO IGM+			IGG+, IGM+	SOGGETTI CON TAMPONE POST-SIEROLOGICO IGG+, IGM+		
			N	%	N	%	N	%			N	N	POSITIVI N(%)	N	N	POSITIVI N(%)	N	N	POSITIVI N(%)	N	N	POSITIVI N(%)
1 round																						
Operatori sanitari/socio-sanitari	3.777	247	82	33,2	60	24,2	105	42,5	533*	232	112	101	7 (6.9)	52	46	0 (0)	68	66	15 (22.7)			
2 round																						
Operatori sanitari/socio-sanitari	2.364	150	72	48	53	35,3	25	16,7	168	94	58	51	5 (9.8)	16	16	0 (0)	20	18	4 (22.2)			

* 277 persone hanno eseguito solo il II livello e 9 hanno eseguito il II livello pur essendo risultati negativi al I.

COMPOSIZIONE TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19
STRUTTURE E SERVIZI SOCIO-SANITARI

AGGIORNAMENTO A MAGGIO 2020														
TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19	GOV. CLIN. RACCORDO CON D.S.	DIREZIONE DISTRETTI	DIREZIONE DASS	DIP. SANITA' PUBBLICA		GERIATRIA TERRIT.LE	DATeR STRUTT. SOCIO-SANIT.	DATeR SANITA' PUBBLICA	UO SERV. PREVENZ. PROTEZ.	ALTRI PROFESS. SANITARI	SUPPORTO AMM.VO	REFERENTE ISTITUZIONI LOCALI	REFERENTE SERV. SOC. TERRIT.	REF. AREA GRAVE EMARGIN. ADULTA
				IGIENE PREV. RISCHIO INFETT.	MEDICINA LAVORO									
COORDINAMENTO AZIENDALE	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	PANDOLFI										
TASK FORCE AZIENDALE (TFA)	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	FARRUGGIA GUBERTI		VANELLI CORALLI LINARELLO	SIMONI	BICEGO		MATRA' (MMG PER STRUTT. DISABILI)				
TASK FORCE DISTRETTUALI (TFD)	APPENNINO BOLOGNESE		MONDINI	CAVALLINA	BELLETTI	FRANCHI	LOLLI	CAPANNI	BETTI MARCACCI	FINI	GUIDOTTI	SANTONI FANINI	NICCOLI	
	CITTA' BOLOGNA		TREVISANI	CIARROCCHI	MAURIZI ACACCI NAVACCHIA	FRANCESCHINI	LINARELLO MAIOLI GARDELLINI	LA RICCIA CAPPELLI	DAOLIO BERTONCELLO ZUFFA	MAZZOLI	BERTAGNI BEDA VERBENA	ACCORSI	BARIGAZZI TOMESANI GALLETTI	GADDI BRANDOLI VENTURI ASSUERI RESI BASSINI
	PIANURA EST		COCCI	TINTI ALBERGHINI BENATI TADDIA	BELLOLI SANTINI	CAMAGNI	VANELLI CORALLI	TARDIOLI	GAMBETTI GNUDI	FANTUZZI	PERUCCI FELICANI	FERRANTI DEL MUGNAIO	GUTTA DAURO TARTARINI	
	PIANURA OVEST		ZANICHELLI	ZIOSI	BELLOLI	CAMAGNI	VANELLI CORALLI	TARDIOLI	TORDI RIMONDINI		MACCAFERRI	SCAGLIARINI	BASSI MARZANO SARTI	
	RENO-LAVINO-SAMOGGIA		FRANCHI	MANAI	RISI	FRANCHI	ORLANDUCCI	CAPANNI (REGAZZI)	FANCELLO GALLUZZO LEONE		FINI	BERNINI	PARMEGGIANI LAMONICA SANDRI (Prot.Civ.)	PERI
	SAN LAZZARO		QUARGNOLO	MINGARELLI	MODELLI	GIACOMOZZI MURA	TEMPESTINI LANZONI	TARDIOLI (REGAZZI)	BOSSIO BATTISTELLA		SUPPRESSA ROCCA RESTINO	PIZZO	LORENZINI AGRESTINI CAPUTO	

ATTIVITA' TASK FORCE DISTRETTUALI CON INTERVENTI DIRETTI PRESSO LE STRUTTURE

SOPRALLUOGHI IN STRUTTURE RESIDENZIALI PER ANZIANI E DISABILI - AZIENDA USL DI BOLOGNA Marzo - Maggio 2020														
	Appennino Bo		Città di Bologna		Pianura Est		Pianura Ovest		Reno Lav Sam		San Lazzaro		Azienda USL	
TIPOLOGIA SERVIZIO RESIDENZIALI	N° STRUTT.	N° SOPRALL.	N° STRUTT.	N° SOPRALL.	N° STRUTT.	N° SOPRALL.	N° STRUTT.	N° SOPRALL.	N° STRUTT.	N° SOPRALL.	N° STRUTT.	N° SOPRALL.	N° STRUTT.	N° SOPRALL.
Casa Residenza Anziani non autosufficienti (CRA)	9	9	18	24	11	18	4	9	2	3	8	14	52	77
Casa di riposo/Casa Albergo/Albergo/Casa Protetta Anziani	7	7	17	40	23	25	1	1	18	41	15	18	81	132
Comunità Alloggio/Gruppo Appartamento/Casa Famiglia Anziani	3	3	15	10			12	12	17	1	19	22	66	48
Alloggi con servizi/Appartamenti residenze protette			4	4							1	2	5	6
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Disabili (CSRR)	1	1	5	9	8	8	1	1	2	2	1	1	18	22
Comunità Alloggio/Gruppo Appartamento/Casa Famiglia Disabili	3	3	24	21			1	1	5	5	3	3	36	33
Altre strutture (Centri Diurni Disabili/Casa di Cura/Comunità Religiose/Strutture marginalità e vulnerabili)				14			8	8			1	2	9	24
TOTALE	23	23	83	122	42	51	27	32	44	52	48	62	267	342

Allegato 1

Attività UO Prevenzione Rischio Infettivo nelle Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali- Dipartimento Sanità Pubblica

Sono state garantite **67** giornate di presenza in reperibilità telefonica, garantendo il servizio anche nella giornata di sabato e durante le festività.

Sono state ricevute al 31 maggio **165** telefonate, osservando una sensibile diminuzione del numero delle chiamate in ingresso nelle ultime settimane, a fronte di un sostanziale aumento dell'attività di "recall" e presa in carico anticipatoria che effettuata con costanza, ma non conteggiata in quanto attività routinaria della UO PRISST.

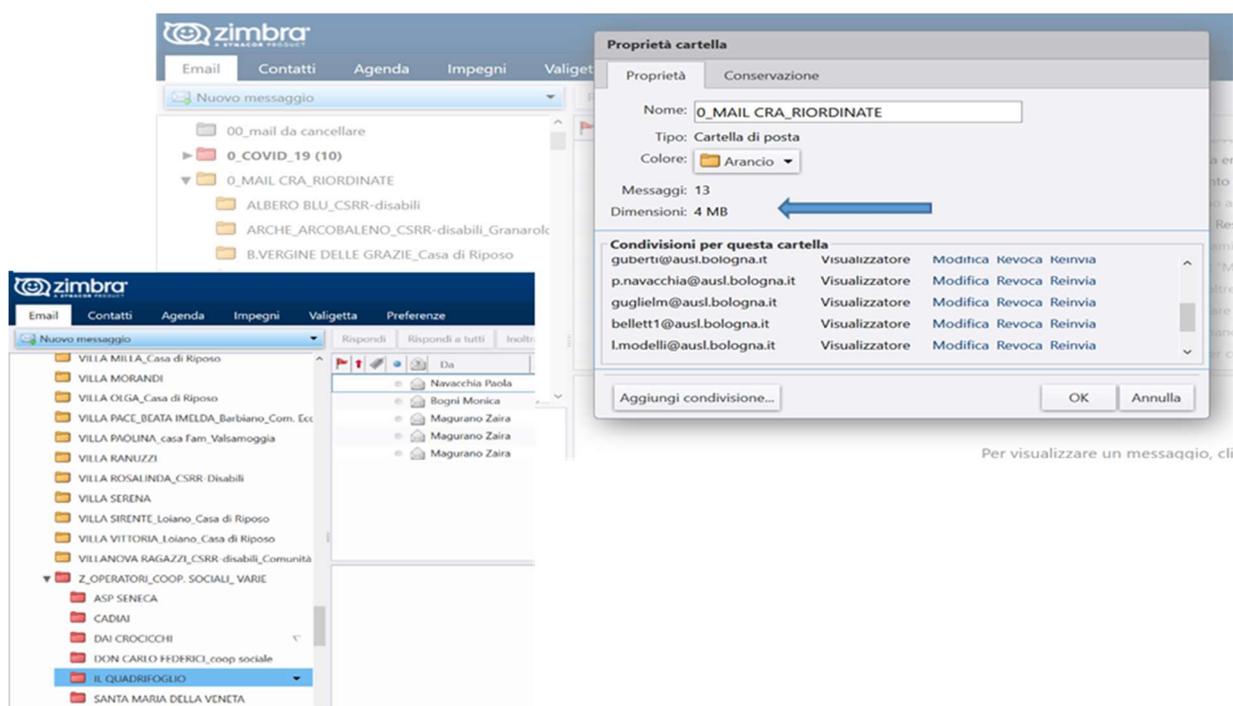
Le domande principali si sono concentrate in un primo tempo su due temi focali: la disponibilità di dispositivi di protezione individuale e l'effettuazione dei tamponi.

In merito ai dispositivi di protezione individuale merita evidenza che fino al giorno 07 aprile – data di pubblicazione della Istruzione Operativa Aziendale distribuita con nota prot. PG0038802 –, è stato particolarmente difficile reperire, e quindi fornire, indicazioni chiare e univoche alle strutture.

- Gestione "alias" comunicazioni via mail

Dal **13 marzo** è stato creato un indirizzo mail alias: cra-covid19@ausl.bologna.it che, dapprima gestito dai soli operatori assegnati PRISST, è stato via via arricchito di partecipanti. Dal **30 marzo** sono in poi sono stati inseriti nell'alias **8 dirigenti** del Dipartimento Sanità Pubblica, in appoggio alla UO.

Le mail processate al 31 maggio sono state: **3.447**, nessuna comunicazione è rimasta inevasa. Per una migliore gestione del flusso delle comunicazioni è stata creata, sulla posta di ciascun partecipante all'alias che ne ha fatto richiesta, una cartella specifica così che attraverso un sistema di filtro sono convogliate automaticamente in apposito contenitore virtuale le mail indirizzate a cra-covid19, al fine di mantenere prioritaria la presa in carico delle comunicazioni.

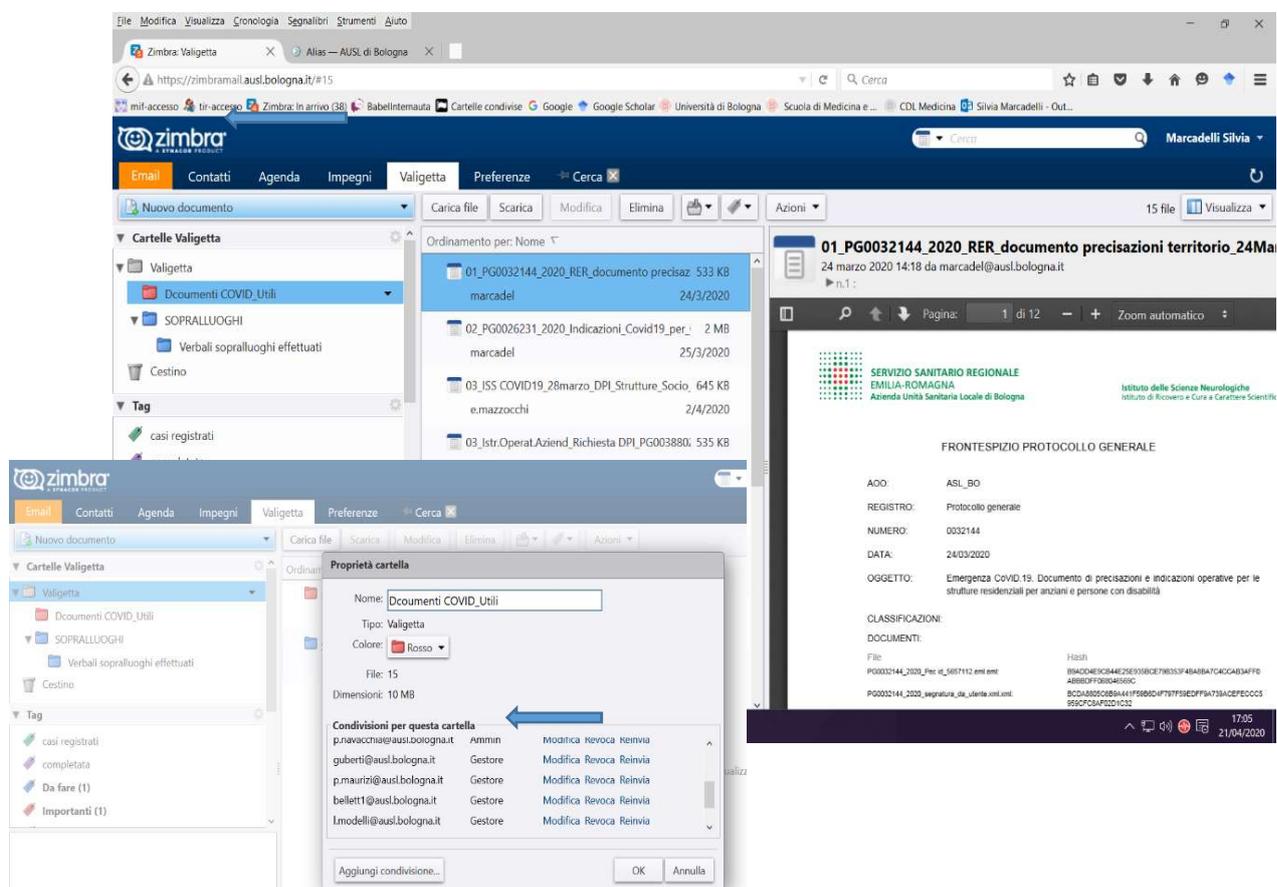


Per consentire ai nuovi inseriti nell'alias di accedere allo storico delle comunicazioni e per una più facile consultazione e ricerca delle attività svolte, è stata creata una cartella di

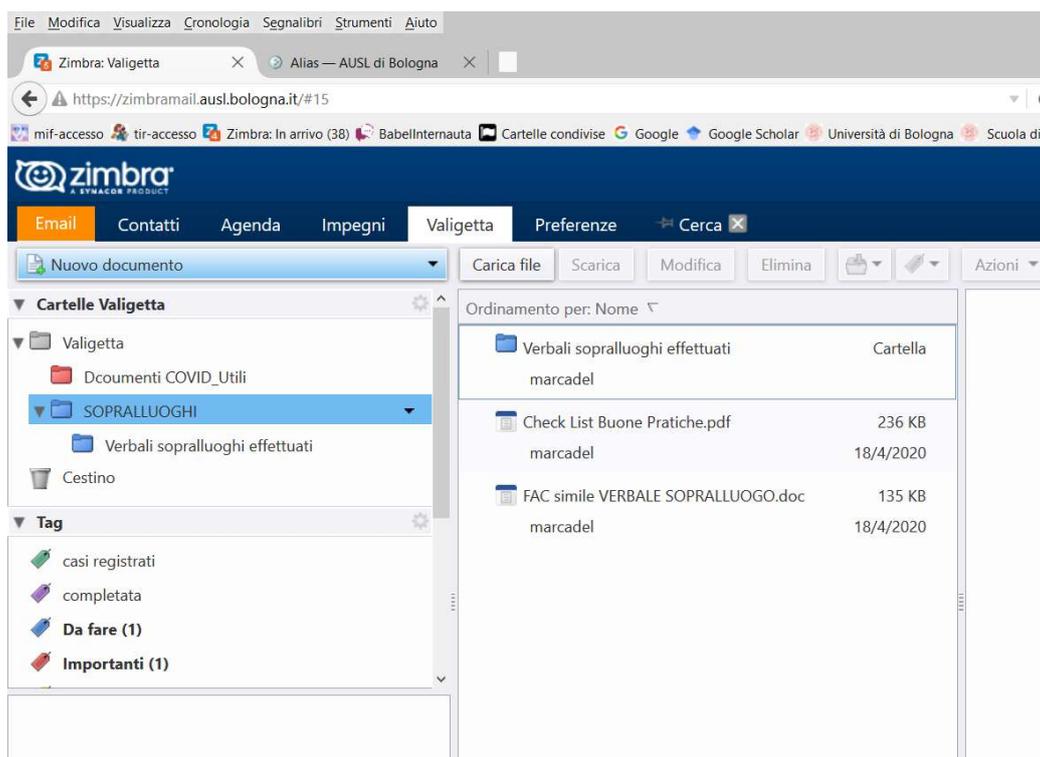
raggruppamento delle comunicazioni per singola struttura, condivisa con tutti i partecipanti all'alias. Ogni giorno un operatore del PRISST analizza le mail, individua e segnala le priorità su cui porre attenzione e ri-ordina le comunicazioni relative a ciascuna struttura inserendole nell'apposita cartella.

Sono classificate **160 strutture residenziali**, di cui **11 ospedali privati** e **13 cooperative sociali** a cui sono state date risposte e con cui si sono affrontate situazioni specifiche.

Per consentire, inoltre, una rapida disponibilità dei documenti fondamentali da proporre alle strutture per la gestione dell'emergenza COVID19 è stato utilizzato lo strumento "valigetta", anche questo condiviso con gli operatori, compresi i tecnici della prevenzione assegnati in appoggio alla UO per le attività di sopralluogo, che raccoglie tutta la documentazione utile e necessaria, come check-list o verbali da utilizzarsi o completati durante i sopralluoghi.



Per i sopralluoghi sono stati predisposti appositi kit contenenti info grafiche da lasciare in struttura, check-list buone pratiche e facsimile di verbale da redigere a seguito del sopralluogo.



Sono stati effettuati circa **300** sopralluoghi sia in strutture accreditate che non accreditate, in tutte le aree distrettuali, come descritto in dettaglio più avanti.

- **Reportistica quotidiana**

Ogni giorno entro le 16 viene co-prodotto insieme al DASS il report di rendicontazione dei casi segnalati all'interno delle strutture e inviato alla Direzione Generale.

Tali casi riguardano:

- Segnalazione di ospiti sospetti sintomatici, isolati in struttura o ricoverati in ospedale;
- Segnalazioni di operatori sospetti sintomatici, assenti dal lavoro in attesa di definizione diagnostica;
- Ospiti positivi confermati, isolati in struttura o ricoverati in ospedale;
- Operatori positivi confermati, isolati a domicilio o ricoverati in ospedale;
- Deceduti;
- Guariti;
- Numero di tamponi effettuati;
- Sopralluoghi;
- Recapiti medici di struttura e medici competenti se disponibili.

Il report così elaborato viene inoltre inviato con cadenza settimanale al Servizio Assistenza Territoriale della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna (dato del lunedì trasmesso nella giornata di martedì).

- **Censimento strutture e creazione scheda anagrafica**

È stata effettuata un'attività di raccolta dei numeri telefonici dei medici di struttura (ovvero MMG di ospiti) e di medici competenti di tutte le strutture della provincia, dove disponibili (CRA

- Case di riposo, Case Famiglia, Centri residenziali disabili...). È stato quindi prodotto un file, separato per distretti e per tipologia di struttura, che costituisce un'anagrafica di tutte le strutture presenti sul territorio provinciale reso disponibile ai componenti delle articolazioni distrettuali.

Con l'occasione si sono informate le strutture sulle buone pratiche, prendendo un primo contatto, e sono stati forniti i recapiti telefonici e mail per le eventuali necessità.

Allegato 2

Emergenza COVID-19 **Indicazioni per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale nelle CRA e nelle** **strutture residenziali per anziani e disabili del territorio dell'AUSL di Bologna** **(REVISIONE 8 - DEL 25.05.2020)**

Gruppo di lavoro: Vera Maria Avaldi, Rosa Angela Ciarrocchi, Carlo Descovich, Patrizia Farruggia, Simona Genovese, Simona Linarello, Patrizia Maurizi, Monica Minelli, Fabrizio Moggia, Paolo Pandolfi, Maria Cristina Pirazzini, Anna Simoni, Fausto Trevisani, Susanna Trombetti, Danila Valenti, Mirco Vanelli Coralli, Emilia Guberti.

Documenti di riferimento:

- Comunicazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, nota PG/2020/0240903 del 20/03/2020 "Emergenza COVID-19: indicazione per i servizi territoriali e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità"
- Comunicazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna "Emergenza CoViD-19. Documento di precisazioni e indicazioni operative per le strutture residenziali per anziani e persone con disabilità", recepita ASL_BO PG/0032144 del 24/03/2020
- Linee di indirizzo per la costituzione delle Unità speciali di Continuità Assistenziale nelle Aziende USL della Regione Emilia-Romagna (17/03/2020 Protocollo generale ASL BO numero 0029184)
- Rapporto ISS COVID-19 n 2/2020 del 14.03.2020 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da sars-cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie"
- Rapporto ISS COVID-19 n 4/2020_rev 17.04.2020 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da sars-cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie"

SOMMARIO

PREMESSA

MODALITA' ORGANIZZATIVE: TASK FORCE AZIENDALE

1. Obiettivi e funzioni della Task Force Aziendale
2. Modalità e criteri di attivazione della Task Force Aziendale

RACCOMANDAZIONI: INDICAZIONI GENERALI DI GESTIONE OPERATIVA

ALLEGATO 1 - Anagrafe strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali

ALLEGATO 2- Task Force Distrettuali

ALLEGATO 3 - Composizione Task Force Aziendale e Distrettuali

ALLEGATO 4 - Fac-simile di verbale

ALLEGATO 5 - Check List Buone pratiche Covid 19

DEFINIZIONI	
SARS-CoV-2	Virus che causa l'attuale epidemia di Coronavirus denominato "Sindrome respiratoria acuta grave coronavirus 2"
COVID-19	Malattia respiratoria provocata dal nuovo Coronavirus ("CO"-rona, "VI"-rus, "D"-isease e "19" indica l'anno in cui si è manifestata)
ABBREVIAZIONI	
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CeMPA	Centrale Metropolitana Post-Acuzie
CRA	Case Residenza Anziani
CSRR	Centri Socio-Riabilitativi Residenziali
DASS	Direzione Attività Socio-Sanitarie
DATeR	Direzione Assistenziale Tecnica e Riabilitativa
DPI	Dispositivi di protezione individuale
DSP	Dipartimento di Sanità pubblica
EELL	Enti Locali
MMG	Medico di Medicina Generale
PCOVID	Punto unico di riferimento per la gestione dei percorsi ospedale-territorio dei pazienti con COVID-19
PRISST	Prevenzione Rischio Infettivo Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali
PS	Pronto Soccorso
TSD	Task Force Distrettuale
UASS	Unità attività Socio-Sanitarie
UO	Unità Operativa
USCA	Unità Speciali di Continuità Assistenziali
USL	Unità Sanitaria Locale

PREMESSA

Nello scenario attuale determinato dall'emergenza COVID-19 si stanno manifestando in maniera sempre più frequente criticità che coinvolgono sia le CRA che le altre strutture residenziali, che non hanno un importante presidio di personale sanitario e i cui ospiti hanno come riferimento clinico il MMG. Tali criticità sono legate soprattutto al riscontro di un numero sempre crescente di ospiti con sintomi sospetti o risultati positivi per infezione da nuovo Coronavirus con tutte le conseguenti ripercussioni clinico-organizzative e gestionali, profilandosi il rischio di focolai epidemici in strutture ad alta densità di utenti fragili.

Nel territorio dell'AUSL di Bologna ci sono 7511 anziani e disabili ospitati nella rete delle strutture socio-sanitarie e socio assistenziali (Allegato 1) e di questi poco meno della metà sono in strutture socio-sanitarie accreditate, mentre la maggior parte si distribuisce in sedi non accreditate a gestione privata quali Case di Riposo, Comunità Alloggio e Case Famiglia.

Per affrontare tale scenario e le potenziali criticità ad esso connesse, si ritiene opportuno sviluppare un modello di intervento e sorveglianza anche proattiva nei confronti di queste strutture così da prevenire e gestire situazioni di criticità inerenti ai focolai epidemici ed assicurare i necessari controlli sulle modalità operative del personale, con particolare riferimento all'uso di DPI

Il presente documento:

- descrive le **raccomandazioni e le modalità organizzative** da mettere in atto in questa situazione di emergenza, mentre gli aspetti di gestione clinico-assistenziale rivolti nello specifico per le CRA vengono descritti in un documento a parte
- si rivolge ai **professionisti delle CRA e ai professionisti di tutte le altre strutture socio-assistenziali residenziali anziani e disabili** (accreditate e non).

Sono da considerarsi destinatari di questo documento anche i professionisti dell'AUSL Bologna impegnati nelle Task Force Aziendale e Distrettuali, e in tutti servizi sanitari o socio-sanitari coinvolti.

Di seguito vengono descritte le modalità organizzative, gestionali e operative, nonché alcune raccomandazioni essenziali, che il gruppo di lavoro ritiene implementare per la gestione dell'emergenza COVID-19 nelle CRA e nelle altre strutture residenziali.

MODALITA' ORGANIZZATIVE: TASK FORCE AZIENDALE

Prendendo spunto dalle recenti indicazioni Regionali e Nazionali, viene istituita una **Task Force Aziendale (TFA)** di riferimento per le CRA e le altre strutture residenziali, in coordinamento con le UASS territoriali.

1. Obiettivi e funzioni della Task Force Aziendale

- **Supporto nella gestione organizzativa e logistica ai fini della prevenzione e gestione del rischio infettivo** nelle strutture (in Allegato 5: check-list per condurre la visita di verifica)
 - **riorganizzazione degli spazi per isolamento** ospiti con infezione sospetta/confermata finalizzata alla prevenzione della diffusione dell'infezione

- pianificazione e realizzazione del **piano di controllo e prevenzione** delle infezioni e **addestramento** del personale all'utilizzo dei DPI, rafforzando strategie utilizzate dalle stesse strutture per prevenire la diffusione virale
 - supporto alla **gestione e alla riorganizzazione dei piani assistenziali** anche con eventuale individuazione di ulteriori risorse. Come ad esempio un infermiere presente temporaneamente (7-14 giorni) in quelle sedi con casi di infezione potrebbe facilmente sovrintendere all'assistenza di casi leggeri, paucisintomatici, gestire la terapia, monitorare gli ospiti, curare le relazioni con i MMG, gestire gli invii al PS in modo appropriato
 - **individuazione**, in accordo con il gestore, il medico di struttura e/o MMG, del **setting più appropriato per la gestione del percorso clinico assistenziale** dei singoli ospiti. Quest'attività presuppone un raccordo diretto con il PCOVID per la gestione delle disponibilità di posti letti in altri servizi sanitari dedicati; il PCOVID opera in stretta collaborazione con le UASS distrettuali per le disponibilità di posti letto dedicati nella rete dei servizi socio-sanitari
 - **quantificazione** per ogni struttura della **capacità massima di accoglienza** di pazienti con COVID-19 che non necessitano di ventilazione forzata o di trasferimento in ambiente ospedaliero
 - predisposizione della tenuta di un **registro** nel quale annotare il **personale** che si occupa dei casi per sorveglianza sanitaria
 - agevolazione e definizione della modalità di rientro in struttura di pazienti dimessi dagli ospedali
- **Supporto nella gestione clinico-assistenziale di pazienti (certi o sospetti di COVID-19) nelle strutture:**
 - condivisione di criteri clinici per **trattamento** e per eventuale **trasferimento** del soggetto in ospedale
 - condivisione dei criteri per **approccio palliativo** e supporto per la messa in atto delle azioni condivise
 - supporto alla **comunicazione** con i familiari
 - **Rapporto con MMG di riferimento** per eventuale attivazione dell'USCA Territoriale nelle strutture per anziani non accreditate e nei CSRR
 - **Monitoraggio dei casi**
 Monitoraggio quotidiano della situazione relativa alla diffusione COVID-19 nei servizi socio-sanitari (ospiti ed operatori sospetti, in attesa di tampone, positivi, guariti o deceduti). Inoltre, verrà messa in atto la condivisione con gli altri servizi territoriali (PCOVID/USCA/MMG) della casistica e delle azioni messe in atto
 - **Valutazione dei criteri esecuzione di tamponi degli ospiti in struttura**
 Il Dipartimento di Sanità Pubblica, allertato dal Servizio UO Prevenzione Rischio Infettivo Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie, si attiverà per l'esecuzione di tamponi in struttura, quando indicati, e raccoglierà informazioni sulla filiera dei contatti tramite gli operatori in carico alla linea di produzione tamponi (tamponicovid del DSP) ed in collaborazione con il DATER aziendale.
 Per l'esecuzione, la Task Force si rende disponibile a formare gli operatori della CRA relativamente alle modalità di esecuzione dei tamponi e alla gestione dei campioni per l'invio in laboratorio, che seguirà lo stesso percorso di richiesta degli altri esami di laboratorio.

- **Supporto formativo**

La formazione è rivolta agli operatori delle Strutture Residenziali e si svolge in videoconferenza su piattaforma informatica. Il pacchetto formativo è articolato sui seguenti argomenti:

- Prevenzione del rischio infettivo e utilizzo dei DPI
- Gestione clinico-assistenziale del caso, sia sotto il profilo internistico-infettivologico che di controllo dei sintomi

2. Modalità e criteri di attivazione della Task Force Aziendale

È opportuno segnalare tempestivamente i **casi sospetti** di infezione da SARS-CoV-2, identificati secondo i seguenti criteri: comparsa di sintomi come **febbre \geq 37.5°**, **tosse secca**, **dispnea**. Alla luce del quadro epidemiologico e della proporzione di soggetti che possono manifestare sintomi lievi, è opportuno **porre attenzione** anche ad altri sintomi come **mal di testa**, **diarrea**, **emottisi** come potenziali sintomi di allerta.

La segnalazione quotidiana di questi casi deve essere fatta contattando il recapito cra-covid19@ausl.bologna.it, che fa capo alla UO-PRISST (Prevenzione Rischio Infettivo Strutture Sanitarie e Socio-Sanitarie Territoriali) del Dipartimento di Sanità Pubblica. Le segnalazioni, lette e classificate per specifica struttura, vengono prese in carico dai componenti del DSP presenti in UO-PRISST, per sede distrettuale di appartenenza della struttura stessa, che forniscono le prime indicazioni per le modalità di intervento adeguata alle necessità rilevate, ovvero re-inoltrate a specifici settori, interni o esterni al DSP, per la presa in carico di specifici temi: esecuzione/refertazione tamponi, necessità di Dispositivi, sorveglianza degli operatori. La presa in carico e la successiva risposta fornita è monitorata e, nel caso, sollecitata, fino ad essere archiviata una volta conclusa. L'archivio informatizzato, visibile in cartelle condivise, è strumento di lavoro per reportistica e specifiche indagini aziendali, regionali e di autorità giudiziaria. In archivio vengono registrati i sopralluoghi svolti da TF Distrettuali e relativi verbali.

La UO-PRISST/DSP valuta le azioni necessarie alla presa in carico della segnalazione e, in accordo con il coordinatore della Task Force Distrettuale (Direttore di Distretto o Responsabile UASS, su delega del DD), attiva i professionisti di riferimento distrettuale fornendo loro le indicazioni per le modalità di intervento adeguato alle necessità rilevate, a seconda del carattere di urgenza e/o della necessità di un accesso in struttura. I Distretti, a loro volta, sottopongono alla Task force Aziendale la lista degli interventi programmati dalle Task Force Distrettuali.

Le **Task Force Distrettuali (TFD)** sono costituite con l'obiettivo prioritario di porsi in maniera proattiva rispetto alle azioni ed interventi da effettuarsi nei confronti della rete delle strutture socio-sanitarie accreditate e non accreditate: in Allegato 2 sono indicate in dettaglio le tipologie di azioni previste per tale scopo primario. Sul piano operativo, i professionisti delle diverse discipline fanno capo ad uno o più Distretti e si attivano, in base alle competenze che di volta in volta è opportuno mettere in campo, sia che si tratti di interventi effettuati su segnalazione delle strutture (prese in carico dalla TFA) che di accessi programmati (per le azioni correlate alla primaria funzione proattiva delle TFD). A garanzia dell'efficacia degli interventi, si rende necessaria una forte integrazione informativa tra TFA e TFD; nel caso in cui i professionisti della equipe intervengano in struttura autonomamente, ad esempio come può avvenire per il supporto alla gestione clinico-assistenziale degli ospiti, è opportuna la segnalazione degli interventi e delle attività all'alias cra-covid19@ausl.bologna.it e alla UASS di riferimento, al fine di alimentare il flusso informativo e le necessarie funzioni di coordinamento. In Allegato 3 sono indicati i nominativi dei professionisti che fanno capo alle Task Force, Aziendale e Distrettuali.

Ogni TFD definirà un coordinatore, di norma il Direttore di Distretto o Responsabile UASS (su delega del DD). Ogni coordinatore fornisce n° di telefono di riferimento della TFD e una mail di riferimento. Il Coordinatore mantiene le relazioni con la Task Force Aziendale così come quest'ultima si relaziona con il Coordinatore, che deve essere sempre aggiornato rispetto agli eventi e decisioni che riguardano il proprio territorio.

Gli esiti e le decisioni conseguenti agli eventuali sopralluoghi sono documentati in un report sintetico, redatto dalla equipe intervenuta, da inviare al Coordinatore del TFD, al Direttore Distretto, alla UASS di competenza, al DSP (Allegato 4).

RACCOMANDAZIONI: INDICAZIONI GENERALI DI GESTIONE OPERATIVA

Indipendentemente dall'attivazione della Task Force è opportuno che le strutture mettano in atto le seguenti raccomandazioni essenziali, facendo particolare riferimento al documento regionale *Comunicazione della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare della Regione Emilia-Romagna, recepita con Prot n 31536 del 23.03.20 "Emergenza COVID-19: indicazione per i servizi territoriali e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità:*

- appropriato utilizzo dei **Dispositivi di Protezione Individuale** per gli operatori sanitari e sociosanitari: una diffusione dell'infezione tra gli operatori richiede il loro allontanamento dal luogo di lavoro con un conseguente maggior carico di lavoro che, in caso di una elevata diffusione dell'infezione anche tra gli ospiti, aumenterebbe ulteriormente e graverebbe su quanti rimangono in servizio
- **ottimizzare l'organizzazione del lavoro** affinché gli operatori che lavorano più in contatto con pazienti con sospetto COVID-19 non ruotino in ambienti con ospiti a basso rischio COVID-19
- accogliere i **nuovi ospiti in un nucleo** (area, piano) **dedicato**, evitando il contatto con gli altri ospiti già residenti. Si raccomanda di **limitare le nuove ammissioni** ai casi urgenti e improcrastinabili anche per consentire la riduzione del numero di ospiti necessaria a poter gestire i casi in isolamento. Ogni nuovo accesso deve essere sottoposto ad una procedura di controllo delle condizioni cliniche e dei fattori di rischio relativamente al COVID-19 e subordinato all'adozione di misure idonee a garantire adeguato distanziamento sociale tra gli ospiti.
- **limitare gli spostamenti** degli ospiti all'interno della struttura e tentare una riorganizzazione in cui sia possibile garantire la **distanza di almeno 1 metro** (se possibile anche fino a 2 metri) tra un ospite e l'altro
- non consentire **l'accesso alla struttura ai familiari** degli ospiti salvo necessità e/o situazioni particolari, che devono essere autorizzate dalla Direzione della struttura. Può essere opportuno promuovere e incentivare i contatti degli ospiti con i loro familiari per **via telematica e con videochiamata**
- individuare tempestivamente i **soggetti sintomatici** attraverso checklist apposta in corso di strutturazione anche adottando **strategie di ricerca proattiva** dei casi sintomatici (es misurazione periodica della temperatura corporea a tutti gli ospiti) e procedere come segue:
 - o se possibile, **isolare il soggetto in una stanza singola**, dotata di buona ventilazione (possibilmente dall'esterno) e di proprio bagno. La porta di accesso deve rimanere chiusa
 - o lasciare possibilmente all'interno della stanza di degenza i **presidi medici** per il monitoraggio (ad es. termometro, sfigmomanometro, saturimetro o pulsiossimetro)
 - o predisporre quanto necessario per l'eventuale somministrazione di **ossigeno**
 - o se è necessario trasferimento di un ospite sospetto COVID-19 all'interno della struttura, seguire un **percorso prestabilito** (utile pianificazione a priori dei percorsi sporco-pulito dentro la struttura), riducendo così al minimo la possibilità di trasmissione dell'infezione. Durante tutto il trasferimento interno, l'ospite dovrebbe indossare una **mascherina chirurgica**, se tollerata.

- **dedicare all'assistenza diretta all'ospite un infermiere e un operatore** per turno al fine di ridurre il numero di operatori che vengono a contatto. Infermiere e operatore quando operano nella stanza di degenza devono indossare i DPI
- Individuare locali vestizione-svestizione del personale

Rientri dopo ricovero ospedaliero.

A. **Caso COVID positivo:** la struttura accoglie il paziente con raggiunta guarigione virologica, definita dalla presenza di due tamponi nasofaringei di guarigione negativi a distanza di almeno 24 ore uno dall'altro ed eseguiti dopo 14 giorni dall'assenza dei sintomi.

In questo caso non è indicato un isolamento cautelativo in camera singola, ma il rigoroso rispetto delle misure igieniche di prevenzione standard ed aggiuntive.

In generale non è indicata nessuna ripetizione di tamponi per questi pazienti.

B. **Caso COVID negativo o non indicato (cioè paziente ricoverato senza alcun sospetto COVID):** la struttura accoglie il paziente asintomatico con un tampone negativo fatto 24-48 ore prima della dimissione.

In questo caso è indicato un isolamento cautelativo da contatto per 14 giorni (camera singola, cohorting dedicata o isolamento spaziale). Dopo l'isolamento deve essere applicato un rigoroso rispetto delle misure igieniche di prevenzione standard.

In caso di comparsa di sintomi suggestivi di malattia COVID-19, in accordo con il Medico di struttura, può essere opportuno sottoporre l'ospite a tampone.

ALLEGATO 1 - Anagrafe strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI

(ACCREDITATE E NON ACCRED

Azienda USL di Bologna - Maggio 2020

NUMERO POSTI PER TIPOLOGIA E COMPLESSIVO

RESIDENZIALE ANZIANI - N. POSTI	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	DISTR. PIANURA EST	DISTR. PIANURA OVEST	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	TOTALE
Alloggi Con Servizi		6					6
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	376	717	286	24	485	512	2.400
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Anziani	5	26	52	46	90	78	297
Casa Protetta Per Anziani	93	60	85		164		402
Casa-Residenza Anziani Accreditata (CRA)	239	1.652	525	230	402	461	3.509
Comunita Alloggio Per Anziani	16	76	79	68		49	288
Gruppo appartamento per Anziani	4	15					19
Residenza Protetta Per Anziani		93					93
Rsa - Residenza Sanitaria Assistenziale Per Anziani						30	30
TOTALE	733	2.645	1.027	368	1.141	1.130	7.044
RESIDENZIALE DISABILI - N. POSTI	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	DISTR. PIANURA EST	DISTR. PIANURA OVEST	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	TOTALE
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Disabili	6	10					16
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR)	20	86	64	19	31	17	237
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	18	90	30	6	28	13	185
Residenza Protetta Per Persone con Disabilità	10		4				14
TOTALE	54	186	98	25	59	30	452
TOTALE RESIDENZIALE - N. POSTI	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	DISTR. PIANURA EST	DISTR. PIANURA OVEST	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	TOTALE
	787	2.831	1.125	393	1.200	1.160	7.496

NUMERO STRUTTURE PER TIPOLOGIA E COMPLESSIVO

RESIDENZIALE ANZIANI - N. STRUTTURE	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	DISTR. PIANURA EST	DISTR. PIANURA OVEST	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	TOTALE
Alloggi Con Servizi		1					1
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	13	17	7	1	17	15	70
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Anziani	1	5	9	8	15	14	52
Casa Protetta Per Anziani	5	1	3		8		17
Casa-Residenza Anziani Accreditata (CRA)	9	17	11	4	7	8	56
Comunita Alloggio Per Anziani	1	5	6	5		4	21
Gruppo appartamento per Anziani	1	6					7
Residenza Protetta Per Anziani		3					3
Rsa - Residenza Sanitaria Assistenziale Per Anziani						1	1
TOTALE	30	55	36	18	47	42	228
RESIDENZIALE DISABILI - N. STRUTTURE	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	DISTR. PIANURA EST	DISTR. PIANURA OVEST	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	TOTALE
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Disabili	1	2					3
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR)	1	5	3	1	2	1	13
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	3	17	5	1	5	3	34
Residenza Protetta Per Persone con Disabilità	1		1				2
TOTALE	6	24	9	2	7	4	52
TOTALE RESIDENZIALE - N. STRUTTURE	DISTR. APPENNINO BOLOGNESE	DISTR. CITTÀ DI BOLOGNA	DISTR. PIANURA EST	DISTR. PIANURA OVEST	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	DISTR. SAN LAZZARO DI SAVENA	TOTALE
	36	79	45	20	54	46	280

ALLEGATO 2- Task Force Distrettuali

In aderenza a quanto disposto dalla Direzione Aziendale e a completamento del presente documento si riportano di seguito le Azioni da attuare a livello di ciascun distretto finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria di COVID 19 e all'intercettazione precoce delle criticità.

A livello distrettuale viene costituita una Task Force Distrettuale (TFD) con lo scopo prioritario di porsi in **maniera proattiva** rispetto alle azioni ed interventi da effettuarsi nei confronti della rete delle strutture socio sanitarie accreditate e non accreditate. Pertanto, **mentre la Task Force Aziendale assolve in modo reattivo alle emergenze, segnalazioni ordinarie secondo priorità e consulenza ai vari livelli aziendali ed inter aziendali, la TFD agisce in piena sintonia con essa agendo un livello di autonomia proattivo nel contesto locale di riferimento rivolto alla generalità delle comunità.** La TFD, inoltre, offre anche un'attività di controllo che è del personale in capo al Dipartimento di Sanità Pubblica. In particolare, è questo il contesto in cui debbono essere valutati gli aspetti di sicurezza da garantire al personale in servizio a sua tutela ma anche a tutela dell'utenza.

La TFD è composta dal Direttore di Distretto e Responsabile UASS distrettuale che svolge funzioni di coordinamento, dal Medico geriatra, dal MMG referente per l'area disabili, dal Medico igienista del DSP, dal Medico del Lavoro, dai Tecnici della Prevenzione, dall'Infermiere referente per i servizi sociosanitari, dal/dai referenti degli Enti Locali designati e dal rappresentante dei gestori dalla componente amministrativa individuata da Direttore del Distretto di riferimento. Tale composizione può, a seconda dei contesti locali, subire alcune variazioni nel rispetto della cornice generale di riferimento.

La TFD elabora un sintetico piano di lavoro quale strumento comune.

E' a cura della task force distrettuale il contatto con le strutture presenti sul territorio al fine di :

- supportare la struttura per l'approvvigionamento dei DPI per quanto in disponibilità dell'Azienda
- assicurare un'attività di informazione e formazione a carattere preventivo
- promuovere la collaborazione tra Gestori del distretto per rispondere al meglio alle criticità organizzativo-gestionali che dovessero presentarsi
- aggiornare quotidianamente con i dati delle strutture del distretto il report aziendale sui casi (sospetti/positivi/guariti/deceduti) di utenti e operatori.

Di seguito si indicano, in maniera non esaustiva, alcune tipologie di azioni proattive e principali modalità di intervento.

A) TIPOLOGIA DELLE AZIONI PROATTIVE PIU' COMUNI

Garanzia del livello informativo: per l'intero territorio Aziendale a cura della DASS e/o per il tramite delle UASS distrettuali inviare alle CRA, alle strutture residenziali per anziani e disabili del territorio documenti ISS e Regionali e più recentemente il documento recante "indicazioni per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale" oltre al materiale informativo sintetico appena o predisposto (uso infografiche, video predisposti già su home page) in tema di cautele, uso DPI, attenzioni igienico sanitarie. Mantenere il livello informativo costante nel tempo

Monitoraggio attivo delle strutture socio-sanitarie accreditate e non accreditate: mantenere un collegamento con le strutture al fine di segnalare tutte le situazioni di rischio potenziale o effettivo ed effettuare il necessario controllo sulle modalità di lavoro degli operatori, sull'uso dei DPI e sulla conoscenza delle procedure per il loro utilizzo. Quest'ultima attività è a carico del medico del lavoro del DSP, che sarà quindi coinvolto, in affiancamento al medico igienista, nei sopralluoghi proattivi nelle strutture con dipendenti, ovvero, se necessario, per il monitoraggio post-emergenziale su

indicazione della Task-force aziendale. Il medico del lavoro, nel fornire il suo contributo professionale all'equipe nella valutazione complessiva della struttura, potrà utilizzare strumenti propri per la valutazione di aspetti di sua competenza. Affinché il monitoraggio sia il più possibile omogeneo ed efficace, viene condivisa in progress l'elaborazione di uno strumento (Check list per il monitoraggio), che gli operatori delle strutture possono utilizzare anche autonomamente.

Promozione di iniziative informative e formative con il supporto di UO Governo Clinico, UO Formazione e DASS: organizzare, ad esempio, iniziative formative in video conferenza rivolte prioritariamente alle strutture ancora non contagiate. I temi riguarderanno la prevenzione e il contenimento del rischio contagio.

Attivazione della rete delle relazioni locali: in forte collaborazione con gli enti locali, attivare tutte le risorse comunitarie disponibili per far fronte all'insorgere di criticità a seguito di situazioni di contagio in comunità piccole e poco strutturate. A titolo di puro esempio: il governo dei DPI di provenienza aziendale, di provenienza da donazioni, di provenienza dagli enti locali.

Individuazione di referenti locali: in particolare nelle strutture non accreditate e piccole comunità, individuare figura di riferimento con cui instaurare una relazione di lavoro. Per le realtà più strutturate lavorare proattivamente con Medici di struttura/MMG e Medici competenti con i quali consolidare l'invio di materiale informativo e promuovere azioni di coinvolgimento di tipo preventivo ed adozione di Buone Pratiche.

Coinvolgimento dei gestori: il rappresentante dei gestori o i gestori in senso generale (nell'impossibilità di avere un unico riferimento condiviso come componente della TFD) vanno coinvolti nella programmazione dei lavori del TFD ed utilizzati per approfondire le dinamiche ed i contesti gestionali delle singole realtà. Inoltre, con costoro si dovrà operare affinché siano rispettate le norme sulla sicurezza del lavoro e sul corretto uso dei DPI.

B) TIPOLOGIA DELLE AZIONI DI INTERVENTO

Supporto alla Task Force Aziendale: a seguito delle indicazioni ricevute dalla TFA a sua volta attivata direttamente dalle strutture o su segnalazione delle TFD stesse nell'ambito delle loro attività di monitoraggio sul complesso della rete delle strutture socio-sanitarie (segnalazione dei casi sospetti e/o attivazione della TFA per la gestione clinico assistenziale) le TFD presidiano, supportano ed accompagnano l'attività generata dalla TFA dopo il suo primo intervento a livello locale, con le azioni di monitoraggio delle attività e di protezione del personale, verifica dell'insorgenza di problematiche e criticità, gestione proattiva degli aspetti collaterali in collaborazione con i comuni e le istituzioni di riferimento.

Attività di monitoraggio e controlloattivi: quando la TFD, nell'ambito della propria attività, riscontra la presenza di casi sospetti o una situazione di forte rischio di contagio in CRA, in altre strutture residenziali per anziani e/o disabili o in altri aggregati comunitari come le comunità caritatevoli od ecclesiastiche, valuta la necessità di un sopralluogo al fine di fornire indicazioni di buone pratiche per la prevenzione del rischio infettivo, attivazione della sorveglianza, attivazione di servizi. Valuta, infine, l'opportunità della segnalazione alla TFA per le funzioni di competenza. La composizione della equipe che si recherà sul posto sarà valutata di volta in volta sulla base della situazione di bisogno segnalata, se necessario si arriverà fino alla richiesta alla TFA per l'intervento di una equipe multidisciplinare comprensiva dello specialista infettivologo.

Ruolo dei medici/assegnati alle TFD: la TFD attraverso il proprio medico (MMG, Medico DCP o altro) può segnalare/attivare il servizio dell'USCA senza altre intermediazioni. Sarà l'USCA stessa,

come previsto, a valutarne la presa in carico in base ai propri schemi di priorità. Il medico della TFD dovrà essere in grado o acquisire competenze per agire sia nel settore anziani sia in quello della disabilità, ambito questo notoriamente povero di risorse mediche dedicate.

CONTATTI E RECAPITI DI RIFERIMENTO TASK FORCE DISTRETTUALI

- **CITTA' DI BOLOGNA:** Direttore Distretto Fausto Trevisani tel. 051 6597112 / 3346998729 - Responsabile UASS Rosa Angela Ciarrocchi tel. 051 6597404 / 3664341901
- **RENO-LAVINO-SAMOGGIA:** Direttore Distretto Fabia Franchi tel. 051 596923 / 3483916710 - Responsabile UASS Giovanna Manai tel. 051 596914 / 3386412992
- **PIANURA OVEST:** Direttore Distretto Alberto Zanichelli tel. 0516813487 / 3482430101 - Responsabile UASS Sabina Ziosi tel. 051 6813360 / 3482825320
- **PIANURA EST:** Direttore Distretto Maria Cristina Cocchi tel. 051 6662642 / 3666913146 - Responsabile UASS Rita Tinti tel. 051 6662787 / 3471175005
- **SAN LAZZARO DI SAVENA:** Direttore Distretto EnoQuargnolo tel. 051 6224312 / 348 6023760 - Responsabile UASS Alberto Mingarelli tel. 051 6224262 / 3355919329
- **APPENNINO BOLOGNESE:** Direttore Distretto Sandra Mondini tel. 0534 20914 / 3355604269

ALLEGATO 3–COMPOSIZIONE TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI

TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19 STRUTTURE E SERVIZI SOCIO-SANITARI AGGIORNAMENTO AL 05.05.2020														
TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19	GC/ RACCORDO CON DS	DIREZIONE DISTRETTI	DIREZION E DASS	DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA		GERIATRIA TERRITORIALE	DATeR STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	DATeR SANITA' PUBBLICA	UO SERVIZI O PREVENZIONE	ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	SUPPORTO AMM.VO	REFERENTE ISTITUZIONI LOCALI	REFERENTE SERV. SOC. TERRIT.	REFERENTI AREA GRAVE EMARGINAZ. ADULTA
				IGIENE PREV. RISCHIO INFETT	MEDICI LAVORO									
COORDINAMENTO AZIENDALE	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	PANDOLFI										
TASK FORCE AZIENDALE (TFA)	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	FARRUGGIA GUBERTI		VANELLI CORALLI LINARELLO	SIMONI	BICEGO		MATRA' (MMG DED. A STRUTT. DISABILI)				
TASK FORCE DISTRETTUALI (TFD)	APPENNINO BOLOGNESE		MONDINI	CAVALLINA	BELLETTI	FRANCHI	LOLLI	CAPANNI	BETTI MARCACCI		FINI	GUIDOTTI	SANTONI FANINI	NICCOLI
	CITTA' BOLOGNA		TREVISANI	CIARROCHI	MAURIZI ACACCI NAVACCHIA	FRANCESHINI	LINARELLO MAIOLI GARDELLINI	LA RICCIA CAPPELLI	DAOLIO BERTONCELLO ZUFFA	MAZZOLI	BERTAGNI BEDA VERBENA	ACCORSI	BARIGAZZI TOMESANI GALLETTI	GADDI-BRANDOLI VENTURI-ASSUERESI BASSINI*
	PIANURA EST		COCCHI	TINTI ALBERGHINI BENATI TADDIA	BELLOLI SANTINI	CAMAGNI	VANELLI CORALLI	TARDIOLI	GAMBETTI GNUDI		FANTUZZI	PERUCCI FELICANI	FERRANTI DEL MUGNAIO	GUTTADAURO TARTARINI
	PIANURA OVEST		ZANICHELLI	ZIOSI	BELLOLI	CAMAGNI	VANELLI CORALLI	TARDIOLI	TORDI RIMONDINI		MACCAFERRI	SCAGLIARINI	BASSI MARZANO SARTI	
	RENO-LAVINO-SAMOGGIA		FRANCHI	MANAI	RISI	FRANCHI	ORLANDUCCI	CAPANNI (REGAZZI)	FANCELLO GALLUZZO LEONE		FINI	BERNINI	PARMEGGIANI LAMONICA SANDRI (ProtCiv)	PERI
	SAN LAZZARO		QUARGNOLLO	MINGARELLI	MODELLI	GIACOMOZZI MURA	TEMPESTINI LANZONI	TARDIOLI (REGAZZI)	BOSSIO BATTISTELLA		SUPPRESSA ROCCA RESTINO	PIZZO	LORENZINI AGRESTINI CAPUTO	

*taskforcecovid-vulnerabili@ausl.bologna.it

ALLEGATO 4 – Fac-simile di verbale

VERBALE SOPRALLUOGO COVID-19
SCHEDA DELLE INFORMAZIONI

DATA...../...../..... Ora.....

Nome della struttura		
Rappresentante/i della struttura presente/i al sopralluogo	Nome Cognome..... Ruolo		
N. posti letto totali struttura	N. ospiti presenti al momento del sopralluogo
N.ospiti a oggi ricoverati H	Camere per isolamento	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> con bagno <input type="checkbox"/> senza bagno
Breve descrizione delle condizioni della struttura e degli ospiti	Ospiti in Isolamento <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	<u>Sorveglianza ospiti</u>		
	Viene rilevata e trascritta la temperatura corporea a tutti gli ospiti due volte al giorno? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Viene rilevata e trascritta la saturazione? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
	Altri parametri rilevati		
	Presenza di elettrocardiografo? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
<u>Percorso sporco/pulito</u>			
Già identificato <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Identificato durante visita odierna <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO			
Fornite indicazioni per evitare la sovrapposizione dei due percorsi pulito e sporco e suggerito dove collocare la scheda tecnica vestizione/svestizione			
.....			
.....			

	Viene rilevata la temperatura all'inizio e fine turno <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Materiale informativo consegnato alla struttura	<p>Alla struttura sono state consegnate:</p> <p><input type="checkbox"/> il Rapporto ISS 4/2020 "INDICAZIONI AD INTERIM PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELL'INFEZIONE DA SARS-COV-2 IN STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIOSANITARIE";</p> <p><input type="checkbox"/> le indicazioni Regionali "Indicazioni per la prevenzione e controllo dell'infezione Covid-19 nelle Case Residenza per Anziani(CRA);</p> <p><input type="checkbox"/> il Rapporto ISS 2/2020 "INDICAZIONI AD INTERIM PER UN UTILIZZO RAZIONALE DELLE PROTEZIONI PER INFEZIONE DA SARS-COV-2 NELLE ATTIVITÀ SANITARIE E SOCIOSANITARIE (ASSISTENZA A SOGGETTI AFFETTI DA COVID-19) NELL'ATTUALE SCENARIO EMERGENZIALE SARS-COV-2;</p> <p>Scheda tecnica:</p> <p><input type="checkbox"/> vestizione no aerosol <input type="checkbox"/> svestizione no aerosol</p> <p><input type="checkbox"/> vestizione si aerosol <input type="checkbox"/> svestizione si aerosol</p> <p><input type="checkbox"/> vestizione con tuta <input type="checkbox"/> svestizione con tuta</p> <p><input type="checkbox"/> lavaggio delle mani con soluzione idroalcolica</p> <p><input type="checkbox"/> lavaggio delle mani con acqua e sapone</p> <p>Sono stati visionati filmati o materiale UsI link aziendale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Partecipazione alla Formazione aziendale? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>Altro</p> <p>Quali "prescrizioni" sono state fatte?.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Quali adeguamenti abbiamo chiesto</p>

	
Operatori presenti al sopralluogo	AUSL (Cognome-Nome / Firma)	STRUTTURA (Cognome-Nome / Firma)

ALLEGATO 5 – Check List Buone pratiche Covid 19

Nome struttura Coord.....

Distretto Referente COVID 19 identificato (tel...../.....)

N° ospiti potenziali N° ospiti giorno della verifica N° ospiti in isolamento

Struttura su 1 piano 2 piani 3 o più piani Carenza di risorse professionali Si No Non osservato

Misure generali

- **Divieto di accesso a parenti e visitatori?**
 Si No Non osservato
- **Misurazione della temperatura a chi accede alla struttura (personale, fornitori...)**
 Si No Non osservato

DPI

- **DPI disponibili per tutto il personale di assistenza**
 cuffie guanti calzari masch. Chir
 FFP2 occhiali/visiera camici/tute
- **Conoscenza sul corretto utilizzo dei DPI (vestizione/svestizione)**
 Si No Non osservato

Precauzioni standard ed aggiuntive

- **Sono disponibili e conosciuti documenti sulle precauzioni standard**
 Si No Non osservato
- **È disponibile il gel idroalcolico per igiene mani?** Si No Non osservato
- **Sono disponibili e conosciuti documenti precauzioni da contatto, droplet e via aerea?**
 Si No Non osservato
- **Disponibilità di materiali monouso**
 Si No Non osservato
- **Disponibilità di disinfettanti per superfici (Alcol etilico 70% Ipoclorito di sodio 0,5%)**
 Si No Non osservato
- **I presidi sanitari pluriuso sono sottoposti a disinfezione/ sterilizzazione**
 Si No Non osservato

Misure gestione casi sospetti o confermati

- **Sono previste misure di isolamento per ospiti COVID positivi o sospetti**
 Si No
- **Se si quali**
 Stanza singola Cohorting
 Aree dedicate pz COVID
 Altro.....
- **Agli ospiti sintomatici viene fatta indossare la mascherina chirurgica?**
 Si No Non osservato
- **Sono stati strutturati percorso sporco/pulito?**
 Si No Non osservato

Documenti di riferimento:

- *Protocollo generale 026231- 10 Marzo 2020-Nuove indicazioni operative alla luce del DPCM 9 marzo 2020 per la corretta gestione delle attività viste le necessità di contenimento della diffusione del virus COVID-19*
 - *Rapporto ISS COVID 19- n.4/2020 (rev.17 aprile 2020)*
 - *Rapporto ISS COVID 19- n2/2020 (rev.28 Marzo 2020)*
 - *RER-PG/2020/0240903 del 20/03/2020 "Emergenza CoViD.19. Indicazioni per i servizi territoriali socio-sanitari e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità"*
 - *RER-PG/2020/244554 del 23/03/2020 "Emergenza CoViD.19. Documento di precisazioni e indicazioni operative per i servizi territoriali socio-sanitari e strutture residenziali per anziani e persone con disabilità"*

NOTE

.....

.....

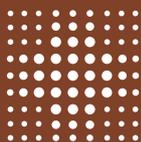
.....

.....

.....

Data..../.../....

Firma.....



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Task Force Distrettuale APPENNINO BOLOGNESE

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020

Attività Task Force Distrettuale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
1. Buon rapporto con tutte le strutture	1. Difficoltà dei gestori ad affrontare una emergenza sanitaria non prevedibile
2. Ottimi rapporti di collaborazione fra i componenti della TFD	2. Difficoltà nell'azione per scarsa autonomia
3. Collaborazione ottima con medici di struttura	3. Poca centralità dei medici di struttura
4. Collaborazione ottima con tutte le componenti del territorio, istituzionali e con gli ospedali	4. Difficoltà iniziali nel capire chi fa cosa
5. Proattività gestita al meglio	5. Ridondanza di comunicazioni che ha generato difficoltà nell'applicazione

Valutazioni di sintesi

La TFD si è dimostrata una componente essenziale di gestione dell'emergenza, pur con tutte le difficoltà legate ad una sua scarsa autonomia nel poter agire, qualora necessario, in maniera più tempestiva. La composizione stessa della TFD molto articolata (sanitaria, sociale, igiene pubblica, istituzionale) permette una maggior capacità di azione non solo in senso di proattività, ma anche di gestione rapida e autonoma di eventuali criticità. È ovvio che rimane essenziale il ruolo di Cra Covid come punto di riferimento imprescindibile, ma appare difficile che possa gestire direttamente tutte le problematiche di tutte le strutture presenti nei vari distretti, ognuno dei quali ha le sue peculiarità e che eventualmente debba concentrarsi sulle situazioni "esplosive". Se la TFD, dopo questo difficile periodo di rodaggio, può essere mantenuta e rapidamente attivata a livello periferico quando occorre, può rappresentare un punto di riferimento essenziale, qualora si ripresentino situazioni di rischio. E potrebbe avere un ruolo importante non solo rispetto alle strutture socio sanitarie per le quali è nata, ma anche per il territorio. Tale ruolo trarrebbe anche giovamento se tutti i professionisti della TFD fossero già in ruolo per le rispettive competenze in quello stesso distretto. Rispetto ai medici di struttura, che in Appennino hanno dato prova di essere presenti e attivi, occorre coinvolgerli in maniera più "ufficiale" rispetto alle decisioni sanitarie siano esse di gestione generale, sia sui potenziali singoli casi (possibilità di effettuare accertamenti in autonomia, contatto diretto con TFD per qualsiasi dubbio o scambio di informazioni).

RELAZIONE SU ATTIVITA' STRUTTURE SOCIO-SANITARIE DISTRETTO APPENNINO BOLOGNESE E ATTIVITA' TASK FORCE DISTRETTUALE

Fin dall'inizio dell'emergenza è apparsa evidente la potenziale criticità delle strutture socio-sanitarie. In collaborazione con UASS e servizi sociali territoriali si è deciso da subito di porre in atto quanto possibile per mettere in condizioni di sicurezza le strutture stesse. Sono state pertanto condivise, fin dai primi giorni di marzo, due modalità:

- 1) Rigorosa attenzione relativamente all'inserimento di ospiti da dimissione protetta e dal territorio, privilegiando solo quelle situazioni che non avrebbero potuto essere gestite in maniera diversa e orientando invece gli altri verso soluzioni alternative che offrirono comunque servizi adeguati alla situazione.
- 2) Proattività immediata nei confronti di tutte le strutture del territorio (CRA, Case di Riposo, Case famiglia e Comunità alloggio).

In data 14 marzo tutte le strutture (tranne due di cui non c'erano al momento recapiti telefonici) sono state contattate telefonicamente al fine di suggerire e condividere le modalità più opportune per fronteggiare la situazione (limitazione assoluta di visite esterne dei parenti o altri estranei, controllo il più possibile attento delle condizioni di salute degli ospiti (rilevazione T, valutazione problematiche respiratorie) con invito a comunicare qualsiasi criticità, sensibilizzazione del personale).

In tale occasione è stato fatto anche un censimento della possibilità di avere una/due stanze per isolare ospiti con sintomi sospetti e sono stati dati i consigli opportuni per provvedere in tal senso.

Non sono state rilevate particolari criticità, tranne in due casi risolti successivamente. Tutti i gestori (in particolare i privati) sono stati invitati a non accogliere nuovi ospiti o quantomeno a porre molta attenzione e a procedere sempre e comunque con isolamento del nuovo ingresso, badando di mantenere comunque un'ulteriore stanza per eventuali emergenze.

È stato anche aggiornato l'elenco dei nominativi dei medici di struttura.

Nella settimana successiva si è poi provveduto a censire i nominativi dei medici competenti, la presenza di elettrocardiografo, oltre all'invio della documentazione.

Negli stessi giorni sono state affrontate e risolte alcune piccole criticità segnalate dai gestori e relative sia agli ospiti, sia al personale

Relativamente ai DP, superata la fase iniziale di seria difficoltà a reperirli sia da parte delle strutture, sia da parte aziendale, dal 25 marzo la UASS ha rilevato costantemente tutte le criticità. Sono stati effettuati dal 25 marzo al 14 maggio 11 ordini di materiale, oltre ad evadere le 2300 mascherine provenienti dalla RER in data 6 aprile. Le consegne sono avvenute con la collaborazione dei diversi professionisti aziendali per quanto riguarda le CRA e con l'aiuto della rete dei volontari del territorio per le strutture private. Va ricordato che se il numero totale delle strutture non è eccessivo, la situazione geografica non aiuta.

Dal 24 marzo le strutture sono state periodicamente contattate da Geriatra, Responsabile UASS, Direttore di Distretto, Infermiere Referente Qualità Servizi Socio Sanitari, Assistente Sociale con costante e reciproco scambio di informazioni.

In data 3 aprile si è ufficialmente insediata la TFD con video conferenza (vedi allegato 1 verbale), la cui composizione si è successivamente ampliata fino alla composizione definitiva (vedi allegato 2). La TFD, stante la grande parcellizzazione territoriale e valutata situazione sanitaria favorevole sia delle strutture, che del territorio appenninico, ha deciso in tale seduta di coinvolgere Gestori, Medici di Struttura e Sindaci solo quando e qualora si fossero presentate criticità in una determinata struttura.

Si è provveduto anche a creare un alias di posta elettronica dei vari componenti sanitari della TFD per essere tutti costantemente facilitati nell'aggiornamento della situazione.

Dal 24 maggio a tutt'oggi le strutture sono state contattate 60 volte per il monitoraggio degli ospiti e almeno 20 volte per altre problematiche: invio documentazione informativa aggiornata, percorso terapie (con contatto con CRA COVID), invito e promozione delle diverse attività formative promosse dal DASS, chiarimenti su temi di necropsia e pompe funebri, fino alla richiesta degli elenchi di personale e ospiti per tamponi e sierologici. Oltre che ovviamente per l'invio dei dati giornalieri su casi dubbi, isolamento sintomatici, casi positivi al tampone, ricoverati. A questi dati ufficiali vanno aggiunte una serie di contatti estemporanei sui problemi più vari: le strutture stesse hanno sempre avuto a disposizione la possibilità di telefonare per qualsiasi dubbio e in qualsiasi momento sia alla sottoscritta che ad altri componenti della TFD, oltre a contattare ovviamente CRA-COVID come da protocolli inviati. C'è sempre stata un'ottima collaborazione coi medici di struttura.

La TDF si è poi adoperata per programmare, sulla base delle priorità verificate col monitoraggio telefonico e coi dati CRA-COVID, le visite alle strutture. Sono stati anche attivate le visite alle strutture per disabili CSRR e Gruppi appartamento (vedi allegato 3). Durante tali visite non sono stati rilevati problemi particolari e si è provveduto a rinforzare le azioni già poste in essere. Laddove possibile sono stati identificati e suggeriti percorsi sporco/pulito, aree di isolamento ecc.

La UASS distrettuale ha provveduto a far assegnare due unità OSS da parte della protezione civile ad una struttura in criticità di personale e con un caso di positività.

Solo in un caso sono state richieste alla sottoscritta delucidazioni dai NAS in merito ad una struttura, dove per altro non erano state rilevate criticità sanitarie per gli ospiti.

In merito ai risultati dei tamponi sugli ospiti è stato riscontrato qualche caso di positività in persone asintomatiche e che sono rimaste tali sino al controllo successivo. Negativi anche i sierologici tranne qualche caso sporadico. In entrambi i casi sono state attuate tutte le indicazioni relative. Solo un operatore (medico di struttura) ha sviluppato malattia con successivo ricovero, ma il comportamento sempre attento, anche prima che si sviluppasse i primi sintomi, ha impedito che si verificassero casi secondari in struttura.

Come si evince anche dalla lettura dei report giornalieri non vi sono stati casi di decessi imputabili al COVID, a fronte dei decessi avvenuti dal 15 marzo al 15 maggio nelle strutture, legati tutti a patologie di altro tipo con molti casi attesi in quanto pazienti terminali (vedi allegato 3). Sono dati indicativi di uno stato di "normalità" delle strutture appenniniche.

CONCLUSIONI

Sicuramente la buona salute delle strutture in Appennino è legata anche alla bassa incidenza del COVID nel nostro territorio. Ciò ha reso più difficile che l'unico vulnus dopo la "blindatura", cioè il personale, potesse essere causa di infezione. Tuttavia è indubbio anche che la sinergia che si è da subito creata fra strutture (di qualsiasi tipo) e distretto abbia giocato un ruolo importante nel far accettare regole di comportamento piuttosto stringenti e non necessariamente "obbligatorie". Non bisogna infatti dimenticare che sia le strutture private che le molte CRA con posti privati hanno sempre accolto ospiti provenienti sia dalla città sia da fuori provincia o regione. La scarsa incidenza di problematiche Covid-relate ha evitato la necessità di indire ulteriori riunioni allargate della TFD, dopo la prima. È stato sufficiente il quotidiano invio dei report al sindaco capo distretto e qualche telefonata di chiarimento e rassicurazione ai sindaci nel cui territorio si evidenziava di volta in volta qualche piccola "criticità". Può essere utile a questo punto rapidamente focalizzare i punti di forza e i punti di debolezza che questa situazione di epidemia ha fatto emergere.

PUNTI DI FORZA

- 1) Sia le strutture accreditate che le strutture private hanno rapporti consolidati da anni col Distretto, UASS, geriatra, infermiera Qualità dell'Assistenza.
- 2) Per le strutture private in particolare è stato fondamentale il loro coinvolgimento nell'ultimo biennio nei percorsi di formazione (per esempio sulla prevenzione delle infezioni correlate con l'assistenza). I diversi incontri effettuati coi gestori su queste tematiche hanno agevolato la comunicazione e, in virtù della reciproca conoscenza e fiducia, ciò ha fatto sì che la nostra attività telefonica, soprattutto nelle fasi iniziali, sia stata immediatamente percepita come aiuto e non come "controllo". Anche successivamente i rapporti di collaborazione sono stati ottimi. Solo in un caso, a fronte del consiglio di porre attenzione ad un nuovo ingresso, c'è stata una reazione un po' sopra le righe.
- 3) Analogo discorso vale per i medici di struttura, che nella maggioranza dei casi sono MMG in attività o in recente pensionamento. Anche in questo caso la reciproca conoscenza e fiducia hanno reso possibili comunicazioni costanti, rapida risoluzione di problemi o dubbi, approfondimenti clinici su casi "sospetti", condivisione di percorsi ecc.
- 4) Altrettanto essenziale è stato l'ottimo rapporto con le realtà ospedaliere di Porretta e Vergato. Ormai da tempo coinvolte nelle dimissioni protette e nel team di cure intermedie hanno collaborato in maniera molto costruttiva nell'agevolare dimissioni in sicurezza, particolarmente nei casi in entrata o in rientro nelle strutture. L'effettuazione di un tampone alla dimissione, attualmente convalidato dalle linee guida, era già in essere nei casi necessari grazie alla collaborazione delle Medicine.

PUNTI DI DEBOLEZZA

- 1) La difficoltà iniziale a reperire DPI ha rischiato qualche volta di vanificare i buoni rapporti con le strutture.

- 2) La “pioggia” di comunicazioni inviate alle strutture e la loro “complessità” di lettura ha prodotto qualche problema interpretativo sfociato talora in ritardo di comunicazione o sottovalutazione di situazioni potenzialmente sospette.
- 3) Strettamente legato al punto due è stata forse la poca “centralità” del medico di struttura, lamentata anche dagli stessi professionisti. Si è verificato spesso che, a fronte di comunicazioni allarmate e allarmanti da parte del personale, bastasse una successiva telefonata al medico per ridimensionare la situazione. Tanto è vero che si è recentemente proposto ad alcuni componenti della TFD di condividere l’idea di rapportarsi d’ora in avanti d’ufficio anche con il medico di struttura, in caso di segnalazioni o problemi e di fare in modo che tutte le comunicazioni ufficiali che giungono alle strutture siano condivise immediatamente col medico di struttura.
- 4) C’è stata una certa difficoltà comunicativa o al contrario, una sovrapposizione con ridondanza di comunicazioni fra CRA COVID e TFD.
- 5) La TFD era a conoscenza con molta difficoltà della definizione dei percorsi e della tempistica degli accertamenti (tamponi agli ospiti, sierologico al personale) e questo si scontrava con le costanti richieste di chiarimenti da parte dei gestori, ai quali diventava difficile dare risposte. Questo risultava incomprensibile ai gestori stessi. Tale problema è stato recentemente risolto grazie ad una più puntuale comunicazione del calendario. Forse bisognerebbe rendere un po’ più autonome le TFD e, laddove possibile, utilizzare personale che lavora nel distretto per ottimizzare i calendari degli interventi e rispondere il più celermente possibile in caso di criticità.

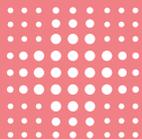
Alto Reno Terme 31/05/2020

Sandra Mondini
In collaborazione
con Valeria Cavallina
Responsabile UASS Appennino
Bolognese

Si allega a seguire lo schema dell’attività relativa ai sopralluoghi svolti dalla TFD (Allegato 1).

Allegato 1

DISTRETTO DI APPENNINO BOLOGNESE		
Attività sopralluoghi Appennino		
TIPOLOGIA SERVIZIO RESIDENZIALI	N° Stutture	N° Sopralluoghi
Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	9	9
Casa di riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	7	7
Comunità Alloggio per Anziani	1	1
Casa Famiglia e Gruppi Appartamento per Anziani	2	2
Alloggi con servizi/ appartamenti residenze protette		
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale per persone con disabilità(CSRR)	1	1
Gruppo Appartamento/casa Famiglia per persone con disabilità	3	3
TOTALE	<u>23</u>	<u>23</u>



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Task Force Distrettuale CITTÀ DI BOLOGNA

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020



**Task Force del Distretto di Committenza e
Garanzia del Distretto di Bologna (TFD)**



**Report in itinere attività svolta dalla Task Force
del Distretto di Bologna al 30-05-2020**

a cura dei professionisti dedicati della Task Force

Attività Task Force Distrettuale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
Conoscenza del sistema nella sua complessità	Eterogeneità logistiche strutturali ed organizzative delle strutture
Rafforzamento/costruzione di un rapporto di fiducia e collaborazione (pubblico/privato)	Assenza di strategie comuni tra enti Gestori finalizzate a fronteggiare l'emergenza
Crescita professionale attraverso lo scambio sinergico di saperi, competenze e conoscenze professionali	Difficoltà a reperire informazioni sugli ospiti inseriti in posti non accreditati
Buona collaborazione e comunicazione tra i professionisti della TFD e le strutture/celerità degli interventi	Assenza di un riferimento medico/infermieristico unico per strutture private

Valutazioni di sintesi

Dal lavoro della TFD svolto in questi primi mesi di esperienza sul territorio del Distretto di Bologna sono emersi punti di forza e punti di debolezza riconducibili a 2 livelli; il primo relativo al contesto di riferimento, in parte riportati nella tabella, il secondo riconducibile più al modello organizzativo messo in atto. Il primo livello fa riferimento al complesso sistema dei servizi sociosanitari assistenziali rivolti a soggetti fragili (anziani disabili adulti vulnerabili, senza dimora, richiedenti asilo). Un sistema che presenta una pluralità di soggetti eterogenei per dimensioni, mission, target di riferimento, riferimenti normativi etc.

Il secondo livello è quello riconducibile al *modello organizzativo* della Task che ha visto il coinvolgimento di diversi professionisti provenienti da ambiti organizzativi, setting assistenziali e in alcuni casi anche Enti diversi.

Questo modello ha permesso una importante esperienza di integrazione concreta ed operativa tra ospedale e territorio. Attraverso il lavoro realizzato si è valorizzato un nuovo modello di integrazione multi professionale "di fatto", agito direttamente sul campo potenziando il valore della comunità interprofessionale.

Inoltre, lavorare insieme ha permesso la crescita professionale attraverso lo scambio sinergico di saperi, competenze e conoscenze professionali aumentando la consapevolezza del lavoro di squadra.

Altro aspetto importante è la presa di coscienza e conoscenza, da parte dei professionisti coinvolti, di realtà comunitarie differenti con problemi clinico assistenziali, organizzativi, di prevenzione e di vigilanza molto diversi tra loro, anziani, disabili, gravi emarginati, senza fissa dimora, richiedenti asilo, minori, comunità religiose

Seppur il lavoro di squadra, sinergico e multi professionale dei componenti della TFD si è basato su una buona collaborazione e comunicazione permettendo una celerità degli interventi, non sono mancati alcuni problemi segnalati sull'allineamento delle informazioni/comunicazioni (ex tamponi e sierologici).

Altro elemento di miglioramento è individuabile in una certa difficoltà a coordinare i sopralluoghi con accesso multidisciplinare (spesso non tutte le professionalità riescono a partecipare congiuntamente).

Indice

1 Premessa

- 1.1 Contesto di riferimento**
- 1.2 Metodologia di lavoro della TFD**

2 Attività ed interventi realizzati

- 2.1 Attività di sopralluogo: riflessioni dei professionisti**
- 2.2 Attività di monitoraggio e supporto telefonico: riflessioni dei professionisti**
- 2.3 Rilevazione del bisogno, distribuzione e monitoraggio dei DPI**

3 Monitoraggio casi o sospetti tali (tamponi e test sierologici effettuati)

4 Riflessioni conclusive ed ipotesi di sviluppo futuro dell'attività della Task Force Distrettuale: punti di forza e punti di debolezza

1. Premessa

Verso la fine di marzo dell'anno in corso l'intensità dell'epidemia da coronavirus determinava una forte richiesta di supporto da parte delle strutture socio-sanitarie accreditate e non accreditate. La sola Task Force Aziendale (TFA) inizialmente impegnata solamente sulle strutture accreditate, non riusciva a dare riscontro alle numerose e più svariate richieste di sostegno che si andavano configurando non solo come bisogno di risposta all'emergenza ma al tempo stesso come esigenza di interventi di natura proattiva. Per rispondere in progress alle nuove esigenze sia quantitative che qualitative nella prima decade del mese di aprile la TF è stata potenziata costituendo articolazioni distrettuali: le task force distrettuali.

A Bologna si è costituita la **“Task Force Distrettuale per il governo dell'emergenza da Covid 19 nella rete delle strutture socio-sanitarie accreditate e non accreditate, nelle comunità e nella domiciliarità”**. La complessità bolognese ha portato alla strutturazione di una TFD articolata nel modo seguente:

Una direzione strategica della Task costituita da referenti istituzionali (amministratori) e dalla direzione distrettuale per il coordinamento politico- strategico. Il coordinamento si occupa: delle comunicazioni con il Sindaco per il tramite dell'assessore al welfare, delle relazioni con gli Enti Gestori e di quelle con le organizzazioni sindacali.

Una Task operativa, coordinata su delega del Direttore di Distretto dal responsabile della UASS distrettuale, propriamente intesa è rappresentata da due momenti collegati ma distinti per target di popolazione.

Una TFD si occupa esclusivamente di Anziani e Disabili Adulti, i componenti provengono dall'Unità Assistenziale Socio-Sanitaria distrettuale, da Geriatri del Dipartimento dell'integrazione, da Medici dipendenti del Dipartimento della Sanità Pubblica da Infermieri con competenze specifiche provenienti dal DATeR e dalla Sanità Pubblica, da Assistenti Sociali del Comune di Bologna. Inoltre, è presente la componente amministrativa che svolge funzioni di segreteria organizzativa curando le relazioni con i gestori ed elaborando gli strumenti di formalizzazione e archiviazione dei dati derivate dall'attività svolta.

Una seconda TFD si occupa delle numerose comunità che ospitano adulti in condizione di grave emarginazione. I componenti si diversificano, rispetto alla prima Task, per la presenza non di Geriatri ma di Medici del DSM per gli aspetti legati al disagio psichico o per problemi legati all'uso di sostanze, di Dirigenti di area del Comune di Bologna e di altri Medici esperti nella gestione degli aspetti sanitari. La popolazione di riferimento è tra le più socialmente vulnerabili, si tratta di soggetti senza fissa dimora, di richiedenti asilo, di rifugiati politici e in generale di persone in particolare stato di bisogno sociale. Le ragioni della necessità di creare due momenti operativi non rispondono solo ad esigenze di natura qualitativa ma anche esigenze francamente quantitative.

I professionisti coinvolti nella Task sono:

Gruppo Strategico di coordinamento politico

DIREZIONE DISTRETTO	COMUNE DI BOLOGNA	UFFICIO DI PIANO BOLOGNA
TREVISANI	BARIGAZZI	TOMESANI

Gruppo operativo

DIREZIONE DASS	DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA		DIOARTIMENTO INTEGRAZIONE GERIATRIA TERRITORIALE	DATeR STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	DATeR SANITA' PUBBLICA	UO SERVIZIO PREVENZ PROTEZIONE	ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI (UASS -DCP)	SUPPORTO AMM.VO	REFERENTE ISTITUZIONI LOCALI	REFERENTI AREA GRAVE EMARGINAZ. ADULTA
	IGIENE PREV. RISCHIO INFETT	MEDICI LAVORO								
CIARROCCHI	MAURIZI ACACCI NAVACCHIA	FRANCESCHINI	LINARELLO MAIOLI GARDELLINI	LA RICCIA CAPPELLI	DAOLIO BERTONCELLO ZUFFA	MAZZOLI	BERTAGNI BEDA MACELLONI VITALIS VERBENA	ACCORSI	GALLETTI	GADDI – GENTILINI BRANDOLI GHINELLO VENTURI - ASSUERI BASSINI – RESI

1.1 Contesto di riferimento

Nel distretto di Bologna insistono, come da Tabella N. 1, per quanto riguarda l'area anziani e disabili, **n. 122** realtà per un totale di posti pari a **n. 3.555**. Nell'area anziani annoveriamo le CRA, le Comunità Alloggio, i Centri Diurni, le Case di Riposo e le Case Famiglia, pe; per l'area dei disabili i Centri Residenziali, i Centri Semiresidenziali, i Gruppi Appartamento. A questo elenco si sommano numerose comunità religiose ed il grande capitolo dell'assistenza domiciliare.

Tabella N. 1 Strutture residenziali e semiresidenziali per Anziani e Persone con disabilità

RESIDENZIALE ANZIANI	N strutture	N posti
Alloggi Con Servizi	1	6
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	18	777
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Anziani	5	26
Casa-Residenza Anziani Accreditata (CRA)	17	1.652
Comunità Alloggio Per Anziani	5	76
Gruppo appartamento per Anziani	5	15
Residenza Protetta Per Anziani	3	93
TOTALE	54	2.645
RESIDENZIALE DISABILI		
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Disabili	2	10
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR)	5	86
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	22	90
TOTALE	29	186
Casa Famiglia - DGR 564/00 e succ. integrazioni MULTIUTENZA	3	15
TOTALE COMPLESSIVO	N strutture	N posti
Residenziali Anziani, Disabili, Multiutenza	86	2.846
Semiresidenziali Anziani, Disabili	36	709
TOTALE COMPLESSIVO	122	3.555

Per quanto riguarda l'area dei richiedenti asilo e della grave emarginazione sociale, nell'area metropolitana si contano ben **n. 118** piccole/medie strutture occupate da comunità per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (RTPI) più altre **n. 11** strutture di accoglienza per persone adulte senza dimora e/o grave emarginazione sociale, **n. 2** strutture comunitarie e **n. 3** alloggi che accolgono 69 famiglie.

Tabella N. 2 Strutture per richiedenti asilo e grave emarginazione sociale

Tipologia di struttura	Strutture	n. posti/alloggi
Strutture accoglienza adulti senza fissa dimora/grave emarginazione sociale	11	443
Strutture comunitarie	2	230
Alloggi (Roncaglio, V.I.S, Gandhi)	3	69 alloggi/69 famiglie
RTPI	118	(dato Prefettura)

Va evidenziato che il territorio dell'area metropolitana in realtà vede la presenza di una terza tipologia di utenza raggruppata in una cinquantina di comunità. Si tratta delle comunità per minori e per madre e bambino che avendo una loro comprensibile specificità necessitano di una propria linea di lavoro. Nel riparto delle attività tra i vari distretti tali comunità sono state assegnate al Distretto di San Lazzaro ed alla Direzione delle Attività Socio-Sanitarie (DASS).

1.2 Metodologia di lavoro della TFD

La TFD nella sua modalità di funzionamento proattivo di base si occupa di:

- ✓ mantenere un contatto continuo con le strutture presenti sul territorio;
- ✓ garantire la distribuzione di DPI per quanto in disponibilità dell'Azienda;
- ✓ assicurare un'attività di informazione e formazione a carattere preventivo;
- ✓ fornire una consulenza/ supporto specialistico alle comunità anche attraverso visite e sopralluoghi;
- ✓ promuovere la collaborazione tra Gestori del distretto per rispondere al meglio alle criticità organizzativo-gestionali che dovessero presentarsi;
- ✓ aggiornare quotidianamente con i dati delle strutture del distretto il report aziendale sui casi (sospetti/positivi/guariti/deceduti) di utenti e operatori.

Da un punto di vista metodologico la Task nella sua parte più politico strategica organizza incontri periodici con Gestori e con le OO.SS. con cadenza di norma quindicinale. L'organizzazione degli incontri in videoconferenza è in capo all'Ufficio di Piano del Comune di Bologna o direttamente alla segreteria dello stesso Assessore Welfare.

Le componenti operative della Task distrettuale discutono e programmano la loro attività attraverso incontri in video conferenza. Usualmente ci si incontra dalle 2/3 volte alla settimana e per ogni incontro sono stati redatti verbali regolarmente trascritti e conservati.

Di importanza notevole è il sistema di archiviazione dell'attività della Task costituito da un archivio informatizzato che contiene tutti i dati generali delle strutture suddivise tra anziani, disabili e comunità appartenenti al settore della grave emarginazione. Oltre ai dati di carattere generale l'archivio informatizzato contiene copia di tutta la documentazione formale prodotta in occasione di visite e sopralluoghi. E', pertanto, possibile conoscere in ogni momento la "storia" di ogni struttura/comunità in cui la TFD è stata coinvolta.

Va sottolineato come l'attività della TFD sia per gran parte condizionata dall'evoluzione dell'epidemia in corso, dalle numerose disposizioni e normative in materia, dai target di popolazione oggetto di intervento e dalla disponibilità di professionisti spesso impegnati in altri compiti assistenziali e clinici. La flessibilità e l'adattamento continuo al mutare delle condizioni è una delle caratteristiche principali delle equipe multi professionali della Task.

2. Attività ed interventi realizzati

Il contatto con le strutture è avvenuto sia attraverso telefonate dirette da parte dei componenti della Task Force proponendo le diverse attività di prevenzione che attraverso il contatto mail all'indirizzo cra-covid19@ausl.bo.it. Quest'ultima modalità, per il distretto di Bologna come per gli altri distretti territoriali aziendali, è stata maggiormente utilizzata dalle strutture che si sono trovate a gestire situazioni di positività al Covid-19 o sospetti tali.

Tale contatto, progressivamente diffuso a tutte le strutture residenziali, è stato costantemente presidiato dai professionisti coinvolti nell'alias e ha permesso di conoscere in tempo reale i problemi che insorgevano, in particolare i sospetti focolai e di attivare gli step successivi, a partire dall'esecuzione di tamponi diagnostici. A seguire, attraverso consulenze telefoniche, invio di materiali, sopralluoghi e visite si è fornito supporto per le soluzioni logistiche da individuare, in particolare per la creazione delle zone rosse e l'individuazione dei percorsi, fino all'attuale fase di graduale rientro alla normalità in cui, dopo l'accertamento progressivo delle guarigioni virologiche, si tende a tornare passo dopo passo alla situazione originale.

L'attività della Task in queste settimane si è articolata in sopralluoghi nelle strutture per consulenza clinica logistica ed organizzativa, in costante supporto telefonico, divulgazione di materiale, supporto nel reperimento del personale e dei dispositivi di protezione individuale. Per il Distretto di Bologna si è deciso di privilegiare gli accessi ed i sopralluoghi nelle strutture socio sanitarie per anziani e per disabili in considerazione del sommarsi di due variabili importanti: il rischio di contagio e la fragilità degli ospiti con particolari esigenze di monitoraggio clinico assistenziale; in questa ottica tutte le strutture sono state programmate per essere visitate almeno una volta. In altre situazioni comunitarie si è data la precedenza alle attività di formazione ed informazione senza, tuttavia, mai evitare i sopralluoghi qualora valutati necessari e decisivi. Il contatto telefonico costante ed il raccordo con i servizi dell'azienda di volta in volta necessari è stata invece una modalità di intervento trasversale che ha accompagnato ed accompagna tutto l'operare della Task.

Nella tabella riportata vengono descritti in modo sintetico i numeri dell'attività di sopralluoghi svolti dalla Task di Bologna al **30/05/2020**.

Tabella N. 3 Sopralluoghi Task Force Distrettuale Città di Bologna

RESIDENZIALE ANZIANI	N. Strutture	N Sopralluoghi
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani/Casa Protetta Per Anziani	18	24
Casa-Residenza Anziani Accreditata (CRA)	17	40
Comunità Alloggio Per Anziani/Gruppi appartamento/ Casa Famiglia - DGR 564/00 - Anziani	15	10
Appartamenti Protetta Per Anziani/Alloggi con servizi	4	4
TOTALE Anziani	54	78
RESIDENZIALE DISABILI		
Casa Famiglia - DGR 564/00 – Disabili	2	2
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR)	5	9
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	22	19
TOTALE Disabili	29	30
Comunità religiose/Casa carità/Opera Marella		6
Strutture Gravi Marginalità/Popolazione Vulnerabile		8
TOTALE COMPLESSIVO	83	122

Tutti i servizi per anziani e disabili sono stati oggetto di uno o più sopralluoghi da parte dei professionisti della Task, ad eccezione di alcuni gruppi appartamento anziani che sono di fatto delle convivenze di due persone seguite da servizi domiciliari ed in tre realtà disabili che sono al momento sospese in quanto la particolarità dell'offerta progettuale (WE o soggiorni a moduli) non avrebbe potuto garantire le norme di sicurezza previste per la riduzione del contagio.

In Totale sono stati **n. 122** i sopralluoghi effettuati, per quando riguarda i servizi per anziani nel 51% sono stati svolti nelle CRA poiché è stato il setting maggiormente coinvolto dall'emergenza sanitaria. Le CRA coinvolte con focolai di diverse dimensioni sono state 9 su 17, ed il 9% degli ospiti positivi sono stati gestiti in struttura anche con il supporto clinico della Task Force.

2.1 Attività di sopralluogo: riflessioni dei professionisti

I sopralluoghi sono stati svolti da equipe multi professionali composte dal medico geriatra del Dipartimento dell'Integrazione o dal clinico di riferimento per i servizi dell'area disabili, dall'infermiera del DATeR, dal medico o tecnico della prevenzione della Sanità Pubblica ed in alcune situazioni da un professionista della UASS del distretto. Di seguito alcune riflessioni/considerazioni degli stessi sull'importante attività svolta.

DATeR

✓ Infermieri

Fin dai primi giorni della fase emergenziale, insieme agli altri componenti del team presenti nei sopralluoghi, si è collaborato al fine di supportare i professionisti delle strutture su diversi aspetti:

- individuazione di percorsi dedicati e relativa separazione in sporco/pulito;
- informazione ed addestrare all'utilizzo dei DPI nel momento della vestizione e svestizione;
- rafforzare le buone pratiche igieniche di prevenzione della trasmissione delle infezioni quali igiene delle mani, igiene degli ambienti, distanziamento sociale.

In sinergia con tutti i servizi della nostra Azienda USL, abbiamo sempre orientato i nostri sforzi per dare una risposta ai problemi assistenziali e organizzativi in atto o che potevano insorgere in questa situazione di emergenza.

La funzione di supporto organizzativo si è dimostrata particolarmente importante nella rivalutazione del carico assistenziale ai fini della ridefinizione delle risorse di personale (infermieri, OSS) necessarie per affrontare l'emergenza all'interno di queste strutture.

In questo periodo si è agita inoltre particolarmente l'attività di counselling assistenziale, anche telefonico, nei confronti dei colleghi delle strutture per sostenerli ed aiutarli nel trovare una risposta o intercettando una criticità emergente.

Il covid-19 ha sicuramente rafforzato i rapporti umani e relazionali già presenti con i colleghi delle strutture socio assistenziali.

La Sanità Pubblica

✓ Medico Igienista

L'attività di supporto in merito alle tematiche igienistiche correlata alla emergenza Covid si è articolata sia sopralluoghi e contatti telefonici o via mail in merito ad alcuni ambiti prevalenti:

- distanziamento e modalità di isolamento
- definizione di percorsi separati sporco pulito.
- Indicazione e rafforzamento delle buone pratiche igieniche di prevenzione della trasmissione delle infezioni (igiene delle mani, uso soluzione idroalcolica, igiene degli ambienti), che rappresentano sempre la prima e maggiore difesa per ospiti ed operatori.

Alcuni elementi sono da considerare nello sviluppo di azioni di supporto:

- numerosità degli utenti accolti: se da un lato le strutture più grandi richiedono una grande attenzione per il rischio di sviluppo di focolai importanti, nelle strutture più piccole (comunità alloggio, case famiglia etc...) subentrano criticità legate alla dimensione familiare dell'organizzazione e degli spazi, con spesso difficile adozione di alcuni

provvedimenti (quali, ad esempio, distanziamento, isolamento, etc...) e quindi comunque con un rischio di diffusione del virus;

- caratteristiche strutturali/logistica: non tutte le strutture riescono a garantire un corretto isolamento per limiti di natura strutturale (camere singole non in numero sufficiente, servizi igienici non sempre collegati alla camera) o per inadeguata separazione di percorsi (presenza di un unico ascensore, spazi ristretti...): vedi case di riposo, comunità alloggio, strutture con < di 6 posti;
- caratteristiche organizzative: la presenza di professionisti sanitari all'interno delle strutture socioassistenziali e sociosanitarie è definita in relazione alla gravità degli ospiti. Nel contesto di una pandemia, che ha pesantemente coinvolto molti operatori, si è resa necessaria una riorganizzazione delle modalità assistenziali e operative, (pensiamo solo alla vestizione e svestizione) che ha avuto un forte impatto nella organizzazione del lavoro;
- caratteristiche degli ospiti: oltre alla gravità degli ospiti, in alcuni casi (es strutture per disabili) proprio in funzione delle caratteristiche degli ospiti non sempre è possibile garantire un idoneo distanziamento o isolamento.

È stato pertanto necessario tarare gli interventi e gli eventuali provvedimenti in relazione alle specifiche caratteristiche delle strutture e degli ospiti, valutando ipotesi e soluzioni differenti a seconda delle problematiche riscontrate (es allontanamento di ospiti laddove non fosse possibile un isolamento, etc...)

La multidisciplinarietà del team ha permesso di avere una visione ampia delle problematiche/criticità e di valutare ed attivare interventi mirati.

✓ ***Tecnico della prevenzione***

Nei sopralluoghi effettuati, in generale, si è riscontrato il formale contributo del Servizio di Prevenzione e Protezione nella predisposizione di addendum al Documento di Valutazione dei Rischi, tuttavia, non sempre, si è avuta evidenza della concreta e puntuale analisi dei processi messa in atto, in modo collegiale, tra addetti alla gestione degli aspetti sanitari o educativi e addetti alla gestione della sicurezza.

Nel concreto, sono state rilevate possibili criticità in merito alla individuazione ed alla conseguente gestione dei rischi derivanti dalla concomitanza di diverse attività svolte nelle strutture ma non connesse a processi clinici o assistenziali, attività che, di norma, vengono affidate a servizi esterni, nei confronti dei quali si rendono indispensabili concrete azioni di consapevolezza e di coordinamento.

Si ritiene pertanto fondamentale che i Servizi di Prevenzione e Protezione aziendali siano attivamente coinvolti nella gestione e nella individuazione del rischio in oggetto, in quanto hanno competenze per analizzare processi, valutare criticità, proporre corrette modalità operative e, comunque, per contribuire a individuare eventuali punti critici fornendo indicazioni, condivise con lo staff clinico/assistenziale, orientate all'efficace contenimento del rischio correlato alla emergenza che ci trova impegnati.

✓ ***Medico del lavoro***

Superata la prima fase emergenziale che ha imposto l'adozione di misure immediate, ritengo utile, qualora venissi ancora coinvolta in sopralluoghi sarà mia cura contattare sempre sia il

responsabile della sicurezza sia il medico competente, per suggerire un'analisi e un monitoraggio costanti delle modalità operative adottate dagli operatori, relativamente al complesso dell'attività assegnata e non solo alle procedure di vestizione/svestizione. Importante è anche l'analisi dell'organizzazione del lavoro (es. sono presenti pause durante il turno, come vengono gestite in particolare per il personale addetto all'assistenza di casi...).

Nell'adozione di misure di contrasto alla diffusione del COVID da parte loro andranno preferite quelle soluzioni che non aggravino altre tipologie di rischio, come ad es. il sovraccarico biomeccanico da movimentazione manuale di carichi o pazienti.

Altro punto da tenere sotto controllo: gli spogliatoi e le modalità di accesso agli stessi, che dovrà essere regolamentato in maniera tale da evitare assembramenti, pur garantendo a tutti di usufruirne.

Una criticità spesso rilevata è quella relativa al fatto che non sempre c'è un coordinamento con le ditte, in particolare quelle addette alle pulizie nella predisposizione di misure e modalità operative all'interno delle strutture (rispetto dei percorsi sporco e pulito, inizio operazioni dalle aree pulite verso quelle rosse e non viceversa, o adozione di squadre e carrelli differenziati per le diverse tipologie di reparto, etc...).

Dipartimento dell'Integrazione

✓ *Medico Geriatra*

La competenza geriatrica, all' interno della TFD è stata agita, di concerto con gli altri professionisti, come rapporto di counselling clinico nei confronti dei colleghi delle strutture. Una parte della consulenza viene svolta come in un team clinico multi-professionale (colleghi clinici infettivologi, della Sanità pubblica, dell'assistenza, ecc.) comunicato dal geriatra per la valenza prevalente del parere richiesto, e l'altra parte specialistica multidimensionale quando il geriatra interviene con la propria specifica professionalità per personalizzare una situazione in struttura rivolta alla singola persona per la gestione della situazione epidemica.

È un esempio della prima tipologia la decisione congiunta fra i professionisti su come delineare aree "sporche" e "aree pulite" tenendo conto della necessità di proseguire, nei limiti del possibile, le attività essenziali sulle persone fragili (mobilitazione, stimolazione, sorveglianza nei disturbi del comportamento, mantenimento dei riferimenti spaziali e di contesto familiare e sociale, ecc.). Per la seconda tipologia, più prettamente clinica, si considera la diagnosi differenziale dei disturbi presentati (Covid/altre patologie e/o presentazioni atipiche del Covid stesso tipiche dell'età geriatrica o della fragilità in genere per quanto riguarda i disabili), la de-prescrizione e le variazioni terapeutiche necessarie per la compatibilità con i farmaci Covid e l'adattamento degli schemi terapeutici alle particolarità del singolo nel caso frequente di rilevanti co-patologie. Da questo punto di vista va segnalato l'accoglimento e l'inserimento delle considerazioni dei geriatri sulla popolazione fragile delle CRA nel valutare eventuali approcci terapeutici specifici elaborati dai colleghi infettivologi

L'attività di counselling agito sul campo con le visite in struttura è stata ed è integrato, senza mai sostituirsi ad esse, con la consulenza tecnica telefonica h. 12.

Considerazioni

La collaborazione tra medici di CRA e medici AUSL ha trovato nell' esperienza vissuta il profilarsi di un nuovo modello "di integrazione di fatto" basata sull'ascolto dei bisogni reciproci e sulla costruzione di un modello di collaborazione flessibile che si modella sul bisogno che si crea e su una capacità di problem solving in divenire. Inoltre l'esperienza vissuta ha posto le basi anche per osservazioni di tipo scientifico ed ambiti di ricerca dimostrando che l'ambito territoriale si sa prestare ad una ricerca che spesso è confinata solo in sede ospedaliera. L'esperienza di gestione dell'emergenza ha creato indirettamente una formazione tra vari specialisti che hanno acquisito nuove competenze e conoscenza di ambiti specialistici meno usuali. Altro aspetto importante è la percezione di "essere visti" come parte di un'equipe dai medici di struttura che di fatto, si sono trovati a gestire dei reparti covid.

Altra valutazione scaturita dal percorso intrapreso è che, considerando l'importanza e la responsabilizzazione che deve essere loro attribuita nel futuro, sarà necessario prevedere momenti formativi condivisi tra medici AUSL e medici di struttura, momenti congressuali congiunti oltre che collaborazioni attive e progetti di ricerca.

Si ritiene opportuno un adeguato supporto nella gestione dello stress nel gruppo anche con supporto di psicologi AUSL dedicati, tale aspetto di sostegno va supportato, agendo anche da questo punto di vista in termini pro attivi e preventivi.

Il ruolo ed il valore della TFD multidisciplinare-problem solving-flessibile è nel modello le cui basi possono ispirare nuovi modelli di gestione integrata ospedale territorio e bisogni

sociosanitari. Ogni distretto dovrebbe avere una task force di riferimento multi specialistica a cui il territorio in tutte le sue espressioni può chiedere sostegno o competenze.

I professionisti della Task Area DISABILI

I sopralluoghi presso le strutture per disabili (Centri Socio-Riabilitativi Residenziali, Centri Diurni e Gruppi Appartamento) sono stati effettuati da un team costituito dal referente clinico per i servizi disabili della Task Force Aziendale, da Infermiera esperta, dal Medico o Tecnico del Dipartimento Sanità Pubblica e dall' Assistente Sociale/educatore della UASS Distrettuale.

Lo scopo dei sopralluoghi è stato quello di valutare assieme ai Coordinatori le condizioni della struttura per quanto riguarda la disposizione logistica degli ospiti, la sorveglianza dei parametri indicatori dello stato di salute degli ospiti, lo stato di salute degli operatori e relativo controllo e le dotazioni del personale ed possibili criticità, Inoltre si è valutata l'individuazione di eventuali zone di isolamento laddove insorgessero casi di positività COVID 19 o rientro di positivi dopo ricovero. È stato consegnato materiale informativo e verificato l'aggiornamento degli operatori rispetto alle norme di prevenzione COVID 19. Proposta sempre l'opportunità di un collegamento fra il referente clinico e i Medici Curanti degli ospiti laddove insorgessero problematiche cliniche e collaborazione per la loro gestione evolutiva. In occasione di presenza di malati COVID 19 o positività ai tamponi di ospiti che si è verificato in diverse strutture per disabili (ad es. CSRR Selleri Battaglia, Albero blu) è stata attivata una costante interazione con i Medici Curanti di Medicina Generale.

È stato proposto e istaurato un riferimento diretto con i Coordinatori delle Strutture fornendo consulenza in caso di:

- a. insorgenza in ospiti di sintomatologia sospetta per Covid;
- b. valutazione dei paucisintomatici;
- c. presenza di ospiti positivi al Covid isolati in struttura;
- d. monitoraggio evolutivo di ospiti positivi al Covid ospedalizzati e dopo dimissione.

In tutti i casi è stato effettuato monitoraggio telefonico della evoluzione clinica e di laboratorio. Contatti continuativi con la Responsabile UASS per monitoraggio situazioni clinicamente rilevanti, valutazione dei bisogni e programmazione dei sopralluoghi presso le varie Strutture distrettuali.

Complessivamente tutte le realtà residenziali oggetto dei sopralluoghi si sono rivelate adeguate nel rispondere alle modalità organizzative suggerite dalle indicazioni per la gestione delle strutture per disabili.

Per ciò che riguarda gli appartamenti protetti, con dimensioni più o meno diversificate, durante i sopralluoghi è stato possibile ipotizzare la riorganizzazione degli spazi per l'isolamento di eventuali ospiti con sospetta infezione Coronavirus-19.

Negli appartamenti dotati di più Servizi igienici, è stato possibile ipotizzare percorsi differenziati -sporco/pulito- mentre nei due appartamenti dotati di un solo bagno, si riducono in modo significativo i requisiti per il contenimento al contagio. Quotidianamente viene registrata, due volte al giorno la temperatura nei G.A. a maggiore protezione educativa/

assistenziale, mentre negli appartamenti a bassa soglia assistenziale, con una presenza educativa di 6 ore sulle 24, la temperatura viene normalmente registrata solo una volta. Vero è che si tratta di appartamenti con utenza autonoma, ad alto funzionamento ed elevata capacità di autodeterminazione. A tale riguardo, relativamente agli ospiti dei Gruppi Appartamento supervisionati è stato possibile osservare una significativa diversificazione tra quelle realtà dedicate principalmente a disabili con gravi ritardi mentali, disabili con marcate problematiche psichiatriche o disabili dotati di importanti autonomie nella sfera relazionale e di autogestione pertanto con una bassa esigenza di presenza educativa, (in alcune realtà ridotta ad una fascia oraria di due ore al giorno). Partendo dalla prima tipologia, con gravi ritardi mentali, le criticità più significative che sono state riferite, hanno riguardato la difficoltà nel garantire tra gli ospiti il dovuto distanziamento, trattandosi di soggetti con importanti limiti nella comprensione, pertanto non in grado di osservare le varie norme previste per ridurre al massimo le occasioni di contagio; ciò ha richiesto uno sforzo di mediazione da parte degli operatori, impegnati costantemente nell'assicurare le condizioni più opportune per la salvaguardia degli ospiti ma anche personali. Ancora più complessa è stata la gestione degli appartamenti dedicati a disabili con marcate problematiche psichiatriche, per i quali, soprattutto nella fase iniziale del lockdown, si è dovuto ricorrere al 118, e forze dell'ordine. Per loro infatti l'imposizione nel non potersi allontanare dalla struttura ospitante ha determinato l'accentuarsi di comportamenti reattivi e scomposti, di non facile trattamento. Si è pertanto intervenuti con la concertazione di tutti i soggetti (CSM, Psichiatri, infermieri, MG. educatori, Oss, Gestori ecc) che per il proprio ambito specifico hanno saputo costruire un sistema di "supporto tecnico-operativo" tale da individuare soluzioni e strategie finalizzate a riportare condizioni interne alle realtà comunitarie vivibili e in grado di far fronte alle diversificate esigenze di ciascun ospite. Negli appartamenti con la presenza anche di giovani disabili, con buone autonomie di autogestione, si è potuto osservare, anche grazie all'aumento della presenza educativa, una notevole capacità nell'adattarsi alla nuova scansione di tempi e organizzazione della giornata. All'interno di tutte queste realtà sopra descritte, non sono stati registrati fatti o circostanze di particolare rilievo, seppur permane presente l'esigenza di mantenere livelli di attenzione elevata, trattandosi di contesti Comunitari, con persone in stato di fragilità.

Rimane invariato il divieto di accesso nelle strutture dei famigliari mentre, sembra provenire da parte loro la richiesta di poter incontrare i figli disabili, al di fuori degli appartamenti. A tale riguardo i Gestori cercano di rispondere di volta in volta in base agli elementi conoscitivi di cui dispongono.

Problematiche o criticità emerse nel corso delle visite:

- nella quasi totalità dei casi non avviene che gli operatori nelle strutture usino abiti diversi di quelli con cui vengono da casa per cui si è consigliato l'uso di abiti da lavoro da usare solo per attività lavorativa, da lavare in struttura;
- consigliata registrazione temperature rilevate agli ospiti che in generale si è verificato viene effettuata. Diversamente la registrazione della temperatura degli operatori non viene effettuata all'ingresso in tutte le strutture. Diversi coordinatori si affidano alla parola degli operatori che affermano di averla rilevata a casa, altri richiedono un'autocertificazione di avvenuta effettuazione. Si è chiesto a tutti di rilevarla all'ingresso e all'uscita dal lavoro e di registrarla. Alcuni, i meno, lo fanno. Molti altri che

non lo fanno si sono ripromessi di farlo. Qualcuno, in particolare la coordinatrice del CSRR Casa Rodari, ha posto il problema suscitato da qualche dipendente che, poiché si tratta di un dato sensibile, come tale non dovuto. A tale scopo ha trasmesso una nota di CADIAI in tal senso;

- difficoltà in diversi Gruppi appartamento di individuare ed effettuare una zona di isolamento sia per accogliere positivi Covid asintomatici sia per quarantene post ricovero o comunque di rientri in struttura. In qualche caso, visto il possesso di più appartamenti da parte dell'Associazione, si è prospettato il trasferimento degli ospiti positivi in appartamenti più adatti;
- a seguito della chiusura totale delle strutture a qualsiasi rapporto con l'esterno, si pone il problema di una ripresa di contatto coi familiari quali: visite dei familiari presso la struttura, breve soggiorno del disabile a casa dei familiari, uscite di qualche ora coi familiari. Sono state richieste dai gestori norme precise da attuare, vista la necessità dopo il lungo lockdown e l'ormai improcrastinabilità di una ripresa dei contatti;
- Vi sono comunque strutture, specie in ambito cittadino, dove già gli ospiti autosufficienti escono, talvolta con gli operatori, talvolta anche da soli. In qualche caso, pochi peraltro, l'ospite ha continuato ad andare al lavoro;
- Da qualche coordinatore è stato posto il problema di aprire a nuove entrate data la presenza di posti vuoti.

Considerazioni

Al di là delle difficoltà ad attuare le indicazioni al distanziamento degli ospiti e di indossare la mascherina, al di là delle difficoltà strutturali di indicare zone di isolamento, i sopralluoghi del team multidisciplinare sono stati utili perché in molti casi, ancorché i coordinatori fossero informati e avessero seguito i corsi sia interni che quelli promossi dall'Azienda USL, il colloquio, l'evidenziazione delle problematiche e le simulazioni di eventi sfavorevoli quali contagi e presenza di ospiti positivi al Covid in struttura, è risultata utile a promuovere un avanzamento di sensibilità e di presa di coscienza delle problematiche di prevenzione. Inoltre, è stata da molti sottolineato, in modo molto positivo, la presa d'atto di una "prossimità" dei professionisti dei vari Dipartimenti dell'Azienda Sanitaria con la possibilità di avere un supporto rapido e di supporto nel caso d'insorgenza di problematiche sia cliniche che organizzative, evenienza che si è verificata in diversi casi dopo i sopralluoghi.

Da ultimo, ma non meno importante, il clima collaborativo e il "senso di gruppo" che si è respirato nei teams dei vari Distretti. Molto positiva l'esperienza e la professionalità della componente infermieristica e delle Assistenti Sociali.

Sicuramente tutti abbiamo dovuto fare un autentico "salto di professionalità" affrontando scenari fino ad ora mai immaginati. Il concetto e l'attuazione di task force, integrando diverse esperienze professionali, è stato sicuramente un buon approccio Anche se "work in progress" se ne è toccata l'oggettiva utilità, percepita anche dai Coordinatori e dagli operatori incontrati nel corso dei sopralluoghi.

2.2 Attività di monitoraggio e supporto telefonico: riflessioni dei professionisti

L'attività di consulenza e supporto telefonico ha coinvolto oltre ai clinici coinvolti nei sopralluoghi anche altri professionisti della Task Force impegnati in un quotidiano back-office telefonico rivolto ai coordinatori/referenti delle singole strutture.

Questa attività ha manifestato fattivamente il sostegno alle strutture da parte dell'AUSL che si è "messa a disposizione", a fianco dei gestori in modo continuativo con azioni sinergiche, senza mai prevaricare o sostituirsi nella loro responsabilità sulle strutture stesse.

Ha costituito inoltre un elemento di grande valore dal punto di vista dell'innovazione dei servizi, come meglio specificato di seguito, in quanto ha costituito la base della reciproca conoscenza e fiducia per successive e proficue relazioni smart a vantaggio dei cittadini.

L'infermiera di riferimento

L'attività di monitoraggio e supporto telefonico ha attraversato diverse fasi.

La prima è stata focalizzata sul monitoraggio sui DPI presenti in struttura in rapporto agli ospiti e agli operatori presenti nelle 24 ore e l'uso corretto degli stessi.

Sono stati effettuati contatti telefonici o via mail riguardanti distanziamento e modalità di isolamento, definizione e rafforzamento dei percorsi separati sporchi e puliti, indicazioni e consolidamento delle buone pratiche igieniche di prevenzione della trasmissione dell'infezione (igiene mani con acqua e sapone e con soluzione idroalcolica, igiene dell'ambiente, igiene del lavaggio di letterecce, delle stoviglie ecc.)

Dal 16/3 oltre al monitoraggio sulla presenza in strutture accreditate di DPI, si è iniziato a fare il censimento sul numero di OSS e infermieri presenti/assenti, dando supporto alla programmazione della turnistica ed ai riferimenti telefonici di infermieri/OSS disponibili (agenzie, liberi professionisti, Azienda USL).

Dai primi sospetti di casi covid positivi, si è iniziato a chiamare le strutture per fornirgli un supporto assistenziale: rifornimento di ossigeno liquido e maschere di Venturi (Ventimask), rafforzamento di buone pratiche sul corretto utilizzo DPI e gestione zone sporche/pulite e momenti del pasto, monitoraggio saturazione e temperatura per ospiti e monitoraggio temperatura inizio e fine turno per operatori, preservando la privacy dei singoli operatori.

Si è provveduto alla condivisione della documentazione ministeriale, regionale e aziendale e supporto nell'applicazione delle linee guida.

È stato fatto monitoraggio attivo giornaliero di tutte le strutture con sospetti o casi covid positivi.

In marzo colloquio telefonico giornaliero con i coordinatori di struttura e/o infermieristici di tutte le strutture accreditate, dal 10 Aprile si è iniziato a contattare le restanti strutture non accreditate mantenendo le stesse modalità descritte sopra e alla programmazione delle visite della Task-Force. Per i giorni della festività Pasquale si è provveduto a preparare e distribuire kit di DPI per le strutture che ne facevano richiesta.

Da Marzo a fine Aprile tutte le strutture hanno potuto contare sul supporto telefonico 7 giorni su 7 dalle 8-20 e da Maggio dal lunedì al venerdì dalle 8 alle 20.

In tutte queste fasi il sentimento maggiormente presente, è condiviso dagli operatori è stata la paura: la "paura" di non avere strumenti (presidi, DPI, personale) ma soprattutto di non avere

abbastanza forza e coraggio per affrontare un'emergenza di tale misura. Nei colloqui telefonici spesso mi sono trovata a dover consolare, rafforzare e far capire che potevano contare su di me, su di noi. Ho ricevuto telefonate di sfogo dove percepivo la necessità di scaricare la tensione accumulata per la situazione che si trovavano a dover gestire. Il ruolo del coordinatore è stato in questo frangente molto pesante sia fisicamente che emotivamente, tutti hanno riferito che non avere a disposizione i presidi e doverli razionare è stato difficile, come è stato difficile dover spiegare ad una persona che i propri cari non potevano farli visita. Vedere lo sguardo smarrito e sconcertante dei loro assistiti è stato doloroso è dolorosissimo sono stati i decessi quando si sono verificati.

Tutti erano preoccupati di non riuscire a fare, a dare il massimo e mi chiedevano: "*Sto facendo bene? Faccio abbastanza? Cosa posso fare di più?*".

Di tutto questo periodo, mi rimarrà il dolore percepito e l'angoscia che non ci fosse una fine.

Considerazioni

Penso che l'emergenza che stiamo vivendo ha aperto una giusta strada di collaborazione e di fiducia nelle istituzioni e tra i professionisti di diverse realtà, ma soprattutto nelle persone.

L'assistente Sociale

Come rappresentante del **Comune di Bologna** nella TFD curo in particolare i rapporti con le strutture residenziali non accreditate presenti sul territorio, i rapporti con le strutture accreditate sono curati dalla ASL in un contesto di continuo confronto e scambio di informazioni.

In questo modo la totalità delle strutture accreditate e non è stata oggetto di attenzioni e di azioni proattive, da parte di ASL e Comune, tese a contrastare gli effetti e le conseguenze della emergenza covid e questo è un approccio innovativo ha assunto proporzioni ancora più significative di interventi attivati con le stesse modalità e misure nell'ottica di garantire a tutti gli anziani e disabili ospitati in strutture residenziali le stesse opportunità di cura e supporti di consulenza specialistica.

In premessa va specificato che il Comune di Bologna ha in atto un rapporto di convenzione con diverse strutture non accreditate del territorio e quindi rapporti di conoscenza pregressi, negli ultimi anni sono state effettuate regolarmente visite di verifica qualitativa e di confronto, che hanno facilitato e influenzato positivamente le relazioni.

Il primo intervento effettuato ha riguardato la mappatura delle case di riposo, case famiglia e comunità alloggio, in convenzione e non, presenti sul territorio del distretto di Bologna per avere conoscenza quantitativa dell'ambito di strutture residenziali con cui instaurare un rapporto di informazione, conoscenza delle problematiche inerenti l'emergenza, supporto e monitoraggio. Successivamente tutte le strutture sono state contattate ed è stato inviato loro il materiale informativo redatto da Regione e ASL e una check list predisposta dalla ASL per raccogliere elementi conoscitivi mirati.

Sono stati ripetutamente attivati contatti telefonici e via email con tutte le strutture non accreditate per avere informazioni relative alle condizioni degli ospiti e degli operatori, le modalità organizzative e le problematiche rilevate. In particolare sono state recepite le esigenze rispetto alla necessità di mascherine e altri DPI difficilmente reperibili e in accordo con la ASL sono state consegnate alle strutture che hanno rappresentato il bisogno le mascherine e altri DPI provenienti da Protezione Civile, donazioni e ASL.

Questa attività continua tuttora e, in un'ottica di perseguire la maggior tutela possibile anche nei confronti di altre tipologie di persone fragili, è rivolta anche ad altre realtà comunitarie che ospitano con modalità diverse e non necessariamente assistenziali anziani autosufficienti e adulti con problematiche diverse e connotati da fragilità elevata.

Considerazioni

Le relazioni mantenute in modo ricorrente con le strutture non accreditate hanno facilitato l'accettazione dei sopralluoghi effettuati dalla task force che alcune strutture hanno in un primo momento rifiutato, nel timore di mettere a rischio la sicurezza di anziani e operatori lasciando entrare persone estranee, ma i contatti mantenuti nel tempo hanno poi consentito di far sì che tutte le strutture abbiano infine ricevuto una o più visite secondo necessità e abbiano quindi fruito di indicazioni e supporto per la gestione organizzativa e logistica per prevenire e contrastare l'epidemia e di consulenza sanitaria.

Ritengo che per la tipologia di strutture non accreditate, per la maggior parte gestite privatamente e con presenza di personale sanitario limitato, in particolare in riferimento alla presenza del medico, pur nel riconoscimento delle azioni e dell'impegno dei gestori, l'attività svolta dalla TFD, rappresenti un importante punto di riferimento e di supporto, una struttura mi ha detto che "il nostro lavoro, la nostra presenza li ha fatti sentire accompagnati, non soli e ha loro dato più sicurezza nell'affrontare questa grave emergenza" e credo che questo in sintesi possa essere interpretato come un obiettivo raggiunto.

2.3 Rilevazione del bisogno, distribuzione e monitoraggio dei DPI

La carenza dei Dispositivi di protezione individuale e la difficoltà, ed in alcuni momenti assoluta impossibilità a reperirli attraverso i canali consueti, ha rappresentato per tutto il sistema socio sanitario un elemento di forte criticità. Per questo motivo, inizialmente la distribuzione dei DPI ha previsto una fornitura da parte dell'AUSL, per quanto possibile, a quasi totale copertura del fabbisogno delle diverse strutture. In accordo con il Comune di Bologna, l'Azienda USL si occupa di fornire DPI a strutture accreditate e strutture non accreditate con ospiti positivi/sospetti, mentre il Comune si occupa della distribuzione di mascherine chirurgiche a strutture non accreditate.

L'attività di distribuzione dei DPI ha previsto e prevede diverse attività e fasi organizzative:

- Rilevazione del fabbisogno settimanale tramite contatti telefonici costanti con le strutture interessate;
- Ordine DPI;
- Valutazione della suddivisione dei DPI tra le diverse strutture in base agli ospiti positivi/sospetti e forniture in giacenza presenti presso i servizi;
- Valutazione dei Dpi da consegnare al Comune di Bologna per le strutture non accreditate;
- Preparazione del materiale suddiviso per struttura;
- Consegna dei DPI (inizialmente a tutti e attualmente in base alle necessità determinate dalle mancate o ritardate forniture relative agli ordini effettuati dagli Enti Gestori);
- Definizione di almeno due giornate settimanali da dedicare alla distribuzione dei DPI organizzate in base agli arrivi delle forniture.

La maggior parte dei DPI, come da Tabella N. 4, è stata distribuita alle CRA in quanto hanno avuto più ospiti positivi. Nella prima fase dell'emergenza la carenza di DPI ha riguardato

principalmente la mancanza di mascherine chirurgiche e FFP2, attualmente sono carenti le forniture di guanti, camici monouso e talvolta calzari, che rappresentano quindi oggi i dispositivi maggiormente richiesti.

Tabella N. 4 DPI consegnati nel periodo marzo - maggio 2020

DPI	CRA		CSRR		Comune Bologna		Altre strutture non accreditate		TOTALE
	n	% riga	n	% riga	n	% riga	n	% riga	
mascherine chirurgiche	42.390	51,7%	8650	10,6%	27.100	33,1%	3.850	4,7%	81.990
visiere	28	73,7%	1	2,6%		0,0%	9	23,7%	38
occhiali	427	68,4%	69	11,1%	50	8,0%	78	12,5%	624
ffp2	7.254	66,0%	2134	19,4%		0,0%	1.604	14,6%	10.992
camici/tute	4.568	68,1%	1029	15,3%	2	0,0%	1.107	16,5%	6.706
copriscarpe	6.350	75,3%	1.430	17,0%		0,0%	650	100,0%	8.430
copricapo	4.220	82,2%	460	9,0%		0,0%	455	8,9%	5.135
ossigeno	70	100,0%		0,0%		0,0%	0	0,0%	70
guanti	21.120	32,0%	12900	19,6%	12.000	18,2%	19.900	30,2%	65.920
kit	3	5,2%	27	46,6%		0,0%	28	48,3%	58
gel	3	16,7%	3	16,7%		0,0%	12	66,7%	18

3. Monitoraggio casi o sospetti tali (tamponi e test sierologici effettuati)

In merito alla attività diagnostica l'esecuzione dei tamponi, nella fase iniziale dell'epidemia zione dei tamponi è stata effettuata attenendosi alle indicazioni nazionali, regionali ed aziendali (nota Ministero salute 5442-22/02/2020, nota RER PG 2020/0174825 del 27/02/2020, testando gli utenti sintomatici e predisponendo un isolamento dei contatti stretti che risultassero sintomatici.

Successivamente, aumentata la disponibilità di tamponi e di laboratorio è stata ampliata la verifica a tutti gli ospiti di CRA e Case di Riposo, indipendentemente dalla presenza di casi.

Al momento tutti gli ospiti delle CRA e delle case di riposo sono stati sottoposti a tampone.

Nelle sole strutture di Bologna (CRA e Case di Riposo) sono stati effettuati più di 2500 tamponi sugli ospiti. A partire dal 10 aprile è stata avviata una campagna di screening sierologico sugli operatori delle strutture sociosanitarie dell'Azienda USL di Bologna. Al momento sono stati valutati tutto gli operatori delle CRA, è in corso la valutazione degli operatori delle case di riposo e dei centri residenziali per disabili.

4. Riflessioni conclusive ed ipotesi di sviluppo futuro dell'attività della Task Force Distrettuale: punti di forza e punti di debolezza

Di seguito una breve sintesi dei principali punti di forza e punti di debolezza messi in evidenza in questi primi mesi di esperienza del lavoro della TFD svolto sul territorio del Distretto di Bologna.

Sono due le dimensioni che vengono analizzate ossia quella relativa al "modello organizzativo" della Task con il coinvolgimento di diversi professionisti provenienti da ambiti organizzativi, setting assistenziali e in alcuni casi anche Enti diversi, e quello legato più al "contesto di riferimento" ossia al complesso sistema dei servizi sociosanitari assistenziali rivolti a soggetti fragili. Un sistema che presenta una pluralità di soggetti eterogenei per dimensioni, mission, target di riferimento etc...

Modello organizzativo della TFD

Punti di forza

- ✓ Importante esperienza di integrazione concreta ed operativa tra ospedale e territorio.
- ✓ Valorizzazione di un nuovo modello di integrazione multi-professionale "di fatto" agito sul campo potenziando il valore della comunità interprofessionale
- ✓ Consente di sperimentare un ruolo innovativo di responsabilità del distretto anche se trattasi di intervento temporaneo legato ad una specifica emergenza.
- ✓ Supporto reale (di secondo livello) alle strutture in un momento cruciale della loro vita
- ✓ Conoscenza da parte degli specialisti (geriatri, Infettivologi, epidemiologi ecc..) di una realtà comunitaria quantitativamente significativa ed ancora poco conosciuta.
- ✓ Sviluppo delle precondizioni necessarie per instaurare un rapporto duraturo con le strutture socio-sanitarie da mantenersi anche dopo l'esperienza emergenziale.
- ✓ Presa di coscienza e conoscenza di realtà comunitarie differenti con problemi clinico assistenziali, organizzativi, di prevenzione e di vigilanza molto diversi tra loro, anziani,

disabili, gravi emarginati, senza fissa dimora, richiedenti asilo, minori, comunità religiose

- ✓ Aumento della consapevolezza del valore del lavoro di squadra e conseguente crescita professionale attraverso lo scambio sinergico di saperi, competenze e conoscenze professionali
- ✓ Buona collaborazione e comunicazione tra i professionisti della TFD e le strutture e celerità degli interventi

Punti di debolezza

- ✓ Grosso problema al mantenimento di una TFD anche significativamente ridimensionata per via della ripartenza delle attività routinarie (Specialistica ambulatoriale, ricoveri programmati ecc..) e dell'importante impegno organizzativo necessario;
- ✓ Incapacità della Task ad effettuare il controllo puntuale ed operativo ed il costante monitoraggio delle indicazioni impartite alle strutture (specie quelle piccole e non accreditate) Per esempio misurazione parametri clinici, terapie ecc... o controllo della reale e corretta applicazione delle misure igieniche (ad es: zone sporche e pulite, uso corretto dei DPI);
- ✓ Una certa difficoltà a coordinare i sopralluoghi con accesso multidisciplinare (spesso non tutte le professionalità riescono a partecipare congiuntamente);
- ✓ Alcuni problemi segnalati sull'allineamento delle informazioni/comunicazioni. Ad esempio sulla tematica tamponi e sierologici;
- ✓ Non pieno coinvolgimento di Servizi di Prevenzione e Protezione dei servizi socio sanitari per l'analisi dei processi lavorativi e la conseguente gestione del rischio correlato alla emergenza Covid 19;

Contesto di riferimento:

Punti di forza

- ✓ Buon grado di collaborazione ed integrazione con l'attività della task.
- ✓ La maggior parte delle strutture ha collaborato nel reperimento dei DPI nelle prime fasi della epidemia.
- ✓ Esperienza che ha consolidato la relazione e la collaborazione (anche per il futuro) con il distretto e gli specialisti ospedalieri e territoriali.
- ✓ Collaborazione proficua e sinergica con l'ente locale ed Asp nel governo dell'emergenza nelle comunità per gravi emarginati e stranieri
- ✓ Costruzione di un rapporto di conoscenza e fiducia con le strutture non accreditate che ha permesso di andare oltre il perimetro di riferimento (strutture accreditate)
- ✓ Maggiore conoscenza dell'intero sistema nella sua complessità

Punti di debolezza

- ✓ Logistica delle strutture anche molto diversa da struttura a struttura non solo tra strutture socio-sanitarie accreditate e non accreditate ma anche all'interno di categorie omogenee. In altri termini all'interno delle stesse strutture accreditate si rilevano molte disomogeneità logistiche strutturali, organizzative.

- ✓ Presenza medica ed infermieristica di riferimento estremamente variabile e frammentata in particolare per le strutture minori non accreditate. Reale difficoltà ad avere riferimenti certi e competenti in molte realtà.
- ✓ Reale difficoltà nel reperimento del personale assente per epidemia covid 19 da parte delle strutture
- ✓ Variabilità nel livello formativo degli operatori da struttura a struttura. In generale scarsa preparazione tecnica e culturale ad affrontare emergenze epidemiche.
- ✓ Difficoltà ad avere le necessarie informazioni e conoscenza sugli ospiti quando nelle strutture convivono diverse tipologie contrattuali: posti accreditati, posti autorizzati, posti privati
- ✓ Caratteristiche delle strutture di accoglienza (spazi comuni, impossibilità di isolamento, promiscuità, ecc) e tipologia di ospiti (vulnerabilità sociale/abitativa/sanitaria).



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Task Force Distrettuale **PIANURA EST**

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020

Attività Task Force Distrettuale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
1. Approccio della TDF “proattivo” per operare con finalità di prevenzione e intercettazione precoce delle criticità.	1. Numerosità delle strutture residenziali semiresidenziali e servizi domiciliari presenti nel territorio distrettuale da presidiare in condizioni operative emergenziali.
2. Presenza di stessi professionisti nelle TFA che in quella TFD quindi trasposizione diretta e simultanea degli indirizzi sul livello locale	2. Massivo investimento di tempo/lavoro della TFD in riferimento al mandato.
3. Strutturazione di coordinamenti con gestori pubblici e privati (videoconferenza) e TDF e approccio comunicativo diretto alle criticità presentate.	3. Necessità di ridefinizione continua degli indirizzi e delle linee operative per contestualizzarle alle criticità e problematiche presenti nei territori.
4. Multi-professionalità della TDF per approccio coerente alla multidimensionalità delle problematiche riscontrate.	4. Costruzione di sinergie professionali ed operative e necessità di risposte immediate.
5. Aumento della consapevolezza dell’area sanitaria dell’impegnativo target degli utenti della rete socio-sanitaria.	5. Necessità di una rilettura e ridefinizione del sistema dei servizi socio-sanitari rispetto ai bisogni sanitari della popolazione non autosufficiente.

Valutazioni di sintesi

La TFD nell’ambito del mandato avuto e nello specifico con obiettivo prioritario di porsi in maniera proattiva alla rete dei servizi socio-sanitari rispetto alle azioni ed agli interventi da mettere in atto, si è trovata a gestire tali attività in un territorio distrettuale vasto e con una molteplicità di gestori sia pubblici e privati accreditati che privati afferenti non solo all’area della non autosufficienza ma anche altre aree target (ad esempio, comunità residenziali e semiresidenziali dell’area minori).

Tale condizione ha determinato la necessità di strutturare per i componenti della TFD un modello operativo che ha richiesto un notevole e continuo assorbimento di energie e di tempo/lavoro, considerando inoltre che alcuni professionisti facevano parte oltre che della TFA anche delle TF Distrettuali. Tuttavia tale condizione di criticità ha però permesso di facilitare un approccio coerente ai temi e alle problematiche da gestire con una diretta trasposizioni delle linee aziendali sul livello locale.

La struttura organizzativa della UASS e le finzioni/attività svolte in questi anni di integrazione e coordinamento della rete dei servizi socio-sanitari ha facilitato il contatto con tutti gli interlocutori presenti sul territorio.

La composita formazione professionale delle TFD ha permesso di affrontare tematiche e problematiche afferenti ai differenti ambiti (clinici, gestionali, organizzativi) agendo una interlocuzione diretta con i gestori nell'ambito degli assetti di coordinamento organizzati attraverso le videoconferenze.

Tale assetto ha inoltre consentito tramite la conoscenza diretta dei differenti professionisti di strutturare collegamenti e connessioni con i gestori utili ad affrontare temi e problematiche non strettamente collegate a questo periodo emergenziale.

Si evidenzia inoltre che vi è stata da parte di alcuni professionisti dell'area sanitaria di ambito ospedaliero la possibilità di verificare direttamente, attraverso gli accessi nelle strutture, che il target degli utenti dal punto di vista dei bisogni socio-sanitari e sanitari della rete socio-sanitaria si è caratterizzato sempre più per gravità del livello di non autosufficienza verso una dimensione di forte impegno sanitario e non solo socio-assistenziale. Da ciò ne scaturisce la necessità di ridefinire e rileggere il sistema delle risposte socio-sanitarie e sanitarie a fronte di bisogni sempre più complessi.

Distretto Pianura Est

Gestione emergenza Covid

Strutture sociosanitarie Area Anziani e Disabili Adulti

1. Metodologia di lavoro delle TFD (incontri con i Gestori, coinvolgimento del livello "politico" locale, ruolo dei rappresentanti degli EELL all'interno della TFD, etc...)

Nell' AUSL di Bologna è attivo da anni un percorso di confronto e supporto dedicato alla rete dei servizi socio sanitari residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili adulti orientato al miglioramento continuo dell'assistenza complessiva come è inoltre strutturata l'attività di coordinamento distrettuale svolto dalle UASS dei gestori socio-sanitari accreditati con Contratto di servizio (CdS).

In ambito distrettuale sono presenti le tipologie di strutture residenziali socio sanitarie e assistenziali riepilogate nella seguente tabella di sintesi:

Tabella N. 1 Rete servizi residenziali area anziani e disabili Adulti distretto Pianura Est

Tipo struttura residenziale	N. Strutture	N. posti	N. CdS posti	N. operatori
CRA accreditate con CdS	11	548	433	346
Strutture non accreditate per Anziani	23	464		256
Strutture residenziali per disabili	8	102	49	98
Totale	42	1.114	482	700

Data la situazione di emergenza sanitaria legata all'epidemia di Coronavirus è stata attivato un supporto di consulenza clinica-assistenziale attraverso la costituzione delle Task Force Distrettuale(TFD) con l'obiettivo prioritario di porsi in maniera proattiva rispetto alle azioni ed interventi da effettuarsi nei confronti della rete delle strutture socio-sanitarie residenziali accreditate e non accreditate. Pertanto, mentre la Task Force Aziendale (TFA) assolve in modo reattivo alle emergenze, segnalazioni ordinarie secondo priorità e consulenza ai vari livelli aziendali ed inter-aziendali, la TFD agisce in piena sintonia con essa agendo un livello di autonomia proattivo nel contesto locale di riferimento rivolto alla generalità delle comunità.

Le azioni svolte dalla TF in ambito distrettuale sono finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria di COVID 19, all'intercettazione precoce delle criticità, infatti, lo scopo prioritario delle attività è quello di porsi in maniera proattiva nei confronti della rete delle strutture socio sanitarie accreditate e non accreditate presenti nel territorio distrettuale.

Al fine di garantire in ambito distrettuale un livello informativo ed operativo omogeneo relativo al percorso di gestione dell'emergenza Covid, il Direttore di Distretto, congiuntamente al Sindaco Presidente del Comitato di Distretto hanno **definito un assetto di Coordinamento Distrettuale** da loro direttamente presieduto. Agli incontri, svolti on-line ed a cadenza settimanale dal mese di aprile, hanno partecipato i componenti della TFD, Il Responsabile dell'Ufficio di Piano, i referenti SST degli EELL e tutti i gestori dei servizi residenziali accreditati e privati.

La Possibilità di offrire un contesto di confronto e comunicazione diretta e contestuale con tutti i gestori è stata molto gradita in quanto ciò ha permesso di mettere in rete tutti gli interlocutori (con particolare riferimento ai gestori non accreditati) definendo e programmando così uno spazio utile alla comunicazione/segnalazione delle differenti necessità e problematiche presenti in ciascuna delle singole strutture. La soluzione di confronto periodico ha permesso inoltre di orientare l'attività della TFD.

Si segnala inoltre che tale circostanza ha creato l'occasione per mettere contestualmente in rete "tutti" i gestori privati e accreditati e per la prima volta è stato possibile definire il riconoscimento da parte di tutti gli interlocutori dei punti di forza e debolezza nel sistema delle risposte dei servizi residenziali presente del nostro territorio distrettuale.

2. Attività ed interventi realizzati

La Task Force Distrettuale (TFD) Pianura EST, istituita per contenere l'emergenza sanitaria da COVID-19 nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali, è composta da esperti provenienti da diverse Unità Operative e con diversi profili professionali per affrontare con atteggiamento proattivo le criticità igienico-sanitarie, assistenziali, organizzative, gestionali delle strutture del territorio.

Tabella N. 2 Componenti T.F. Aziendale e T.F. Distretto Pianura Est

TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19 STRUTTURE E SERVIZI SOCIO-SANITARI												
SERVIZIO / TASK FORCE	GOVERNO CLINICO E RACCORDO CON DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE DISTRETTI	DIREZIONE DASS	SANITA' PUBBLICA IGIENE PREV. RISCHIO INFET.	GERIATRIA TERRITORIALE	DATEr STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	DATEr SANITA' PUBBLICA	ALTRI PROFESSIONIST SANITARI	SUPPORTO AMM.VO	REFERENTE ISTITUZIONI LOCALI	REFERENTE SERV. SOC. TERRIT.	
TASK FORCE AZIENDALE (TFA)	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	FARRUGGIA GUBERTI	VANELLI CORALLI LINARELLO	SIMONI	BICEGO	MATRA' (MMG DEDICATO STRUTT. DISABILI)				
TASK FORCE DISTRETTUALI (TFD)	PIANURA EST		COCCHI	TINTI ALBERGHINI BENATI - TADDIA	BELLOLI CAMAGNI SANTINI	VANELLI CORALLI	TARDIOLI	GAMBETTI GNUDI	FANTUZZI	PERUCCI FELICANI	FERRANTI DEL MUGNAIO	GUTTADAURO TARTARINI

L'attività della TFD Pianura EST si è strutturata sia per garantire contatti diretti quotidiani con i singoli gestori (telefonici e per e-mail) sia attraverso l'attività operativa svolta direttamente

con la programmazione dei sopralluoghi in tutte le strutture residenziali presenti nel territorio distrettuale.

La TFD ha operato ed opera con il compito di:

- promuovere e sensibilizzare l'informazione e la formazione degli operatori, consegnando materiale cartaceo informativo (poster, normativa) sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni nonché sulla necessità di monitorare lo stato di salute;
- verificare la corretta applicazione delle misure di tutela igienico-sanitaria nei confronti degli ospiti, degli operatori e di chiunque altro soggetto (fornitori, manutentori) che abbia necessità di accedere alle strutture medesime (ad es. monitoraggio dello stato di salute degli operatori in entrata e uscita e monitoraggio quotidiano dello stato di salute degli ospiti, frequente igienizzazione delle mani, periodica sanificazione dei servizi igienici e delle superfici di maggiore contatto, somministrazione dei pasti in materiale monouso per pazienti con sintomi sospetti, lavaggio degli effetti lettereci, indumenti degli ospiti, divise degli operatori in struttura oppure affidandosi a ditta autorizzata, etc...);
- promuovere comportamenti corretti come ad es.:
 - o l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale, mascherine chirurgiche anche per gli ospiti, soprattutto in occasione di particolari attività di cura e/o assistenza;
 - o il lavaggio delle mani;
 - o le buone pratiche di sicurezza e pulizia degli ambienti e delle attrezzature;
- controllare gli spazi e le misure di tutela dedicati agli operatori nonché la loro dotazione di Dispositivi di Protezione Individuale, se presenti in un numero sufficiente e adeguato rispetto alle necessità assistenziali;
- fornire, ai Responsabili medici delle strutture, gli attuali indirizzi terapeutici per il trattamento degli ospiti con sintomi sospetti riconducibili a COVID-19, in linea con le recenti indicazioni della letteratura internazionale;
- assistere le strutture nelle richieste degli accertamenti diagnostici (esecuzione tamponi, esami sierologici);
- supportare le strutture nella gestione organizzativa riguardante la realizzazione di percorsi sporco/pulito e l'individuazione di stanze per isolamento per pazienti con sintomi sospetti; in assenza di stanze per isolamento, indicare ai Responsabili di struttura di appoggiarsi alla rete di emergenza territoriale oppure fornire soluzioni alternative in altre strutture disponibili sul territorio;
- dare chiarimenti su norme e/o procedure da adottare come azioni di monitoraggio/prevenzione verso gli ospiti e gli operatori;
- condividere, laddove richiesto, indicazioni relative alla riorganizzazione dei piani assistenziali (anche riabilitativi) e di lavoro al fine di supplire alla carenza di personale sanitario e socio sanitario;
- verificare e rimarcare la conoscenza dei percorsi dedicati per l'approvvigionamento di dotazioni aggiuntive di ossigeno e di farmaci come da linee guida aziendali.

La TF Distrettuale ha svolto in questo periodo sopralluoghi in tutte le strutture ed in alcuni casi di maggior criticità sono stati effettuati più accessi, si seguito è rappresentata l'attività sino al mese di maggio.

Tabella N. 3 Sopralluoghi TFD dato di attività periodo marzo/maggio 2020

Tipo struttura residenziale	numero strutture	n° visite mese di marzo/ aprile	n° visite mese di maggio
CRA	11	8	10
Strutture non accreditate per Anziani	23	2	23
Strutture residenziali per disabili	8	6	2
totale	42	16	35

Di seguito si evidenziano le strutture che hanno avuto al loro interno situazioni di positività al covid-19 che hanno coinvolto sia gli utenti che il personale e per le quali l'attività della TFD in collaborazione e sinergia con la TFA si è strutturata per gestire anche gli aspetti clinici e di cura

Tabella N. 4 strutture con casi positivi periodo marzo/maggio 2020

Tipo struttura residenziale	numero strutture	Strutture con covid	Strutture no covid
CRA	11	4	7
Strutture non accreditate per Anziani	23	3	20
Strutture residenziali per disabili	8	1	7
totale	42	8	34

Il Responsabile del Programma Cure Intermedie del Dipartimento dell'Integrazione referente medico geriatria della TFD che nell'ambito del team clinico strutturato anche con il contributo culturale e scientifico dei colleghi infettivologi dell'AOSP di Bologna, ha curato in particolare la **gestione dei percorsi assistenziali nei confronti di casi sospetti Covid trattando farmacologicamente i casi oligo-paucisintomatici secondo criteri di appropriatezza, evitando quando possibile l'accesso in PS e l'eventuale ricovero ospedaliero.** A nessuno è però stato negato il diritto ad essere curato in ospedale, e in questa ottica deve essere valutato e giudicato l'elevato numero di persone ricoverate in ospedale della CRA San Domenico di Budrio struttura maggiormente colpita dall'epidemia in ambito distrettuale.

In riferimento inoltre alla area clinica, l'esperienza delle Task Force Distrettuali ha:

- ❖ Ha garantito un monitoraggio preventivo e proattivo nei confronti di tutte le strutture per anziani e disabili dei Distretti di Pianura.
- ❖ Ha strutturato una metodologia di lavoro multidisciplinare e interdisciplinare che con il coinvolgimento di geriatra, infermiere, medico della Igiene Pubblica, tecnico del DSP, medico del lavoro e con il mmg referente per l'area disabili ha consentito alle strutture di approfondire tutti i molteplici aspetti legati alla emergenza Covid-19.

- ❖ Ha supportato in presenza e tramite disponibilità telefonica le strutture nella gestione pratica di casi clinici sospetti o conclamati. La applicazione dei protocolli terapeutici a base di idrossiclorochina, ora temporaneamente revocati a seguito di disposizioni ministeriali e regionali, ha consentito di raggiungere l'obiettivo della guarigione clinica per tanti anziani complessi e poli-patologici, evitando il ricovero ospedaliero.
- ❖ Ha determinato e consolidato una efficace integrazione professionale con il personale sanitario e assistenziale delle CRA e con gli enti gestori, obiettivo già a suo tempo definito dal Programma Cure Intermedie da me coordinato.

La attività di supporto per le CRA nel periodo della emergenza Covid-19 ha posto infine le basi concrete per coinvolgere i colleghi geriatri degli ospedali in aree comuni di lavoro condiviso, obiettivo peraltro atteso dal Dipartimento della Integrazione della AUSL di Bologna

L'attività della TF Distrettuale ha inoltre garantito attraverso la UASS Distrettuale:

- l'affiancamento e supporto per garantire e facilitare la partecipazione alle attività formative organizzate a livello aziendale e l'invio di tutto il materiale informativo;
- l'aggiornamento e invio di tutto il materiale normativo, linee operative aziendali relative alla gestione emergenza Covid-19;
- il monitoraggio/verifica quotidiana della situazione di tutti i gestori e la disponibilità e reperibilità telefonica continuativa 7gg su 7 (TFD) per affrontare e supportare i gestori nella gestione delle criticità;
- l'aggiornamento quotidiano con i dati delle strutture del distretto del report aziendale sui casi (sospetti/positivi/guariti/deceduti) di utenti e operatori;
- l'approvvigionamento e consegna dei DPI per quanto in disponibilità dell'Azienda in favore di tutti i gestori (di seguito la sintesi del materiale distribuito ad oggi).

Tabella N. 5 Tipologia di DPI distribuiti nel periodo marzo/maggio 2020

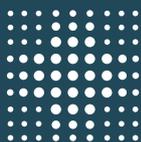
Tipo struttura residenziale	Mascherina Chirurgica	Visiera	Occhiali	FFP2	Tuta	Camici monouso	Copri scarpe	Copri capo	Guanti
CRA	25.415	52	358	3.582	1.931	570	1.841	1.773	2.570
Strutture non accreditate per Anziani	28.600	5	10	1.820	390	165	380	850	4.000
Strutture residenziali per disabili	12.335	8	130	1.461	529	210	494	517	1.530
Totale	66.350	65	498	6.863	2.850	945	2.715	3.140	8.100

3. Risultati riscontrati complessivamente nelle strutture del distretto (eventuali criticità e attività di miglioramento, eventuali specificità per tipologia di servizio e/o soggetto Gestore, tra servizi accreditati e non, eventuali opportunità di conoscenza di strutture al di fuori del "perimetro" tradizionale della nostra azione, etc...)

Il periodico confronto tra i vari componenti della TFD ha consentito anche la loro crescita professionale rafforzando il messaggio finale rivolto alle strutture. Gli operatori delle strutture hanno apprezzato la presenza e vicinanza dei professionisti della TFD a cui è stato riconosciuto l'utile supporto nel percorso di apprendimento delle misure di prevenzione e della gestione dell'emergenza epidemica. Le strutture sono apparse, nella maggior parte dei casi, consapevoli delle corrette azioni da intraprendere, in particolare quelle che, per prime, sono state colpite dall'ondata epidemica e già informate e sostenute, da subito, attraverso le articolazioni e i servizi aziendali.

Seppur si sia osservata una adeguata organizzazione, per le strutture di piccole dimensioni quali ad esempio le case famiglia e le comunità alloggio, sono stati realizzati interventi formativi e informativi più mirati al governo dell'emergenza in corso.

Gli aspetti più frequentemente affrontati della TFD attengono alle procedure e modalità adeguate al rispetto delle indicazioni dei vari DPCM relativi sia alla gestione del personale degli ospiti ambienti e DPI.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Task Force Distrettuale PIANURA OVEST

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020

Attività Task Force Distrettuale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
1. Competenze - Multi professionalità e interdisciplinarietà	1. Operatività in strutture non organizzate al rischio infettivo
2. Proattività	2. Operatività in strutture non organizzate sanitarimente
3. Disponibilità	3. Numerosità degli ospiti e in spazi strutturali
4. Operatività diretta e di supporto	4. scarsa conoscenza delle modalità di utilizzo dei DPI
5. Mappatura territoriale delle realtà comunitarie ed individuazione nella UASS di “punto di riferimento”	5. assenza di copertura parziale o totale di tipo infermieristico

Valutazioni di sintesi

Come meglio specificato nelle pagine seguenti, la Task Force Distrettuale (TFD) nasce, nell'ambito dell'emergenza Covid, con l'obiettivo di porsi in modo proattivo per azioni ed interventi a favore della rete delle strutture socio-sanitarie presenti nel territorio del Distretto, siano esse accreditate che non.

Agisce in coerenza e sintonia con la Task Force Aziendale.

A consuntivo del lavoro svolto relativo alla fase 1, si evidenzia il valore aggiunto della Task Force sul territorio rappresentato dall'insieme delle competenze dei professionisti che ne fanno parte. Sicuramente la multi professionalità e interdisciplinarietà ha reso risposte efficaci in termini disponibilità, anche in presenza sia ad ogni richiesta di supporto diretto in struttura che in senso proattivo.

In particolare l'azione della TFD ha trovato riscontro nell'ottimizzazione organizzativa del lavoro nelle CRA in particolare per i percorsi “sporco/pulito”, la disposizione degli ospiti all'interno, la riorganizzazione degli spazi per l'isolamento, la valutazione dei criteri di esecuzione dei tamponi per gli ospiti e per il personale, per il monitoraggio dei casi.

Ha fatto parte della operatività e del supporto alle strutture, la formazione e l'addestramento del personale per l'uso dei DPI, l'applicazione del piano di prevenzione e controllo dell'infezione oltre a verifiche dirette in struttura per la gestione e riorganizzazione dei piani assistenziali.

Si registrano tuttavia alcune criticità legate in particolar modo alle Strutture con maggiori carenze da un punto di vista assistenziale di tipo sanitario, in particolare relativamente alla presenza dell'infermiere H 24.

Dette strutture hanno necessariamente fatto maggior ricorso al ricovero ospedaliero, hanno inizialmente mal gestito il corretto utilizzo dei DPI e non erano pronte alla gestione del rischio infettivo e quindi alla capacità di organizzare percorsi “ad hoc”.

Inoltre l’alta densità di presenza di ospiti in Strutture con spazi strutturali e logistici costruite oramai diversi anni fa, ha di molto complicato la possibilità di effettivi “isolamenti” e definizione corretta degli spazi. Tutto questo ha impattato molto anche sulla salute degli Operatori e sul loro contagio.

Distretto Pianura Ovest

Gestione emergenza Covid

nelle strutture socio-sanitarie Aree Anziani e Disabili Adulti

1. Metodologia di lavoro delle TFD

In tutti i Distretti dell'Azienda USL di Bologna, è attivo da anni un percorso di confronto e supporto alla rete dei servizi socio sanitari residenziali e semiresidenziali per anziani e disabili orientato al miglioramento continuo dell'assistenza. Un percorso, coordinato a livello distrettuale, realizzato con il coinvolgimento dei professionisti dei servizi accreditati, degli Enti Locali e dell'Azienda USL.

La definizione e la realizzazione di un servizio di supporto clinico assistenziale per le CRA (ad esempio: appropriatezza farmacologica, prevenzione e trattamento delle piaghe da decubito, gestione del disturbo del comportamento, etc) sono tra le attività, negli anni, messe in campo e continuamente potenziate

Il Distretto ha sempre svolto una attività di supporto alla rete dei servizi per anziani e disabili calibrato con le esigenze del momento, pertanto in questo periodo, con l'evolversi della situazione di emergenza sanitaria legata all'epidemia di Coronavirus, questa attività di consulenza clinica assistenziale è stata progressivamente ri-orientata. Tale attività, unitamente al supporto del Servizio di Prevenzione Rischio Infettivo Strutture Socio Sanitarie Territoriale, è stata messa a disposizione delle strutture residenziali per anziani e disabili per fronteggiare la situazione specifica permettendo di intercettare ed affrontare situazioni di potenziali criticità al fine di apportare prontamente le azioni necessarie per affrontarle al meglio.

La situazione contingente, ha reso necessaria la definizione di una cornice organizzativa ed operativa ancora più strutturata e robusta che permettesse di migliorare ulteriormente il lavoro dei diversi professionisti già impegnati sul campo, in un'ottica di lavoro sempre più integrato e interprofessionale tra i diversi setting assistenziali. Da qui l'istituzione delle task force distrettuali (TFD) composta da: Medici AUSL Bologna con elevata conoscenza del territorio e delle strutture residenziali; Infermieri e medici specialisti geriatri dell'AUSL Bologna di riferimento per l'emergenza COVID-19; Direttore e responsabili delle attività socio-sanitarie.

Già da tempo inoltre è struttura l'attività di coordinamento distrettuale in capo alla UASS Distrettuale in favore dei gestori dei servizi socio-sanitari anziani e disabili accreditati con contratto di servizio, così anche la TFD, per il distretto pianura Ovest, è stata coordinata dalla UASS Distrettuale.

L'inizio dell'attività della TFD del Distretto Pianura Ovest è coinciso con un primo incontro distrettuale avvenuto l'8 aprile, alla presenza dei diversi componenti designati (come da allegato n.3 del documento Aziendale "Emergenza COVID -19 Indicazioni per la gestione dei percorsi di continuità assistenziale nelle CRA e nelle Strutture residenziali per anziani e disabili

del territorio dell'AUSL di Bologna", di qui si riporta il dettaglio distrettuale come Allegato 1) con convocazioni a cadenza settimanale in videoconferenza. La TFD ha effettuato incontri settimanali, a partire dal 10 aprile, con i Sindaci dell'Unione Terre d'Acqua, o loro rappresentanti, sempre in videoconferenza, per condividere la programmazione dell'attività territoriale sulle strutture residenziali e per illustrare le criticità che stavano emergendo e/o che venivano affrontate.

In sede di incontri di TFD è sempre stato presente UdP e un rappresentante designato dell'EELL (responsabile dei Servizio Sociali del Comune Capofila dell'Unione).

La costituzione delle Task Force Distrettuale ha avuto quale obiettivo prioritario quello di porsi in maniera proattiva rispetto alle azioni ed interventi da effettuarsi nei confronti della rete delle strutture socio-sanitarie residenziali accreditate e non accreditate. Pertanto, mentre la Task Force Aziendale è stata istituita per assolvere in modo reattivo alle emergenze, segnalazioni ordinarie secondo priorità e consulenza ai vari livelli aziendali ed inter aziendali; la TFD ha agito e agisce in piena sintonia con essa, attraverso un livello di autonomia proattivo nel contesto locale di riferimento rivolto alla generalità delle comunità presenti.

Le azioni svolte dalla TF in ambito distrettuale sono finalizzate alla prevenzione primaria e secondaria di COVID 19, all'intercettazione precoce delle criticità, ponendosi in maniera proattiva nei confronti della rete delle strutture socio sanitarie accreditate e non accreditate presenti nel territorio distrettuale.

In ambito distrettuale sono presenti le tipologie di strutture riepilogate nella seguente tabella di sintesi: rete servizi residenziali area anziani e disabili adulti Distretto Pianura Ovest.

Tabella N. 1 Strutture residenziali Aree Anziani e Disabili

Tipo struttura residenziale	N° Strutture	N° posti
CRA accreditate	4	230
Strutture residenziali non accreditate per Anziani	13	132
CSRR accreditati	1	19
CSRD accreditati e Lab. Protetto	3 + 1	58+25
Strutture residenziali non accreditate per disabili	1	6

2. Attività ed interventi realizzati

Inizialmente la UASS Distrettuale ha effettuato una ricognizione delle diverse strutture di tipo residenziale presenti sul territorio, di area anziani e disabili adulti, in particolare per quelle non accreditate. Si è proceduto poi con un primo contatto telefonico (n.27) con somministrazione del questionario telefonico (Allegato 2). I contatti sono sempre stati mantenuti periodicamente (inizialmente settimanali) poi anche attualmente “al bisogno” direttamente da parte delle strutture per richieste e consulenze (es: difficoltà nel reperimento di DPI; segnalazioni “casi sospetti”; supporto sul corretto utilizzo dei DPI e misure di prevenzione, etc...).

Le prime visite, direttamente c/o le strutture, della TFD sono state svolte iniziando da quelle che evidenziavano la presenza di “casi positivi” (una CRA e una Comunità Alloggio) e a seguire a quelle dove maggiormente, dalla ricognizione telefonica, appariva critica la situazione di adozione delle misure preventive al contagio.

La TFD si è attivata poi visitando tutte le strutture residenziali (per anziani e disabili) in elenco, con sottoscrizione di singoli verbali. La CRA che ha registrato il maggior numero di contagi (e di vittime) da Covid ha avuto più di una visita.

È stata infine visitata anche l'ultima Comunità Alloggio che ha riaperto a fine maggio, dopo la chiusura totale per contagio e ricovero di tutti gli ospiti presenti nel mese di marzo.

La TFD Pianura OVEST, come detto è composta da esperti provenienti da diverse Unità Operative e con diversi profili professionali, ed è stata istituita per affrontare con atteggiamento proattivo le criticità igienico-sanitarie, assistenziali, organizzative, gestionali delle strutture del territorio.

In particolare la TFD Pianura OVEST ha avuto il compito di:

- promuovere e sensibilizzare l'informazione e la formazione degli operatori, consegnando materiale cartaceo informativo (poster, normativa) sull'igiene delle mani, sul distanziamento sociale e altre precauzioni nonché sulla necessità di monitorare lo stato di salute;
- verificare la corretta applicazione delle misure di tutela igienico-sanitaria nei confronti degli ospiti, degli operatori e di chiunque altro soggetto (fornitori, manutentori) che abbia necessità di accedere alle strutture medesime (ad es. monitoraggio dello stato di salute degli operatori in entrata e uscita e monitoraggio quotidiano dello stato di salute degli ospiti, frequente igienizzazione delle mani, periodica sanificazione dei servizi igienici e delle superficie di maggiore contatto, somministrazione dei pasti in materiale monouso per pazienti con sintomi sospetti, lavaggio degli effetti lettereci, indumenti degli ospiti, divise degli operatori in struttura oppure affidandosi a ditta autorizzata, etc...);
- promuovere comportamenti corretti come ad esempio:
 - o l'uso dei Dispositivi di Protezione Individuale, mascherine chirurgiche anche per gli ospiti, soprattutto in occasione di particolari attività di cura e/o assistenza;
 - o il lavaggio delle mani;

- le buone pratiche di sicurezza e pulizia degli ambienti e delle attrezzature;
- controllare gli spazi e le misure di tutela dedicati agli operatori nonché la loro dotazione di Dispositivi di Protezione Individuale, se presenti in un numero sufficiente e adeguato rispetto alle necessità assistenziali;
- fornire, ai Responsabili medici delle strutture, gli attuali indirizzi terapeutici per il trattamento degli ospiti con sintomi sospetti riconducibili a COVID-19, in linea con le recenti indicazioni della letteratura internazionale;
- assistere le strutture nelle richieste degli accertamenti diagnostici (esecuzione tamponi, esami sierologici);
- supportare le strutture nella gestione organizzativa riguardante la realizzazione di percorsi sporco/pulito e l'individuazione di stanze per isolamento per pazienti con sintomi sospetti; in assenza di stanze per isolamento, indicare ai Responsabili di struttura di appoggiarsi alla rete di emergenza territoriale oppure fornire soluzioni alternative in altre strutture disponibili sul territorio;
- dare chiarimenti su norme e/o procedure da adottare come azioni di monitoraggio/prevenzione verso gli ospiti e gli operatori;
- condividere, laddove richiesto, indicazioni relative alla riorganizzazione dei piani assistenziali (anche riabilitativi) e di lavoro al fine di supplire alla carenza di personale sanitario e socio sanitario;
- verificare e rimarcare la conoscenza dei percorsi dedicati per l'approvvigionamento di dotazioni aggiuntive di ossigeno e di farmaci come da linee guida aziendali.

Tabella N. 2 Sopralluoghi TFD Pianura Ovest dato attività periodo marzo - maggio 2020

TIPOLOGIA SERVIZIO RESIDENZIALI	N° Strutture	N° Sopralluoghi
Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	4	9
Casa di riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	1	1
Comunità Alloggio per Anziani	5	5
Casa Famiglia e Gruppi Appartamento per Anziani	7	7
Alloggi con servizi/ appartamenti residenze protette	0	0
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale per persone con disabilità(CSRR)	1	1
Gruppo Appartamento/casa Famiglia per persone con disabilità	1	1
Enti Religiosi	4	4
Diurni Disabili (progetti individualizzati)	4	4
TOTALE	27	32

La TFD Pianura Ovest è stata anche direttamente coinvolta da gli EELL per consulenze su situazioni particolari, con sospetto o alto indice di contagio, ad esempio: per alcuni caseggiati di una stessa via; per una comunità per madri e bambini; per una comunità per donne rifugiate. Così si è potuto attivare in maniera proattiva, efficace e veloce l'effettuazione dei tamponi ad ospiti ed operatori.

Per le strutture che hanno avuto al loro interno situazioni di positività al Covid-19, che hanno coinvolto sia gli utenti che il personale, l'attività della TFD in collaborazione e sinergia con la TFA si è strutturata per gestire anche gli aspetti clinici e di cura. In questa ottica il Responsabile del Programma Cure Intermedie del Dipartimento dell'Integrazione, referente medico geriatria della TFD, nell'ambito del team clinico strutturato anche con il contributo culturale e scientifico dei colleghi infettivologi dell'AOSP di Bologna, ha curato in particolare la gestione dei percorsi assistenziali nei confronti di casi sospetti Covid trattando farmacologicamente i casi oligo-paucisintomatici secondo criteri di appropriatezza, evitando quando possibile l'accesso in PS e l'eventuale ricovero ospedaliero. A nessuno è però stato negato il diritto ad essere curato in ospedale, e in questa ottica deve essere valutato e giudicato l'elevato numero di persone ricoverate in ospedale della CRA ASP di San Giovanni in Persiceto, struttura maggiormente colpita dall'epidemia in ambito distrettuale.

In riferimento inoltre alla area clinica l'esperienza delle Task Force Distrettuali ha:

- ❖ Ha garantito un monitoraggio preventivo e proattivo nei confronti di tutte le strutture per anziani e disabili dei Distretti di Pianura.
- ❖ Ha strutturato una metodologia di lavoro multidisciplinare e interdisciplinare che con il coinvolgimento di geriatra, infermiere, medico della Igiene Pubblica, tecnico del DSP, medico del lavoro e con il MMG referente per l'area disabili ha consentito alle strutture di approfondire tutti i molteplici aspetti legati alla emergenza Covid 19.
- ❖ Ha supportato in presenza e tramite disponibilità telefonica le strutture nella gestione pratica di casi clinici sospetti o conclamati. La applicazione dei protocolli terapeutici a base di idrossiclorochina, ora temporaneamente revocati a seguito di disposizioni ministeriali e regionali, ha consentito di raggiungere l'obiettivo della guarigione clinica per tanti anziani complessi e polipatologici, evitando il ricovero ospedaliero.
- ❖ Ha determinato e consolidato una efficace integrazione professionale con il personale sanitario e assistenziale delle CRA e con gli enti gestori, obiettivo già a suo tempo definito dal Programma Cure Intermedie da me coordinato.

La attività di supporto per le CRA nel periodo della emergenza Covid 19 ha posto infine le basi concrete per coinvolgere i colleghi geriatri degli ospedali in aree comuni di lavoro condiviso, obiettivo peraltro atteso dal Dipartimento della Integrazione della AUSL di Bologna.

Inoltre grazie al sostegno e alla stretta collaborazione delle Unità di Speciali di Continuità Assistenziale (USCA) si è potuto svolgere un lavoro eccellente certo nei confronti delle persone al domicilio, ma anche di notevole supporto per la CRA che maggiormente è stata colpita dal COVID19 (alto contagio sia per gli ospiti che per gli operatori).

L'attività della TF Distrettuale ha inoltre garantito attraverso la UASS Distrettuale:

- l'affiancamento e supporto a tutte le strutture nel garantire e facilitare la loro partecipazione alle attività formative organizzate a livello aziendale e l'invio di tutto il materiale informativo e normativo disponibile;
- il monitoraggio/verifica quotidiana della situazione all'interno delle diverse tipologie di strutture e l'aggiornamento quotidiano attraverso la trasmissione di dati dalle strutture alla UASS del distretto per la compilazione del report aziendale relativamente ai casi (sospetti/positivi/guariti/deceduti) di utenti e operatori;
- l'approvvigionamento e consegna dei DPI per quanto in disponibilità dell'Azienda in favore di tutti i gestori (di seguito la sintesi del materiale distribuito ad oggi).

Tabella N. 3 Tipologia di DPI distribuiti UASS Pianura Ovest nel periodo marzo - maggio 2020

Tipo struttura residenziale	Mascherina Chirurgica	Visiera	Occhiali	FFP2	Tuta	Camici monouso	Copri scarpe	Copri capo	Guanti
CRA	21.000	25	340	5.480	2.275	1.420	3.100	860	1.100
Strutture non accreditate per Anziani	5.800	0	130	330	0	0	0	0	2.700
Strutture per disabili	2.300	0	40	500	50	0	600	400	0
Totale	29.100	25	510	6.310	2.325	1.420	3.700	1.260	3.800

3. Risultati riscontrati complessivamente nelle strutture del distretto

In linea generale, le criticità oggettive rilevate in sede di verifica sono attribuibili a limiti strutturali (non carenze strutturali), e talvolta organizzativi (massima occupazione di posti letto), delle strutture medesime che non consentono la possibilità di ricavare locali adeguati per l'isolamento di pazienti con sintomi sospetti (oppure contatti stretti asintomatici oppure ingressi da altre strutture), come ad esempio le Comunità Alloggio e le Case Famiglia carenti, per loro natura, di spazi da dedicare a tali necessità. Inoltre, quest'ultime realtà assistenziali, mostrano maggiore difficoltà nell'attuazione delle misure di tutela igienico-sanitaria per gli ospiti poiché, nella maggior parte delle situazioni, sono costrette ad un utilizzo condiviso dei servizi igienici, rendendone necessaria una periodica ed adeguata sanificazione dopo ogni loro utilizzo. Analogamente, anche la presenza di un solo ascensore in struttura, pone la condizione per richiederne la costante e periodica sanificazione stante il suo potenziale utilizzo promiscuo. La carenza dei DPI e la difficoltà nel loro reperimento si è mostrata, in vari momenti dell'emergenza, una vera e propria criticità aggiuntiva per gli operatori.

Nello specifico, la situazione riscontrata è stata particolarmente critica presso la CRA ASP Seneca di S. Giovanni in Persiceto struttura duramente colpita dall'ondata epidemica. La gestione della situazione nell'ambito della CRA ha comportato uno sforzo maggiore nella revisione dei percorsi sporco/pulito nonché nelle difficoltà organizzative per far fronte alla carenza di personale assente per "malattia". Questo lavoro di riorganizzazione, sotto la regia del Distretto Pianura Ovest, è stato supportato dal subentro di un nuovo coordinatore infermieristico che ha guidato, a sua volta, il personale interno nella gestione e allineamento dei percorsi sporco/pulito con l'individuazione di "aree rosse" per malati Covid-19. Durante la situazione di criticità, i professionisti della TFD hanno supportato, a più riprese e

costantemente, il personale medico e infermieristico della struttura per le richieste che man mano si profilavano, anche indirettamente tramite la Direzione Distrettuale.

Nel corso dei sopralluoghi si è riscontrato un atteggiamento partecipato e attento da parte degli operatori/gestori delle strutture. Il periodico confronto tra i vari componenti della TFD ha consentito anche la loro crescita professionale rafforzando il messaggio finale rivolto alle strutture. Gli operatori delle strutture hanno apprezzato la presenza e vicinanza dei professionisti della TFD a cui è stato riconosciuto l'utile supporto nel percorso di apprendimento delle misure di prevenzione e della gestione dell'emergenza epidemica. Le strutture sono apparse, nella maggior parte dei casi, consapevoli delle corrette azioni da intraprendere: in particolare quelle che, per prime, sono state colpite dall'ondata epidemica e già informate e sostenute, da subito, attraverso le articolazioni e i servizi aziendali.

Vista la vulnerabilità sanitaria degli ospiti, la riflessione conclusiva che emerge, al termine del lavoro della TFD, riguarda la necessità di rimodulare l'occupazione dei posti letto nelle strutture riservandone, se possibile, una piccola quota (in percentuale) ad ospiti con sintomi sospetti ed agli eventuali compagni di stanza al fine di preservare, per quanto possibile e in via immediata, la loro salute e quella di tutta la comunità nel suo complesso.

Questa "nuova e diversa" attività in favore di Strutture, nelle quali già era attiva la verifica e la valutazione attraverso la Commissione per l'Autorizzazione al Funzionamento e/o la Commissione di Monitoraggio ai contratti di Servizio, in un momento di così alta criticità ed emergenza, è stata una esperienza molto formativa; un'occasione di vero scambio interprofessionale, grazie alla collaborazione con nuovi professionisti e professionalità (in particolare per i colleghi del DSP), attuata e condivisa attraverso un approccio di supporto alle strutture, finalizzato a dare indicazioni su nuove modalità ed attenzioni di lavoro di base, in favore di soggetti fragili, ma anche a protezione degli stessi operatori; modalità operative a cui questo tipo di realtà socio assistenziali residenziali non erano abituate o non ne avevano una piena conoscenza.

Inoltre è stata l'occasione per poter conoscere (e farsi conoscere) da realtà fuori dall'abituale perimetro di attività della UASS (in particolare per le strutture di ordine religioso) per le quali adesso certamente la UASS resterà un punto di riferimento.

Dott.sa Sabina Ziosi - Responsabile UASS Distretto Pianura Ovest

Con il contributo di:

dott. Mirco Vanelli Corali - Geriatria Territoriale

dott. Gianluigi Belloli – dott.sa Alessandra Tordi - DSP

dott.ssa Susanna Tardioli - DATER

Allegato 1

Composizione Task Force Distrettuale Pianura Ovest

TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19	GC/ RACCORDO CON DS	DIREZIONE DISTRETTI	DIREZIONE DASS	DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA		GERIATRIA TERRITORIALE	DATeR STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	DATeR SANITA' PUBBLICA	UO SERVIZI O PREVENZIONE	ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	SUPPORTO AMM.VO	REFERENTE ISTITUZIONI LOCALI
				IGIENE PREV. RISCHIO INFETT	MEDICI LAVORO							
TASK FORCE DISTRETTUALE PIANURA OVEST		ZANICHELLI	ZIOSI	BELLOLI	CAMAGNOLI	VANELLI CORALLI	TARDIOLI	TORDI RIMONDINI		MACCAFERRI	SCAGLIARINI	BASSI MARZANO SARTI

Allegato 2

CHECK LIST Buone pratiche Covid 19

Nome struttura _____

Avete un referente COVID 19 _____

Misure generali

- Divieto di accesso a parenti e visitatori?
 - Si
 - No
 - Non osservato
- Misurazione della temperatura a chi accede alla struttura (personale, fornitori...)
 - Si
 - No
 - Non osservato

DPI

- Sono disponibili i DPI per tutto il personale di assistenza
 - Si
 - No
 - Quali?
- Conoscenza sul corretto utilizzo dei DPI (vestizione/svestizione)
 - Si
 - No
 - Non osservato

Precauzioni standard ed aggiuntive

- Sono disponibili e conosciuti documenti sulle precauzioni standard
 - Si
 - No
 - Non osservato
- È disponibile il gel idroalcolico per igiene mani
 - Si
 - No
 - Non osservato
- Sono disponibili e conosciuti documenti precauzioni da contatto, droplet e via aerea?
 - Si

- No
- Non osservato
- Disponibilità di materiali monouso
 - Si
 - No
 - Non osservato
- Disponibilità di disinfettanti per superfici (Alcol etilico 70% Ipoclorito di sodio 0,5%)
 - Si
 - No
 - Non osservato
- I presidi sanitari pluriuso sono sottoposti a disinfezione/ sterilizzazione
 - Si
 - No
 - Non osservato

Misure per la gestione dei casi sospetti e confermati

- Sono previste misure di isolamento per ospiti COVID positivi o Sospetti
 - Si
 - No
- **Se si quali**
 - Stanza singola
 - Coorting
 - Aree dedicate pz covid
 - Altro
- **Agli ospiti sintomatici viene fatta indossare la mascherina chirurgica?**
 - Si
 - No
 - Non osservato

Documenti di riferimento:

Protocollo generale 022631- 10 Marzo-Nuove indicazioni operative alla luce del DPCM 9 marzo 2020 per la corretta gestione delle attività viste le necessità di contenimento della diffusione del virus COVID-19

ISS COVID 19- n.4/2020 (16 Marzo)

Rapporto ISS COVID 19- n2 /2020 rev. (28 Marzo)

Protocollo generale 0032144- 24 marzo 2020-Emergenza CoViD.19. Documento di precisazioni e indicazioni operative per le strutture residenziali per anziani e persone con disabilità.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Task Force Distrettuale **RENO-LAVINO-SAMOGGIA**

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020

Attività Task Force Distrettuale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
1. Coinvolgimento e conoscenza approfondita di TUTTE le strutture , accreditate e non accreditate, della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale.	1. Elevate differenziazioni e disallineamenti di competenze degli operatori e dei gestori . In particolare per le strutture non accreditate.
2. Rafforzamento dell' integrazione e coordinamento interni all'AUSL e tra AUSL e EELL nella gestione complessiva di tutte strutture della Rete Socio-sanitaria e Socio-assistenziale.	2. Discontinuità nella Responsabilità clinica e terapeutica in particolare per i Posti non Accreditati.
3. La gestione dell'evento epidemico come occasione di opportunità per ridefinire, alla luce dell'esperienza epidemica, il sistema dell'offerta rivolta ai soggetti fragili, non autosufficienti e Disabili	3. Carenze strutturali adeguate per effettuare distanziamento sociale ed eventuale isolamento
4. Evidenza dell' impegno generalmente profuso dalle strutture nella gestione dell'emergenza COVID	4. Difficoltà di reperimento personale sostitutivo o integrativo

Valutazioni di sintesi

La situazione affrontata è stato un vero *stress test* in grado di misurare la fragilità delle strutture e del sistema nel suo complesso e ci ha imposto un'analisi della capacità di risposta e della velocità con la quale siamo stati in grado di rendere fruibili i fattori favorenti il superamento della fase emergenziale. Siamo stati messi di fronte alla valutazione di un sistema conosciuto, del quale molti di noi fanno parte dal suo inizio e, se da un lato questa situazione ci ha permesso di rinforzare i legami di un'integrazione professionale, organizzativa ed istituzionale già definita, dall'altro ci ha costretto a guardarlo criticamente per poterlo ripensare. Gli elementi raccolti nella tabella sono l'espressione sintetica di numerose variabili, dimensioni e sfumature delle realtà evidenziate nei mesi appena passati che ci portano a proporre in questo contesto alcuni ambiti di intervento ed azioni di prospettiva su cui lavorare:

- ripensare ed elevare lo **standard assistenziale** delle strutture, anche non accreditate, in riferimento al profilo degli anziani non autosufficienti e alle co-morbilità presenti oggi nelle strutture nonché ripensare al corrispondente **standard strutturale e tariffario**;
- inserire momenti di **formazione**/aggiornamento obbligatoria e periodica come requisito per l'autorizzazione al funzionamento per **operatori e gestori** (valutare quale

- forma per Case famiglie). Garantire una robusta **guida formativa**, per operatori che lavorano nelle strutture, anche non accreditate;
- prevedere un **riferimento clinico-sanitario** unico di struttura con responsabilità sanitarie esplicite anche sulla struttura. Favorire e fornire supporto per azioni di coordinamento distrettuale tra i responsabili sanitari;
 - armonizzare sistemi di **funzionamento e di verifica** su tutte le strutture. Le caratteristiche epidemiologiche e cliniche della popolazione anziana, insieme alle necessità delle famiglie, creano condizioni per le quali è difficile garantire stabilità ed appropriatezza del **Case mix** pertanto pare utile valutare se mantenere la separazione tra strutture per non autosufficienze lievi e ad elevata complessità o se rivedere gli standard adeguati al livello assistenziale presente;
 - ripensare ad un supporto consulenziale strutturato e a alla disponibilità di una task force **“permanente”** pronta ad intervenire nelle situazioni di criticità che dovessero presentarsi.

RELAZIONE ATTIVITA' SVOLTE
NEL PERIODO DI EMERGENZA SANITARIA COVID-19
DISTRETTO RENO LAVINO SAMOGGIA

Il Distretto Reno Lavino e Samoggia comprende i Comuni di Casalecchio di Reno, Sasso Marconi, Monte San Pietro, Zola Predosa e Valsamoggia. La popolazione del distretto è di 112.943 residenti al 01/01/2019.

L'ambito socio-sanitario a favore della popolazione fragile e non autosufficiente è caratterizzato da una rete di servizi, integrata e diffusa. Nel distretto infatti insistono un'ampia gamma di servizi residenziali differenziati sia per tipologia assistenziale e socio-educativa, sia per numerosità e dislocazione territoriale.

L' AUSL di Bologna da anni ha intrapreso un percorso, coordinato dalla DASS, di confronto e supporto dedicato alla rete dei servizi sociosanitari residenziali per anziani e disabili orientato al miglioramento continuo dell'assistenza complessiva degli ospiti.

Da tempo, in Distretto, le occasioni di contatto con le strutture, oltre a quelle finalizzate alla verifica e controllo contrattuale e a quelle di vigilanza, sono state numerose. La partecipazione attiva al progetto sulla diffusione della "s-contenzione", la formazione sull'alimentazione artificiale, sull'appropriatezza farmacologica sono solo alcune tra le aree che hanno visto il maggior lavoro di questi ultimi anni.

Inoltre una particolare esperienza si è concretizzata con la sperimentazione del CCMSS (comitato consuntivo misto socio sanitario) che, da oltre 2 anni, ha visto i gestori delle CRA come parte attiva nella partecipazione alla vita del Distretto e al proficuo confronto con i rappresentanti dei cittadini.

Pertanto se, con il coordinamento della UASS distrettuale, era già consolidato il rapporto con le strutture accreditate, l'emergenza è stata occasione per il coinvolgimento e la conoscenza approfondita di tutte le strutture della rete socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Nel contesto di riferimento del Distretto insistono, come da tabella n. 1, per quanto riguarda l'area anziani e disabili n. 44 realtà per un totale di posti n. 1.220.

Si evidenzia la numerosità di offerta delle strutture a bassa intensità assistenziale per anziani che sono fruite anche dai territori limitrofi.

Tabella N. 1 Strutture residenziali distretto Reno Lavino e Samoggia

STRUTTURE SOCIO-SANITARIE RESIDENZIALI (ACCREDITATE E NON ACCREDITATE)			
NUMERO POSTI PER TIPOLOGIA E COMPLESSIVO		NUMERO STRUTTURE PER TIPOLOGIA E COMPLESSIVO	
RESIDENZIALE ANZIANA - N. POSTI	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	RESIDENZIALE ANZIANI - N. STRUTTURE	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	472	Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	3
Casa Famiglia - DGR 564/00 - Anziani	102	Casa Famiglia - DGR 564/00 - Anziani	17
Casa Protetta Per Anziani	234	Casa Protetta Per Anziani	15
Casa-Residenza Anziani Accreditata (CRA)	345	Casa-Residenza Anziani Accreditata (CRA)	2
TOTALE	1.153	TOTALE	37
RESIDENZIALE DISABILI - N. POSTI	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	RESIDENZIALE DISABILI - N. STRUTTURE	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA
Comunità Alloggio Per Disabili	12	Comunità Alloggio Per Disabili	1
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR)	31	Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR)	2
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	24	Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	4
TOTALE	67	TOTALE	7
TOTALE RESIDENZIALE - N. POSTI	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA	TOTALE RESIDENZIALE - N. SEDI DI STRUTTURE	DISTR. RENO, LAVINO, SAMOGGIA
Totale Complessivo Residenziali	1.220	Totale Complessivo Residenziali	44

In coerenza con gli indirizzi Regionali e gli orientamenti della CTSS Metropolitana l'emergenza sanitaria ha portato il distretto e in particolare l'Unità Attività Socio Sanitarie (UASS) distrettuale ad interloquire con tutte le strutture residenziali presenti nel territorio attraverso un percorso graduale che ha visto più fasi.

Nella fase iniziale l'attenzione si è concentrata verso le strutture accreditate afferenti sia all'area anziani che all'area disabili, successivamente ogni struttura, accreditata e non accreditata, è stata raggiunta attraverso interventi di monitoraggio e supporto telefonico costante e di successivi sopralluoghi a carattere preventivo e/o per la gestione dei casi più complessi.

L'attività di monitoraggio si è concentrata nello specifico su:

- Il riscontro relativo alla ricezione del materiale esplicativo inviato già dal 16 marzo;
- le modalità di gestione ed organizzazione di ogni struttura in merito alla effettiva occupazione dei posti autorizzati;
- la disponibilità di DPI;
- la possibilità di effettuare isolamenti per ospiti sintomatici o sospetti;

- la conferma della presenza dei medici referenti degli ospiti e dei medici competenti;
- l'aggiornamento quotidiano per i dati di sorveglianza delle strutture del distretto con report aziendale sui casi (sospetti/positivi/guariti/deceduti/ricoverati) riguardanti ospiti ed operatori.

In questa occasione sono stati sottolineati i comportamenti e le buone pratiche indicate nei suddetti documenti, relativi in particolare al monitoraggio dei segni e sintomi dei ospiti tra cui la sistematica misurazione della temperatura e della saturazione quotidiana.

È stata sollecitata particolare attenzione anche alla salute degli operatori e ad eventuali assenze significative e alla loro capacità di sostituzione del personale. Il monitoraggio telefonico nei confronti della totalità delle strutture del ns Distretto (CRA, Case di Riposo, Case Famiglia, CSRR, Gruppi Appartamento e Comunità Alloggio area disabili) si è svolto con una frequenza molto elevata nelle prime settimane per arrivare a diradarsi successivamente.

A questa attività è stata affiancata la consegna di DPI che è avvenuta con una cadenza settimanale, in collaborazione con la Protezione Civile per ridurre al massimo le necessità di spostamenti da parete dei gestori nel periodo del lockdown.

Le difficoltà riscontrate dai gestori nell'approvvigionamento dei DPI attraverso i canali consueti, ha rappresentato per tutto il sistema un'importante criticità. In questa particolare situazione l'AUSL, su indicazione Regionale, ha supportato l'approvvigionamento delle strutture, garantendo all'interno della UASS l'attività di valutazione fabbisogno, assegnazione e distribuzione dei DPI.

La distribuzione di DPI è stata quindi strutturata per quantità, tipologia e frequenza, in collaborazione con l'infermiera referente per la Qualità delle Strutture Socio sanitarie e per la Task Force distrettuale, a seconda delle esigenze e delle disponibilità, che si sono ampliate nel tempo, fino ad arrivare alla creazione di kit, in base alla numerosità degli ospiti ed operatori, da consegnare alle strutture qualora dovessero affrontare un'emergenza legata ad ospiti positivi o in isolamento (mascherine FFP2, camici monouso, copricapo, calzari e occhiali protettivi). Maggiore attenzione si è prestata a quelle strutture che presentavano casi sintomatici e/o positivi.

La consegna del materiale ha riguardato anche le cooperative sociali che gestiscono il servizio di Assistenza Domiciliare (Coop. Dolce e Coop. Ancora) e ai Gestori dei CD per disabili che hanno garantito la continuità su alcuni casi con interventi educativi individualizzati.

Tabella N. 2 Distribuzione Dispositivi Protezione Individuale (DPI)

Tipologia Struttura	TOT. MASCHERINA CHIRURGICA	TOT. OCCHIALI	TOT. FFP2	TOT. VISIERA	TOT. CAMICI	TOT. COPRICAPO	TOT. TUTE	TOT. GUANTI	TOT. COPRISCARPA
Casa Residenza Anziani Accreditata (CRA)	12200	102	1388	13	917	810	250	200	1140
Casa Di Riposo/Casa Protetta	14650	74	994	2	530	881	185	2700	1354
Casa Famiglia Anziani	7900	0	30	0	10	80	0	2100	40
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Accreditato (CSRR) – disabili	1327	8	101	0	106	196	10	300	132
Gruppo Appartamento per persone con disabilità	1560	2	137	0	2	4	4	800	8
Assistenza Domiciliare accreditata	3100	14	615	0	140	470	60	0	430
Laboratorio disabili	30	0	0	0	0	0	0	0	0
Altro (Comunità La Sorgente - Opera Padre Marella)	100	0	0	0	0	0	0	0	0
TOTALE	40867	200	3265	15	1705	2441	509	5500	3104

A fine del mese di marzo per affrontare la prima situazione critica di una Casa di Riposo di un Comune del Distretto, evidenziata attraverso il monitoraggio attivo della UASS, si è attivata una modalità di lavoro strettamente integrato tra AUSL (Distretto, Igiene Pubblica e UASS), Comune di riferimento e Servizio Sociale Territoriale per la gestione organizzativa, assistenziale e clinica.

Dai primi giorni di aprile, con la costituzione della Task Force, si realizza il modello di intervento e sorveglianza anche proattiva nei confronti delle strutture così da prevenire e gestire situazioni di criticità inerenti ai possibili focolai epidemici. Con l'approvazione del Comitato di Distretto del 6 aprile si costituisce la *Cabina di Regia della Task Force* con finalità prevalentemente strategiche e di coordinamento politico, con la partecipazione della Direzione di Distretto, del Sindaco Assessore dei Servizi Sociali e Sanitari dell'Unione, della Dirigente del Servizio Sociale Associato dell'Unione dei Comuni e del Vice Direttore di ASC Insieme, che sono stati coinvolti in particolare nelle situazioni di criticità e nelle quali si sono resi parte attiva intervenendo anche direttamente con le strutture, qualora necessario.

La costituzione della Task Force Distrettuale ha visto la conferma della *Cabina di Regia* ed ha coinvolto esperti provenienti da diverse Dipartimenti e Unità Operative dell'AUSL con differenti profili professionali per affrontare nell'insieme tutti gli ambiti interessati dall'emergenza Covid19.

Per far fronte all'emergenza di eventuali criticità si è assicurata una disponibilità/reperibilità telefonica continuativa 7gg su 7.

Tabella N.3 Componenti T.F. Aziendale e T.F. Distrettuale

TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19	GC/RACCORDI	DIREZIONE DISTRETTI	DIREZIONE DASS	DIPARTIMENTO DI SANITA' PUBBLICA		GERIATRIA TERRITORIALE	DATeR STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	DATeR SANITA' PUBBLICA	ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	SUPPORTO AMM.VO	REFERENZE ISTITUZIONALI LOCALI	REFERENTE SERV. SOC. TERR.	
				IGIENE PREV. RISCHIO INFETT	MEDICI LAVORO								
COORDINAMENTO AZIENDALE	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	PANDOLFI									
TASK FORCE AZIENDALE (TFA)	DESCOVICH	TREVISANI	MINELLI	FARRUGGI GUBERTI		VANELLI CORALLI LINARELLO	SIMONI	BICEGO	MATRà (MMG DED. A STRUTT. DISABILI)				
TASK FORCE DISTRETTUALE (TFD)	RENOLAVINO-SAMOGGIA		FRANCHI	MANAI	RISI	FRANCHI	ORLANDUCCI	CAPANNI (REGAZZI)	FANCELLO GALLUZZO LEONE	FINI	BERNINI	PARMEGGIANI LAMONICA SANDRI (ProtCiv)	PERI

In seguito alla costituzione della costituzione della Task Force Distrettuale, dal 14 aprile, si è impostato il piano di lavoro con una programmazione settimanale di **visite proattive** (CRA, Case di Riposo, CSRR, Case Famiglia, Comunità alloggio sia accreditate con contratto di servizio, sia private) con il compito di:

- rafforzare le informazioni fornite durante le iniziative di formazione organizzate on line a livello aziendale consegnando anche materiale cartaceo informativo (poster e altra documentazione specifica);
- rinforzare comportamenti corretti attraverso le buone pratiche sia nei confronti della cura degli ospiti sia nei confronti della sicurezza e pulizia degli ambienti;
- rinforzare il supporto alla gestione organizzativa logistica riguardante la realizzazione di percorsi sporco/pulito e individuazione di stanze per l'isolamento;
- sostenere la gestione clinico-assistenziale di pazienti critici in stretto rapporto con i medici e sanitari delle strutture;
- essere interfaccia nelle richieste di accertamenti diagnostici (esecuzione di tamponi ed esami sierologici).

LA TFD si è organizzata al suo interno in equipe multi disciplinare e multi professionale sulla base della tipologia di sopralluogo e della disponibilità; in alcuni casi è stato necessario l'apporto anche dei professionisti afferenti alla Task Force Aziendale.

In alcune strutture si è ritenuto opportuno accedere due o più volte, a distanza di alcuni giorni, per un maggiore supporto ai gestori in merito all'analisi della definizione dell'area per l'isolamento, utilizzo dei PDI, variazioni della numerosità degli isolamenti da effettuare e verifica dell'applicazione dei suggerimenti dati. Questi interventi, così come i sopralluoghi, sono stati rendicontati e/o verbalizzati al Distretto.

Nel periodo di riferimento le strutture che hanno gestito casi di positività sono state sette ma solo 3 di queste hanno avuto un focolaio epidemico: 2 CRA accreditate con posti di Casa di Riposo e 1 Casa di Riposo con posti di Casa Protetta.

Il contatto con le stesse si è inevitabilmente intensificato ed avviene quotidianamente, prevalentemente a livello telefonico, nonché con sopralluoghi e verifiche in loco. Il monitoraggio e l'intervento, in queste strutture, è stato caratterizzato da:

- l'identificazione precoce dei casi;
- la programmazione ed esecuzione di tamponi naso faringeo e test sierologici;
- la riorganizzazione degli spazi per l'isolamento (singolo o cohorting), adeguata al variare del numero degli ospiti positivi e negativi presenti;
- la condivisione dei criteri clinici per il trattamento e la definizione del setting di ricovero appropriato secondo la sintomatologia e l'opportunità organizzativa e logistica.

Si è reso inoltre necessario il supporto nella ricerca del personale assente per la malattia o altre cause.

Al 1 giugno sono state visitate tutte le strutture residenziali, se si escludono le case famiglie, che sono state costantemente attenzionate telefonicamente e attraverso la fornitura DPI (mascherine chirurgiche). Solo una Casa Famiglia ha visto un incontro in loco con Geriatra della TFD e MMG.

Nella tabella N. 4 riportata di seguito vengono descritti in modo sintetico i numeri dell'attività di sopralluoghi svolto dalla task force al 31 maggio 2020.

Tabella N. 4 Sopralluoghi Task Force Distrettuale periodo marzo - maggio 2020

TIPOLOGIA SERVIZIO RESIDENZIALI	N° Strutture	N° Sopralluoghi
Casa Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	2	3
Casa di riposo	3	6
Casa di riposo con posti CRA	15	35
Comunità Alloggio per Anziani	0	0
Casa Famiglia e Gruppi Appartamento per Anziani	17	1
Alloggi con servizi/ appartamenti residenze protette	0	0
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale per persone con disabilità (CSRR)	2	2
Gruppo Appartamento/casa Famiglia per persone con disabilità	4	4
Comunità Alloggio per Disabili	1	1
TOTALE	44	52

Nello scenario pandemico le strutture residenziali del distretto hanno avuto diverse modalità di reazione alle sollecitazioni dei professionisti della Task Force, tutti hanno comunque teso a perseguire l'obiettivo di ridefinire nuove organizzazioni interne, rispondenti ai suggerimenti e ai documenti di riferimento per la gestione dell'emergenza Covid 19.

Le criticità più spesso riportate dai professionisti che hanno effettuato i sopralluoghi sono state:

- difficoltà all'ottimizzazione degli spazi a fronte della necessità di garantire il distanziamento (doppi turni per il pranzo/ riorganizzazione delle stanze/organizzazione attività di socializzazione);
- modalità di lavoro degli operatori che talvolta hanno avuto necessità di sollecitazioni frequenti per la comprensione dell'applicazione delle norme igienico-comportamentali (es competenze per utilizzo DPI nelle differenti condizioni) e per la gestione complessiva, funzionale al contenimento della diffusione del Virus;
- necessità, nelle strutture più colpite, di supporto al disagio degli operatori per la improvvisa complessità della situazione e nell'elaborazione del lutto.

Un focus specifico è invece relativo alle comunità a bassa intensità assistenziale quali le **Case famiglie e i Gruppi appartamenti** per disabili le principali criticità riscontrate sono inerenti alla gestione degli isolamenti di soggetti sintomatici, per questioni logistiche e strutturali, alla chiusura delle strutture ai soggetti terzi quali i familiari e ai rientri da ricovero ospedaliero di persone già ospiti delle strutture e all'utilizzo dei DPI.

Nello specifico ambito della disabilità, l'organizzazione ha necessitato di una rimodulazione importante sia dell'attività sia dell'assistenza con la necessità di aumento del personale. Nei Gruppi Appartamento si è posto infatti il problema di come convogliare i percorsi esterni (lavoro, laboratorio, tempo libero) in attività che si potessero svolgere all'interno della struttura. Oltre alla tipicità dei percorsi, quasi mai adattabili ad un ambiente domestico, si è posto il problema degli spazi che non hanno dimensioni per ospitare attività di gruppo. In alcuni casi si è offerto un supporto al gruppo di lavoro, da parte dei professionisti dell'UVM, per ideare ed organizzare attività che potessero incontrare l'interesse degli ospiti.



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Unità Sanitaria Locale di Bologna

Istituto delle Scienze Neurologiche
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico



Task Force Distrettuale SAN LAZZARO DI SAVENA

EMERGENZA COVID-19

TFD

Marzo • Maggio 2020

Attività Task Force Distrettuale

Principali punti di forza emersi	Principali criticità riscontrate
1. Presenza di personale sanitario (infermieri e medici di struttura e medico competente per le funzioni di risk management) in grado di fronteggiare l'emergenza (apprendimento veloce e capacità gestionale)	1. Limitate competenze e conoscenze da parte dei Gestori delle funzioni di risk management, anche per assenza di personale referente o adeguatamente formato o competente
2. Ruolo proattivo della TFD multidisciplinare	2. Difficoltà di reperimento dei dispositivi di protezione (DPI) e acquisizione di maggiori conoscenze sul loro corretto utilizzo
3. Buona compliance dei Gestori a fronte degli interventi proattivi della TFD, specie se a fronte degli interventi proattivi della TFD realizzati presso le singole strutture	3. Difficoltà logistiche legate ai layout delle strutture stesse, specie se di piccole dimensioni e del privato non accreditato, che non permettevano adeguato isolamento/cohorting, percorsi sporco-pulito
4. Costituzione di relazioni formali e informali (approccio di rete) tra Azienda USL/Comuni e Gestori privato e privato accreditato a rafforzamento del sistema di cura e assistenza	4. Reperimento di personale socio-sanitario sostituto o integrativo
5. Allargamento del perimetro di azione della Azienda USL ai Gestori privati per condivisione criticità e responsabilizzazione nel fronteggiamento delle stesse	5. Lavoro in sede con i Medici di struttura (referenti clinici degli ospiti) e i Medici competenti (referenti per la gestione dei rischi e la sicurezza degli operatori)

Valutazioni di sintesi

Gli elementi qui rappresentati portano a considerare la necessità di ridefinire gli aspetti autorizzativi e di accreditamento di tutte le strutture, accreditate e non, enfatizzando soprattutto la funzione di *risk management* che deve essere ben rappresentata in ogni Gestione sia con riguardo alle figure di riferimento (medico competente, ma anche referente specializzato nella gestione del rischio), sia con riguardo alla filosofia di azione, metodologia e strumentazione (mappe di rischio, sistemi di autovalutazione, sistemi di controllo, ecc.).

Il secondo aspetto riguarda la funzione clinico-assistenziale che chiama in causa il ruolo del medico curante degli ospiti che, sempre di più, deve essere considerato nella sua funzione complessiva di medico curante degli ospiti e professionista a riferimento di tutta la compagine lavorativa che opera in struttura. L'esperienza ha indicato nel *medico di struttura*, - medico curante di tutti gli ospiti presenti in struttura, oltre che professionista organico di riferimento

per l'assistenza in struttura - la figura in grado di fronteggiare, in tutte le dimensioni di bisogno e di rischio, sia le situazioni ordinarie, che emergenziali. Non di meno, la figura dell'infermiere, specie laddove poco presente, come nel caso delle strutture di piccole dimensioni (CR, CF, CA), è figura altrettanto necessaria per fronteggiare le situazioni emergenziali, le varie dimensioni di rischio e le attività di base per l'assistenza sanitaria (aspetti farmacologici, utilizzo tecnologie sanitarie, gestione percorsi assistenziali, ecc.) in collaborazione stretta con il medico di struttura e il medico competente/referente della gestione del rischio.

Inoltre, il lavoro di questi mesi ha permesso di praticare il *lavoro di rete*, da tutti auspicato quale leva strategica di gestione dei servizi socio-sanitari, rafforzando le relazioni tra committenti e Gestori del privato e del privato accreditato in una diversa dimensione e collocazione dei singoli attori che si sono riconosciuti in un "perimetro di azione" diverso, dove si è potuto condividere tutte le criticità che si presentavano quotidianamente e di porre le basi per rafforzare i percorsi di miglioramento della qualità dell'assistenza in forma partecipata e condivisa, finalizzati ad aumentare la capacità di fronteggiamento delle criticità e delle eventuali ulteriori emergenze assistenziali.



ATTIVITA' TASK FORCE DISTRETTUALE (TFD) DISTRETTO DI SAN LAZZARO

Metodologia di lavoro delle TFD

La TFD ha preso avvio formalmente agli inizi di aprile, ma l'attività di monitoraggio e consulenze a distanza e dirette è stata avviata fin dagli inizi dell'epidemia attraverso:

- Contatto a distanza a cura del team dell'Ufficio di Piano distrettuale di tutte le strutture private (Case di Riposo, Case famiglia, Comunità Alloggio) giornaliero nelle prime tre settimane e bisettimanale nelle settimane successive;
- Implementazione di una scheda di rilevazione della presenza del titolare, coordinatori e relativi riferimenti mail e telefonici, medico di struttura/medico curante e medici del lavoro (medico competente) e personale sanitario di riferimento; rilevazione delle criticità segnalate;
- Contatto a distanza con tutte le CRA del territorio a cura della UASS distrettuale rilevando gli elementi di cui sopra e segnalando alla TFD;
- Ogni contatto telefonico e/o intervento dell'UdP e del Distretto AUSL è stato e viene tuttora documentato in verbali bisettimanali e nelle schede approntate.

Consapevoli della necessità di passare dall'iniziale azione di monitoraggio telefonico con interventi della TF Aziendale in emergenza, sono state integrate le risorse di quest'ultima con altre figure professionali e individuato e dato maggiore impulso ad una serie più organica di azioni come TFDistrettuale.

Abbiamo condiviso metodi e strumenti di lavoro che ci hanno permesso di calendarizzare interventi a partire dai casi più urgenti, individuati da indicatori sentinella, o in base ad informazioni pregresse, assumendo verso le strutture un atteggiamento proattivo e fornendo loro:

- disponibilità alla collaborazione e assistenza alle CR/CF tramite referenti dell'Ufficio di Piano (contatto telefonico e mail);
- ricerca di personale sociosanitario, assistenziale e sanitario in collaborazione con Città Metropolitana e Distretto Appennino;
- sorveglianza igienistica ad operatori ed ospiti nei casi conclamati, in via preventiva (tamponi e un programma appena avviato di test sierologici per gli operatori delle CRA accreditate) e ove presenti a persone con sintomi sospetti;
- conoscenze e competenze igienistiche e clinico assistenziali oltre che interventi farmacologici (consulenza telefonica e accessi in loco di igienisti, geriatri, infermieri e infettivologi).

La Task Force Distrettuale ha:

- condiviso tutti i documenti aziendale, regionali e nazionali che via via venivano pubblicati e tradotto in operatività ogni elemento utile alla buona gestione della TFD;
- condiviso tutte le informazioni raccolte dall'UDP sulle CR e CF e dalla équipe aziendale sulle situazioni critiche e quelle provenienti dal sistema di monitoraggio AUSL distrettuale sulle CRA e CSRR accreditati;
- valutato le situazioni critiche con stratificazione del rischio (alla presenza di uno solo degli indicatori la struttura è attenzionata);
- deciso un calendario di interventi con modalità collegiale (geriatri-igienisti-infermieri e infettivologi) per supportare le strutture nella gestione ordinaria (senza ospiti/operatori covid o sospetti covid) ed emergenziale (con ospiti/operatori covid o sospetti covid);
- attivato una formazione specifica in situazione per gli operatori delle residenze;
- collaborato alla realizzazione di una serie di eventi di formazione a distanza, a cura dell'AUSL, per gli operatori sociosanitari dei servizi domiciliari, collaterale alle formazioni di cui sopra;
- programmato una ricerca anagrafica sugli anziani residenti nelle strutture private, volta a verificarne anche i riferimenti assistenziali, a cui poter fare riferimento in caso di necessità;
- programmato azioni di sostegno al ruolo dei coordinatori delle CRA quali referenti della qualità e della relazione interno – esterno della residenza.

Dall'avvio della TFD (vedi allegato prospetto aziendale con la composizione delle singole TFA e TFD) sono state previste due videoconferenze settimanali (Aprile - Maggio). Da giugno 1 v settimanale.

Ogni intervento attivo (sopralluoghi o consulenze) della TFA viene rendicontato con report sintetici inviati ai Sindaci e alle OOSS. Il numero dei sopralluoghi è riportato nella tabella n. 1, presente in allegato.

Ogni riunione bi-settimanale della TFD viene documentato con verbali condivisi e relativi allegati.

La documentazione citata è agli atti presso Distretto e UdP.

Con i Sindaci si sono attivati e sono attivi contatti a distanza e in videoconferenza a cadenza settimanale. Non partecipano alla TFD, ma vengono settimanalmente informati dell'attività della TFD e con un report quindicinale della situazione delle singole strutture.

Attività ed interventi realizzati

La tabella n. 1 allegata, relativa ai sopralluoghi, può rappresentare sinteticamente il lavoro fatto, ma vi sono molti altri interventi a distanza realizzati con tutte le strutture che portano a stimare da febbraio a fine aprile:

- 90 mail (30 strutture raggiunte per 3 v.);
- 750 telefonate (cadenza prima giornaliera poi bisettimanale a 30 strutture);
- a questi vanno aggiunti i 400 contatti curati dal Responsabile UASS;

per un totale di oltre 1.200 contatti a distanza. Tale attività si è ridotta a maggio perchè sostituita da interventi diretti (sopralluoghi e contatti diretti con i tecnici della stessa) come documentato nell'allegato su citato.

In dettaglio:

FEBBRAIO

1. Aggiornamento mappatura strutture residenziali private non accreditate per anziani e adulti disabili. Ricordiamo che le strutture per anziani e disabili accreditate hanno specifica documentazione pubblica;
2. Invio Ordinanze della Prefettura e della Regione Emilia Romagna sulle prime misure urgenti per il contenimento della diffusione dell'epidemia; in specifico ordinanza n. 16 del 23.02.2020 con attività di supporto informativo sulle prescrizioni in essa contenute. Informativa sulle successive ordinanze comunali e regionali.

MARZO

1. Invio a tutte le strutture private e pubbliche di "Indicazioni operative per la corretta gestione delle attività viste le necessità di contenimento da mettere in atto presso le vs strutture" da parte della Direzione sanitaria della Azienda USL in data 6/3 e successivamente in data 10 marzo avente ad oggetto "Nuove indicazioni operative alla luce del DPCM 9 marzo 2020 per la corretta gestione delle attività viste le necessità di contenimento da mettere in atto presso le vs strutture" con allegato 1 del DPCM citato e disposizioni regionali avente ad oggetto: "Indicazioni relative alle infezioni da 2019-nCov. Precisazioni in tema di Dispositivi di protezione Individuale per operatori sanitari" e relativi documenti allegati ("Infezioni da nuovo coronavirus (SARS-COV-2). Indicazioni per la prevenzione e controllo della trasmissione in ambito assistenziale"); invio a tutte le strutture indicazioni della Direzione Attività Sociosanitaria sulla necessità di predisporre camere singole in tutte le strutture per garantire isolamento casi sospetti/covid positivi e riferimenti degli operatori aziendali da contattare per tutte le necessità del caso;
2. Costituzione Task Force Aziendale (TFA);
3. Creazione scheda di monitoraggio per residenze private e accreditate;
4. Comunicazione ai gestori avvio monitoraggio telefonico e inizio contatti. Prosecuzione sistematico invio ai Gestori di tutte le ordinanze e disposizioni provenienti dai vari livelli istituzionali;
5. Costituzione équipe distrettuale ad integrazione della Task Force Aziendale (Task Force Distrettuale, quale articolazione della TFA);

6. Accesso nelle strutture attenzionate, per contagio ospiti e/o operatori, da parte di equipe medico-infettivologica-infermieristica-sociosanitaria integrata.

APRILE

1. Avvio Task Force Distrettuale (TFD) per il supporto alle Strutture socioassistenziali e sociosanitarie, private e accreditate con l'obiettivo di fronteggiare le situazioni critiche che si venivano determinando nelle Case Residenza Anziani, Centri socioriabilitativi per disabili, Case di Riposo/Case famiglia e altre comunità per popolazioni fragili (monitoraggio anche di accoglienze Sprar-Siproimi, in particolare strutture per minori e madri-bambino) e, progressivamente, recarsi in ogni struttura per anziani e disabili a verificare le condizioni sanitarie e assistenziali per la prevenzione e la gestione dell'eventuali contagio.
2. Monitoraggio continuo con verifica bisettimanale, salvo situazioni di emergenza per le quali è previsto intervento immediato.
3. Attivazione monitoraggio sulla relazione a distanza con i familiari e promozione sostegno al monitoraggio della situazione emotiva e psicologica degli ospiti.
4. Supporto all'acquisizione di DPI per CRA prioritariamente e strutture private; messa a sistema del monitoraggio settimanale e fornitura sulla base delle disponibilità AUSL; fornitura alle strutture di tutte le donazioni ricevute da Comuni e Privati.
5. Avvio programma "sierologici" per operatori sociosanitari delle CRA.
6. Prosecuzione degli accertamenti con tampone con programmazione serrata delle attività.

MAGGIO

1. Prosecuzione lavoro di monitoraggio tramite sopralluoghi calendarizzati bi-settimanalmente e rendicontati con report via mail e verbali, poi sintetizzati in un report quindicinale di cui si è detto sopra;
2. Attenzionate le Case Famiglia e le Comunità Alloggio, anch'esse supportate nell'acquisizione dei DPI e del loro corretto utilizzo, oltre che su tutti gli altri aspetti della prevenzione del contagio e dell'eventuale fronteggiamento a fronte di casi sospetti o accertati di covid: esami diagnostici, cure farmacologiche, isolamento, cohorting, ecc.;
3. Redatta una bozza per le misure da adottare da parte dei Gestori per le "visite parenti" nelle strutture e per le uscite. Portate all'attenzione della TFA per sua implementazione.

Risultati riscontrati complessivamente nelle strutture del distretto

Alcune strutture del territorio hanno rappresentato difficoltà quali:

1. la presenza di ospiti e di operatori contagiati o sospetti, con particolare e progressiva attenzione alle condizioni dei contagiati asintomatici;
2. reperimento dei dispositivi di protezione (DPI) e acquisizione di maggiori conoscenze sul loro corretto utilizzo;
3. difficoltà logistiche legate ai layout delle strutture stesse, che non permettevano adeguato

isolamento dei contagiati;

4. reperimento di personale sostituto o integrativo;
5. lavoro in sede con i Medici di struttura (referenti clinici degli ospiti) e i Medici competenti (referenti per la gestione dei rischi e la sicurezza degli operatori);
6. necessità di incremento delle competenze e conoscenze dei Gestori rispetto alla gestione del rischio.

Rispetto alle CRA accreditate, le CR e le CF segnano difficoltà nella gestione dei DPI e nell'organizzazione degli spazi per eventuali isolamenti o cohorting. Sono altresì meno organizzate nella gestione dell'emergenza per la presenza limitata di personale sanitario (infermieristico e medico) e per le conoscenze e competenze che esprimono.

Registrata anche la mancanza di strumentazione adeguata (elettrocardiografi, ossigeno, etc...) per la gestione dell'epidemia.

L'assenza di una rete fra Gestori e fra Gestori e Istituzioni sociali e sociosanitarie è un ulteriore limite che si sta, peraltro, recuperando proprio a fronte di queste azioni proattive e contatti frequenti con le componenti professionali pubbliche sociali e sanitarie.

Quest'ultimo è uno dei risultati non previsti che fa ben sperare nella futura collaborazione fra Enti e Gestori privati per lavorare in un unico "perimetro" di azione dove si possono sviluppare innovazioni gestionali e processi di qualità condivisi su aspetti quali la cura e l'assistenza agli utenti (inclusi gli aspetti di umanizzazione), la formazione e lo sviluppo organizzativo e professionale, l'organizzazione degli spazi e dei percorsi interni, le relazioni istituzionali fra pubblico e privato e, su tutte, a partire proprio da quanto sta insegnando il lavoro sul campo in questa fase emergenziale, la cultura e la pratica del risk management.

D'altro canto, gli aspetti positivi hanno riguardato sia la presenza di personale sanitario (infermieri e medici di struttura e medico competente per le funzioni di risk management) in grado di fronteggiare l'emergenza grazie ad una capacità di apprendimento veloce e a qualità gestionali praticate con competenza. La stessa TFD, grazie anche alla sua composizione multidisciplinare, ha agito un ruolo proattivo in grado di distimolare una buona compliance dei Gestori, specie quando gli interventi erano svolti in situazione, direttamente presso le strutture (vedi n. sopralluoghi). Il lavoro di questi mesi ha, inoltre, permesso la costituzione di relazioni formali e informali (approccio di rete praticato) tra Ausl/Comuni e Gestori privato e privato accreditato a rafforzamento del sistema di cura e assistenza. Ciò ha permesso e, auspichiamo, permetterà anche in futuro, di allargare il perimetro di azione della Ausl e dei Comuni (sanità e sociale) ai Gestori privati per condividere criticità e percorsi comuni di miglioramento della qualità dell'assistenza al fine di aumentare la capacità di fronteggiamento delle criticità e delle eventuali ulteriori emergenze assistenziali.

Infine, complessivamente, possiamo affermare che la situazione delle strutture (accreditate e non) appare ad oggi sotto controllo, anche per quelle messe più a dura prova nel corso – in particolare – della prima fase dell'epidemia quando non si poteva contare su tutte le condizioni essenziali ad una buona gestione preventiva della stessa (si legga: dotazione e disponibilità nell'offerta di DPI; conoscenza sul loro corretto utilizzo in tutte le condizioni di malattia/rischio che si presentavano; conoscenza della dinamica e delle possibilità di cura; capacità di intervento proattivo da parte del Servizio pubblico, capacità di fronteggiamento dei singoli Gestori; presenza di alternative nell'assistenza degli ospiti per la gestione di gravi emergenze, ecc.) e con una adeguata compliance e performance da parte della stragrande maggioranza di

esse rispetto alle richieste/raccomandazioni loro rappresentate nel corso di questi tre/quattro mesi di emergenza.

Eno Quagnolo, 30 maggio 2020

Tabella N.1 Sopralluoghi Task Force Distrettuale

SOPRALLUOGHI STRUTTURE RESIDENZIALI DISTRETTO SAN LAZZARO DI SAVENA			
Periodo marzo – maggio 2020			
TIPOLOGIA SERVIZIO RESIDENZIALI	N° Strutture	N° Sopralluoghi	NOTE
Casa Residenza per Anziani non autosufficienti (CRA)	8	14	*compresa CRA Valleverde contrattualizzata da Distretto Città di Bologna
Casa di riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	15	18	2 strutture hanno posti sia di CRA che di Casa di Riposo
Comunità Alloggio per Anziani	5	8	
Casa Famiglia e Gruppi Appartamento per Anziani	14	14	
Alloggi con servizi/appartamenti residenze protette	1	2	
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale per persone con disabilità(CSRR)	1	1	
Gruppo Appartamento/casa Famiglia per persone con disabilità	3	3	
Casa di Cura	1	2	Intervento straordinario richiesto in emergenza
TOTALE	48	62	

Tabella N. 2 Composizione Task Force Aziendale e Distrettuale

TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19 STRUTTURE E SERVIZI SOCIO-SANITARI												
SERVIZIO / TASK FORCE		GOVERNO CLINICO E RACCORDO CON DIREZIONE SANITARIA	DIREZIONE DASS	DIREZIONE DISTRETTI	SANITA' PUBBLICA IGIENE PREV. RISCHIO INFET.	GERIATRIA TERRITORIALE	DATER STRUTTURE SOCIO-SANITARIE	DATER SANITA' PUBBLICA	ALTRI PROFESSIONISTI SANITARI	SUPPORTO AMM.VO	REFERENTE ENTI LOCALI	REFERENTE SERV. SOC. TERRITORIALE
COORDINAMENTO AZIENDALE		DESCOVICH	MINELLI	TREVISANI								
TASK FORCE AZIENDALE (TFA)		DESCOVICH	MINELLI	TREVISANI	FARRUGGIA/GUBERTI	VANELLI CORALLI	SIMONI	BICEGO	MATRA' (MMG DEDICATO A STRUTT. DISABILI)			
TASK FORCE DISTRETTUALE (TFD)	SAN LAZZARO		MINGARELLI	QUARNOLO	MODELLI MURA	TEMPESTINI LANZONI	TARDIOLI REGAZZI	BATTISTELLA GIACOMOZZI	SUPPRESSA ROCCA RESTINO	PIZZO BOCCAFOGLI	LORENZINI	CAPUTO IANUARIO GUARDIA

