



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**

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

Tabella N. 2 Composizione Task Force Aziendale e Distrettuale

<b>TASK FORCE AZIENDALE E DISTRETTUALI PER EMERGENZA COVID-19 STRUTTURE E SERVIZI SOCIO-SANITARI</b>												
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
<b>COORDINAMENTO AZIENDALE</b>		DESCOVICH	MINELLI	TREVISANI								
<b>TASK FORCE AZIENDALE (TFA)</b>		DESCOVICH	MINELLI	TREVISANI	FARRUGGIA/GUBERTI	VANELLI CORALLI	SIMONI	BICEGO	MATRA' (MMG DEDICATO A STRUTT. DISABILI)			
<b>TASK FORCE DISTRETTUALE (TFD)</b>	SAN LAZZARO		MINGARELLI	QUARNOLO	MODELLI MURA	TEMPESTINI LANZONI	TARDIOLI REGAZZI	BATTISTELLA GIACOMOZZI	SUPPRESSA ROCCA RESTINO	PIZZO BOCCAFOGLI	LORENZINI	CAPUTO IANUARIO GUARDIA

