

**LE STRUTTURE
RESIDENZIALI
PER ANZIANI E DISABILI
DURANTE
L'EPIDEMIA COVID-19**

Un'indagine nell'area metropolitana bolognese

L'indagine è stata realizzata dalla CTSS Metropolitana di Bologna, in collaborazione con Città metropolitana di Bologna, Comune di Bologna, Azienda Usl di Bologna.

INTRODUZIONE

L'epidemia sanitaria derivante dal virus Covid-19 ha determinato un forte shock sul sistema dei servizi sanitari, sociosanitari e sociali, che hanno dovuto fronteggiare in modo improvviso un evento di portata storica. A partire dal mese di marzo, all'attività corrente è stata affiancata, attraverso uno sforzo notevole di tutti i professionisti coinvolti nei diversi settori e nei diversi livelli della *governance* sociosanitaria metropolitana bolognese, un'attività straordinaria volta a fronteggiare l'epidemia, individuando tutte le soluzioni che potessero aiutare a risolvere i problemi che via via si manifestavano.

La CTSS Metropolitana di Bologna, nell'ambito delle sue funzioni di coordinamento, programmazione e monitoraggio, ha promosso la realizzazione di numerose azioni a supporto dei territori che si trovavano a fronteggiare questa situazione drammatica. Accanto alle azioni di supporto ai servizi, è emersa la volontà di promuovere approfondimenti specifici che permettano di evidenziare quanto accaduto nei territori, per trarre indicazioni e spunti utili per le necessarie azioni future di cambiamento.

Quale prima azione, subito dopo la fine del "lockdown", la CTSS Metropolitana di Bologna ha promosso la realizzazione di una rilevazione, attraverso la somministrazione via email di un questionario in formato elettronico, che ha coinvolto le strutture residenziali per anziani e disabili, pubbliche e private, ubicate nell'area metropolitana bolognese. Sono state fatte due tornate di solleciti telefonici e in numerosi casi si è proceduto alla modalità di compilazione telefonica. L'obiettivo del questionario era di acquisire le informazioni sulle criticità emerse e le azioni messe in campo per fronteggiare l'epidemia da Covid-19.

Il presente documento si concentra sull'analisi dei dati raccolti attraverso l'indagine affiancando, all'analisi quantitativa dei dati numerici, l'analisi quali-quantitativa delle domande a risposta libera. Rispetto a queste ultime domande si è fatto ricorso ad una doppia lente di analisi: da un lato, si è cercato di individuare, attraverso l'analisi del testo, quali fossero le problematiche più ricorrenti – codificando a livello quantitativo le variabili qualitative – e dall'altro lato, riportando evidenze puramente qualitative che permettono di sottolineare aspetti di rilievo che la codifica delle informazioni non consente di evidenziare.

Le considerazioni finali cercano di operare una sintesi dei dati ma soprattutto suggeriscono alcune prospettive di lavoro nella direzione di un cambiamento del sistema delle residenze per anziani e disabili che si reputa necessario.

A seguito della presente indagine, la CTSSM ha richiesto all'Azienda Usl di Bologna di condurre ulteriori rilevazioni, con le modalità più opportune, per dare voce sia ai familiari di ospiti in strutture residenziali, per verificare come sono stati vissuti i difficili mesi nei quali è stato impossibile recarsi a far visita ai propri cari, sia agli operatori che sono stati protagonisti di un durissimo lavoro.

Questo lavoro è dunque un primo contributo, consapevoli che altri approfondimenti, anche di soggetti diversi, dovranno essere realizzati per comporre un solido sguardo di insieme. I risultati presenti e futuri devono comunque costituire la base per una rafforzata funzione programmatoria e di controllo del governo pubblico, sia a livello locale che regionale, per innovare e ripensare non solo, nello specifico, l'ambito del sostegno alla non autosufficienza, ma anche quello delle politiche rivolte alla popolazione anziana nel suo complesso.

1. Sommario

Attraverso la presente indagine, dopo una breve descrizione relativa alla variazione del numero di ospiti presenti nel periodo considerato (paragrafo 2), si sono analizzati i seguenti aspetti:

- Problemi nel reperimento DPI (paragrafo 3);
- Problemi nella gestione delle assenze del personale e conseguente criticità di copertura dei turni di lavoro (paragrafo 4);
- Predisposizione delle camere singole per quarantena, nuove accoglienze e rientri da ospedale (paragrafo 5);
- Istituzione di una zona rossa – area isolata per Covid-19 (paragrafo 6);
- Problemi nella gestione di casi sospetti o positivi Covid-19 (paragrafo 7);
- Gestione degli ospiti in caso di presenza Covid-19 (paragrafo 8);
- Riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi (paragrafo 9);
- Recepimento delle istruzioni e indicazioni predisposte da Regione, Ausl e task force Ausl (paragrafo 10);
- Altre problematiche rilevate (paragrafo 11);

Di seguito, nel paragrafo 12 si approfondisce il tema dei rapporti delle strutture con i familiari e nel paragrafo 13 si riportano le ulteriori osservazioni finali dei gestori. Il documento termina riportando considerazioni conclusive e prospettive di lavoro.

Il questionario è stato trasmesso a 311 strutture residenziali dell'area metropolitana bolognese: di queste, 252 sono strutture per anziani e 59 sono strutture per disabili.

La tabella 1 mostra il tasso di copertura delle risposte per tipologia di struttura¹. Hanno risposto all'indagine complessivamente 264 strutture, per un tasso di copertura pari all' 84,89% del totale. Con riferimento all'area anziani, hanno risposto 214 strutture (l'84,92% del totale), mentre rispetto all'area disabili, hanno compilato il questionario 50 strutture (pari all'84,75% del totale).

Tabella 1 – Tasso di risposta al questionario per tipologia di struttura

	N° strutture totali	N° strutture che hanno risposto	% di copertura di risposte sul totale
Alloggi Con Servizi	1	0	0,00%
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	79	67	84,81%
Casa Famiglia per Anziani	57	45	78,95%

¹ Complessivamente, l'offerta residenziale per anziani e disabili nell'area metropolitana di Bologna è di 327 strutture. Sono stati esclusi dall'indagine i Gruppi Appartamento per Anziani, le Residenze Protette per Anziani ed alcune strutture per anziani e disabili che a seguito di verifiche risultano non prevedere la presenza di personale assistenziale. Pertanto l'offerta presa in considerazione è di 311 strutture, di cui 252 per Anziani e 59 per disabili.

Casa Protetta Per Anziani	24	19	79,17%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	66	63	95,45%
Comunità Alloggio Per Anziani	24	20	83,33%
Rsa – Residenza Sanitaria Assistenziale Per Anziani	1	0	0,00%
Totale strutture anziani	252	214	84,92%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	16	14	87,50%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	43	36	83,72%
Totale strutture disabili	59	50	84,75%
Totale strutture residenziali	311	264	84,89%

A livello distrettuale il tasso di risposta all'indagine varia dal 50% del Distretto di Pianura Ovest al 100% del Comune di Bologna (tabella 2).

Tabella 2 – Tasso di risposta al questionario, per distretto

	N° strutture coinvolte	N° strutture che hanno risposto	% di copertura di risposte sul totale
Appennino Bolognese	35	31	88,57%
Bologna	69	69	100,00%
Imola	41	30	73,17%
Pianura Est	45	39	86,67%
Pianura Ovest	20	10	50,00%
Reno Lavino Samoggia	54	50	92,59%
San Lazzaro di Savena	47	35	74,47%
Totale	311	264	84,89%

2. Ospiti presenti nelle strutture

Ai gestori delle strutture è stato chiesto di indicare il numero dei posti presenti nella struttura, il numero di ospiti presenti al 21 Febbraio e il numero di ospiti presenti a fine Aprile. Le tabelle successive sintetizzano le risposte relative a questi quesiti, disaggregando i dati per tipologia di struttura (tabella 3) e per distretto (tabella 4). Nell'area metropolitana bolognese, il periodo considerato ha visto un calo nel numero di ospiti in strutture residenziali per anziani e disabili pari al 7,84%.

Tabella 3 – Ospiti presenti nella struttura per tipologia di struttura

	Ospiti presenti al 21 Febbraio	Ospiti presenti a fine Aprile	Var %
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	2.124	2.032	-4,33%
Casa Famiglia per Anziani	287	282	-1,74%
Casa Protetta Per Anziani	421	411	-2,38%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	3.844	3.426	-10,87%
Comunità Alloggio Per Anziani	261	237	-9,20%
Totale strutture anziani	6.937	6.388	-7,91%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	234	216	-7,69%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	176	167	-5,11%
Totale strutture disabili	410	383	-6,59%
Totale strutture residenziali	7.347	6.771	-7,84%

Tabella 4 – Ospiti presenti nella struttura per distretto

	Ospiti presenti al 21 Febbraio	Ospiti presenti a fine aprile	Var %
Appennino Bolognese	704	692	-1,70%
Bologna	2.460	2.195	-10,77%
Imola	857	823	-3,97%
Pianura Est	1.062	989	-6,87%
Pianura Ovest	301	263	-12,62%
Reno, Lavino, Samoggia	987	911	-7,70%
San Lazzaro di Savena	976	898	-7,99%
Area Metropolitana	7.347	6.771	-7,84%

3. Problemi nel reperimento di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI)

Il 67,4% delle strutture ha dichiarato di avere avuto problemi nel reperimento di Dispositivi di Protezione Individuale (DPI). In particolare, il problema si è presentato maggiormente nelle Case protette per anziani (78,9%), nelle Comunità alloggio per anziani (75%), nelle Case-Residenza Per Anziani non autosufficienti (74,6%) e nei Gruppi Appartamento per persone con disabilità (71,4%) (tabella 5).

Tabella 5 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nel reperimento di dispositivi di protezione individuale” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	58,2%	41,8%	100%
Casa Famiglia per Anziani	60,0%	40,0%	100%
Casa Protetta Per Anziani	78,9%	21,1%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	74,6%	25,4%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	75,0%	25,0%	100%
Totale strutture anziani	66,8%	32,2%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	64,3%	35,7%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	71,4%	28,6%	100%
Totale strutture disabili	69,4%	30,6%	100%
Totale strutture residenziali	67,4%	32,6%	100%

A livello distrettuale, il problema di reperimento dei dispositivi di protezione individuale si è presentato in maggior misura nelle strutture del territorio dell’Appennino Bolognese (90,3%) e di Imola (86,7%) (tabella 6).

Tabella 6 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nel reperimento di dispositivi di protezione individuale” per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	90,3%	9,7%	100%
Bologna	66,7%	33,3%	100%
Imola	86,7%	13,3%	100%
Pianura Est	48,7%	51,3%	100%
Pianura Ovest	70,0%	30,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	70,0%	30,0%	100%
San Lazzaro di Savena	48,7%	51,4%	100%
Totale	67,4%	32,6%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Nell'area metropolitana, 80 strutture hanno riferito criticità relative al reperimento dei DPI. In particolare, circa un terzo delle strutture ha dichiarato di aver avuto problemi nel reperimento di mascherine FFP2 e il 21,3% ha avuto problemi nel reperimento di camici monouso (tabella 7).

Tabella 7 – Numero strutture che hanno riferito “Problemi nel reperimento di dispositivi di protezione individuale” per criticità rilevata

	n. strutture che hanno riferito la criticità	% strutture che hanno riferito la criticità
FFP2	27	33,8%
Camici monouso	17	21,3%
Costi aggiuntivi	8	10,0%
Quantitativi contenuti	8	10,0%
Prodotti per sanificazioni	7	8,8%
Blocco dogane	4	5,0%
Guanti monouso	4	5,0%
Pagamenti anticipati	3	3,8%
Termo scanner	2	2,5%
Totale	80	100%

Rispetto alle modalità di reperimento dei DPI si è rilevato (tabella 8 e tabella 9) che nella maggioranza dei casi le istituzioni pubbliche (totalmente e/o parzialmente e in complementarietà con altri soggetti privati) hanno provveduto al rifornimento dei DPI. Si segnala che, fra le modalità rilevate, in alcuni casi è stata dichiarata l'autoproduzione di mascherine. Questo elemento è stato dichiarato come azione emergenziale messa in atto nei primissimi giorni di necessità.

Tabella 8 – Numero casi per modalità reperimento DPI rilevate al quesito “Azioni messe in campo per problemi nel reperimento di dispositivi di protezione individuale”

	n. casi	% casi sul totale
Istituzioni pubbliche	31	20,1%
Fornitori privati, istituzioni pubbliche	30	19,5%
Fornitori abituali, nuovi fornitori, istituzioni pubbliche	20	13,0%
Nuovi fornitori	18	11,7%
Fornitori privati	16	10,4%
Fornitori abituali, nuovi fornitori	14	9,1%
Autoproduzione, istituzioni pubbliche	6	3,9%
Acquisti cumulativi con altre cooperative da fornitori privati	5	3,2%
Fornitori abituali	3	1,9%
Fornitori fuori territorio	3	1,9%
Gestione a livello aziendale	3	1,9%
Autoproduzione	3	1,9%

Fornitori esteri, istituzioni pubbliche	1	0,6%
Fornitori privati, donazioni, istituzioni pubbliche	1	0,6%
Totale	154	100%

Tabella 9 – Numero casi per modalità reperimento DPI rilevate al quesito “Problemi nel reperimento di dispositivi di protezione individuale” – aggregazione dell’analisi della tabella 8

	n. casi	% casi sul totale
Altri soggetti privati	65	42,2%
Istituzioni pubbliche e altri soggetti privati	58	37,7%
Istituzioni pubbliche	31	20,1%
Totale	154	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito “Problemi nel reperimento di dispositivi di protezione individuale” si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Difficoltà di reperimento per quantità e qualità dei DPI (certificato di qualità);
- Aumento dei costi per l’acquisto di DPI.

Azioni messe in campo per problematiche riferite al reperimento DPI:

- Ricerca di più fornitori (in Italia, all’estero e nel mercato online);
- Assegnazione di ore lavoro del personale ad attività di ricerca e immagazzinaggio dei DPI;
- Richiesta azione e collaborazione con istituzioni pubbliche (Protezione Civile, Azienda Usl, Comuni...);
- Predisposizione di magazzini o spazi di immagazzinaggio per la redistribuzione sul fabbisogno effettivo.

A seguito delle azioni messe in campo, 168 strutture su 217 hanno risposto che il problema è stato risolto entro la fine di aprile.

4. Problemi nella gestione delle assenze del personale e conseguente criticità di copertura dei turni di lavoro

Più di un quarto delle strutture (il 28%) ha dichiarato di aver avuto problemi nella gestione delle assenze del personale e conseguente criticità di copertura dei turni di lavoro. La percentuale

risulta maggiore nei Centri Socio-Riabilitativi Residenziali per persone con disabilità (50%), per le CRA (49,2%) e per le Comunità Alloggio per Anziani (35%) (tabella 10).

Tabella 10 - Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella gestione delle assenze del personale” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	16,4%	83,6%	100%
Casa Famiglia per Anziani	8,9%	91,1%	100%
Casa Protetta Per Anziani	26,3%	73,7%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	49,2%	50,8%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	35,0%	65,0%	100%
Totale strutture anziani	27,6%	72,4%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	50,0%	50,0%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	20,0%	80,0%	100%
Totale strutture disabili	30,0%	70,0%	100%
Totale strutture residenziali	28,0%	72,0%	100%

I distretti in cui le strutture hanno riscontrato un maggiore problema nella gestione delle assenze del personale sono quelli di Bologna (37,7%), San Lazzaro di Savena (31,4%) e Pianura Ovest (30%) (tabella 11).

Tabella 11 - Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella gestione delle assenze del personale” per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	19,4%	80,6%	100%
Bologna	37,7%	62,3%	100%
Imola	30,0%	70,0%	100%
Pianura Est	20,5%	79,5%	100%
Pianura Ovest	30,0%	70,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	22,0%	78,0%	100%
San Lazzaro di Savena	31,4%	68,6%	100%
Totale	28,0%	72,0%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Nell'area metropolitana, 125 strutture hanno dichiarato problematiche riferite alla modalità di gestione del personale. In generale si è evidenziato un atteggiamento di disponibilità lavorativa e professionale degli operatori rispetto alla gestione emergenziale in atto e l'investimento verso ulteriori figure professionali (OSS e infermieri). La tabella 12 descrive quali modalità sono state

messe in atto per l'ampliamento del personale in forze. Di queste modalità vediamo che la maggioranza delle strutture ha provveduto attraverso agenzie di lavoro (16,8% del totale) o nuove assunzioni (15,2% del totale). In altri casi si è provveduto alla conversione del personale afferente ai centri diurni nel servizio residenziale (12% del totale).

Tabella 12 – Numero strutture che hanno riferito modalità gestione personale al quesito “Problemi nella gestione delle assenze del personale”

	n. strutture che hanno riferito modalità	% strutture che hanno riferito modalità
Agenzia di lavoro	21	16,8%
Nuove assunzioni	19	15,2%
Operatori centri diurni	15	12,0%
Disponibilità operatori	14	11,2%
Assunzioni temporanee	9	7,2%
Graduatorie pubbliche	8	6,4%
Avviso pubblico	8	6,4%
Collaborazioni con soggetti privati	8	6,4%
Spostato piano ferie in programma	5	4,0%
Revisione turni	4	3,2%
Operatori di altri servizi chiusi	3	2,4%
Riunioni motivazionali	3	2,4%
Personale in corso di formazione	2	1,6%
Aumento orario di lavoro dei dipendenti	2	1,6%
Incentivi economici	2	1,6%
Aumento orario di lavoro dei dipendenti con alloggio compreso	1	0,8%
Operatori AD e altri servizi chiusi	1	0,8%
Totale	125	100%

In più casi si rileva la compresenza di modalità di gestione del personale differenti all'interno della medesima struttura. Per rilevare la modalità prevalente adottata, nella tabella che segue, le risposte raccolte sono state aggregate in quattro categorie e ponderate in relazione al numero di modalità descritte da ciascuna struttura. La costruzione di questo dato si è ottenuta attribuendo valore 1 ad ogni risposta, diviso algebricamente in maniera equa tra più categorie se compresenti modalità di gestione differenti all'interno della risposta stessa. Da questa analisi emerge che, tra le 87 strutture che hanno risposto, si ha una maggior frequenza di casi in cui si è provveduto all'inserimento attraverso nuove assunzioni di ulteriore personale per rispondere al fabbisogno emergenziale. Si noti che, nonostante in moltissimi casi si rilevi lo sforzo verso nuove assunzioni,

l'impatto sui dipendenti già in forze è stato rilevante (ampliamento orario di lavoro, doppie turnazioni, riprogrammazione ferie).

Tabella 13 – Ponderazione dei casi per modalità gestione personale al quesito “Problemi nella gestione delle assenze del personale”

Modalità gestione personale	n. casi
Nuove assunzioni	36,50
Impatto sui dipendenti	34,67
Riallocazione personale di servizi chiusi	15,00
Personale in corso di formazione	0,83
Totale	87,00

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito “Problemi nella gestione delle assenze del personale e conseguente criticità di copertura dei turni di lavoro” si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Fabbisogno di personale a causa delle complessità causate dall'emergenza (OSS e Infermieri);
- Fenomeno di assorbimento del personale nei presidi ospedalieri.

Azioni messe in campo per problematiche nella gestione del personale:

- Nuove assunzioni precauzionali in somministrazione o contratto a chiamata;
- Flessibilità oraria e turnazioni;
- Riconversione del personale dei centri diurni nei centri residenziali;
- Incentivi e bonus al personale a fronte dello sforzo lavorativo;
- Disposizione di ore-lavoro e professionisti dell'Ausl;
- Scorrimento curricula forniti da Agenzia Regionale per il Lavoro e da Città Metropolitana per l'assunzione di OSS e infermieri.

A seguito delle azioni messe in campo, 138 strutture su 152 hanno risposto che il problema è stato risolto entro la fine di aprile.

5. Predisposizione camere singole per quarantena, nuove accoglienze e rientri da ospedale

Il 75% delle strutture ha dichiarato di aver predisposto camere singole per quarantena, nuove accoglienze e rientri da ospedale. Se si disaggregano le risposte per tipologia di struttura, si nota che la percentuale è maggiore nelle strutture per anziani; in particolare, il 94,7% delle Case protette per Anziani, il 96,8% delle CRA e il 91,0% delle Case di Riposo ha predisposto camere singole (tabella 14).

Tabella 14 – Riepilogo risposte al quesito “Sono state predisposte camere singole per quarantena, nuove accoglienze e per rientri da ospedale” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	91,0%	9,0%	100%
Casa Famiglia per Anziani	60,0%	40,0%	100%
Casa Protetta Per Anziani	94,7%	5,3%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	96,8%	3,2%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	55,0%	45,0%	100%
Totale strutture anziani	83,2%	16,8%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	71,4%	28,6%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	27,8%	72,2%	100%
Totale strutture disabili	40,0%	60,0%	100%
Totale strutture residenziali	75,0%	25,0%	100%

A livello distrettuale (tabella 15), la predisposizione di camere singole per quarantena è stata più frequente nelle strutture dei territori dell’Appennino Bolognese (90,3%), di Pianura Est (89,7%) e San Lazzaro di Savena (82,4%).

Tabella 15 – Riepilogo risposte al quesito “Sono state predisposte camere singole per quarantena, nuove accoglienze e per rientri da ospedale”, per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	90,3%	9,7%	100%
Bologna	56,5%	43,5%	100%
Imola	76,7%	23,3%	100%
Pianura Est	89,7%	10,3%	100%
Pianura Ovest	50,0%	50,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	78,0%	22,0%	100%
San Lazzaro di Savena	82,9%	17,1%	100%
Totale	75,0%	25,0%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Nell'area metropolitana, 91 strutture hanno dichiarato le motivazioni sulla non predisposizione di camere singole per quarantena, nuove accoglienze e rientri da ospedali (tabella 16). Le motivazioni più rilevanti risultano essere l'assenza di contagio e di persone positive all'interno della struttura (25,3% dei casi rispetto alle strutture rilevate) e l'esclusione di nuovi ingressi (19,8% dei casi rispetto alle strutture rilevate).

Tabella 16 – Numero strutture e percentuale per motivazioni circa la non predisposizione di camere singole per quarantena nuove accoglienze e per rientri da ospedali

	n. strutture che hanno riferito motivazione	% strutture che hanno riferito motivazione
Nessuno positivo	23	25,3%
Nessun nuovo ingresso	18	19,8%
Problemi di spazio	14	15,4%
Predisposto piano di gestione	12	13,2%
Nessun ricovero	11	12,1%
Non disponibili camere singole	6	6,7%
Ospiti già in camera singola	4	4,4%
Tampone per rientri da ospedale	2	2,2%
Presente un solo ospite	1	1,1%
Totale	91	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito circa le motivazioni sulla non predisposizione di camere singole per quarantena, nuove accoglienze e rientri da ospedali, si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Deficit strutturale per la predisposizione di camere singole.

Azioni messe in campo circa le motivazioni sulla non predisposizione di camere singole per quarantena, nuove accoglienze e rientri da ospedali:

- Accoglienza degli ospiti presso altre strutture laddove positivi;
- Riconversione e rimodulazione degli spazi.

6. Istituzione di una zona rossa (area isolata per Covid-19)

Il 53,8% delle strutture ha dichiarato di aver istituito una zona rossa, ovvero un'area isolata per Covid-19. Se si disaggrega il dato per tipologia di struttura, si nota che si è istituita una zona rossa nell'81% delle CRA, nel 78,6% dei Centri Socio-Riabilitativi Residenziali per Disabili e nel 61,2% delle Case di Riposo (tabella 17).

Tabella 17 – Risposta al quesito “È stata istituita una zona rossa (area isolata per Covid-19)” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	61,2%	38,8%	100%
Casa Famiglia per Anziani	42,2%	57,8%	100%
Casa Protetta Per Anziani	52,6%	47,4%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	81,0%	19,0%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	30,0%	70,0%	100%
Totale strutture anziani	59,3%	40,7%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	78,6%	21,4%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	11,1%	88,9%	100%
Totale strutture disabili	30,0%	70,0%	100%
Totale strutture residenziali	53,8%	46,2%	100%

A livello distrettuale, si nota che nel 74,2% delle strutture presenti nel territorio dell'Appennino Bolognese è stata istituita una zona rossa per Covid-19; per il territorio di Pianura Est la percentuale è pari al 61,5% (tabella 18).

Tabella 18 – Risposta al quesito “È stata istituita una zona rossa (area isolata per Covid-19)”, per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	74,2%	25,8%	100%
Bologna	43,5%	56,5%	100%
Imola	43,3%	56,7%	100%
Pianura Est	61,5%	38,5%	100%
Pianura Ovest	60,0%	40,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	52,0%	48,0%	100%
San Lazzaro di Savena	51,7%	42,9%	100%
Totale	53,8%	46,2%	100%

Nel caso in cui la zona rossa non fosse stata istituita, sono state approfondite le motivazioni, che sono riportate nella tabella sottostante. Quelle più rilevanti risultano essere l'assenza di persone positive all'interno della struttura (48% dei casi sul totale delle strutture rilevate) e i limiti strutturali degli spazi appartenenti alle strutture (29,3% dei casi sul totale delle strutture rilevate).

Tabella 19 – Numero strutture e percentuale sui casi per motivazioni circa la non istituzione di zona rossa (Area isolata per Covid-19)

	n. strutture che hanno riferito motivazione	% strutture che hanno riferito motivazione
Nessun positivo	36	48,0%
Limiti strutturali	22	29,3%
Non c'è stata necessità	8	10,7%
Predisposto piano di gestione	3	4,0%
Creata area per sospetti	2	2,7%
Presente un solo ospite	2	2,7%
Struttura covid19	1	1,3%
Zona rossa in CRA attigua	1	1,3%
Totale	75	100,0%

Analisi quanti-qualitativa

Rispetto alle azioni messe in campo (tabella 20) si evince l'impegno delle strutture nella formazione e nell'aumento della dotazione di personale (15,1% dei casi rispetto alle strutture rilevate) e all'applicazione delle linee guida in collaborazione con l'Azienda Usl e la Task force (14,3% dei casi rispetto alle strutture rilevate).

Tabella 20 – Sintesi azioni messe in campo per numero strutture che hanno riferito le motivazioni e percentuale sui casi circa la non istituzione di zona rossa (Area isolata per Covid-19)

	n. strutture che hanno riferito motivazione	% strutture che hanno riferito motivazione
Formazione e aumento personale ausiliario	37	15,1%
Applicazione linee guida in collaborazione con Azienda Usl e Task Force	35	14,3%
Procedure di sanificazione	32	13,1%
Isolamento e zone gialle/rosse	31	12,6%
Utilizzo DPI, Distanziamento sociale e comportamenti corretti	30	12,2%
Monitoraggio salute pazienti	25	10,2%
Chiusura agli ospiti e comunicazione alle famiglie	19	7,8%

Monitoraggio salute personale	11	4,5%
Gestione casi sospetti e casi positivi	11	4,5%
Riorganizzazione spazi	6	2,4%
Ridefinizione attività all'interno della struttura	5	2,0%
Nessun nuovo ingresso	3	1,2%
Totale	245	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito circa le motivazioni sulla mancata istituzione della zona rossa, si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Carenze di carattere strutturale;
- Problematica gestionale dell'isolamento a livello relazionale per gli ospiti e a livello operativo per il personale (caso del gruppo appartamento).

Azioni messe in campo circa le motivazioni relative alla non istituzione della zona rossa:

- Contingentamento degli operatori;
- Quarantena ed isolamento per i dimessi dagli ospedali;
- Regolazione degli accessi al pubblico e chiusura;
- Riprogrammazione attività di animazione e di fisioterapia;
- Attivazione di videochiamate;
- Sanificazione degli ambienti e rafforzamento delle misure igienico-sanitarie;
- Formazione degli operatori e degli ospiti.

A seguito delle azioni messe in campo, 135 strutture su 149 hanno risposto che il problema è stato risolto entro la fine di aprile.

7. Problemi nella gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19

L'86,7% delle strutture ha dichiarato di non avere avuto problemi nella gestione dei casi sospetti Covid-19 (tabella 21). In particolare, tale problema non si è presentato nelle Case protette per anziani.

Tabella 21 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	7,5%	92,5%	100%
Casa Famiglia per Anziani	2,2%	97,8%	100%
Casa Protetta Per Anziani	0,0%	100,0%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	34,9%	65,1%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	15,0%	85,0%	100%
Totale strutture anziani	14,5%	85,5%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	14,3%	85,7%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	5,6%	94,4%	100%
Totale strutture disabili	8,0%	92,0%	100%
Totale strutture residenziali	13,3%	86,7%	100%

La disaggregazione per distretto evidenzia che, nonostante nella maggior parte dei casi non ci siano state criticità nella gestione di casi sospetti, hanno avuto problemi il 30% delle strutture del distretto di Pianura Ovest e il 20,3% delle strutture di Bologna (tabella 22).

Tabella 22 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19” per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	12,9%	87,1%	100%
Bologna	20,3%	79,7%	100%
Imola	3,3%	96,7%	100%
Pianura Est	10,3%	89,7%	100%
Pianura Ovest	30,0%	70,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	10,0%	90,0%	100%
San Lazzaro di Savena	11,4%	88,6%	100%
Totale strutture	13,3%	86,7%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Gli elementi rilevanti rispetto alle azioni messe in campo nella gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19 risultano essere l'isolamento, realizzato nel 23,2% dei casi, e l'applicazione delle misure preventive di distanziamento sociale e utilizzo DPI nel 14,5% dei casi rilevati (tabella 23).

Tabella 23 – Sintesi azioni messe in campo per numero casi riferiti alla gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19 e percentuale sui casi

	n. strutture che hanno riferito motivazione	% strutture che hanno riferito motivazione
Isolamento	32	23,2%
Prevenzione, utilizzo DPI, distanziamento sociale	20	14,5%
Monitoraggio parametri ospiti e personale	14	10,1%
Interventi di igienizzazione e sanificazione	11	8,0%
Contatto con SSN, asl e task force	11	8,0%
Formazione e nuove modalità di gestione del personale	9	6,5%
Ricovero ospedaliero	9	6,5%
Richiesta tamponi e test sierologici	7	5,1%
Riorganizzazione spazi (camere singole ecc.)	6	4,3%
Applicazione linee guida asl e E.R.	4	2,9%
Difficoltà esecuzione tamponi, sierologici	4	2,9%
Piani terapeutici	4	2,9%
Problemi di costi e gestione	3	2,2%
Supporto psicologico	2	1,4%
Reperibilità medico e direzione h24	1	0,7%
Difficoltà reperimento presidi e ossigeno	1	0,7%
Totale	138	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito circa la gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19, si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Problemi gestionali, anche a livello di personale infermieristico;
- Appesantimento costi di gestione.

Azioni messe in campo circa le motivazioni circa la gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19:

- Predisposizione camera per quarantena e isolamento;
- Trasferimento degli ospiti sospetti in strutture idonee;
- Fornitura di istruzioni operative al personale, agli ospiti e al pubblico;
- Attenzione alle misure e alle linee regionali e nazionali.

A seguito delle azioni messe in campo, 115 strutture su 132 hanno risposto che il problema è stato risolto entro la fine di aprile.

8. Gestione degli ospiti in caso di presenza di positivi Covid-19

L'84,8% delle strutture ha dichiarato di non aver avuto problematiche nella gestione del resto degli ospiti in caso di presenza di positivi Covid-19. La tabella successiva riassume le risposte disaggregate per tipologia di struttura; in particolare si nota che, nonostante la maggior parte delle strutture abbiano risposto negativamente, il 22,2% delle CRA e il 20% delle Comunità alloggio per anziani ha dichiarato di aver avuto problemi nella gestione del resto degli ospiti delle strutture in caso di presenza di positivi Covid-19.

Tabella 24 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella gestione degli ospiti in caso di presenza Covid-19” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	13,4%	86,6%	100%
Casa Famiglia per Anziani	6,7%	93,3%	100%
Casa Protetta Per Anziani	10,5%	89,5%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	22,2%	77,8%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	20,0%	80,0%	100%
Totale strutture anziani	15,0%	85,0%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	14,3%	85,7%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	16,7%	83,3%	100%
Totale strutture disabili	16,0%	84,0%	100%
Totale strutture residenziali	15,2%	84,8%	100%

A livello distrettuale, nessuna delle strutture del territorio di Imola ha dichiarato di avere avuto problemi nella gestione del resto degli ospiti in caso di presenza Covid-19, mentre nel territorio di Pianura Est tale problema si è presentato solo nel 5,1% delle strutture (vedi tabella 25).

Tabella 25 –Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella gestione dei casi sospetti o positivi Covid-19” per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	16,1%	83,9%	100%
Bologna	20,3%	79,7%	100%
Imola	0,0%	100,0%	100%

Pianura Est	5,1%	94,9%	100%
Pianura Ovest	20,0%	80,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	22,0%	78,0%	100%
San Lazzaro di Savena	17,1%	82,9%	100%
Totale strutture	15,2%	84,8%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Le azioni rilevanti rispetto alla gestione degli ospiti in caso di presenza di casi positivi Covid-19 risultano essere l'isolamento, messo in atto nel 23,7% dei casi, la modifica della routine quotidiana degli ospiti (interruzioni di attività ricreative e contatti con i familiari) nel 17,5% dei casi e l'applicazione delle misure preventive di distanziamento sociale e utilizzo DPI nel 15,5% dei casi rilevati (tabella 26).

Tabella 26 – Sintesi azioni messe in campo per numero casi riferiti alla gestione degli ospiti in caso di presenza di positivi Covid-19 e percentuale sui casi

	n. strutture che hanno riferito motivazione	% strutture che hanno riferito motivazione
Isolamento	23	23,7%
Modifica della routine degli ospiti (interruzione animazione, interruzione contatti con i familiari, ecc.)	17	17,5%
Distanziamento sociale e utilizzo DPI	15	15,5%
Riorganizzazione spazi	9	9,3%
Riorganizzazione del lavoro, formazione del personale, applicazioni linee guida	9	9,3%
Quarantena o isolamento preventivo	7	7,2%
Sanificazione e igienizzazione	7	7,2%
Allontanamento dalla struttura degli ospiti sospetti/positivi	4	4,1%
Isolamento impossibile	3	3,1%
Difficoltà di gestione forniture e costi elevati	2	2,1%
Monitoraggio continuo su residenti wandering e residenti con disturbi del comportamento	1	1,0%
Totale	97	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito circa la gestione degli ospiti in caso di presenza di positivi Covid-19, si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Gestione dell'impatto sugli ospiti rispetto alla routine compromessa e alla revisione del piano delle attività;
- Aumento del senso di solitudine a causa della diminuzione delle attività di socializzazione per ospiti e gestione della lontananza con i famigliari;
- Minore fruibilità degli spazi comuni.

Azioni messe in campo circa le motivazioni:

- Isolamento e distanziamento sociale;
- Istruzioni operative al personale;
- Avvicinamento emotivo agli ospiti, anche attraverso il supporto professionale dello psicologo;
- Intensificazione delle attività individuali;
- Monitoraggio su ospiti con disturbo del comportamento e/o per coloro che faticano a comprendere le regole anti contagio;
- Contatto con le famiglie attraverso videochiamate/mail quale azione di contrasto al senso di solitudine;
- Conversione degli spazi della struttura.

A seguito delle azioni messe in campo, 84 strutture su 103 hanno dichiarato che il problema è stato risolto entro la fine di aprile.

9. Riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi

L'89,4% delle strutture ha dichiarato di non aver avuto problemi nella riorganizzazione della frequenza e della durata di igienizzazioni degli spazi. In particolare, la disaggregazione dei dati per tipologia di presidio evidenzia che tale problema non ha mai riguardato le Case famiglia per Anziani (tabella 27).

Tabella 27 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi”, per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	10,0%	90,0%	100%
Casa Famiglia per Anziani	0,0%	100,0%	100%
Casa Protetta Per Anziani	10,5%	89,5%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	15,9%	84,1%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	10,0%	90,0%	100%
Totale strutture anziani	9,8%	90,2%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	14,3%	85,7%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	13,9%	86,1%	100%
Totale strutture disabili	14,0%	86,0%	100%
Totale strutture residenziali	10,6%	89,4%	100%

La tabella successiva disaggrega le informazioni su base distrettuale. I problemi nella riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi sono stati meno evidenti nel distretto dell’Appennino Bolognese (3,2% dei casi) e nel distretto di Imola (3,3% dei casi).

Tabella 28 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nella riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi” per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	3,2%	96,8%	100%
Bologna	15,9%	84,1%	100%
Imola	3,3%	96,7%	100%
Pianura Est	12,8%	87,2%	100%
Pianura Ovest	20,0%	80,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	10,0%	90,0%	100%
San Lazzaro di Savena	8,4%	91,4%	100%
Totale	10,6%	89,4%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Nell’area metropolitana, nelle 201 strutture che hanno riportato dichiarazioni circa le problematiche nella riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi, il 56,9% ha attivato pratiche di sanificazione, igienizzazione, disinfezione e pulizia, il 12,4% ha investito nell’utilizzo di prodotti specifici di pulizia e il 9,4% ha riorganizzato i piani delle attività e l’orario di lavoro dei dipendenti per rinforzare le pratiche igienico sanitarie (tabella 29).

Tabella 29 – Sintesi azioni messe in campo per numero strutture riferiti alla riorganizzazione degli spazi e frequenza di igienizzazione e percentuale sui casi

	n. strutture che hanno riferito motivazione	% strutture che hanno riferito motivazione
Pratiche di sanificazione, igienizzazione, disinfezione e pulizia	115	56,9%
Utilizzo prodotti pulizie specifici	25	12,4%
Riorganizzazione piani delle attività e orari di lavoro	19	9,4%
Aumento ore personale ausiliario	15	7,4%
Acquisto dispositivi di sanificazione	8	3,9%
Applicazione linee guida	6	3,0%
Formazione personale	6	3,0%
Distanziamento sociale e utilizzo DPI	4	2,0%
Mantenute vecchie routine di pulizia	2	1,0%
Riorganizzazione spazi	2	1,0%
Vigili del fuoco	1	0,5%
Totale	203	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito circa le problematiche nella riorganizzazione della durata e della frequenza di igienizzazione degli spazi, si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Fabbisogno di operatori ausiliari;
- Aumento ore lavoro di personale addetto alle pulizie.

Azioni messe in campo circa le motivazioni:

- Revisione piano pulizie, dettaglio pulizie extra e aumento ore personale ausiliario;
- Intensificazione attività di igienizzazione, sanificazione e areazione spazi;
- Acquisto di prodotti specifici e dispositivi per la sanificazione;
- Formazione del personale e istruzioni;
- Informazioni agli ospiti;
- Protocolli interni, manuali operativi, istruzioni e avvertenze per i punti nevralgici o critici delle strutture.

A seguito delle azioni messe in campo, 130 strutture su 136 hanno risposto che il problema è stato risolto entro la fine di aprile.

10. Recepimento delle istruzioni e indicazioni predisposte da Regione, Ausl e task force Ausl

Il 92,8% delle strutture ha dichiarato di non aver avuto problemi nel recepimento delle istruzioni e indicazioni predisposte da Regione, Ausl e Task Force Ausl. La tabella successiva riporta le risposte al quesito disaggregate per tipologia di struttura; si nota che l'12,7% delle CRA ha dichiarato di aver avuto problemi nel recepimento di informazioni da più soggetti.

Tabella 30 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nel recepimento delle istruzioni e delle indicazioni predisposte da Regione, Ausl e Task Force Ausl” per tipologia di struttura

	Si	No	Totale
Casa Di Riposo/Casa Albergo/Albergo per Anziani	7,5%	92,5%	100%
Casa Famiglia per Anziani	2,2%	97,8%	100%
Casa Protetta Per Anziani	5,3%	94,7%	100%
Casa-Residenza per anziani non autosufficienti (CRA)	12,7%	87,3%	100%
Comunità Alloggio Per Anziani	5,0%	95,0%	100%
Totale strutture anziani	7,5%	92,5%	100%
Centro Socio-Riabilitativo Residenziale Per Persone Con Disabilità	5,7%	94,3%	100%
Gruppo Appartamento Per Persone con Disabilità	5,6%	94,4%	100%
Totale strutture disabili	6,0%	94,0%	100%
Totale strutture residenziali	7,2%	92,8%	100%

Tutte le strutture ubicate nei territori dell'Appennino Bolognese e di Imola hanno dichiarato di non avere avuto problemi nel recepimento delle istruzioni predisposte da Regione e Ausl. Il 20% delle strutture del distretto di Pianura Ovest, al contrario, riportano di aver avuto problemi nel recepire informazioni relative alla gestione del Covid-19 (tabella 31).

Tabella 31 – Riepilogo risposte al quesito “Problemi nel recepimento delle istruzioni e delle indicazioni predisposte da Regione, Ausl e Task Force Ausl” per distretto

	Si	No	Totale complessivo
Appennino Bolognese	0,0%	100%	100%
Bologna	11,6%	88,4%	100%
Imola	0,0%	100%	100%
Pianura Est	15,4%	84,6%	100%
Pianura Ovest	20,0%	80,0%	100%
Reno, Lavino, Samoggia	2,0%	98,0%	100%
San Lazzaro di Savena	5,7%	94,3%	100%
Totale strutture	7,2%	92,8%	100%

Analisi quanti-qualitativa

Le principali azioni messe campo circa il recepimento delle istruzioni e indicazioni predisposte da Regione, Azienda Usl e task force riguardano, nel 40,9% dei casi, l'attuazione delle disposizioni e, nel 21,6% dei casi, l'applicazione di circolari interne alle strutture, azioni di raccordo/coordinamento o di diffusione di materiale informativo al personale (tabella 32).

Tabella 32 - Numero casi per Azioni messe in campo nel recepimento delle istruzioni e indicazioni predisposte da Regione, Ausl e task force Ausl

	N° strutture che hanno riferito motivazioni	% strutture che hanno riferito motivazioni
Attuazione disposizioni	36	40,9%
Circolari interne, azioni di raccordo/coordinamento, sintesi delle disposizioni in un quaderno, diffusione materiale informativo al personale, formazione personale	19	21,6%
Scambio di informazioni telefoniche via mail con Ausl	15	17,0%
Partecipazioni a formazioni Ausl e aziendali, incontro con commissione ufficio igiene	5	5,7%
Informazioni da troppi soggetti a volte sovrapposte	3	3,4%
Raccolta indicazioni e istruzioni da parte dell'unità covid aziendale, incontrata difficoltà nel disallineamento di alcune indicazioni	2	2,3%
Controllo in loco e richiesta di sopralluoghi	2	2,3%
Protocollo	1	1,1%
aggiornamenti continui delle procedure Regionali senza riferimento alle variazioni avvenute rispetto alle procedure precedenti	1	1,1%
Incremento sanificazioni, utilizzo DPI, sospensione visite familiari	1	1,1%
Non facile gestione delle comunicazioni in entrata e in uscita	1	1,1%
Raccordo con altra struttura per avere informazioni	1	1,1%
Continuo contatto con medici	1	1,1%
Totale	88	100%

Tra le informazioni relative alle motivazioni, al pensiero e agli atteggiamenti rilevabili dalle dichiarazioni dei gestori al quesito circa le problematiche rilevate al recepimento delle istruzioni e indicazioni predisposte da Regione, Ausl e task force Ausl, si evidenziano i seguenti elementi.

Problematiche generali riscontrate:

- Congestione di informazioni, difficoltà ad integrare informazioni ricevute da Ausl e dalla Regione, difficoltà a recepire le eventuali variazioni da un aggiornamento all'altro;
- Percezione di disallineamento di alcune indicazioni (es: distanziamento sociale, esecuzione tamponi).

Azioni messe in campo circa le motivazioni:

- Elaborazione sintesi delle disposizioni per gli operatori;
- Formazione per gli operatori;
- Condivisione in equipe ed esposizioni/presentazioni dei materiali;
- Dialogo continuo con task force (mail, telefonate, videoconferenza).

A seguito delle azioni messe in campo, 102 strutture su 109 hanno dichiarato di aver risolto il problema entro la fine di aprile.

11. Altre problematiche rilevate

Nell'area metropolitana in 61 casi è stata compilata la sezione del questionario relativa alle dichiarazioni afferenti ad ulteriori problematiche (tabella 33). Come già ci dimostra l'analisi condotta nei paragrafi precedenti, uno dei fulcri relativi alle difficoltà riscontrate dai gestori riguarda il reperimento dei DPI, seguito da problematiche relative all'integrazione delle diverse informazioni ricevute ed alla loro evoluzione (anche rispetto ai veloci aggiornamenti delle disposizioni normative). Un'ulteriore problematica riguarda il monitoraggio del personale rispetto all'esecuzione dei tamponi in fase emergenziale.

Tabella 33 - Numero casi per Azioni messe in campo rispetto al quesito "Altre Problematiche"

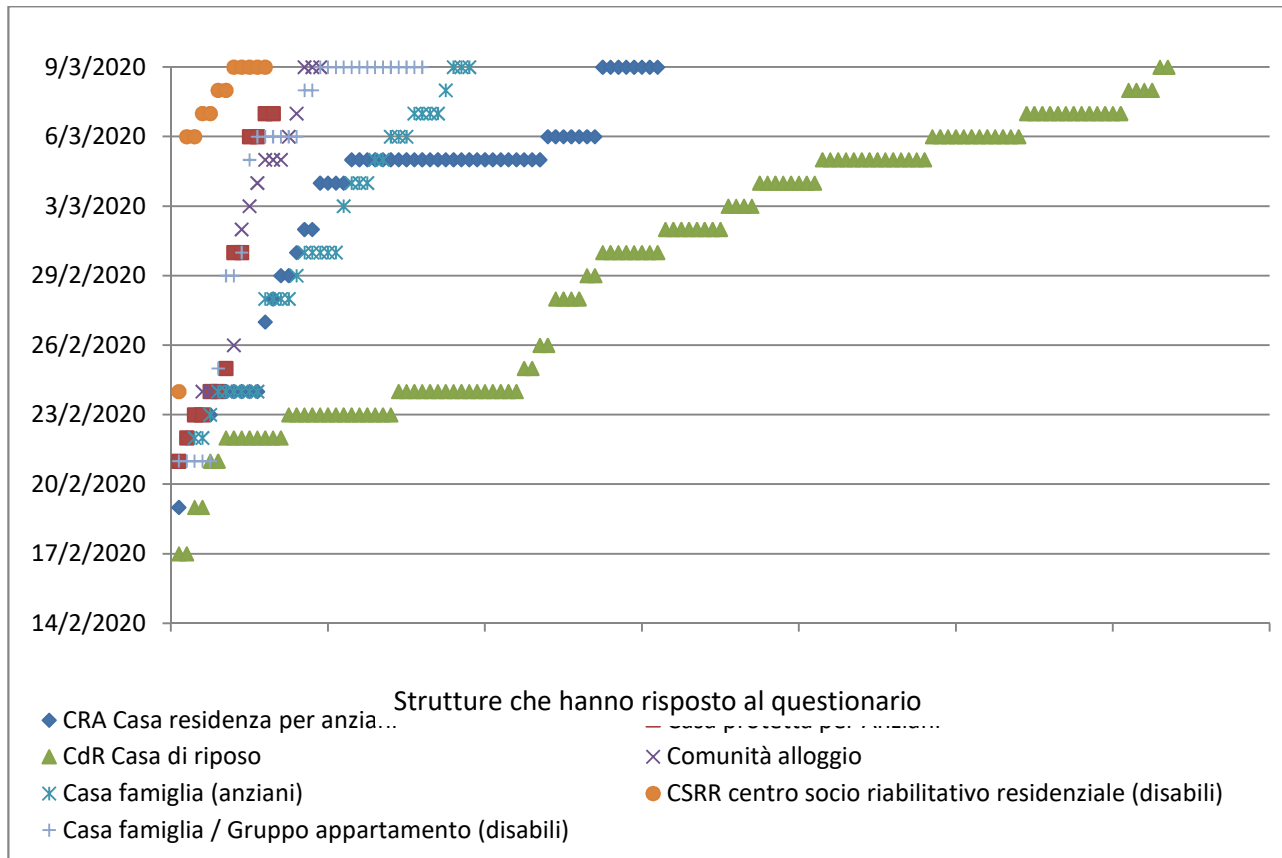
Altre problematiche rilevate	n. casi	Azioni messe in campo
difficoltà a integrare le diverse informazioni ricevute, anche per rapidità nei cambiamenti	7	Richieste ai referenti istituzionali per chiarimenti. Consulenza della Task Force e percorso di formazione. Riunioni a distanza organizzate dai distretti
difficoltà nell'eseguire tamponi al personale	6	ripetuti solleciti agli enti preposti
difficoltà al monitoraggio sierologico	1	
disponibilità dei tamponi	2	
disponibilità dei tamponi, difficoltà al monitoraggio sierologico	2	
difficoltà nel reperimento dei guanti monouso	1	continua ricerca
ospiti non collaborativi rispetto a norme igieniche e di contenimento delle uscite	4	coinvolgimento e supporto CSM, richiesti tamponi non eseguiti
difficoltà a garantire distanziamento	3	Sollecitato l'utilizzo di mascherine da parte degli utenti e predisposto utilizzo dello spazio comune in modo alternato compreso il momento di consumo del pasto
Incertezza sulla riapertura del CDI che ricade sulla Cra dove il personale viene attualmente ri-allocato	1	
difficoltà a garantire distanziamento, ospiti non collaborativi	2	riorganizzazione degli spazi, soprattutto dell'area riservata al pasto e utilizzo maggiore dell'area esterna del giardino. Sollecitati e formati gli utenti al rispetto delle norme igieniche e di prevenzione .
Reperimento DPI	10	

Reperimento DPI, gestione familiari, difficoltà di relazione con i Sindacati, disponibilità dei tamponi, difficoltà nella diffusione delle informazioni	4	Videochiamate, acquisto device dedicati, centralizzazione acquisto presidi (sondati canali associativi), istituzione di nuove modalità di diffusione delle informazioni (raccoglitori verbale e firme dipendenti su nuove disposizioni) controllo quotidiano giacenze DPI, creazione cartella sorveglianza sanitaria attiva per operatori condivisa e aggiornata quotidianamente con il Medico Competente.
comunicazione con MMG	3	collaborazione con Task force
Carenza di personale sanitario sul territorio	2	Coinvolgimento dell'Ausl e di varie agenzie del territorio nel reperimento infermieri
Difficoltà nel recepire le molteplici disposizioni	5	Rasoio di Occam (individuazione della scelta più semplice)
Difficoltà nella gestione di ospiti dimessi dagli ospedali senza certificazione	1	
Gestione delle preoccupazioni del personale	6	Ascolto continuo degli operatori, formazione tramite fad, condivisione delle linee guida, presenza quasi continua del coordinatore nel servizio
Difficoltà a recepire la reale mappatura del contagio	1	Aggiornamenti con Ausl
Totale	61	

12. Rapporti degli ospiti delle strutture con i familiari

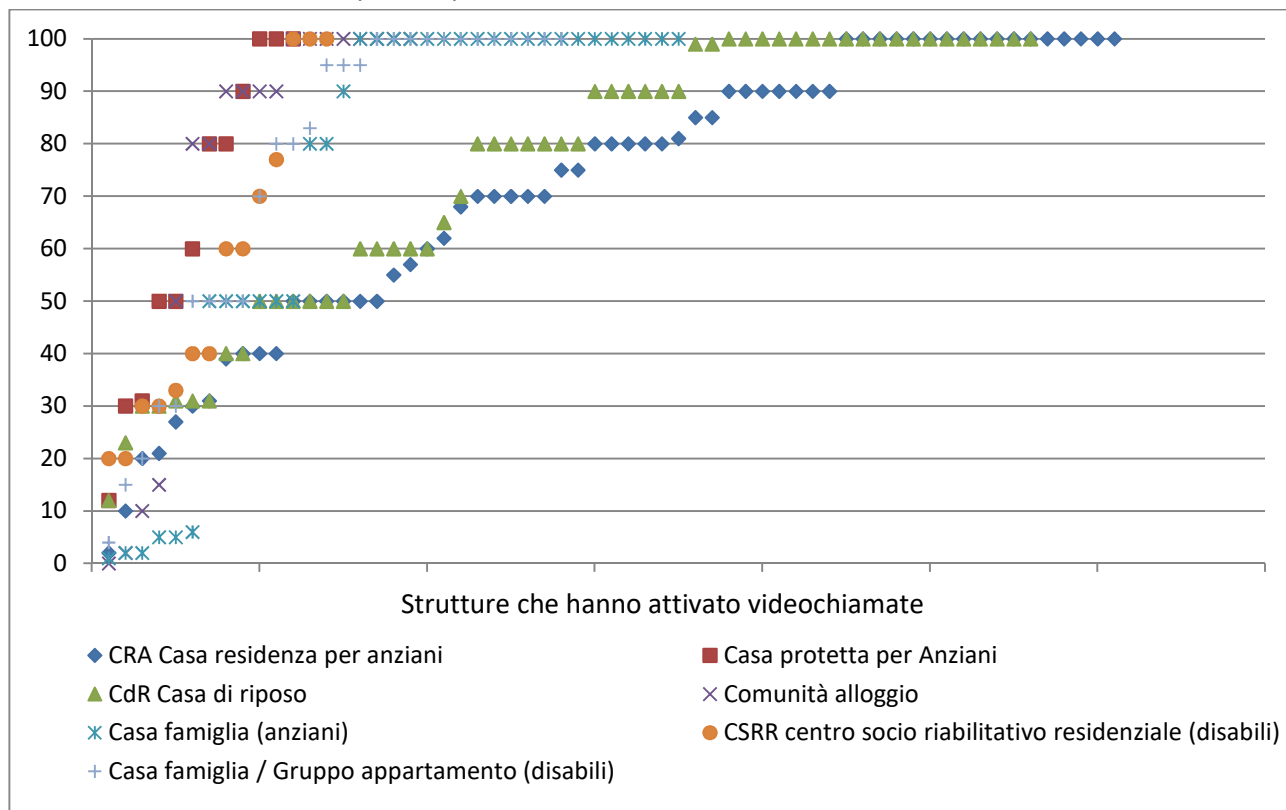
Il questionario ha successivamente indagato, attraverso una sezione specifica, i rapporti degli ospiti delle strutture con i familiari durante il periodo considerato. Nel grafico successivo viene riportata la data (nel periodo che va dal 24 Febbraio al 9 Marzo) nella quale ciascuna struttura ha ritenuto opportuno vietare le visite dei familiari. In tale grafico, sull'asse orizzontale è riportata ciascuna struttura, rappresentata da un punto di diverso tipo a seconda della tipologia di struttura. Il grafico evidenzia che più dei due terzi delle strutture hanno ritenuto opportuno chiudere le visite dei familiari nel periodo che va dal 24 febbraio al 9 marzo.

Grafico 1 – Data di completa chiusura alle visite agli ospiti



Dopo la chiusura, il 92,4% delle strutture ha attivato delle videochiamate degli ospiti con i familiari. Il grafico successivo riporta, per ciascuna struttura (rappresentata da un puntino di diverso tipo, sulla base della tipologia di struttura) su quale percentuale di ospiti sono state attivate delle videochiamate.

Grafico 2 – Percentuale di ospiti sui quali sono state attivate delle videochiamate



Le videochiamate vengono effettuate per quasi un terzo degli ospiti (31,4%) su richiesta; per il 24,4% degli ospiti settimanalmente, per il 14,9% quotidianamente (tabella 34).

Tabella 34 – Frequenza delle videochiamate

	N° strutture	%
Al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	76	31,4%
Settimanale	59	24,4%
Settimanale, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	42	17,4%
Giornaliero	36	14,9%
Giornaliero, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	13	5,4%
Giornaliero, settimanale, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	5	2,1%
Giornaliero, settimanale	4	1,7%
Ogni due settimane circa	4	1,7%
Ogni due settimane circa, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	3	1,2%
Totale risposte	242	100%

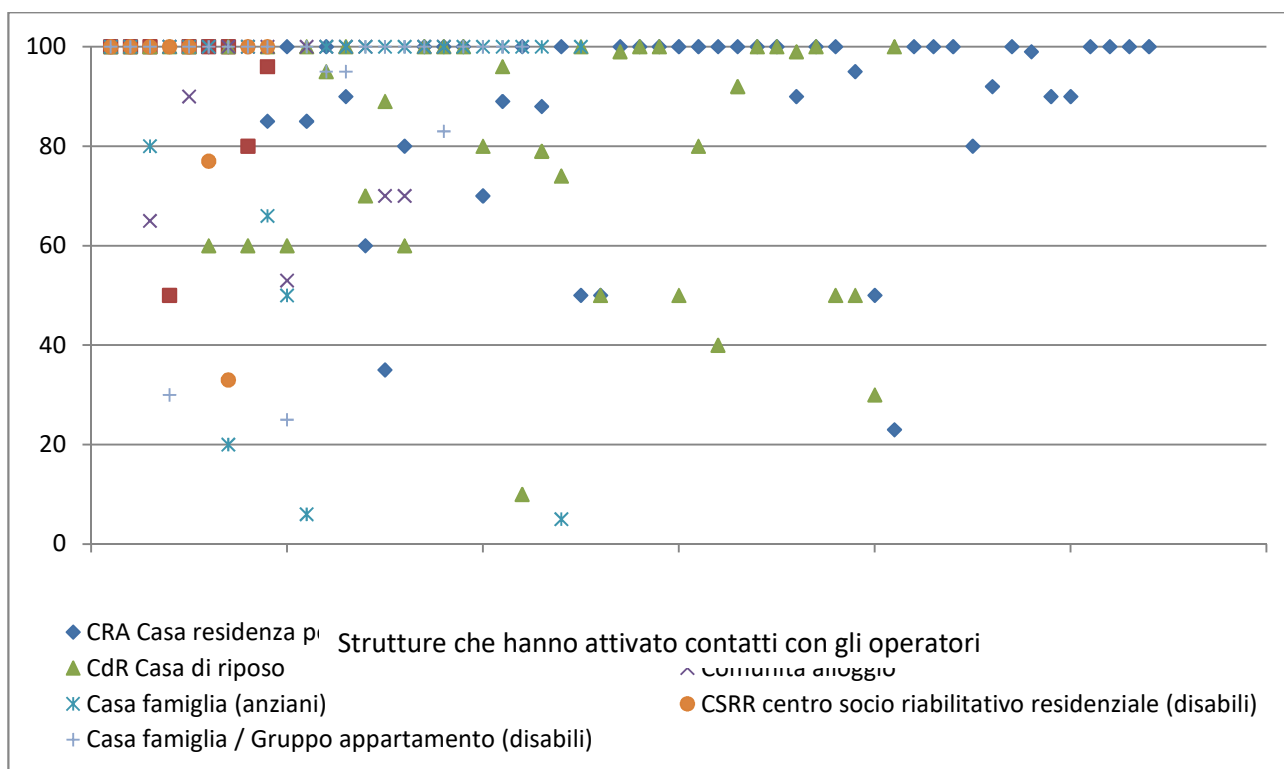
Il 94,3% delle strutture ha dichiarato di aver effettuato una comunicazione periodica di aggiornamento della situazione nella struttura per i familiari di tutti gli ospiti. In particolare, per più di un terzo delle strutture la comunicazione con le famiglie avviene settimanalmente, per il 30,3% delle strutture su richiesta dell'ospite o del familiare, per il 10,7% giornalmente (tabella 35).

Tabella 35 – Frequenza delle comunicazioni periodiche alle famiglie degli ospiti

	N° strutture	%
Settimanale	86	35,2%
Al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	74	30,3%
Giornaliero	26	10,7%
Settimanale, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	21	8,6%
Ogni due settimane circa	16	6,6%
Giornaliero, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	7	2,9%
Giornaliero, settimanale	5	2,0%
Ogni due settimane circa, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	5	2,0%
Giornaliero, settimanale, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	3	1,2%
Giornaliero, settimanale, ogni due settimane circa, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	1	0,4%
Totale strutture	244	100%

Il 72,3% delle strutture ha dichiarato di aver attivato dei contatti telefonici e/o e-mail personalizzate con gli operatori sanitari o assistenziali. Il grafico successivo riporta su quale percentuale di ospiti delle singole strutture sono state attivate le videochiamate. In tale grafico, sull'asse orizzontale è riportata ciascuna struttura, rappresentata da un punto di diverso tipo a seconda della tipologia di struttura; sull'asse verticale è rappresentata la percentuale di utenti su cui sono state attivate le videochiamate. Per più di due terzi delle strutture i contatti con gli operatori sanitari o assistenziali sono stati attivati per il 100% degli ospiti.

Grafico 3 – Percentuale di ospiti per i quali sono stati attivati dei contatti con gli operatori sanitari o assistenziali



Per il 36,8% delle strutture, l'attivazione di contatti telefonici con operatori sanitari o assistenziali avviene al bisogno o su richiesta dell'ospite o del familiare, per il 35,1% avviene settimanalmente e per il 10,8% giornalmente (vedi tabella 36).

Tabella 36 – Frequenza dei contatti telefonici degli operatori sanitari o assistenziali con gli ospiti

	N° strutture	%
Al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	68	36,8%
Settimanale	65	35,1%
Giornaliero	20	10,8%
Settimanale, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	12	6,5%
Giornaliero, settimanale	6	3,2%
Giornaliero, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	5	2,7%
Giornaliero, settimanale, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	3	1,6%
Ogni due settimane circa	3	1,6%
Ogni due settimane circa, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	2	1,1%
Settimanale, ogni due settimane circa, al bisogno / su richiesta dell'ospite o del familiare	1	0,5%
Totale risposta	185	100%

Analisi quanti-qualitativa

Nell'area metropolitana sono stati rilevati 114 casi in cui è stata attivata ulteriore strategia di comunicazione al fine di fornire una possibilità di comunicazione degli ospiti con i familiari tramite il supporto degli operatori (tabella 37). Da una prima analisi i dati ci mostrano in maniera chiara che hanno avuto un ruolo fondamentale i social network (51 casi rilevati) e le videochiamate (13 casi rilevati).

Tabella 37 – Strategie di comunicazione messe in atto dai gestori al fine di migliorare la comunicazione con gli ospiti e i familiari

	n. casi	%
Social Network	51	44,7%
Videochiamate	13	11,4%
Invio lettera alle famiglie	10	8,8%
Colloqui a distanza (da finestre o porte vetro)	11	9,6%
Comunicati stampa	7	6,1%
Comunicazione telefonica	7	6,1%
Mail ai parenti	4	3,5%
Incontri chiusi e sicuri	3	2,6%
Gruppi e informativi e psico-educazionali	2	1,8%
Investimenti su tablet e cellulari dedicati	2	1,8%
Supporto psicologico	1	0,9%
Conduzione e gestione in stile familiare	1	0,9%
Reperibilità H24 su telefono della struttura	1	0,9%
Messaggistica da pc	1	0,9%
Totale	114	100%

13. Ulteriori osservazioni finali dei gestori

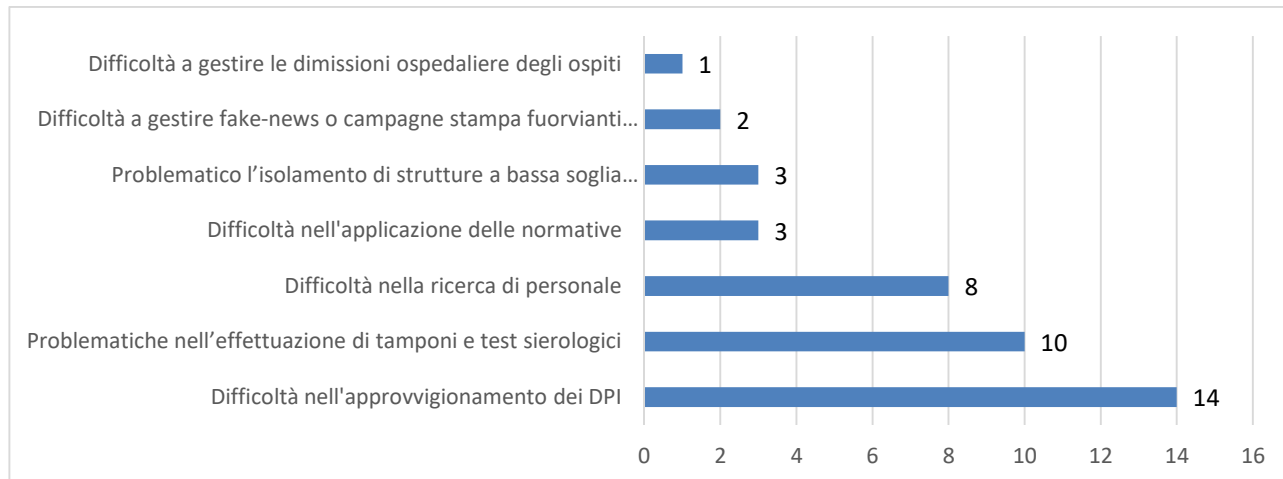
Alcuni spunti interessanti possono essere rilevati dalle riflessioni finali riportate dai gestori. In particolare nelle dichiarazioni si evince da parte dei gestori la consapevolezza individuale e di comunità della responsabilità gestionale di ogni persona ospite della struttura e degli operatori. Fondamentale risulta essere stata la collaborazione con i Comuni e con l'Ausl nella gestione dell'emergenza. In particolare, in alcune dichiarazioni viene apprezzata la formazione e la disponibilità telefonica e via mail dell'Azienda.

Di seguito (tabella 38 e grafico 4) sono elencati gli ulteriori elementi di criticità segnalati dalle singole strutture, già emersi nei diversi punti dell'analisi sopra riportata.

Tabella 38 – Eventuali ulteriori considerazioni riferite alla gestione del periodo emergenziale

Eventuali ulteriori considerazioni riferite alla gestione dell'attuale periodo emergenziale	n. casi
Difficoltà nel trovare stabilità nell'approvvigionamento dei DPI	14
Problematiche nell'effettuazione di tamponi e test sierologici	10
Potenziale ed attuale difficoltà nella ricerca di personale in sostituzione (in particolare infermieri e OSS)	8
Percezione di scollamento delle normative dalla loro applicabilità pratica (in particolare la difficoltà di integrare le informazioni e metterle in rete con i vari interlocutori)	3
Problematico l'isolamento di strutture a bassa soglia assistenziale (soprattutto nel caso di ospiti che svolgono attività lavorativa autorizzata al proseguimento)	3
Difficoltà a gestire fake-news o campagne stampa fuorvianti l'opinione pubblica rispetto alle realtà delle strutture per anziani e persone con disabilità	2
Difficoltà a gestire le dimissioni ospedaliere degli ospiti	1
Totale	41

Grafico 4 – Eventuali ulteriori considerazioni riferite alla gestione del periodo emergenziale



Altri elementi di interesse rilevati, utili come spunti di riflessione al fine di recepire i bisogni e migliorare l'integrazione dei servizi, sono i seguenti:

- Importanza della formazione con gli operatori per il corretto uso DPI e di tutte le misure di contrasto al contagio;
- Importanza di prevedere momenti di confronto e tavoli per gestire al meglio il prossimo futuro e le azioni da mettere in atto;
- Tamponi più celeri e monitoraggi periodici sugli ospiti e sul personale;

- Maggiore attenzione al fattore stress degli operatori all'interno delle strutture quale elemento potenzialmente condizionante;
- Impegno nell'informazione degli ospiti e attenzione al loro stato psicologico (attivazione del supporto psicologico).

Di seguito, si sintetizzano i principali elementi qualitativi emersi dalla rilevazione, riportati nei paragrafi precedenti, riportando le problematiche e le azioni messe in campo su ciascun item del questionario.

Tabella 39. Sintesi aspetti qualitativi delle problematiche e delle conseguenti azioni messe in campo

	Problematiche	Azioni messe in campo
DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)	<ul style="list-style-type: none"> ● Difficoltà di reperimento per quantità e qualità (certificato di qualità) ● Aumento dei costi per l'acquisto di DPI 	<ul style="list-style-type: none"> ● Ricerca di più fornitori (in Italia, all'estero e nel mercato online) ● Assegnazione di ore lavoro del personale ad attività di ricerca e immagazzinaggio dei DPI ● Richiesta azione e collaborazione con istituzioni (Protezione Civile, Azienda Usl, Comuni...) ● Predisposizione di magazzini o spazi di immagazzinaggio per la redistribuzione sul fabbisogno effettivo
GESTIONE PERSONALE	<ul style="list-style-type: none"> ● Fenomeno di assorbimento del personale nei presidi ospedalieri ● Fabbisogno di personale a causa delle complessità causate dall'emergenza (OSS e Infermieri) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Incentivi e bonus al personale a fronte dello sforzo lavorativo ● Disposizione di ore-lavoro e professionisti dell'Ausl ● Flessibilità oraria e turnazioni ● Nuove assunzioni precauzionali in somministrazione o contratto a chiamata ● Riconversione del personale dei centri diurni nei centri residenziali ● Utilizzo curricula forniti da Agenzia Regionale per il Lavoro e da Città Metropolitana per l'assunzione di OSS e infermieri
GESTIONE CAMERE	<ul style="list-style-type: none"> ● Deficit strutturale per la 	<ul style="list-style-type: none"> ● Accoglienza degli ospiti presso

SINGOLE PER QUARANTENA O NUOVE ACCOGLIENZE	predisposizione di camere singole	<p>altre strutture</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Riconversione e rimodulazione degli spazi
GESTIONE ZONA ROSSA	<ul style="list-style-type: none"> ● Problematica gestionale dell'isolamento a livello relazionale per gli ospiti e a livello operativo per il personale 	<ul style="list-style-type: none"> ● Contingentamento degli operatori ● Quarantena ed isolamento per i dimessi dagli ospedali ● Regolazione degli accessi al pubblico e chiusura ● Riprogrammazione attività di animazione e di fisioterapia ● Attivazione di videochiamate ● Sanificazione degli ambienti e rafforzamento delle misure igienico-sanitarie ● Formazione degli operatori ma anche degli ospiti
GESTIONE CASI COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ● Problemi gestionali, anche a livello di personale infermieristico ● Appesantimenti costi di gestione 	<ul style="list-style-type: none"> ● Trasferimento degli ospiti sospetti in strutture idonee ● Fornitura di istruzioni operative al personale, agli ospiti e al pubblico ● Predisposizione camera per quarantena e isolamento ● Attenzione alle misure e alle linee regionali e nazionali
GESTIONE OSPITI SE PRESENTI CASI COVID-19	<ul style="list-style-type: none"> ● Gestione dell'impatto sugli ospiti rispetto alla routine compromessa e alla revisione del piano delle attività ● Aumento del senso di solitudine a causa della diminuzione delle attività di socializzazione per ospiti e gestione della lontananza con i familiari ● Minore fruibilità degli spazi comuni 	<ul style="list-style-type: none"> ● Isolamento e distanziamento sociale ● Istruzioni operative al personale ● Avvicinamento emotivo agli ospiti, anche attraverso il supporto professionale dello psicologo ● Intensificazione delle attività individuali ● Monitoraggio su ospiti con disturbo del comportamento e/o per coloro che faticano a comprendere le regole anti contagio ● Contatto con le famiglie attraverso videochiamate/mail quale azione di contrasto al senso di solitudine

		<ul style="list-style-type: none"> ● Conversione degli spazi della struttura
RIORGANIZZAZIONE DURATA E FREQUENZA IGIENIZZAZIONE SPAZI	<ul style="list-style-type: none"> ● Fabbisogno di operatori ausiliari ● Aumento ore lavoro di personale addetto alle pulizie 	<ul style="list-style-type: none"> ● Revisione piano pulizie, dettagliate pulizie extra e aumento ore personale ausiliario ● Intensificazione attività di igienizzazione, sanificazione e areazione spazi ● Acquisto di prodotti specifici e dispositivi per la sanificazione ● Formazione del personale e istruzioni ● Informazioni agli ospiti ● Protocolli interni, manuali operativi, istruzioni e avvertenze per i punti nevralgici o critici delle strutture
RECEPIMENTO ISTRUZIONI AUSL	<ul style="list-style-type: none"> ● Congestione di informazioni, difficoltà ad integrare informazioni ricevute da Ausl e dalla Regione, difficoltà a recepire le eventuali variazioni da un aggiornamento all'altro ● Percezione di disallineamento di alcune indicazioni (es: distanziamento sociale, esecuzione tamponi) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Elaborazione sintesi delle disposizioni per gli operatori ● Formazione per gli operatori ● Condivisione in equipe ed esposizioni/presentazioni dei materiali ● Dialogo continuo con task force (mail, telefonate, videoconferenza)

Considerazioni conclusive

E' ormai accertata l'enorme diffusione del Covid-19 all'interno delle residenze per anziani in quasi ogni parte del mondo e il drammatico ed elevato numero di decessi che ne è conseguito.

Quando si sono riscontrati i primi casi di infezione Covid-19 all'interno di alcune strutture per anziani di Bologna è indubbio che il quadro si presentasse già come situazione di grande emergenza.

In questa fase iniziale si sono riscontrate grandissime difficoltà: le strutture non erano preparate a fronteggiare un'emergenza sanitaria del tutto inedita e di così ampia e grave portata. L'impatto determinato dalla iniziale e rapida diffusione della pandemia ha avuto come risultato il manifestarsi di gravi problematiche, che sono principalmente riconducibili a:

- Numerosi casi di anziani malati con sintomi anche gravi con un conseguente aumento del numero di ricoveri ospedalieri e purtroppo dei decessi;
- Difficoltà a reperire i DPI;
- Improvvisa assenza di numerosi operatori, non solo dei positivi, ma in una prima fase, in mancanza di test, anche di coloro che erano "sospetti" perché con specifici sintomi o perché venuti in contatto con infetti.

Tutto ciò mentre era disposta la sospensione delle visite dei familiari con conseguenti e immaginabili situazioni di forte disagio e sofferenza.

In questo quadro drammatico ciò che si è verificato, e che è evidente anche dalle risposte contenute nei questionari, è stato uno sforzo collettivo che, grazie alla grande disponibilità degli operatori e ad un importante lavoro di rete, ha consentito progressivamente di mantenere il più possibile la situazione sotto controllo.

Successivamente, infatti, la possibilità di una rapida diagnosi tramite tamponi e la crescente disponibilità di adeguati DPI, ha permesso un contenimento della diffusione dei contagi e del numero di ulteriori gravi focolai, perlomeno rispetto alla numerosità delle strutture residenziali presenti sul territorio e della popolazione ospite.

Inoltre lo sforzo di riorganizzazione delle strutture è stato agito, da una parte, nella sperimentazione di nuove modalità di comunicazione con i familiari, dall'altra, nella ricerca delle più corrette modalità di gestione dei casi sospetti/positivi e di igienizzazione degli ambienti (con una revisione dei piani di lavoro e dei prodotti igienizzanti).

Condivisione tra più soggetti e disponibilità sembrano appunto gli aspetti maggiormente positivi che hanno caratterizzato il periodo.

Il confronto continuo tra le strutture residenziali, gli Enti Locali e l'Azienda USL è stato facilitato da quest'ultima attraverso l'attivazione di una specifica task force di professionisti per intervenire (inizialmente sulla base delle segnalazioni delle strutture, poi in modo più pro-attivo su tutta la rete) e supportare con valutazioni cliniche e assistenziali, indicazioni sui trattamenti farmacologici antinfettivi e sintomatologici, effettuazione di tamponi, suggerimenti su modifiche organizzative a salvaguardia della salute di ospiti e operatori ed anche attraverso la redazione di documenti informativi e corsi di formazione on line per gli operatori delle strutture residenziali per anziani e disabili.

La percezione di sensibile disallineamento e di poca chiarezza sugli interlocutori che talvolta è emersa, è stata superata grazie, appunto, al dialogo continuo e al confronto tra professionisti dei servizi per anziani e disabili e quelli delle istituzioni (Enti locali e Azienda USL).

Inoltre, è bene sottolineare ancora l'impegno del personale delle strutture che ha in breve tempo riorganizzato le proprie attività e, in molti casi, visto un aumento dell'orario di lavoro, quest'ultimo inoltre reso più gravoso dall'osservanza delle misure di sicurezza aggiuntive e dalla mancanza di molti colleghi, con conseguenti elevati livelli di "stress".

In questa situazione di emergenza si è sicuramente manifestata, soprattutto nelle strutture dove sono emersi importanti focolai, una difficoltà, soprattutto iniziale, nella gestione della relazione con i familiari a cui era stata sospesa la possibilità di fare visita ai propri cari. È indubbio infatti che nelle situazioni di maggior emergenza, proprio dove l'angoscia e la necessità informativa dei familiari era più alta, si sono manifestate le maggiori criticità per lo stato di "affanno" (nonostante il grande impegno degli operatori) in cui tali strutture versavano.

Tuttavia l'impegno nell'organizzazione di modalità differenti di relazione con i familiari è stato patrimonio delle strutture che, come evidente dai dati raccolti, hanno attivato soluzioni varie e differenti pur di riuscire a mantenere una relazione con i familiari, anche per contenere l'aumento della solitudine, una delle conseguenze del lockdown per gli ospiti più messe in evidenza nelle risposte raccolte.

Un ulteriore ambito di riflessione è relativo agli ambienti che caratterizzano le strutture. Le problematiche relative alla gestione dell'isolamento, alla creazione di percorsi "sporco/pulito" e all'istituzione di camere singole o "zone rosse" per una migliore gestione dei casi positivi, sono state infatti presenti in buona parte delle strutture. Le difficoltà logistiche e i limiti strutturali di molti servizi messi in evidenza rimandano tuttavia necessariamente ad una riflessione sugli spazi e sui modelli organizzativi.

Riflessioni, queste ultime, quanto mai opportune in un contesto in cui, tra l'altro, il dibattito scientifico che ha accompagnato fin dall'inizio l'evoluzione dell'epidemia e gli strumenti per contrastarla è tuttora aperto e caratterizzato da forte dinamicità. Ad oggi, appare ragionevole pensare che elementi quali un fisiologico grado di incertezza sulle conoscenze, le numerose variabili in gioco così come le criticità riscontrate, abbiano giocato un ruolo diverso a seconda del grado e dei tempi in cui si sono manifestati nelle singole strutture, combinandosi con le loro singole specificità logistiche e organizzative.

A conclusione di quanto raccolto con i questionari e analizzata l'evoluzione dell'infezione in questi servizi, risulta evidente che il sistema delle residenze per anziani e disabili non possedesse una specifica preparazione per affrontare una situazione di pandemia, la quale prevede standard elevati di tutela sanitaria e procedure rigide e codificate. La mancanza di specifici piani di emergenza che individuassero in dettaglio le azioni da fare, gli interlocutori responsabili, ha sicuramente aggravato una situazione che si è riuscita a gestire grazie alla disponibilità di tutti gli operatori e alla capacità di un lavoro condiviso nella comprensione che una soluzione potesse

essere trovata solo insieme. Ciò ha via via permesso un chiarimento degli interlocutori e un aumento delle competenze dei professionisti.

Una comprensione dell'accaduto (sia pur provvisoria in quanto molti aspetti possono essere oggetto di ulteriore approfondimento) non può non tenere conto, oltre che dei fattori contingenti e concomitanti che emergono dalla presente rilevazione, anche di elementi di debolezza strutturale inerenti la natura delle residenze e il loro sviluppo negli ultimi anni. Limiti sostanzialmente legati a crescenti profili di fragilità degli ospiti delle residenze e al conseguente peso di un elevato contenuto sanitario delle cure.

A tal proposito, un elemento centrale di cui occorre tenere conto è che con il progressivo invecchiamento della popolazione del nostro territorio, e con la continua crescita numerica dei cosiddetti "grandi anziani", anche la popolazione accolta presso le strutture ha visto il progressivo incremento dell'età media e la presenza di polipatologie e aggravamento della non autosufficienza. Tali livelli di gravità vanno al di là dell'idea di non autosufficienza per la quale le strutture sono state ideate e regolate. L'aggravamento sia qualitativo che quantitativo della non autosufficienza osservato nell'ultimo decennio, ha interessato certamente le case residenza anziani ma ha pervaso, seppur in modo più contenuto, forme di accoglienza quali le case di riposo, le comunità alloggio ed altre tipologie residenziali. In termini generali, il fenomeno porta con sé almeno tre conseguenze che l'epidemia da coronavirus non ha fatto altro che accentuare. In primo luogo, l'aumento del grado di non autosufficienza nelle case residenza anziani, che ripropone la necessità di un confronto sull'adeguamento dei requisiti previsti dall'accreditamento; secondariamente, nelle sedi nate per avere standards meno stringenti (case di riposo), l'aumento della fragilità e del bisogno sanitario difficilmente riesce a trovare risposte efficaci all'interno della stessa struttura; infine, più strettamente collegato all'aspetto quantitativo, si osserva una progressiva diffusione di realtà comunitarie rivolte ad anziani con gradi più lievi di non autosufficienza (case famiglia), sorte in diversi territori con notevole dinamicità, la cui regolamentazione è stata definita solo di recente.

Il più alto livello di non autosufficienza si è ormai consolidato come fenomeno strutturale, al di là della fase contingente del coronavirus, che nello specifico del nostro territorio ha visto un importante e "naturale" flusso di trasferimenti dalle strutture sociosanitarie verso i reparti ospedalieri, garantendo una risposta adeguata al maggiore bisogno sanitario, in particolare agli ospiti in fase acuta di malattia.

Prospettive di lavoro

La dolorosa situazione di emergenza sanitaria vissuta, ci richiama all'esigenza di imparare da questa esperienza al fine di disegnare, per il prossimo futuro, strutture che possano affrontare situazioni pandemiche, o il prolungarsi della virulenza del coronavirus (ad oggi non sconfitto e non controllabile con campagne di vaccinazione specifiche), nonché le mutate caratteristiche della popolazione anziana in esse presente.

A questo fine, è opportuno riprendere alcuni nodi critici che sintetizzano le problematiche emerse nell'indagine. Tali aspetti sono quelli sui quali risulta necessario prestare maggiore attenzione e attività di sviluppo e che possono diventare elementi essenziali nei requisiti da prevedere anche in modo differenziato per le diverse tipologie di strutture per anziani e disabili.

Istituzione di protocolli "pandemici"

E' necessario, perlomeno a livello regionale, prevedere la redazione di protocolli per la gestione di emergenze sanitarie, che definiscano procedure e interlocutori, l'azione integrata e il ruolo delle diverse istituzioni competenti, specifico per le strutture residenziali e semi residenziali di diverso tipo. In questo senso un esempio è la necessità di riserva di DPI: nessuna indicazione specifica è prevista nei requisiti minimi per autorizzazione e/o accreditamento rispetto alla loro disponibilità. L'evento pandemico ha dimostrato che non erano necessari dispositivi specifici o ignoti in passato, bensì quelli che già potevano essere a disposizione presso le strutture, ma purtroppo in quantità non coerente con il picco di necessità che la situazione ha richiesto.

Rafforzamento competenze e organizzazione sanitaria

Una riflessione particolare dovrà essere posta al ripensamento dell'assistenza e della presenza medica, infermieristica, di consulenza specialistica, di dotazione diagnostica all'interno delle Cra per incrementare la tutela sanitaria. Il rafforzamento delle competenze professionali sanitarie e di dotazione organizzativa, sia propria delle strutture che di connessione con quelle dell'Azienda sanitaria, il miglioramento dell'utilizzo dei servizi sanitari e sociali e la loro relazione con le residenze per semplificare i percorsi assistenziali, sono temi di primaria importanza.

Attenzione all'aspetto strutturale

E' risultato evidente che la grande dimensione, in termini di posti letto, è stata fattore di rischio favorente la diffusione del contagio. Pur considerando l'esigenza di strutturare servizi che abbiano caratteristiche coerenti con il principio della sostenibilità economica (facilitata dalla grande dimensione), è necessario prevedere forme di compartimentazione fra i nuclei di cui la struttura di grandi dimensioni si compone. Anche dal punto di vista organizzativo, la massima interazione fra gli ospiti, la presenza di spazi all'aperto comuni per tutti (o di grandi spazi comuni interni), fino ad oggi è stata considerata un valore per la qualità della vita delle persone accolte. La situazione di pandemia ha dimostrato che tale caratteristica può avere indebolito la resilienza nei confronti del coronavirus. Gli elementi appena citati, associati all'esperienza vissuta, sembrano indicarci come la dimensione della struttura sia inversamente proporzionale alla capacità di contenere il contagio. Entrano di fatto in gioco più variabili: non solo la numerosità degli ospiti, ma la conseguente numerosità degli operatori, una maggior complessità della gestione, l'alto numero di relazioni con l'esterno, una logistica degli spazi non sempre rispondente ed adattabile alle esigenze di isolamento.

Investimento sul personale

Subito dopo il propagarsi del contagio, vi sono state evidenti difficoltà nella gestione dei turni del personale così come, in particolare nelle strutture con i focolai più impegnativi, le numerose e

contemporanee assenze hanno realmente messo in crisi la tenuta dell'organizzazione sanitaria ed assistenziale. Progressivamente, le problematiche relative alle assenze si sono via via risolte, pur permanendo una difficoltà di reperimento, specie di personale sanitario, a volte "conteso" tra più enti ed istituzioni: una criticità che tutti avevano percepito, la cui soluzione si è poi rivelata più difficile del previsto. Ogni ente gestore si è comportato in modo prevedibile, cercando di tutelare al massimo se stesso; chi aveva il problema, ha fatto il possibile per reperire risorse. Emerge come vi sia una debolezza nel percorrere strategie di solidarietà trasversali tra i diversi gestori, come la creazione di pool condivisi, accordi tra le parti per la gestione emergenziale di personale, nonché la necessità di strumenti di programmazione e raccordo per il reclutamento del personale con le Ausl: strumenti che non si improvvisano, ma su cui da ora in poi sembra opportuna una seria attenzione.

Presidi in relazione con la comunità locale ed esigenze di sicurezza crescenti

La ricchezza determinata dalla contaminazione con le attività del territorio e con la massima apertura a parenti, amici, conoscenti – che è una delle più preziose caratteristiche delle strutture – si è dimostrata motivo di potenziale vulnerabilità. Pertanto è necessario consolidare procedure di sicurezza, comportamenti prudenziali e monitoraggio, tesi alla tutela delle persone estremamente fragili accolte presso le strutture. Su questo aspetto, numerosi interventi regionali hanno già dato indicazioni sempre più puntuali e dettagliate. E' evidente che proprio in questo ambito si pone un nodo centrale. Le Cra, in particolar modo, non sono nate per divenire "piccoli ospedali" ma luoghi di vita e di cura, aperti all'esterno (non è infatti casuale la stessa denominazione scelta, di casa residenza), orientati al rispetto della personalità e dignità delle persone: l'equilibrio da trovare oggi è tra la sfida di mantenere queste caratteristiche, anzi di consolidare le Cra come presidi in relazione con la comunità locale e non isole sul territorio, e le esigenze di sicurezza crescenti.

Formazione specifica

Ogni percorso formativo accademico o professionale tende a dare strumenti tesi al consolidamento delle conoscenze e del metodo dei professionisti e degli operatori. La pratica professionale in ciascun ambito richiede poi competenze specifiche, attenzioni, abilità, conoscenza di prassi e protocolli che non sono nella disponibilità né dell'operatore neo-assunto, né possono essere date come acquisite per sempre nell'operatore con esperienza. Pertanto la formazione continua, specifica per il contesto e calzante ad ogni singola organizzazione, è necessaria per avere operatori esperti e proattivi nell'affrontare anche le problematiche inaspettate. Il coinvolgimento delle competenze presenti in ambito sanitario locale, come sperimentato nelle formazioni attivate in questi mesi e destinate alle diverse strutture residenziali, si è dimostrata una possibilità per assicurare aggiornamento e competenza degli operatori a diverso titolo operativi presso le strutture. Una riflessione appare ormai più che necessaria, dunque, sui profili professionali presenti nelle residenze (in particolare per la formazione delle OSS, una figura divenuta assai importante), sulla necessità di nuove competenze specifiche (si pensi al tema del deterioramento delle capacità cognitive, sempre più presente negli ospiti delle strutture, ma anche ovviamente a situazioni di emergenza sanitaria), sulla capacità - che dovrà essere crescente - nell'utilizzo delle tecnologie specifiche legate all'assistenza.

Sviluppo della comunicazione

Le tematiche afferenti alla comunicazione degli ospiti con i propri cari, e della direzione della struttura con i famigliari si sono dimostrate strategiche e allo stesso tempo critiche in questo periodo. Da un lato, le potenzialità offerte dalla comunicazione a distanza per via digitale non sono state ugualmente disponibili a tutta la popolazione accolta, in quanto l'utilizzo efficace di tali sistemi presuppone un investimento in termini di supporto, valorizzazione, abitudine all'utilizzo che non può essere dato per scontato né fra gli ospiti, né fra i famigliari. Inoltre, i tentativi di comunicazione periodica della direzione con le famiglie sono stati caratterizzati esclusivamente dall'emergenzialità della situazione, percepiti con diffidenza da parte delle famiglie, o comunque ritenuti riparatori rispetto all'impossibilità dei contatti diretti. Un livello più consolidato e strutturato di comunicazione, non solo in presenza, avrebbe potuto garantire maggiore autorevolezza e adesione alle comunicazioni stesse. E' evidente che tale forma di comunicazione, sia fra parenti, sia dei parenti con la struttura, non è sostitutiva del contatto diretto, bensì integrativa. Più in generale, il tema della comunicazione rimanda anche a un ripensamento del "ruolo" dei famigliari all'interno delle strutture.

Coordinamento istituzionale e potenziamento della funzione di governo pubblico

La fase più acuta della pandemia ha richiesto uno stretto coordinamento delle istituzioni pubbliche nei confronti di un sistema complesso, con molti interlocutori, con migliaia di posti letto, con una estrema variabilità di modelli organizzativi e di modalità di gestione. La messa in campo del medesimo livello di attenzione verso le diverse tipologie di servizi, pur in assenza di un sistema di requisiti minimi e comuni, ha garantito l'assunzione di strategie preventive e consapevoli da parte dei diversi attori del contesto. Questa funzione di coordinamento dovrà essere consolidata e potenziata in futuro.

Risposte tempestive all'epidemia sanitaria richiedono quindi in prospettiva anche un ampliamento e potenziamento della funzione di governo del settore pubblico (programmazione, coordinamento, monitoraggio, controllo) su tutte le tipologie di offerta dei servizi alla non autosufficienza. L'adeguamento del sistema di regolamentazione dovrà essere in grado di mettere in evidenza requisiti minimi (rapporto con le famiglie, digitalizzazione dei contatti, disponibilità di DPI, formazione specifica, ridefinizione dell'assistenza sanitaria, organizzazione degli spazi, rapporto con il territorio e aspetti strutturali) comuni a tutte le strutture, compatibilmente con le specifiche caratteristiche, in modo da generare maggiore chiarezza, sicurezza e garanzia trasversale nel sistema. Ancor di più che in passato, la funzione pubblica - al di là dell'indispensabile attività di regolazione e vigilanza - dovrà assumere un ruolo proattivo nel sostenere il progressivo miglioramento qualitativo dei servizi resi, assumendo così il compito di offrire garanzie per il cittadino, sia dal punto di vista formale con regole certe e verificate, sia dal punto di vista sostanziale con percorsi di monitoraggio, di formazione, di predisposizione di istruzioni operative, di consulenza, che possano sostenere le diverse strutture nel garantire la condizione di miglior benessere ai cittadini ospiti. L'attività di coordinamento, di monitoraggio, di periodiche visite e sopralluoghi, di percorsi formativi, di predisposizione di protocolli, già avviati negli anni scorsi da Ausl e Comuni nell'ambito dei Distretti della Città Metropolitana, dovranno

essere strutturati e consolidati affinché diventino parte integrante di questa funzione di garanzia della qualità del servizio reso al cittadino.

Una visione più ampia

La varietà delle tematiche di lavoro che sono state qui elencate deve essere inserita in modo ineludibile, pena il rischio di non comprendere un nodo centrale di quanto accaduto, in una visione di più ampio respiro che ripensi le politiche rivolte alla popolazione anziana e il modo a cui si guarda al ruolo e alla considerazione che ad essa vogliamo dare nella nostra società.

La revisione, dunque, delle caratteristiche del sistema di residenze deve essere accompagnata e integrata da innovazioni nell'ambito dell'abitare, con la sperimentazione e diffusione sempre più decisa di soluzioni differenziate per persone con gradi diversi di autonomia, incentivando la dimensione sociale; da un'assistenza domiciliare che si moduli sempre più su diverse intensità di cura; da una forte promozione di misure di invecchiamento attivo per arrivare a definire politiche della mobilità, urbanistiche, di progettazione e allocazione dei servizi, di creazione di reti sociali di aiuto e contrasto della solitudine, coerenti con una società che vedrà incrementare nei prossimi decenni la quota delle persone che diventeranno sempre più anziane.