



PREMIO QUALITA' 2020 SPECIALE COVID

LE RISPOSTE PROGETTUALI
DELLE ORGANIZZAZIONI SANITARIE ALLA PANDEMIA



SOMMARIO

- Il PDTA operativo per il management dei pazienti affetti da Covid-19: progettazione, implementazione e valutazione
AOU Ospedali Riuniti di Ancona
- Il Giro per la Sicurezza dei Pazienti (Patient Safety Walk Round): nuove applicazioni della metodologia nel momento dell'emergenza Covid-19
AOU Città della Salute e della Scienza (Presidi Ospedalieri Ospedale Infantile Regina Margherita, Sant'Anna, CTO)
- Progetto di miglioramento dell'assistenza sanitaria al paziente affetto da Covid-19: monitoraggio degli outcomes clinici nei pz ricoverati per infezione da Sars-Cov2
AOU Città della Salute e della Scienza (Presidio Ospedaliero Molinette)
- Studio osservazionale "normotermia perioperatoria nella regione Sicilia": correlazione tra buona pratica clinica e impatto sanitario
AOU Policlinico "Paolo Giaccone"
- "AIUTARE CHI AIUTA" - Un progetto di miglioramento a supporto degli operatori sanitari nell'epidemia Covid-19
APSS Trento
- Approccio multidisciplinare per il contenimento della pandemia covid-19: gestione del paziente cronico a livello territoriale
ASL 2 Savona
- L'offerta riabilitativa in tempo di Covid: portare la riabilitazione al malato e non il malato in riabilitazione
ASL 3 Genova
- Programma di presa in carico multidisciplinare a medio/lungo termine per pazienti Covid-19
ASL 3 Genova
- Emergenza pandemica da Covid-19. Nuovo modello organizzativo dei servizi territoriali dell'ASL Città di Torino
ASL Città di Torino
- Teleriabilitazione nell'autismo: strategie di intervento durante l'emergenza Covid-19 e valutazione dei genitori
ASL Cuneo 1
- Rinascita: insieme al Centro Pastorale Paolo VI
ASST degli Spedali Civili

- Vivere e fare scuola in Ospedale ai tempi del Covid-19
ASST degli Spedali Civili
- Allestimento Ospedale da campo finalizzato al ricovero e all'assistenza dei pazienti Covid-19 presso il Polo Fieristico di Bergamo e successiva riconversione in struttura polifunzionale
ASST Papa Giovanni XXIII
- Progetto di monitoraggio Fase 2 emergenza Covid: sviluppo di un percorso di miglioramento mediante attività di audit
ASST Sette Laghi
- Progetto di mappatura delle competenze per la costruzione di equipe mediche dedicate all'emergenza Covid-19
ASST Valle Olona
- Contact tracing in team e sviluppo di una rete per l'integrazione dei servizi nella gestione dell'emergenza Covid-19
AUSL IRCCS di Reggio Emilia
- P.I.E.R.A. (S)
AUSL Parma
- Database convergente flusso informativo Covid-19
AUSL Piacenza
- La presa in carico digitale per persone con diagnosi di autismo di livello di gravità medio e lieve in epoca COVID-19
AUSL Piacenza
- Esperienza di integrazione tra pubblico e privato durante l'emergenza sanitaria Covid-19
Centro Chirurgico Toscano
- Home Se-Cure: il progetto pilota per il management domiciliare delle terapie oncologiche durante il Covid-19
E.O. Ospedali Galliera
- Innovazione dalla crisi sanitaria SARS-CoV-2: un ambulatorio virtuale per la continuità delle cure
Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
- The Day After: l'esperienza di un ospedale italiano in prima linea
Fondazione Poliambulanza
- Sistema di identificazione, screening e monitoraggio della patologia infettiva da SARS-CoV-2 per pazienti ed operatori all'interno delle Strutture del Gruppo San Raffaele
Gruppo San Raffaele

- L'applicazione del PEIMAF durante l'emergenza Covid-19: solido strumento guida o debole supporto alle decisioni?
Humanitas Gavazzeni
- Riorganizzazione del prericovero durante la fase 2 della pandemia da Covid-19
IRCCS Policlinico San Donato
- Play and stay awake
ISMETT
- Gestione del paziente uro-oncologico durante la pandemia COVID-19. Risultati di una Survey coinvolgente gli ospedali IEO e Niguarda
Istituto Europeo di Oncologia (Reparto di Urologia) e ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
- La Tele Riabilitazione in ADI
Medicasa Italia S.p.A. (Centrale Operativa di Catania)
- Da 0 a 100 per un Covid hospital! Sicurezza paziente e operatori: una comunicazione smart
Ospedale Evangelico Internazionale
- Ambulatorio di psico-oncologia ematologica – emergenza Covid-19
ROMAIL
- RSA Flaminia: RSA di campagna dell'area Nord di Roma, valido contenitore del Covid-19
RSA Flaminia S.r.l. del Gruppo GIOMI RSA
- Ospedale Sicuro. La resilienza del Policlinico Universitario Campus Bio-Medico ai tempi del Covid
Università Campus Bio-Medico

TITOLO DEL PROGETTO

Il PDTA operativo per il management dei pazienti affetti da Covid-19: progettazione, implementazione e valutazione

ORGANIZZAZIONE

AOU - Ospedali Riuniti di Ancona

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Roberto Papa
RUOLO	Responsabile Sistema Qualità Integrato Valerio Mattia Scandali (2), Leonardo Incicchitti (3), Arturo Pasqualucci (4), Michele Caporossi (5) (2) Dirigente Medico della Direzione Medica Ospedaliera; (3) Direttore della Direzione Medica Ospedaliera; (4) Direttore Sanitario; (5) Direttore Generale
E-MAIL	roberto.papa@ospedaliriuniti.marche.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

AOU OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo

IL PDTA OPERATIVO PER IL MANAGEMENT DEI PAZIENTI AFFETTI DA COVID-19: PROGETTAZIONE, IMPLEMENTAZIONE E VALUTAZIONE

2. Abstract

Background: La pandemia iniziata nel mese di febbraio 2020 ha comportato la necessità di una rapida risposta da parte delle organizzazioni sanitarie all'incremento dei pazienti affetti da COVID-19.

Problema locale: l'Azienda Ospedaliero Universitaria, nel far fronte all'incremento esponenziale di pazienti covid positivi con necessità di ricovero, ha pianificato e realizzato un PDTA operativo, oggi considerato come il gold standard tra gli strumenti per il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza rivolta a specifiche categorie di pazienti. Quindi, nel mese di marzo è stato avviato un progetto per la realizzazione del PDTA per il management dei pazienti affetti da COVID-19. In questo documento viene presentato il percorso di realizzazione e i risultati del sistema di monitoraggio della fase pilota sui pazienti adulti ricoverati per SARS-Cov-2.

Metodi: Il PDTA la cui realizzazione è stata avviata il 15 marzo è stato ultimato il 15 aprile e sottoposto ad una sperimentazione pilota allo scopo di validarne efficacia e sostenibilità. Per la valutazione è stato scelto uno studio before/after dove sono state confrontate due coorti non concomitanti di pazienti comparate retrospettivamente: un gruppo di pazienti gestiti tramite PDTA (50 casi ricoverati dal 15 aprile 2020) ed una coorte di pazienti sottoposti a management tradizionale prima del PDTA (50 casi ricoverati dal 15 marzo 2020). L'impatto in termini di efficacia del percorso è stato misurato attraverso l'elaborazione di specifici indicatori sulla popolazione adulta ricoverata per COVID-19.

Interventi: per la realizzazione del PDTA è stato costituito un team multidisciplinare e multiprofessionale che dopo aver raccolto le migliori evidenze scientifiche sul management dei pazienti affetti dal COVID-19 ha tracciato una completa mappatura, articolata in *fasi determinate cronologicamente*, dei principali momenti del processo. E' stata quindi rappresentata una ricostruzione logico-sequenziale delle attività da effettuare, rappresentata graficamente attraverso un diagramma di flusso. Si è proceduto poi a descrivere le attività essenziali da garantire al paziente arruolato nel Percorso, formulate in forma tabellare con l'indicazione del momento e del professionista responsabile della specifica attività, classificate in determinate categorie assistenziali. Infine sono stati predisposti gli allegati utili alla comprensione di dettaglio del percorso ed il relativo sistema di monitoraggio.

Risultati: sono stati studiati 100 pazienti, classificati in due gruppi base al ricovero rispettivamente nella fase pre-pdta e di applicazione sperimentale del PDTA, stratificati per setting assistenziale all'accettazione (intensivo, subintensivo, post critico). Dai risultati analizzati è emerso il significativo impatto del PDTA sulla riduzione della degenza media e dei tempi di attesa in Pronto Soccorso e sull'efficacia dei percorsi sicuri verso le diagnostiche e nei trasferimenti. Non è stato possibile trarre conclusioni rispetto alla mortalità per il ridotto numero di casi nei 2 periodi indagati.

	Conclusioni: la realizzazione di un PDTA con la contestuale implementazione di audit clinici basati su indicatori di processo e di esito si dimostra una strategia efficace per il miglioramento degli esiti nei pazienti arruolati nel percorso.
INTRODUZIONE <i>Perché hai iniziato?</i>	
3. Descrizione del problema	La crisi pandemica attualmente in corso impone per le organizzazioni sanitarie in generale e per le strutture per acuti in particolare, la predisposizione di strumenti capaci di standardizzare le buone pratiche clinico assistenziali, ottimizzare l'organizzazione rendendola capace di garantire i massimi standard di efficienza e garantendo contestualmente la massima efficacia delle prestazioni sanitarie. Diventa quindi fondamentale, insieme ad un piano pandemico avere a disposizione un percorso di cura capace di presidiare le dimensioni appena illustrate. L'azienda ha quindi deciso di realizzare e valutare l'impatto di un PDTA per la gestione del COVID-19
4. Conoscenze disponibili	I PDTA sono efficaci. L'editoria primaria (studi sperimentali) e secondaria (rassegne e revisioni sistematiche) sui PDTA ne hanno da tempo evidenziato le potenzialità. Al momento però risultano essere pochi i lavori pubblicati sui PDTA applicati ai pazienti affetti da COVID-19 ¹
5. Razionale	Attualmente il PDTA è considerato lo strumento di riferimento per la gestione di patologie complesse caratterizzate da un approccio multidisciplinare e multiprofessionale. Anche se nel caso del covid lo stato delle conoscenze è in evoluzione, la possibilità di concordare tra i professionisti le buone pratiche da garantire ai pazienti, favorisce un sicuro incremento della qualità professionale attraverso la riduzione di autoreferenzialità e variabilità nei comportamenti e una attribuzione di precise responsabilità ai diversi attori del sistema.
6. Obiettivi specifici	Il presente progetto intende presentare: • una modalità efficace di realizzazione di un PDTA per il management dei pazienti colpiti dal SARS CoV-2. • I risultati relativi all'implementazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale in termini di tempi di attesa in Pronto Soccorso, riduzione delle degenze medie per setting assistenziale e di efficacia dei percorsi sicuri verso le diagnostiche e nei trasferimenti interni
METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'Azienda è caratterizzata da un importante Know How in quanto unica Azienda italiana certificata UNI EN ISO 9001:2015 in base alla sua capacità di realizzare PDTA ed erogarli a garanzia della qualità dell'assistenza fornita ai suoi pazienti. In tal senso è provvista di un gruppo di coordinamento e di una struttura organizzativa per la conduzione di audit di processo multidisciplinari e multiprofessionali. Nel settembre 2020 il PDTA del COVID-19 è stato certificato ISO 9001:2015 da un Ente esterno accreditato presso ACCREDIA.
8. Intervento/i	L'intervento riguarda la realizzazione del PDTA con il rispettivo sistema di monitoraggio utile alla conduzione di specifici audit clinici. Realizzazione del PDTA: • Costituzione di un team multidisciplinare e multiprofessionale composto da tutti i professionisti coinvolti nella gestione del paziente affetto dal COVID-19. Hanno composto il team: personale delle seguenti Unità Operative:

¹ Capalbo et al. "The Exponential Phase of the Covid-19 Pandemic in Central Italy: An Integrated Care Pathway"; Int. J. Environ. Res. Public Health 2020, 17, 3792

	Pronto Soccorso, Terapie Intensive, Malattie Infettive, Pneumologia, Cardiologia, Medicina Interna, Radiologia, Medicina di Laboratorio, Virologia, Igiene Ospedaliera, Direzione Medica di Presidio, Farmacia, Servizio Infermieristico. • Realizzazione del diagramma di flusso del percorso del paziente. In pratica nella descrizione del PDTA operativo sono rappresentati i setting assistenziali “attraversati” dal paziente e gli snodi decisionali che indirizzano le maggiori scelte clinico assistenziali con i relativi criteri; • Realizzazione delle Tabelle delle attività (vedi Allegato: La descrizione di dettaglio delle attività da garantire al paziente arruolato nel PDTA viene formulata in forma tabellare indicando il momento ed il professionista responsabile delle specifiche attività, classificate in categorie assistenziali principali (care categories). Queste categorie sono: 1. la valutazione diretta: riguarda la raccolta di dati e/o informazioni, rilevabili soggettivamente o oggettivamente, per la migliore gestione del paziente su cui fondare i successivi interventi sanitari e non; 2. gli accertamenti di laboratorio e strumentali; 3. gli interventi e/o le procedure: sono le azioni intraprese in base alla valutazione e agli esami diagnostici che possono influenzare gli esiti; 4. i trattamenti farmacologici; 5. le richieste di consulenza; 6. gli aspetti nutrizionali. questa categoria è finalizzata alla corretta gestione dello stato nutrizionale del paziente; 7. l’educazione e l’informazione del paziente e della famiglia. Rientrano in questa categoria le istruzioni date al paziente e/o ai familiari sulla natura, la prognosi e la gestione della patologia; 8. La pianificazione del percorso. Riguarda la continuità, l’integrazione e la tempestività nei passaggi del paziente tra diverse unità organizzative e tra diversi livelli assistenziali. Vanno considerati sia specifici interventi da parte dei professionisti (es: lettera di dimissione), sia interventi di tipo organizzativo e di sostegno sociale. 9. L’Attività e sicurezza del paziente; • Realizzazione degli allegati a completamento delle tabelle delle attività: Le tabelle delle attività vengono poi collegate agli allegati, utili alla esplicitazione di dettaglio del percorso. • Definizione del sistema di valutazione Il sistema di monitoraggio si sviluppa attraverso la definizione di criteri, indicatori (di processo e di esito) e standard.
9. Studio dell'intervento/i	La popolazione dello studio è composta da Pazienti adulti affetti da COVID-19 ricoverati in terapia intensiva, setting subintensivo e setting ordinario post critico. Vengono esclusi: • Pz trasferiti/dimessi/deceduti entro 24 ore dall'accettazione in Reparto • Pz di età < 18 anni Sono stati campionati i primi 50 pazienti ricoverati dall'avvio della fase pilota (15 aprile 2020) e confrontati con i primi 50 pazienti ricoverati dal 15 marzo 2020, ovvero prima dell'avvio della fase pilota. La strategia per la raccolta dati è stata retrospettiva.

	Il giudizio sugli eventuali scostamenti dei risultati osservati rispetto allo standard è stato espresso in percentuale.
10. Indicatori	1. Degenza Media per i pazienti ricoverati rispettivamente in Terapia Intensiva, setting subintensivi e reparti ordinari per acuti rivolti a pazienti post critici. 2. n° di pazienti trasferiti verso la Radiologia (TC ai fini del completamento diagnostico) per cui risulta una segnalazione di scostamento dal percorso o una non conformità (NC) registrata; 3. n° di pazienti trasferiti verso altri reparti, interni alla struttura sanitaria, per cui risulta una segnalazione di scostamento dal percorso o una non conformità (NC) registrata 4. Tempo medio dall'accesso alla visita in Pronto Soccorso 5. Tempo medio dall'accesso in Pronto Soccorso al ricovero in reparto per acuti 6. n° di pazienti COVID ricoverati in Terapia Intensiva, setting subintensivi e reparti ordinari per acuti rivolti a pazienti post critici. deceduti durante la degenza. Gli indicatori proposti, relativi a degenza media, sicurezza del paziente e esiti sono stati selezionati anche in base a precedenti rassegne sistematiche della letteratura² In appendice viene mostrato la scheda contenente razionale e criteri per il calcolo degli indicatori
11. Analisi	I dati sono stati raccolti su fogli elettronici (microsoft excel). La significatività inferenziale è stata valutata mediante statistica t.
12. Aspetti etici	Non sono state individuate problematiche di ordine etico.

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	La degenza media (DM) è stata di 16,4 giorni nel gruppo PDTA vs 24,4 ($p<0,01$) nel gruppo pre-PDTA. Anche la DM relativa ai diversi setting è stato più basso nei pazienti arruolati nel PDTA rispetto al gruppo di confronto (Intensivi: 24,7 vs 35,7; subintensivi: 18,1 vs 21,4; ordinari post critici: 12,8 vs 37). Rispetto alla sicurezza dei percorsi verso le diagnostiche e nell'ambito dei trasferimenti interni, il n° di NC è stato in generale estremamente basso. Anche se entrambe le coorti hanno mostrato una performance accettabile rispetto allo standard del 5%, il confronto anche in questo caso è stato favorevole al gruppo PDTA rispetto al pre PDTA (2% vs 4%). Riguardo ai tempi di attesa in Pronto Soccorso l'impatto dell'applicazione del PDTA è stato particolarmente rilevante nel confronto con i pazienti gestiti prima del pilota. Il tempo medio tra l'arrivo al triage e la visita in PS è stato rispettivamente di 1h:11m per il gruppo pre-PDTA e di 12m nel gruppo PDTA ($p<0,01$) mentre il tempo medio tra l'ingresso in PS e l'arrivo in reparto è stato di 25h:42m nel gruppo Pre-PDTA e di 14h:31m nel gruppo PDTA ($p<0,01$). Infine anche se la mortalità si è ridotta (18% vs 14%), il risultato è stato non significativo per la scarsa numerosità campionaria. Nelle tabelle allegate sono presentati i risultati dello studio effettuato.

² Thomas Rotter, Leigh Kinsman, Erica L James, Andreas Machotta, Holger Gothe, Jon illis, Pamela Snow, Joachim Kugler "Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs" Cochrane Systematic Review - Intervention Version published: 17 March 2010

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	La realizzazione di un PDTA presenta diversi punti di forza tra cui la caratteristica di favorire il continuous quality improvement attraverso il coinvolgimento e la responsabilizzazione del personale sanitario rispetto alla riduzione dei comportamenti autoreferenziali e alla partecipazione in percorsi di cura realmente multidisciplinari e multiprofessionali. Nel PDTA inoltre sono stati curati con la massima attenzione i momenti di educazione ed informazione di pazienti, familiari e caregivers ed è stato dato particolare risalto alla gestione del rischio clinico con riferimento alle procedure per la prevenzione ed il controllo delle infezioni. Il risultato è quello di favorire anche la qualità percepita dai pazienti (e caregivers) oltre che dai professionisti stessi. Il monitoraggio del PDTA infine è assolutamente necessario al fine di valutare l'impatto dello strumento.
15. Interpretazione	Questo studio, primo a valutare l'impatto di un PDTA sulla gestione dei pazienti COVID positivi, è stato basato su una analisi retrospettiva before/after di informazioni in parte da flussi amministrativi, in parte da raccolte dati ad hoc. L'obiettivo di valutare l'impatto dell'applicazione di un PDTA nel management dei pazienti COVID positivi, ha fornito risultati estremamente positivi in cui in particolare è emersa la riduzione della degenza media e del tempo di attesa in PS. Gli esiti mostrati possono essere collegati ad una migliore organizzazione legata da un lato ad un miglioramento della comunicazione tra i diversi settori interessati e dall'altro ad una più efficace standardizzazione delle buone pratiche descritte nel PDTA. In base alla magnitudo dell'effetto i risultati appaiono particolarmente sorprendenti, al punto tale da richiedere spiegazioni in base ad una presunta diversa gravità dei pazienti. Si renderà necessario standardizzare gravità e mortalità prima di confermare definitivamente i risultati presentati. La performance favorevole ottenuta con l'implementazione del PDTA ha consentito la formalizzazione definitiva del PDTA con la successiva certificazione ISO 9001:2015 il 18/09/2020.
16. Limiti	Il rischio che risiede in tutti i PDTA è la loro interpretazione come rigidi protocolli e non come occasione di miglioramento attraverso audit clinici di processo. Inoltre la scarsa quantità di evidenze scientifiche pubblicate nel management dei pazienti COVID rende meno solidi i percorsi diagnostico terapeutici dal punto di vista clinico. Rispetto all'impiego dei flussi amministrativi, se da un lato queste informazioni sono immediatamente fruibili e efficaci per alcuni ambiti come ad esempio gli indicatori tempo dipendenti, è difficile immaginarne l'impiego senza la contestuale misurazione di pratiche clinico-assistenziali con raccolte integrate. Si segnalano limiti anche nelle analisi retrospettive che seppur caratterizzate dal vantaggio di essere meno onerose, attingono a documenti non sempre completi e comunque meno efficaci di schede realizzate ad hoc.
17. Conclusioni	L'applicazione dei PDTA Aziendale è stata caratterizzata da un significativo impatto su qualità e sicurezza delle cure. Inoltre lo scambio delle buone pratiche nell'ambito di gruppi multidisciplinari di professionisti ha consentito un virtuoso meccanismo di innovazione organizzativa. Gli autori dimostrando l'efficacia del PDTA realizzato intendono proporlo come strumento per la gestione dei pazienti affetti dal COVID-19 in quanto potenzialmente riproducibile presso altre organizzazioni.

TITOLO DEL PROGETTO

Il Giro per la Sicurezza dei Pazienti (Patient Safety Walk Round): nuove applicazioni della metodologia nel momento dell'emergenza Covid-19

ORGANIZZAZIONE

AOU Città della Salute e della Scienza
Presidi Ospedalieri Ospedale Infantile Regina Margherita,
Sant'Anna, CTO
Torino

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Paola Borelli
RUOLO	Dirigente biologo
E-MAIL	pborelli@cittadellasalute.to.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

AOU CITTA' DELLA SALUTE

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Il Giro per la Sicurezza dei Pazienti (Patient Safety Walk Round): nuove applicazioni della metodologia nel momento dell'emergenza Covid-19
2. Abstract	L'emergenza Covid-19 ha comportato una riorganizzazione (anche strutturale) dei servizi di diagnosi e cura. Durante la delicata fase del progressivo "ritorno alla normalità", a partire dall'inizio di maggio 2020, nella nostra realtà ospedaliera è stata applicata la metodologia Safety Walk Round (SWR) per favorire e incoraggiare, oltre che monitorare, l'aderenza degli operatori alle indicazioni della Direzione riguardanti l'attività ambulatoriale e di pre-triage e gli spazi comuni di loro pertinenza; per raccogliere criticità, osservazioni e suggerimenti dei professionisti; e per valorizzare e diffondere le buone pratiche.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	A seguito delle direttive aziendali relative ad un graduale ritorno ai livelli di operatività pre-covid-19 (maggio 2020), molti dei servizi ospedalieri hanno registrato un incremento del flusso di utenti. L'aumentato flusso di pazienti e caregiver (dove autorizzato) ha reso necessaria la valutazione dell'effettiva applicazione delle normative anti-contagio (organizzazione di un pre-triage, distanziamento sociale, utilizzo dei DPI, igiene delle mani, ecc.) e delle indicazioni organizzative, individuate e costantemente aggiornate dalla Direzione; in particolare, sono state oggetto di monitoraggio le aree di pre-triage adiacenti all'ingresso e all'interno della struttura, le sale di attesa degli ambulatori e dei servizi di radio-diagnostica e i centri prelievo, tutte zone a maggior rischio di affollamento.
4. Conoscenze disponibili	Il Safety Walk Round (SWR) (Frankel et al. 2003) è una tecnica di Risk Assessment che prevede visite ed interviste strutturate, incentrate sui temi della sicurezza delle cure ed eseguite da professionisti individuati dalla Direzione, agli operatori e ai cittadini che a vario titolo accedono alle strutture di diagnosi e cura. Le interviste, a singoli o a gruppi, sono finalizzate ad identificare i rischi effettivi o potenziali che possono causare eventi avversi e le misure che, secondo i diversi stakeholders, possono essere utilmente introdotte per prevenirne l'accadimento e garantire la sicurezza del paziente. Come riportato in letteratura, la metodica SWR permette di raccogliere le criticità analizzandone la frequenza, la gravità e la tipologia; inoltre permette di individuare una priorità di intervento (Frankel et al. 2003). Nelle strutture dove regolarmente si applica il SWR risulta evidenza dell'aumento dell'impegno degli operatori verso il mantenimento della sicurezza delle cure del paziente ed del coinvolgimento degli operatori nella scelta degli interventi da effettuare per migliorare la qualità e la sicurezza del servizio (Frankel et al. 2008). Rispetto ad altre tecniche di assessment più costose, il SWR si è rilevato ugualmente efficace e molto apprezzato dagli operatori coinvolti (Levati et al.

	2009); infine, il SWR favorisce lo sviluppo della cultura della responsabilità degli operatori sanitari coinvolti e la promozione di comportamenti volti a favorire la segnalazione di eventuali problemi riscontrati, il tutto in un clima di fiducia fra gli attori coinvolti. (Feitelberg, 2006; Gandhi et al, 2005). Mediante questa metodica, dunque, Direzione ed operatori possono confrontarsi durante le visite nelle varie unità operative, nelle fasi successive di discussione dei dati raccolti e durante la fase di implementazione delle azioni volte a migliorare la sicurezza del paziente. Al meglio della nostra conoscenza, in letteratura non sono state descritte esperienze di applicazione della metodica SWR all'interno di strutture ospedaliere nel periodo caratterizzato dalla pandemia da COVID-19.
5. Razionale	Per valutare le eventuali vulnerabilità della nuova organizzazione e per adottare in tempi brevi misure preventive e correttivi adeguati ed allo stesso tempo favorire il reciproco impegno degli operatori e della Direzione nell'attuare gli opportuni miglioramenti, il gruppo di lavoro ha pensato di applicare una forma innovativa di metodologia SWR. Dal 2018 infatti, attraverso uno specifico percorso formativo, è stato introdotto nella nostra realtà ospedaliera un SWR che coniuga la metodologia classicamente intesa (concentrata sulle manifestazioni di assenza di sicurezza), applicata da anni, con l'approccio Safety-II, che valorizza i successi e incentiva la diffusione e la condivisione delle buone pratiche.
6. Obiettivi specifici	In un contesto in cui il flusso di pazienti è in costante aumento, il che determina un conseguente maggior rischio di contagio, questo lavoro ha l'obiettivo di applicare la metodica SWR secondo l'approccio Safety-II all'interno dei servizi aziendali per verificare l'aderenza dei professionisti alle indicazioni della Direzione e di trovare soluzioni condivisibili, con l'obiettivo finale di tutelare la salute di utenti ed operatori.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'intervento è stato sviluppato, durante la pandemia generata dal virus SARS-Cov-2, nei mesi di maggio, giugno e luglio 2020. Superato il contesto emergenziale, in cui alcune attività ospedaliere sono state ridotte se non sospese, la graduale ripresa delle attività esige di garantire i servizi normalmente erogati prestando particolare attenzione alle nuove necessità di sicurezza (ovvero il mantenimento del distanziamento sociale, l'introduzione di un pre-triage, il corretto uso dei DPI, l'adeguamento dei flussi di attività e dell'organizzazione logistica e la correzione dei comportamenti a rischio di operatori sanitari e utenti esterni).
8. Interventi	Il gruppo di lavoro si compone di una équipe multiprofessionale che comprende professionisti delle Direzioni Sanitarie di Presidio, Risk Manager e specialisti delle infezioni ospedaliere, ai quali si sono affiancati in questa occasione medici specializzandi della Scuola di Igiene e Medicina Preventiva. Sono state monitorate le aree a rischio di maggiore affollamento e potenziale inosservanza delle disposizioni di sicurezza anti-Covid. In particolare, la prima fase di osservazione è stata svolta presso i servizi di pre-triage nelle aree di ingresso di ogni presidio ospedaliero (4 postazioni interne e 2 aree esterne), presso le sale d'attesa dei servizi ambulatoriali

	(17 sale d'attesa) e presso le sale d'attesa dei servizi di diagnostica (3 sale d'attesa per la radiologia, 1 centro di ecografia, 1 centro prelievi), per un totale di 28 aree. Durante le osservazioni sono stati conteggiati le inosservanze compiute dall'operatore sanitario o dall'utente sulle disposizioni anti-Covid. La scheda di osservazione predisposta dal gruppo di lavoro era costituita di 9 indicatori per i pre-triage e 5 per le sale d'attesa. (Allegato1: modulo di osservazione pre-triage. Allegato2: modulo di osservazione pre-triage esterni. Allegato3: modulo di osservazione sale d'attesa); per ogni area sono state eseguite osservazioni della durata media di 30 minuti. Durante questa prima fase sono state definite le inosservanze più frequenti in maniera passiva, cioè non coinvolgendo il personale; le osservazioni sono state quantificate ed elaborate in grafico. La seconda fase consisteva in un incontro di intervista/colloquio con i professionisti di ogni struttura monitorata e nel coinvolgimento attivo di tutte le parti. E' stata costruita un'intervista basata su una serie di domande a svolgimento dinamico, variabile in base alle necessità di ogni interlocutore (Allegato4: modulo di intervista). Sono stati invitati agli incontri tutti gli operatori delle strutture osservate, compatibilmente con le necessità di distanziamento e sicurezza; la presenza del coordinatore garantiva la successiva diffusione delle informazioni e l'eventuale applicazione dei correttivi individuati. Durante l'incontro sono state condivise le inosservanze riscontrate dall'equipe di monitoraggio e raccolte le criticità portate all'attenzione del gruppo di lavoro da parte degli operatori stessi, con un proficuo scambio di informazioni riguardo le difficoltà avute durante i mesi dell'emergenza e nelle fasi successive. Le buone pratiche sono state evidenziate ed estese a servizi che potessero trarne beneficio. In maniera condivisa sono stati proposti e concordati interventi atti al miglioramento e all'implementazione della sicurezza delle cure presso ogni servizio.
9. Studio dell'intervento/i	Completate queste prime due fasi, sulla base di quanto riscontrato in osservazione e discusso in intervista e delle modifiche migliorative concordate, è stata organizzata dal gruppo di lavoro una terza ed ultima fase di riscontro per verificare, nelle strutture in cui erano state individuate criticità, l'applicazione degli interventi programmati (Allegato5: modulo di riscontro). Si è mantenuto anche in questa fase un approccio attivo, di confronto e di riscontro con gli operatori sanitari; il che ha permesso al gruppo di lavoro di constatare l'efficacia dei correttivi condivisi e applicati.
10. Indicatori	Per misurare i processi dell'intervento sono stati utilizzati come indicatori una serie di possibili inosservanze (Allegati 1,2,3); altre criticità, come anche le buone prassi, sono emerse durante le interviste. Gli esiti dell'intervento sono stati valutati con un secondo giro di osservazioni mirato a valutare l'effettiva risoluzione delle problematiche individuate e la diffusione delle buone pratiche proposte (Allegato 5). Questo percorso ha permesso di instaurare una fase di raccolta dati completa e accurata e di creare successivamente un database per l'analisi grafica dei dati.

11. Analisi	I dati del monitoraggio sono stati raccolti quantitativamente calcolando la prevalenza di ogni possibile inosservanza. Per le interviste si è proceduto ad una raccolta qualitativa dei dati con la costruzione di apposite tabelle sulla base delle criticità segnalate (Allegato6: esiti interviste). Nella seconda fase di osservazioni, mirate a verificare la risoluzione delle principali criticità riscontrate, è stata valutata la numerosità delle criticità risolte a fronte di quelle che non è stato possibile superare. Obiettivo del gruppo di lavoro era quello di risolvere almeno l' 80% di criticità individuate, escludendo quelle squisitamente strutturali.
12. Aspetti etici	Nella nostra realtà ospedaliera si utilizza da anni la metodologia SWR; inoltre, a partire dal 2018, è stato avviato un percorso formativo in cui la metodologia classicamente intesa (concentrata sulle manifestazioni di assenza di sicurezza) viene integrata dall'approccio Safety-II, che valorizza i successi e incentiva la diffusione e la condivisione delle buone pratiche. Nel caso specifico, e contrariamente a quanto normalmente accade, non è stato possibile raccogliere il contributo dei cittadini (assistiti, accompagnatori, volontari) per i motivi di sicurezza legati alla pandemia; ma l'attività messa in campo sottende comunque l'attenzione alle necessità degli utenti che caratterizza da sempre la mission del nostro ospedale, nell'ottica di un "ritorno alla normalità" che ci si augura venga ripristinato nella sua globalità il più presto possibile.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Il lavoro si è sviluppato in un arco temporale di 3 mesi (Allegato7: tempogramma). In allegato i grafici relativi alla prevalenza degli criticità emerse nei vari servizi (Allegato8: grafici). La fase delle interviste ha portato alla luce una serie di problematiche e di buone pratiche, come riportato in tabella (Allegato9: buone prassi e problematiche). In totale si è deciso di verificare la risoluzione di 23 criticità riscontrate. 14 sono state completamente risolte (61%), 4 parzialmente risolte (17%) e 5 non risolte (22%). Le criticità che non sono state risolte sono di carattere strutturale. Al netto di queste, le criticità completamente risolte rappresentano il 77% del totale.
----------------------	---

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Il percorso ha permesso di individuare le criticità derivanti dalla ripresa delle attività ospedaliere, in particolare nelle aree in cui maggiormente si concentrano i flussi di utenti, in maniera tempestiva e condivisa dagli operatori. Questi ultimi, prendendo parte attivamente all'analisi delle possibili debolezze, delle loro cause e delle soluzioni applicabili, hanno risposto in maniera collaborativa e positiva. Sono state riconosciute buone pratiche che sono risultate utili ad altre strutture, valorizzando chi
---------------------	---

	faceva bene e aiutando chi aveva criticità irrisolte. Come evidente dai risultati, questo ha permesso di lavorare e risolvere completamente il 77% delle criticità riscontrate e di favorire il miglioramento del 23% di queste (al netto delle criticità strutturali). Il progetto è facilmente esportabile ad altri contesti di diagnosi e cura.
15. Interpretazione	Questo approccio all'analisi delle criticità e la modalità di intervento ha fatto sì che gli operatori si facessero ulteriormente parte attiva nell'organizzazione del servizio e che le direzioni sanitarie ricevessero un riscontro immediato e diretto su eventuali distanze organizzative. Ogni intervento è stato strutturato in maniera specifica rispetto al tipo di criticità e il tipo di servizio. Il progetto ha avuto un ottimo impatto sugli operatori, preoccupati di gestire il contatto con l'utente in un nuovo contesto legato alla pandemia COVID-19; ha fatto sì che si sentissero ascoltati e predisposti all'accettazione di cambiamenti. Secondo i dettami della classica metodologia SWR, il progetto è stato condotto esclusivamente con risorse interne.
16. Limiti	Alcune criticità squisitamente strutturali non sono ancora state risolte stante il momento di incertezza sull'evoluzione della pandemia.
17. Conclusioni	Il progetto si è rivelato particolarmente utile nell'affrontare in modo condiviso e collaborativo la nuova sfida imposta dalla pandemia. La metodologia è sostenibile nei contesti in cui esistono adeguate risorse di personale dedicato ed è facilmente esportabile in realtà analoghe. La metodologia, peraltro già applicata da anni nel nostro contesto ospedaliero, verrà sicuramente reiterata in caso di variazioni delle disposizioni aziendali dettate dall'andamento della pandemia.

TITOLO DEL PROGETTO

Progetto di miglioramento dell'assistenza sanitaria al paziente affetto da Covid-19: monitoraggio degli outcome clinici nei pazienti ricoverati per infezione da Sars-Cov2

ORGANIZZAZIONE

AOU Città della Salute e della Scienza
Presidio Ospedaliero Molinette
Torino

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Antonio Scamozzino
RUOLO	Direttore Sanitario
E-MAIL	ascarmozzino@cittadellasalute.to.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

AOU CITTA DELLA SALUTE E DELLA SCIENZA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	PROGETTO DI MIGLIORAMENTO DELL'ASSISTENZA SANITARIA AL PAZIENTE AFFETTO DA COVID-19: MONITORAGGIO DEGLI OUTCOMES CLINICI NEI PAZIENTI RICOVERATI PER INFEZIONE DA SARS-COV-2
2. Abstract	In un contesto di emergenza sanitaria rivestono grande utilità i sistemi di sorveglianza epidemiologica e monitoraggio. Il progetto si è proposto di registrare tutte le schede dei casi diagnosticati con infezione da Sars-CoV-2 che abbiano avuto un accesso in Ospedale, tramite applicazione sviluppata su piattaforma web. La restituzione delle analisi (descrittive di frequenza e caratteristiche dei casi, ed analitiche con stima del significato prognostico di caratteristiche anagrafiche e cliniche) è fornita sia in tempo reale attraverso la piattaforma web ad accesso controllato, sia attraverso report redatti dalla Struttura di Epidemiologia e diffusa a tutti i soggetti coinvolti, sia infine attraverso periodiche riunioni in videoconferenza tra tutte le Strutture coinvolte. Il progetto permette di analizzare dati di esito e fattori prognostici nel paziente affetto da Covid-19, di promuovere la discussione collegiale dei risultati con tutti i soggetti aziendali coinvolti nel percorso del paziente al fine di scambiare dati derivanti dall'esperienza diretta e diffondere conoscenza condivisa, e di promuovere ambiti di ricerca clinica e organizzativa.

INTRODUZIONE

3. Descrizione del problema	L'epidemia della malattia denominata Covid-19, causata dal virus Sars-CoV-2, dopo l'iniziale diffusione in Cina, si è rapidamente diffusa nel resto del mondo, interessando in modo particolare l'Italia fin dal mese di febbraio 2020. Il 2 marzo 2020 è stata posta la prima diagnosi microbiologica di positività al virus Sars-CoV-2 all'interno del nostro Ospedale, in un paziente precedentemente ricoverato presso una degenza di Medicina Interna, proveniente da Pronto Soccorso (PS). A partire dai giorni immediatamente successivi, un numero rapidamente crescente di soggetti con dati anamnestici e/o clinici suggestivi per positività al virus Sars-CoV-2 è giunto all'osservazione, sia come accessi di PS sia come insorgenza di sintomatologia sospetta in pazienti già ricoverati.
4. Conoscenze disponibili	Durante la rapida curva di crescita di soggetti positivi avvenuta a partire dai primi giorni di marzo, la conoscenza della nuova malattia chiamata Covid-19 era assai limitata sia per quanto riguardava la presentazione clinica e la diagnosi, che gli approcci terapeutici e i principali fattori predittivi di outcomes. Dati di letteratura parziali e non sempre sostenuti da studi metodologicamente rigorosi, associati alla completa inesperienza diretta, rendevano estremamente difficile non solo impostare protocolli terapeutici standardizzati, ma anche indirizzare correttamente le risorse a disposizione, mancando dati predittivi di esito, in particolare nel sottogruppo di pazienti con quadri severi, necessitanti di ricovero in terapia intensiva e/o di trattamento ECMO. Nelle prime settimane di pandemia era inoltre assai poco accurata la stessa stima di incidenza dell'infezione nella popolazione, a causa di diverse strategie di esecuzione dei test e della scarsa specificità dei sintomi, soprattutto nelle forme lievi, che in gran parte non venivano diagnosticate. Tale indeterminazione della diffusione dell'infezione complicava ulteriormente la programmazione della risposta sanitaria in ambito ospedaliero.

5. Razionale	In un'emergenza sanitaria hanno grande utilità i sistemi di sorveglianza epidemiologica a livello di popolazione e i sistemi di monitoraggio più approfonditi nelle strutture dove si concentrano i casi. Requisiti di questi sistemi di monitoraggio sono un livello accettabile di qualità (completezza, accuratezza, validità) e soprattutto di tempestività, per rendere disponibili informazioni che possono migliorare le decisioni nell'immediato. Il sistema di Notifica dei casi da virus respiratori per la stagione 2019-2020 rappresentava, ad inizio 2020, il principale flusso di dati disponibile per la sorveglianza epidemiologica. Il progetto si è proposto di registrare tutte le schede dei casi diagnosticati con infezione da Sars-CoV-2 che abbiano avuto un accesso in Ospedale in un'applicazione sviluppata su piattaforma web realizzata e gestita dalla struttura di Epidemiologia Clinica. Il vantaggio di una raccolta locale di informazioni, in aggiunta alla disponibilità di statistiche pubblicate su siti istituzionali, è offrire maggiore dettaglio e flessibilità di utilizzo delle informazioni a fini di monitoraggio e, con i limiti dovuti alla numerosità raggiungibile, di provare a rispondere a quesiti di interesse più generale.
6. Obiettivi specifici	Obiettivo generale del progetto è il monitoraggio dei casi affetti da Covid-19 con accesso nell'Ospedale, per scopi: a. descrittivi della frequenza di accessi, ricoveri e invii a domicilio o ad altre strutture nel corso dell'epidemia, caratteristiche cliniche ed epidemiologiche all'ingresso, percorso intra ospedaliero, modalità di trattamento, incidenza di complicanze, esito; b. analitici, con stima del significato prognostico delle caratteristiche anagrafiche e cliniche, delle condizioni e fattori di rischio individuali, delle terapie precedenti e di quelle intraospedaliere su evoluzione della gravità clinica, necessità e tipologia di supporto ventilatorio, durata del ricovero, guarigione e mortalità. Obiettivi ulteriori sono rappresentati da: a. promuovere la discussione collegiale dei dati con tutte le Strutture coinvolte nel percorso del paziente (gruppi clinici, in particolare Medici di Pronto Soccorso e Internisti, Rianimatori, Pneumologi, Infettivologi; Farmacia Ospedaliera; Direzione Sanitaria) al fine di discutere i risultati in itinere derivanti dall'esperienza diretta e da quanto pubblicato in letteratura e diffondere conoscenza condivisa; b. promuovere all'interno dell'Ospedale ambiti di ricerca clinica e organizzativa

METODI	
7. Contesto	L'Ospedale presso il quale il progetto è stato concepito e realizzato rappresenta una grande realtà ospedaliera, che copre tutte le specialità medico-chirurgiche, comprensive delle attività ad alta complessità (attività di trapianto d'organo, ECMO, ecc) fungendo pertanto da Centro di Riferimento Regionale per molteplici attività clinico-assistenziali. Su un totale di circa 1050 posti letto, eroga annualmente circa 42.000 ricoveri e gestisce circa 70.000 accessi di PS/anno. Su tali basi, la pandemia Covid-19 ha da subito fortemente interessato l'Ospedale, con un numero di casi cresciuti molto rapidamente nel corso delle prime settimane di marzo.
8. Interventi	Il progetto si sviluppa attraverso le seguenti fasi: a. monitoraggio dei casi, tramite analisi delle schede di segnalazione, delle cartelle cliniche, dei dati di esito (dati di mortalità) e dei dati clinici di follow-up post-dimissione (analisi dei referti delle visite erogate presso l'Ambulatorio post-Covid); b. sviluppo di un sito web, con accesso limitato al personale sanitario coinvolto, per consentire una consultazione diretta e tempestiva dei grafici che descrivono flusso dei pazienti, loro gestione e esito; c. redazione da parte della struttura di Epidemiologia di report periodici inviati a tutto il gruppo di lavoro nonché alla Direzione Sanitaria; d. riunioni periodiche (tramite piattaforma online per videoconferenza) di tutte le strutture coinvolte (Strutture

	Cliniche: PS e Medicina d'Urgenza, Medicine Interne, Pneumologia, Rianimazioni, Malattie Infettive, Dietologia, Endocrinologia; Farmacia Ospedaliera; Banca del Sangue; Epidemiologia Clinica; Direzione Sanitaria) al fine di discutere collegialmente i dati e condividere le esperienze maturate; e. redazione, attraverso la discussione delle riunioni periodiche, di un Protocollo Aziendale per la gestione del paziente affetto da Covid-19; f. discussione, all'interno delle riunioni periodiche e di sottogruppi di Strutture e soggetti, di tematiche di ricerca clinica ed organizzativa; g. pubblicazione all'interno dell'Area Intranet Aziendale di tutti i progetti di ricerca sul virus Sars-CoV-2 e sulla malattia Covid-19
9. Studio dell'intervento	La pianificazione del progetto ha previsto l'inclusione nello studio di tutti i soggetti notificati al Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) con diagnosi di infezione da Sars-CoV-2, indipendentemente dall'esito del contatto (dimissione da PS, ricovero o decesso). Le informazioni raccolte sono state tratte dalle segnalazioni al SISP, dai verbali di PS, dalle schede di dimissione e dalle cartelle cliniche. La raccolta dati è stata organizzata da remoto da parte del personale della Struttura di Epidemiologia Clinica, in modo da non comportare alcun onere sul personale sanitario e senza richiedere la presenza nei reparti ospedalieri da parte del personale del progetto. Le principali informazioni raccolte sui pazienti includono comorbidità, quadro d'esordio, esami ematochimici e strumentali, terapie farmacologiche e supporti respiratori utilizzati durante il ricovero. I principali esiti valutati sono: mortalità ospedaliera e a 30 giorni dalla diagnosi, incidenza dell'intubazione oro-tracheale per ventilazione meccanica e di altri supporti respiratori, incidenza di ARDS e altre complicanze maggiori, evoluzione della gravità clinica e durata del ricovero (totale, in terapia subintensiva e intensiva). Il successivo follow-up dei pazienti inclusi consente anche di valutare esiti a medio termine, incidenza di riammissioni in ospedale e sopravvivenza a 6 mesi. Il protocollo dello studio è stato sottoposto alla valutazione del Comitato Etico cui afferisce l'Azienda. Per quanto riguarda l'obiettivo di monitoraggio è stato predisposto un sistema di grafici e indicatori con aggiornamento automatico, in tempo reale consultabili su piattaforma web-based, direttamente gestita dalla struttura di Epidemiologia, e attraverso la produzione di report periodici.
10. Indicatori	Endpoint clinici del progetto di monitoraggio: mortalità ospedaliera e a 30 giorni dalla diagnosi; incidenza di intubazione oro-tracheale (IOT) per ventilazione meccanica; incidenza di ventilazione con CPAP; incidenza di trattamento con ECMO; evoluzione della gravità clinica misurata con il NEWS2 (National Early Warning Score 2); incidenza di ARDS; incidenza altre complicanze maggiori; durata del ricovero (totale e in terapia intensiva); guarigione; frequenza di casi con accesso in PS che vengono ricoverati, inviati a domicilio o ad altre strutture, incidenza di riammissioni in ospedale entro 6 mesi dalla diagnosi; sopravvivenza a 6 mesi dalla diagnosi; eventi compositi: mortalità o IOT; mortalità o IOT o CPAP. Principali dati registrati: decisione sul ricovero o dimissione dei casi con accesso da PS; condizioni cliniche alla diagnosi; anamnesi patologica; eventuali condizioni o fattori di rischio individuali; terapie farmacologiche abituali dei pazienti; dati di laboratorio, strumentali e microbiologici; score (NEWS2) per monitorare l'evoluzione della gravità clinica del paziente; farmaci somministrati durante il ricovero; supporti respiratori impiegati (O2, ventilazione non invasiva, ventilazione invasiva, ECMO); procedure chirurgiche (es. tracheostomia); altre terapie di supporto; complicanze; durata e esito del ricovero; riammissioni in ospedale e sopravvivenza a 6 mesi dalla diagnosi. Per ciascun caso sono registrate, in 4 fasi successive, le informazioni contenute: nella scheda di notifica (fase I), nel Sistema Informativo e nelle banche dati aziendali (fase II), nella cartella clinica dopo

	scansione (fase III), nelle SDO (fase IV). Per provare a rispondere a quesiti mirati (es. indagare il ruolo di particolari comorbidità, altri fattori di rischio o protettivi, terapie croniche e trattamenti ospedalieri) sono in fase di definizione approfondimenti con un disegno caso-controllo all'interno della coorte. Sulla piattaforma web (piattaforma in uso nell'ambito di sperimentazioni cliniche da circa 15 anni, sviluppata, aggiornata e gestita da personale altamente qualificato della struttura e rispondente a tutti i requisiti di sicurezza informatica e di rispetto della privacy previsti dalla normativa e dalle GCP per questa tipologia di studi), in un'area con accesso riservato, sono disponibili informazioni aggiornate su base quotidiana sui pazienti ricoverati, attraverso tabelle e grafici di rapida consultazione. Con cadenza bisettimanale viene prodotto un report con elaborazioni più approfondite e brevi commenti. Il compito di acquisire le Schede di notifica, integrare le informazioni, registrare i dati nell'applicazione dedicata e predisporre indicatori sul sito e report settimanali è svolto da personale della struttura di Epidemiologia Clinica, senza aggravii di lavoro per il personale addetto all'assistenza.
11. Analisi	Per gli scopi di monitoraggio non esistono requisiti statistici basati sulla numerosità, ma solo esigenze di completezza, garantita dal protocollo di raccolta dati in 4 fasi successive. La possibilità di rispondere a quesiti analitici sarà invece condizionata dalla numerosità della casistica, che con oltre 100 decessi registrati è sufficiente a permettere di stimare, attraverso un modello di Cox (o un modello di regressione logistica) degli HRs (o ORs) una decina di variabili con sufficiente precisione.
12. Aspetti etici	Trattandosi di un monitoraggio esclusivamente osservazionale, che utilizza in gran parte dati raccolti attraverso la Scheda di notifica di casi da virus respiratori 2019-2020, e altri dati derivanti da trattamenti e procedure di normale pratica clinica, non sono previsti interventi o rischi aggiuntivi per i pazienti. L'utilizzo da parte delle Aziende Sanitarie del flusso informativo di notifica delle malattie infettive, analogamente agli altri flussi informativi sanitari, non prevede una informativa ed una richiesta di consenso specifiche sul trattamento di questi dati, aggiuntive a quelle previste in occasione del ricovero, rientrando nei compiti istituzionali previsti per finalità di salute pubblica e non comportando alcuna conseguenza negativa per i pazienti stessi. Per quanto riguarda in specifico la protezione delle informazioni raccolte la piattaforma web impiegata adotta tecniche di controllo degli accessi ai dati e di crittografia ad elevato livello di sicurezza, già da tempo utilizzate nell'ambito delle sperimentazioni cliniche.

RISULTATI

13. Risultati	L'intera progettazione e attivazione del sistema di monitoraggio è stata realizzata in meno di due settimane, e il primo report, basato sui primi 223 pazienti, è stato inviato alla Direzione dell'Azienda il 21 marzo 2020. Nel periodo marzo-settembre 2020 sono stati raccolti i dati relativi a circa 715 pazienti segnalati dall'Azienda al SISP. Di questi, circa il 30% è stato dimesso dal PS, mentre il 60% necessitante un ricovero è poi stato seguito durante le successive fasi di cura in Ospedale (figura 1). Tra le informazioni messe immediatamente a disposizione nell'area di monitoraggio vi è l'andamento delle segnalazioni nel tempo, la loro provenienza (da PS, altri reparti, altri Ospedali), la conclusione della presa in carico (dimissione dal PS, ricovero, trasferimento ad altra struttura) e l'esito del ricovero (dimissione a domicilio, permanenza in ospedale o decesso) (figura 2). Analisi più dettagliate, con una disamina della sintomatologia di esordio e sull'andamento nel tempo della mortalità, sono state rilasciate tramite una reportistica fatta circolare all'interno
----------------------	--

dell'azienda tra il personale interessato e attraverso articoli scientifici. La presentazione degli aggiornamenti periodici è avvenuta anche in occasione di riunioni in videoconferenza.

DISCUSSIONE

14. Sommario	Nello scenario di una possibile seconda ondata epidemica o di una ripresa di focolai locali di Covid-19 è importante identificare i determinanti precoci di mortalità dei pazienti che si presentano in PS e vengono ricoverati in ospedale. L'obiettivo del presente progetto è quello di descrivere l'andamento e i determinanti della mortalità nei pazienti che hanno avuto un ricovero in una grande Azienda Sanitaria nei primi mesi dell'epidemia, identificando i fattori di rischio all'ammissione in ospedale.
15. Interpretazione	Questa esperienza è stata resa possibile grazie a una favorevole combinazione di diversi fattori: la presenza di un gruppo di epidemiologi esperti, la disponibilità di risorse aggiuntive rese disponibili dal rallentamento durante la pandemia di altri progetti correlati a studi e trials clinici, la forte motivazione dei clinici coinvolti a confrontare dati e condividere esperienze, il sostegno e collaborazione da parte della Direzione Sanitaria e la tempestiva risposta da parte del Comitato Etico.
16. Limiti	Il principale limite iniziale è legato alla sua dimensione locale, che presenta il potenziale rischio di basare le analisi di rischio su un campione di pazienti di numerosità limitata. D'altro canto, proprio la dimensione locale del progetto permette la pronta restituzione dei dati, con possibilità di modulare rapidamente l'azione sanitaria sulla base dei risultati raccolti. La rapida attivazione del progetto nell'ospedale ha progressivamente coinvolto altri ospedali regionali che hanno aderito e partecipato alla raccolta dati, trasformando il progetto in uno multicentrico.
17. Conclusioni	Il progetto ha permesso, in una situazione di grande incertezza e confusione per l'ospedale, di offrire un monitoraggio descrittivo sul flusso e sulle caratteristiche dei pazienti affetti da Covid-19, sulle modalità di gestione e sugli esiti, per dare un feedback tempestivo dell'attività svolta, anche in assenza di raccomandazioni forti, rispetto alle quali valutare l'appropriatezza dei trattamenti, e di risultati attesi, per valutare la qualità degli esiti. L'idea, tradotta in un protocollo di studio, è stata di raccogliere in modo molto tempestivo alcuni dati relativi ai pazienti con accesso all'ospedale per Covid-19, con un duplice obiettivo: di monitoraggio descrittivo e feedback nell'immediato, e di ricerca nel medio termine, per acquisire maggiori conoscenze su fattori prognostici ed efficacia dei trattamenti. Questa proposta è stata prontamente condivisa e supportata dalla Direzione Sanitaria, che nel frattempo ha dovuto operare profonde trasformazioni organizzative e assistenziali per fronteggiare l'emergenza. Inoltre, il progetto di monitoraggio è stato progettato fin dall'inizio per essere facilmente esteso ad altri ospedali interessati, e attualmente hanno aderito all'iniziativa altri 4 presidi ospedalieri, raccogliendo complessivamente i dati su una casistica di oltre 1100 pazienti. Tra gli effetti positivi dell'esperienza merita di essere segnalata l'interazione frequente con i clinici dell'Azienda in occasione di discussioni sui risultati dell'audit e sugli aggiornamenti dei protocolli di trattamento.

TITOLO DEL PROGETTO

Studio osservazionale “normotermia perioperatoria nella regione Sicilia”: correlazione tra buona pratica clinica e impatto sanitario

ORGANIZZAZIONE

AOU Policlinico “Paolo Giaccone”
Palermo

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Alberto Firenze
RUOLO	Risk Manager
E-MAIL	alberto.firenze@unipa.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

AOU POLICLINICO GIACCONE

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	STUDIO OSSERVAZIONALE “NORMOTERMIA PERIOPERATORIA NELLA REGIONE SICILIA”: CORRELAZIONE TRA BUONA PRATICA CLINICA E IMPATTO SANITARIO
2. Abstract	Introduzione L'ipotermia accidentale perioperatoria modifica il metabolismo e gli effetti clinici della maggior parte dei farmaci usati in anestesia contribuendo ad aumentare l'incidenza di complicanze infettive, determinando un aumento della degenza ospedaliera e della mortalità postoperatoria. Materiali e metodi Lo studio osservazionale “normotermia in regione Sicilia” ha lo scopo di incentivare l'uso delle Buone Pratiche Cliniche (BPC) sulla normotermia perioperatoria. È stato previsto lo sviluppo di tre fasi consequenziali. È stato previsto un monitoraggio iniziale con la verifica dello stato dell'arte nelle strutture ospedaliere, la formazione operatori sanitari e presentazione del protocollo operativo e il monitoraggio sperimentale con verifica dell'implementazione delle BPC. Risultati È stata osservata una correlazione tra l'aumentare della durata degli interventi chirurgici e la diminuzione della temperatura centrale a fine intervento ($r = -0,25$, $p = 0,0016$). Il modello di regressione logistica multivariabile mostra che i pazienti monitorati durante la mappatura sperimentale presentano una probabilità quasi sette volte superiore di avere una temperatura di fine intervento maggiore all'incremento della singola unità della stessa. Conclusioni La sicurezza del paziente è una delle principali sfide per i moderni sistemi sanitari. Complessivamente è stato stimato che il risparmio conseguibile dall'applicazione del protocollo per la normotermia, con un orizzonte temporale di tre anni, è di circa 10,5 milioni di euro. I dati raccolti mostrano che la percentuale elevata di pazienti in ipotermia si sia riscontrata nei primi 30 minuti dall'inizio degli interventi chirurgici, dimostrando che la fase di preriscaldamento è fondamentale per contrastare l'abbassamento termico successivo all'induzione dell'anestesia.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	L'ipotermia accidentale perioperatoria ($T_{Core} < 36^{\circ}C$) modifica il metabolismo e gli effetti clinici della maggior parte dei farmaci usati in anestesia contribuendo ad aumentare l'incidenza di complicanze infettive, di eventi ischemici cerebro-vascolari ed emorragici. Nel complesso determina un prolungamento dei tempi di recupero post-anestesia e della degenza ospedaliera, con conseguente aggravio dei costi sostenuti dall'ospedale per la gestione del paziente chirurgico.
4. Conoscenze disponibili	Le Linee Guida e le Buone Pratiche Cliniche (BPC) sono uno strumento di supporto decisionale finalizzato a consentire che, fra opzioni alternative, sia adottata quella che offre un migliore bilancio fra benefici ed effetti indesiderati, tenendo conto della esplicita e sistematica valutazione delle prove disponibili.

5. Razionale	In questo contesto si inseriscono le BPC SIAARTI (Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva) sulla normotermia perioperatoria con lo scopo di diffondere ed uniformare il monitoraggio della temperatura centrale in anestesia generale e loco-regionale correggendo un fattore di rischio importante e spesso sottovalutato. L'articolo 5 della Legge n.24 dell'8 marzo 2017 (cd. Legge "Gelli-Bianco") disciplina le buone pratiche clinico-assistenziali e le raccomandazioni previste dalle Linee Guida. Viene inoltre ribadito che in mancanza di raccomandazioni gli esercenti le professioni sanitarie devono osservare le buone pratiche clinico-assistenziali.
6. Obiettivi specifici	Obiettivo principale dello Studio è quello di incentivare le BPC sulla normotermia perioperatoria.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	Il progetto osservazionale "normotermia in regione Sicilia" è stato avviato in tre ospedali di riferimento della regione Sicilia. Vede protagoniste le società scientifiche SIAARTI ed HCRM (Hospital & Clinical Risk Managers), regolarmente iscritte nell'Albo delle società scientifiche e associazioni tecnico-scientifiche delle professioni sanitarie ai sensi del DM 2 agosto 2017, con lo scopo di incentivare le BPC sulla normotermia perioperatoria.
8. Intervento/i	È stato previsto lo sviluppo di una serie fasi consequenziali: - Monitoraggio iniziale: verifica dello stato dell'arte nelle tre strutture ospedaliere partecipanti attraverso uno studio osservazionale condotto per un'intera settimana su tutti gli interventi chirurgici di una o due sale operatorie. Sono state visionate le procedure in atto, la compliance alle BPC e la frequenza di ipotermia accidentale riscontrata durante l'intervento chirurgico fino alla dimissione dal BO senza modificare le abitudini degli operatori sanitari. Il campione di questa fase è pari a 84 pazienti. - Formazione degli operatori sanitari con incontri dedicati al fine di sensibilizzare sulla tematica specifica ed illustrare il protocollo operativo. - Monitoraggio sperimentale: nuova analisi osservazionale nei medesimi reparti campione per verificare gli eventuali miglioramenti ottenuti in termini comportamentali e di frequenza di ipotermia accidentale con l'implementazione di un protocollo (uso corretto dei dispositivi per il riscaldamento del paziente ed utilizzo di copertina upperbody o underbody a seconda della tipologia di intervento chirurgico). Il campione di questa fase è pari a 70 pazienti.
9. Studio dell'intervento/i	Studio osservazionale condotto al <i>Tempo 0</i> (Monitoraggio iniziale) e al <i>Tempo 1</i> (Monitoraggio sperimentale) tra il 2018 e il 2019 e concluso nel 2020 con l'approvazione del disegno di legge sulla "Normotermia" n. 683/A dall'Assemblea regionale siciliana.
10. Indicatori	Percentuale riscaldamento preoperatorio Percentuale riscaldamento Intraoperatorio Percentuale riscaldamento postoperatorio Percentuale ipotermia a 30 minuti dall'inizio dell'intervento chirurgico Percentuale ipotermia a fine intervento chirurgico Percentuale ipotermia alla dimissione dalla recovery room
11. Analisi	Analisi descrittiva della fase di prewarming, intraoperatoria e postoperatoria degli interventi chirurgici nel monitoraggio iniziale (N=84) e sperimentale (N=70). Analisi bivariata tra i monitoraggi e le variabili relative al riscaldamento nelle diverse fasi dell'intervento chirurgico. Modello di regressione logistica multivariabile.

12. Aspetti etici	Lo studio rispetta i requisiti relativi al valore scientifico e sociale, alla giustizia nella selezione dei pazienti e al rapporto favorevole fra rischi e benefici. Dichiarazione conflitto di interesse: NESSUNO
--------------------------	--

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Si rimanda all' ALLEGATO 2 (analisi descrittiva campione), 3 (analisi descrittiva della fase di prewarming, intraoperatoria e postoperatoria), 4 (Frequenza pazienti ipotermici nel monitoraggio iniziale e sperimentale), 5 (Analisi bivariata) e 6 (Modello di regressione logistica multivariabile).

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	Lo Studio osservazionale "normotermia perioperatoria nella regione Sicilia" offre informazioni importanti che facilitano la comprensione dei processi e delle dinamiche inerenti l'ipotermia perioperatoria. L'implementazione del protocollo operativo, che passa attraverso l'estensione in multicentrico del progetto osservazionale in altre regioni d'Italia, porterebbe a solide prove di efficacia clinica proiettate verso l' Evidence-based medicine. I dati raccolti durante il progetto osservazionale hanno dimostrato che l'applicazione del protocollo permette una sostanziale riduzione dell'ipotermia accidentale perioperatoria alimentando una corretta Patient Safety. Inoltre, a sostegno della rilevanza dei risultati raggiunti l'Assemblea regionale siciliana ha approvato il 3 giugno 2020 il disegno di legge sulla "Normotermia" n. 683/A pubblicato sul Supplemento Ordinario n.1 della Gazzetta Ufficiale della Regione Sicilia N. 38 - 10 Luglio 2020.
15. Interpretazione	Sono stati analizzati i probabili impatti sull'impiego di risorse del sistema sanitario derivante dall'implementazione sistematica del protocollo. L'analisi si basa su una stima delle attuali <i>current practice</i> in termini di monitoraggio e mantenimento della temperatura nelle sale operatorie siciliane e valuta quale sarebbe l'impatto sul budget del servizio sanitario regionale se fosse applicato in modo sistematico il protocollo per la normotermia. Si stima che attualmente viene sottoposta a riscaldamento una quota pari al 17% dei pazienti operati (intervento superiore a 30 min). Dai dati emerge che spesso i pazienti sono trattati con device considerati poco efficienti e che non rientrano fra quelli previsti dal protocollo. Si ipotizza uno scenario futuro, con un orizzonte temporale di tre anni, nel quale vengono riscaldati l'85% dei pazienti operati con sistemi di riscaldamento individuati dal protocollo. L'aumento previsto del numero di pazienti monitorati e riscaldati con i device considerati dal protocollo determina un incremento della spesa per il servizio sanitario regionale di oltre 4 milioni di euro. Tuttavia, questo aggravio risulta più che compensato dal contenimento dei costi associato alla riduzione degli eventi avversi associati all'ipotermia accidentale, pari a 14,7 milioni di euro. Complessivamente il risparmio conseguibile dall'applicazione del protocollo per la normotermia è di circa 10,5 milioni di euro.

16. Limiti	Il limite principale di uno studio osservazionale è, per definizione, l'impossibilità di randomizzare gli individui nei gruppi a confronto inoltre non consente di fare inferenze tra le possibili cause e relazioni di tutte le variabili prese in considerazione. Il progetto è stato avviato in tre ospedali di riferimento della regione Sicilia, pertanto è auspicabile una maggiore cautela al fine di poter generalizzare i risultati. È in programma l'estensione in multicentrico in altre regioni italiane per una visione maggiore, omogenea e dettagliata del fenomeno. Altri limiti sono strettamente legati a caratteristiche strutturali ed organizzative: l'assenza di sale di preparazione può rendere infatti difficile l'effettuazione del preriscaldamento anche se lo stesso può essere svolto subito dopo il posizionamento del paziente sul letto operatorio. Pertanto il protocollo operativo deve essere contestualizzato nella realtà ospedaliera di tutti i giorni, analizzando gli eventuali limiti strutturali presenti. Per mantenere la normotermia è necessario che nei blocchi operatori siano presenti le unità di riscaldamento in numero appropriato. È dunque importante assicurare fornitura continuativa delle coperture in numero e modelli adeguati alle esigenze operatorie, ad esempio la coperta underbody è particolarmente indicata per gli interventi di chirurgia maggiore con durata dell'intervento superiore alla media.
17. Conclusioni	Come già riportato nella Raccomandazione Ministeriale n. 3 nell'ambito della checklist in sala operatoria gli obiettivi si possono raggiungere solo con la piena collaborazione di tutto il personale sanitario (anestesisti, chirurghi, infermieri, ecc.) che deve essere correttamente formato e sensibilizzato sul tema della gestione della temperatura centrale del paziente. I dati raccolti mostrano che la percentuale elevata di pazienti in ipotermia si sia riscontrata nei primi 30 minuti dall'inizio degli interventi chirurgici, dimostrando che la fase di preriscaldamento è fondamentale per contrastare l'abbassamento termico successivo all'induzione dell'anestesia. Infine è fondamentale sottolineare come una corretta gestione della normotermia perioperatoria sia strettamente correlata al monitoraggio continuo della temperatura centrale del paziente. Solo evidenziando il fenomeno è possibile poter apportare interventi correttivi di tipo proattivo alle problematiche riscontrate durante l'analisi di contesto. Pertanto il monitoraggio deve essere fatto su tutte le tipologie di pazienti tenendo presente i principali fattori di rischio: tipologia di intervento chirurgico e durata prevista dello stesso, tipologia di anestesia, classe A.S.A. e rischio cardiovascolare. L'aumento della complessità di azioni sanitarie ha determinato negli anni un crescente aumento del rischio, inteso come probabilità per il paziente di incorrere in un evento avverso prevenibile o non prevenibile. Gli errori possono causare serie ripercussioni sulla qualità delle cure e sulla tutela degli operatori sanitari rappresentando una minaccia dal forte impatto negativo sulla sicurezza del paziente che si ripercuotono sui costi umani ed economici. Lo sviluppo di una "cultura del rischio" orientata alla prevenzione e all'approccio metodologico è necessaria per incrementare la convinzione che gli errori, opportunamente rilevati ed analizzati, rappresentano una concreta opportunità di miglioramento.

ALTRE NOTE

--

TITOLO DEL PROGETTO

“AIUTARE CHI AIUTA” - Un progetto di miglioramento a supporto degli operatori sanitari nell’epidemia Covid-19

ORGANIZZAZIONE

APSS Trento

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Elena Bravi
RUOLO	Direttore Area Salute Mentale
E-MAIL	elena.bravi@apss.tn.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

APSS Trento

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	“AIUTARE CHI AIUTA” Un progetto di miglioramento a supporto degli operatori sanitari nell’epidemia Covid-19
2. Abstract	All’insorgere dell’emergenza Covid-19 la nostra Azienda, APSS Trento, convinta che un’azienda sanitaria in situazione di emergenza pandemica debba farsi carico e dare risposta tempestiva e coordinata sia ai bisogni pratici (es. alloggi sicuri), sia al disagio emotivo e psicologico dei propri operatori (paura, ansia, sensazione di impotenza, etc), ha prontamente avviato un progetto di supporto per operatori sanitari, pazienti e famigliari, costruito per dare risposta alle criticità da subito emerse nel territorio locale, sulla base di quanto osservato nelle zone già duramente colpite nelle regioni confinanti e delle indicazioni della letteratura scientifica. Il progetto, adattandosi alle esigenze ed alla complessità degli eventi subentranti nel corso dell’epidemia, si è sviluppato articolandosi su tre punti cardine: 1. Supporto psicologico con riconversione coordinata delle attività dell’UOC di Psicologia dell’Azienda Sanitaria 2. Supporto logistico con messa a disposizione dei dipendenti di alloggi, appartamenti e stanze d’hotel 3. Costruzione di una casella mail dedicata alla narrazione delle “storie” dei sanitari Cronologia: 3 marzo 2020 primo caso di positività sul nostro territorio, 12 marzo 2020 primo decesso per Covid-19, 13 marzo 2020 istituzione, da parte della Direzione Aziendale, del Nucleo di Supporto COVID dedicato alle équipe di cura ed agli operatori di APSS, in collaborazione con le Direzioni Mediche, il Servizio delle Professioni Sanitarie e l’UOC di Psicologia, con attivazione di un numero telefonico e indirizzo mail dedicato, attraverso cui raccogliere le richieste 7 giorni su 7. Il lavoro sinergico di programmazione, strutturazione e implementazione costante del Nucleo Supporto Covid ha mostrato essere efficace e riproducibile, oltre che fortemente orientato all’umanizzazione delle cure.

INTRODUZIONE

3. Descrizione del problema	All’insorgere della pandemia APSS ha avuto la necessità di riorganizzare rapidamente i propri servizi per dare risposta tempestiva alle esigenze emergenti, e in gran parte non conosciute, determinate dal rapido diffondersi dell’epidemia. Questi cambiamenti rapidi e minacciosi hanno ingenerato, nella popolazione generale, ma ancor più negli operatori sanitari, improvvisi sentimenti di paura, ansia, perdita di controllo, disturbi del sonno, disturbi dell’adattamento. A questo si sono spesso associati sentimenti di inadeguatezza legati ai cambiamenti di mansione, di mandato professionale, di reparto, oltre a timori per il possibile contagio dei propri cari, stanchezza e
------------------------------------	--

	fatica, che hanno prodotto elevati livelli di distress, soprattutto in chi era impegnato in “prima linea”.
4. Conoscenze disponibili	Riferimenti significativi all'avvio del progetto: Maunder, R. G. et al., <i>Applying the lessons of SARS to Pandemic Influenza, An evidence-based approach to mitigating the stress experienced by healthcare workers</i>, Canadian Journal of Public Health, Nov/Dec 2008, 99, 6.; Andria, A. et al., <i>Resilience training for hospital workers in anticipation of an influenza pandemic</i>, Journal of continuing education in the health professions, 31(1). 15-20, 2011; Missouri Department of health and senior services psychosocial services preparedness annex, <i>Pandemic Influenza Plan - Psychosocial services preparedness</i>, Sept 2018; Vaughan, E., Tinker, T., <i>Effective health risk communication about pandemic influenza for vulnerable populations</i>, American Journal of Public Health, suppl2, 2009,99, S2; Riferimenti in corso d'opera: Rogers JP, Chesney E et al, <i>Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic</i>. Lancet Psychiatry 2020; published online May 18. Holmes EA, O'Connor RC et al, <i>Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: a call for action for mental health science</i>, Lancet Psychiatry 2020; published online April 15. Kang L. et al., <i>Impact on mental health and perceptions of psychological care among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study</i>, Brain, Behavior, and Immunity, Article in press. Lai J., et Al., <i>Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019</i>, Jama Network Open, 3, March 2020. Zhenyu L., Jingwu, G., et al., <i>Vicarious traumatization in the general public, members, and non- members of medical teams aiding in COVID-19 control</i>, Brain, Behavior, and Immunity, Article in press.
5. Razionale	Tra le varie situazioni di emergenza, le emergenze collettive e in particolare quelle sanitarie, rivestono particolari caratteristiche capaci di scatenare sentimenti di paura, angoscia e distress. Tali sentimenti, presenti nella popolazione generale si rilevano con particolare intensità e frequenza negli operatori sanitari, direttamente esposti. Per questo APSS si è attivata sinergicamente, Direzione Aziendale e UOC di Psicologia, mettendo a disposizione conoscenze, strumenti, risorse umane e logistiche ed adattandole alle esigenze e strutturazione locale. In modo funzionale all'articolazione coordinata dei singoli interventi è stata inoltre istituita una “Cabina di regia” con funzioni di coordinamento e monitoraggio dell'iniziativa composta da: Direttore UOC Psicologia; Responsabile Comunicazione; Responsabile Servizio Formazione; Direttore Amministrativo dell'Azienda Sanitaria.
6. Obiettivi specifici	Dare risposte rapide, concrete ed efficaci ai bisogni psicologici e di riorganizzazione dello stile di vita e familiare degli operatori sanitari e della popolazione colpita dall'emergenza Sars-Covid 19. Nello specifico, e in accordo con le indicazioni fornite e condivise dalla comunità scientifica, ci si è dati l'obiettivo di: migliorare la resilienza ad un evento straordinario attraverso interventi volti a promuovere strategie di coping/adattamento individuali, gruppali ed organizzative. Sostenere e favorire la fiducia degli operatori nei confronti dell'Istituzione di appartenenza, come elemento protettivo. Monitorare e ridurre lo stress dei sanitari, in senso preventivo. Garantire uno scambio virtuoso di conoscenze, favorendo la comunicazione tra UUOO. Supportare l'autoefficacia e la percezione della propria competenza negli operatori.

Monitorare il rimansionamento dei gruppi di lavoro e degli individui, supportando l'adattamento al cambiamento di funzioni.

METODI

7. Contesto	Il nostro contesto sanitario si compone di una rete ospedaliera (n.7) e una rete territoriale, ad alta integrazione. Al momento dell'avvio del progetto, un Ospedale e un Hospice aziendale sono stati interamente convertiti in strutture Covid-dedicate. Negli altri presidi ospedalieri si sono ampliati i numeri e i posti letto delle terapie intensive e riconvertiti settori di alcune UU.OO. con relativo personale e migrazione di personale esterno a tali unità. E' stata anche riorganizzata la rete assistenziale territoriale (ADI/ADICP), adeguando le procedure di accesso a domicilio e di utilizzo delle strumentazioni e dei mezzi.
8. Intervento/i	La Cabina di regia ha costituito sottogruppi di lavoro dedicati a: 1. Supporto psicologico; 2. Assegnazione alloggi; 3. Raccolta delle "storie" degli operatori impegnati nell'emergenza. Per i punti 1. e 2. è stato creato un unico indirizzo email di riferimento, con personale dedicato alla raccolta, all'analisi e allo smistamento delle richieste, sette giorni su sette. Una casella email a parte è stata attivata per l'invio delle "storie" degli operatori. Individuata la struttura di base e le procedure per richiedere il supporto, il Nucleo è stato subito presentato alle Direzioni di UUOO degli ospedali di riferimento (n.7), con incontri in presenza o in videoconferenza. L'UO di Psicologia è stata quasi completamente riconvertita: i singoli professionisti hanno espresso la propria disponibilità per supporto online, face-to-face o via telefono mettendo a disposizione le proprie competenze specifiche, suddividendosi in aree: interventi sul trauma, supporto alla genitorialità, supporto al lutto, gestione gruppi. L'assegnazione delle richieste al singolo professionista avveniva attraverso il sottogruppo di coordinamento psicologico composto dal Direttore dell'UOC di Psicologia e due dirigenti psicologi dell'area ospedaliera, che eseguivano quotidianamente l'analisi della domanda e inviavano al collega più rispondente. Le richieste individuali sono state sempre evase nell'arco delle 24h e gli interventi si sono articolati in più colloqui. Al primo colloquio veniva compilata una scheda di accesso on line per la raccolta di dati anagrafici, sintomi e richieste dell'operatore sanitario. Gli interventi gruppali (debriefing, elaborazione dell'esperienza, sostegno nell'emergenza) sono stati concordati con il Coordinatore infermieristico del singolo reparto richiedente, si sono svolti in presenza, secondo i criteri di tutela e rispetto delle norme di sicurezza. Il gruppo dedicato alla logistica, composto da operatori del servizio formazione, della direzione aziendale e del servizio professioni sanitarie, si occupava dell'assegnazione di alloggi sicuri, fuori dalla famiglia, per consentire di continuare a lavorare in serenità.
9. Studio dell'intervento/i	Follow up con questionari di gradimento a conclusione del progetto per la componente logistica e valutazione di efficacia dell'intervento psicologico a tre mesi dalla chiusura (work in progress).
10. Indicatori	Gli indicatori valutati per l'intervento sono stati: 1. Accessibilità al servizio 2. Tempestività della risposta; 3. Numero di richieste evase sul totale pervenuto;

	4. Gradimento In particolare: Per gli interventi individuali: riduzione dei sintomi, aumento del benessere soggettivo, feedback dell'operatore/utente. Per gli interventi gruppal: coesione del gruppo, gestione della conflittualità, capacità di esprimere le emozioni, senso di appartenenza, significato attribuito al proprio lavoro.
11. Analisi	Per gli interventi di supporto psicologico è stata effettuata un'analisi di statistica descrittiva. A conclusione del Progetto si è provveduto a valutare il gradimento delle soluzioni logistiche e del supporto psicologico fornite agli operatori con invio telematico di un questionario, Per la valutazione di efficacia è in corso di elaborazione con l'invio, a tre mesi dalla chiusura, di un questionario che fornisca informazioni sulla variazione dei parametri rilevati al primo colloquio. E' stato anche valutato Il gradimento degli alloggi fruiti dagli operatori sanitari, mediante questionario. E' stato infine valutato il gradimento espresso indirettamente dagli operatori o dai cittadini via mail, attraverso i mass media, in presenza.
12. Aspetti etici	Gli aspetti legati alla riservatezza e alla privacy sono stati considerati e gestiti secondo procedure aziendali. Il Comitato Etico Aziendale ha inoltre raccomandato, attraverso un documento specifico sull'emergenza Covid, di tener conto degli aspetti emotivi e del distress morale degli operatori. Aspetti, questi, ben presidiati dal nostro Progetto. Non sono rilevabili conflitti di interesse.

RISULTATI

	1. Il "Nucleo Supporto Covid", ha dato risposta a tutte le richieste di supporto psicologico individuali pervenute, evase entro le 24h da 17 psicologi. Degli operatori che hanno fruito individualmente del gruppo di supporto psicologico (n. 47) il 25,53% ha avuto necessità di un invio specialistico-clinico od organizzativo. Tutti gli altri sono stati presi in carico con interventi di supporto psicologico focale breve. Gli interventi gruppal di sostegno e debriefing alle Equipe di cura (Terapie Intensive, Malattie Infettive, Medicina ad altà intensità e Pneumologia) sono stati 34, per circa 400 operatori, ed hanno coinvolto 9 psicologi. Alle richieste è stata data risposta in 24h e organizzati i gruppi entro 7 giorni. L'intervento degli psicologi è stato inoltre rivolto ad accrescere le competenze degli operatori nella gestione delle comunicazioni di aggravamento o di lutto (telefoniche o in videochiamata) con i familiari dei pazienti. Sono state costruite 4 griglie rielaborando ed adattando all'attuale contesto, indicazioni per: la comunicazione delle cattive notizie, il contenimento delle reazioni da lutto traumatico, la gestione del distress degli operatori, nonché la gestione della comunicazione con i bambini e il supporto genitoriale. Nel procedere dell'emergenza, l'offerta di supporto psicologico è stata rapidamente estesa anche ai pazienti Covid+ ed ai loro familiari, sia in situazione di ospedalizzazione, che a domicilio. Sono stati seguiti n. 43 Pazienti Covid+ e familiari, segnalati dai sanitari del territorio per la presa in carico soprattutto di vissuti di solitudine, abbandono, separazione traumatica dai familiari, lutti complicati e sintomi riconducibili a sindromi post traumatiche. 2. Contestualmente all'intervento psicologico, il "Nucleo di supporto Covid" aziendale ha avviato una specifica collaborazione con la Protezione Civile locale e messo a disposizione delle stanze per gli operatori,
--	---

13. Risultati	Nell'evoluzione del progetto si sono affiancati alla Protezione Civile locale soggetti privati ed albergatori, che hanno messo a disposizione dei sanitari, gratuitamente, alloggi e stanze d'hotel. Sono pervenute 130 richieste di alloggio, tutte prese in carico dal Nucleo Supporto Covid. Di queste, 75 dipendenti ne hanno realmente usufruito. I restanti 55 sono rimasti presso il loro domicilio avvalendosi del sostegno del Nucleo. 3. Per documentare la qualità e l'intensità del lavoro svolto quotidianamente e per favorire una consapevolezza condivisa tra operatori, all'indirizzo mail "Storie" sono arrivate 47 testimonianze (racconti, narrazioni, poesie etc.) successivamente analizzate da un gruppo di esperti. Alcune sono già state pubblicate sulla intranet aziendale e sui canali social (twitter e facebook). Si sta inoltre realizzando la pubblicazione di un volume "ad hoc".
----------------------	--

DISCUSSIONE

14. Sommario	Punti di forza del progetto sono stati: la tempestività nel riconoscimento del distress degli operatori, la rapida organizzazione della rete di supporto, l'elevata motivazione del gruppo "Nucleo di Supporto", il livello di coordinamento e di integrazione dei servizi attivati, la specificità delle risposte alle richieste portate, la diffusa accessibilità al servizio proposto, la capillarità dell'informazione, la produzione e diffusione, da parte degli specialisti psicologi, di strumenti per facilitare gli operatori nelle comunicazioni e relazioni complesse e la "presenza dell'azienda" in un momento difficilissimo sia sul piano personale, che su quello professionale.
15. Interpretazione	Il Progetto "Nucleo di Supporto Covid" risponde alle indicazioni di letteratura per il supporto al personale negli eventi pandemici. Dato il basso costo dell'iniziativa e l'elevato impatto in termini sia di gradimento del personale, che di benessere soggettivo, oltre che l'assenza di rischi e/o "effetti collaterali", riteniamo questo Progetto ad elevato rapporto costo-opportunità.
16. Limiti	a. Il Progetto può essere riprodotto nelle Aziende Sanitarie in cui si possa contare su una Struttura aziendale di Psicologia e su buone collaborazioni territorio ospedale e interscambio con soggetti terzi (es albergatori, imprenditori nel settore alimentare, privati cittadini etc.). b. Il progetto è stato adeguato, per l'analisi dei risultati, in corso d'opera posticipando il follow-up. Si è data, infatti, priorità al rispondere repentinamente ed efficacemente ai bisogni psicologici e logistici degli operatori e della popolazione.
17. Conclusioni	Il lavoro sinergico di programmazione, strutturazione, realizzazione ed implementazione costante del Progetto "Nucleo di Supporto Covid" ha mostrato essere utile, efficace e riproducibile, oltre che fortemente orientato all'umanizzazione delle cure e al supporto organizzativo degli operatori sanitari. Ne è prova la richiesta, partita dagli stessi operatori sanitari con il ripresentarsi dell'emergenza, di riattivazione del Nucleo Supporto Covid che ha ripreso, quindi, in pieno le proprie funzioni dal novembre 2020. Tutelare le risorse umane di un'azienda sanitaria, che in queste situazioni rappresentano il bene più prezioso e più difficilmente sostituibile, risulta di fondamentale importanza sia per la qualità di vita degli stessi operatori, sia per la qualità e l'efficacia delle cure da loro prestate, sia, infine per l'immagine dell'organizzazione sanitaria.

TITOLO DEL PROGETTO

***Approccio multidisciplinare per il contenimento della
pandemia covid-19: gestione del paziente cronico a livello
territoriale***

ORGANIZZAZIONE

ASL 2 - Savona

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Marco Bessero
RUOLO	Direttore
E-MAIL	m.bessero@asl2.liguria.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ASL 2 SAVONA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Approccio multidisciplinare per il contenimento della pandemia covid-19: gestione del paziente cronico a livello territoriale
2. Abstract	Integrazione delle diverse figure professionali sanitarie finalizzata all'attuazione di una strategia comune mirata a garantire la continuità terapeutico-assistenziale per i pazienti affetti da patologia cronica ed in terapia con farmaci innovativi sottoposti a monitoraggio

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Garantire la prosecuzione delle attività sanitarie in sicurezza per tutti: operatori sanitari e pazienti
4. Conoscenze disponibili	La contagiosità e la letalità del virus, specialmente nei confronti di pazienti anziani e/o con comorbidità, ha creato una situazione emergenziale senza precedenti. Le conoscenze disponibili riguardo alle terapie e alla gestione dei contagi si sono rivelate solo parzialmente efficaci nell'affrontare la situazione.
5. Razionale	È stato sempre garantito il corretto funzionamento della struttura, ponendo come obiettivo primario la tutela della salute del paziente, cercando di educarlo ed informarlo sui dovuti comportamenti da adottare sia all'interno, sia all'esterno del presidio sanitario. Tale attività di informazione è stata portata avanti da tutto il personale dirigente e di comparto in maniera chiara ed esplicativa, in modo da cercare di limitare comportamenti errati che avrebbero potuto provocare un aumento dei contagi.
6. Obiettivi specifici	Garantire la continuità terapeutico-assistenziale per i pazienti affetti da patologia cronica ed in terapia con farmaci innovativi sottoposti a monitoraggio.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	Gestione della pandemia da SARS-CoV-2 all'interno di una struttura sanitaria aperta al pubblico.
8. Interventi/i	Durante l'emergenza il medico ha assunto un ruolo chiave nel determinare, attraverso il pre-triage telefonico, utilizzando modulo standardizzato (vedi allegato 1), il controllo della diffusione dei contagi all'interno della struttura. Questa procedura consente di erogare le prestazioni sanitarie urgenti ai pazienti che presentano almeno uno dei sintomi riportati nel questionario, secondo la seguente procedura: - il paziente viene ricontattato dallo specialista che comunica data e ora della prestazione che verrà effettuata al termine di tutte le altre in un ambiente dedicato con percorsi di accesso alla struttura separati, adottando le misure di protezione necessarie; oppure - dopo consenso del paziente potrà essere effettuata la richiesta di tampone nasofaringeo per la diagnosi molecolare della presenza di COVID-19, propedeutico all'erogazione della prestazione. La richiesta viene inviata alla S.C. Igiene e Sanità pubblica tramite richiesta telematica evidenziandone la priorità di esecuzione. Il personale infermieristico si è occupato e si occupa di confermare l'idoneità dei pazienti attraverso la verifica del talloncino rilasciato al momento dell'accesso alla struttura. Procede al successivo triage con modulo standardizzato Verifica, inoltre, il corretto utilizzo dei DPI (mascherina) e dell'avvenuta igienizzazione delle mani tramite gel alcolico. I farmacisti territoriali ed ospedalieri hanno garantito le forniture di farmaci, dispositivi medici ed alimenti agli aventi diritto, utilizzando i DPI necessari per effettuare l'erogazione in sicurezza. Tra le misure adottate per ridurre gli assembramenti negli orari della distribuzione si è scelto di attuare un dilazionamento degli accessi tramite appuntamenti telefonici impostati su fasce orarie definite. E' stato predisposto un coordinamento con i MMG per l'attuazione di terapie domiciliari per ridurre gli accessi ai nosocomi.
9. Studio dell'intervento/i	L'approccio scelto per la valutazione dell'impatto dell'intervento è stato quello di accertare la continuità del servizio. Nello specifico non è stata rilevata alcuna chiusura di ambulatori specialistici e dei punti di distribuzione per farmaci, dispositivi ed alimenti a causa della pandemia.
10. Indicatori	Il successo delle operazioni eseguite è evidenziabile con i risultati tangibili ottenuti: - l'efficacia e l'appropriatezza delle misure messe in atto hanno permesso di evitare la sospensione delle attività durante l'emergenza; - l'efficienza del personale a gestire una situazione nuova e imprevedibile;

	- la soddisfazione dei pazienti derivante dalla continuità del servizio erogato; - l'ottima partecipazione degli utenti alle attività di prevenzione proposte.
11. Analisi	L'accesso al servizio della distribuzione diretta è stato garantito per la totalità degli assistiti (278), registrando solo una leggera flessione negativa (-2,75%) confrontando gli accessi del semestre aprile-settembre 2019 con il medesimo periodo del 2020.
12. Aspetti etici	È importante sottolineare che Le procedure attuate dal personale sanitario al fine di ottenere gli obiettivi prefissati, hanno tenuto in considerazione l'aspetto psicologico degli assistiti cercando di rassicurarli e sostenerli.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Blocco degli accessi alla struttura sanitaria Per riattivare l'accesso alla struttura è stata istituita una postazione di triage centralizzato (controllo della temperatura e rilascio del talloncino di idoneità all'accesso) Riorganizzazione degli accessi ambulatoriali: triage telefonici iniziali per la valutazione della gravità del quadro clinico dell'assistito. Visite urgenti in presenza attuate secondo protocollo Riorganizzazione del servizio di distribuzione dispositivi ed alimenti concordata previo contatto telefonico Assunzione di personale straordinario Grazie alle strategie attuate l'intera struttura è stato in grado di garantire il servizio a tutti gli utenti in maniera efficace e continuativa.
----------------------	---

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	L'attuazione della procedura ha permesso di implementare l'educazione clinico terapeutica dell'assistito in modo da aumentare la consapevolezza e la sensibilità nei confronti dell'epidemia.
15. Interpretazione	La limitazione del diffondersi del virus attraverso l'utilizzo delle pratiche sopra descritte è confermato dalla letteratura e dagli organi di controllo di riferimento (ISS, OMS, AIFA). Il raggiungimento degli obiettivi prefissati ha coinvolto un numero elevato di utenti, ma abbiamo riscontrato una difficoltà gestionale per l'utilizzo dei DPI e gel igienizzanti per una ristretta cerchia di assistiti (anziani, persone con disabilità, malati, bambini). Tuttavia si è rilevato un ampio margine di gradimento per le attività di prevenzione proposte atte a garantire la sicurezza e la tutela della persona.
16. Limiti	Nelle prime fasi dell'emergenza, una delle problematiche riscontrate è stata la difficoltà a reperire i DPI, i termoscanner e i gel igienizzanti oltre che a tutti i dispositivi necessari a garantire le corrette operazioni come previsto dalla procedura.

	Tutto ciò è stato possibile grazie all'impiego delle risorse economiche messe a disposizione per la pandemia.
17. Conclusioni	I risultati ottenuti, dopo diverso tempo dall'applicazione delle misure previste nel protocollo di sicurezza, lasciano positivi sbocchi per futuri miglioramenti. L'insieme delle norme comportamentali può essere replicabile in qualsiasi struttura sanitaria e non, con il vantaggio di avere un costo di gestione relativamente basso ed un'alta percentuale di successo. Nell'evolversi dell'epidemia i dati a nostra disposizione continuano a mutare, è quindi lecito prevedere che potremo incrementare ulteriormente l'efficienza e l'efficacia delle misure, trovandone di nuove se il contesto lo richiederà. In una situazione emergenziale di tale portata, che mai si era verificata in tempi recenti, si è resa nota l'importanza di agire con rapidità per salvaguardare la salute di operatori ed assistiti, ponendola come obiettivo primario durante l'elaborazione delle procedure.

TITOLO DEL PROGETTO

L'offerta riabilitativa in tempo di Covid: portare la riabilitazione al malato e non il malato in riabilitazione

ORGANIZZAZIONE

ASL 3 - Genova

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Marina Simonini
RUOLO	Direttore SC Recupero e Rieducazione Funzionale Si ringrazia l'equipe di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Ospedale Villa Scassi: Dott Marisa Gardella, i fisioterapisti: Aglione Riccardo, De Bartolo Marina, Delle Piane Marina, Fontana Paola, Gandolfo Silvana, Gibaldi Maria, Gottingi Luca, Ottaviani Alessandra, Porru Patrizia, Pratissoli Maria Aurelia, Repetto Marzia, Sessarego Giuliano, Valeri Giuseppina, Cossu Elena, Sonaglio Gloria, Frosi Guido, Cusmano Renzo, logopedista Curti Marzia, infermiera Carelli Cristina.
E-MAIL	marina.simonini@asl3.liguria.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ASL 3 GENOVA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	L'offerta riabilitativa in tempo di Covid-19: portare la riabilitazione al malato e non il malato in riabilitazione
2. Abstract	In questo progetto si descrivono le strategie e le attività messe in atto dalla nostra Struttura Complessa per far fronte ai cambiamenti della richiesta riabilitativa verificatasi nel corso dell'emergenza Covid-19. E' stata nello specifico rimodulata l'attività di assistenza riabilitativa post-acuta in regime di ricovero e quella ambulatoriale territoriale per potenziare l'offerta riabilitativa nei reparti di degenza per acuti per pazienti Covid al fine di permettere una presa incarico precoce di questi pazienti trattando tempestivamente le complicanze polmonari dei pazienti più gravi e riducendo al minimo le complicanze dell'immobilità nei pazienti con forme più lievi. I dati registrati sulla presa in carico di questi pazienti evidenziano una prevalenza di trattamenti di durata medio breve con impiego di risorse elevate Un elemento di criticità è stato rappresentato dalla necessità di riconvertire in tempi rapidi terapisti abituati a lavorare in contesti non acuti al trattamento di pazienti complessi e altamente instabili.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	L'emergenza Covid-19 ha reso necessaria una riorganizzazione dell'offerta sanitaria a tutti i livelli, compreso quello riabilitativo. Era necessario: mantenere l'operatività del settore riabilitativo per continuare ad erogare le cure a pazienti affetti da esiti di malattie acute o croniche non Covid suscettibili di miglioramento; fronteggiare l'aumento rapido di richieste di riabilitazione in pazienti ricoverati per Covid. La nostra struttura si è adoperata a questo scopo cercando di rispondere in tempi rapidi alle nuove richieste e di perseguire l'obiettivo nel rispetto delle precauzioni necessarie a tutelare gli operatori e pazienti non affetti da Covid-19 dal diffondersi dell'infezione.
4. Conoscenze disponibili	- Chinese Association of rehabilitation Medicine; Respiratory rehabilitation committee of Chinese Association of Rehabilitation Medicine; Cardiopolmonary rehabilitation Group of Chinese Society of Physical Medicine and Rehabilitation. PMID: 32125127DOI: 10.3760/cma.j.cn112147-20200228-00206 - Indicazioni per la fisioterapia respiratoria in pazienti con infezioni da Covid-19 (doc. di ArIR) - Effect and enlightenment of rehabilitation medicine in COVID-19 management JIANAN LI European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2020 Apr 24 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06292-9 Article type: Special Article © 2020 EDIZIONI MINERVA MEDICA - Presa in carico Riabilitativa del Paziente COVID-19: - Protocollo P.A.R.M.A. (ver.4 del 25/05/2020) Servizio Sanitario Regionale Emilia Romagna - Rapporto ISS COVID-19 □ n. 2/2020

	Impact of COVID-19 outbreak on rehabilitation services and Physical and Rehabilitation Medicine (PRM) physicians' activities in Italy. An official document of the Italian PRM Society (SIMFER). Paolo BOLDRINI, Andrea BERNETTI, Pietro FIORE European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine 2020 Mar 16 DOI: 10.23736/S1973-9087.20.06256-5 Article type: Special Article © 2020 EDIZIONI MINERVA MEDICA
5. Razionale	Sono stati analizzati: l'andamento delle richieste di riabilitazione provenienti dai vari setting riabilitativi; i dati di letteratura in ambito riabilitativo (scarsi nei primi mesi di pandemia); l'osservazione del comportamento di regioni che prima di noi avevano subito l'impatto epidemico. Sulla base di queste osservazioni sono stati individuati: criteri generali di prioritarizzazione nei diversi setting erogativi; modalità di riorganizzazione delle risorse e dei setting riabilitativi; modalità di formazione del personale. Tutto al fine di dare impulso all'attività riabilitativa nel Presidio Ospedaliero, sede dei reparti per acuti e di Rianimazione ed emergenza.
6. Obiettivi specifici	Obiettivo principale: incrementare con le risorse disponibili il numero di pazienti seguiti nei reparti. Singoli obiettivi specifici: - Motivare all'attività nei reparti Covid-19 anche i fisioterapisti del Servizio che abitualmente non erano operativi nelle aree di terapia intensiva e subintensiva - Reclutare e motivare i fisioterapisti ambulatoriali ad attività per loro inusuali e ad elevato rischio (nonostante un buon numero di fisioterapisti presentasse fattori di rischio quali età avanzata, comorbidità, sgravio dei carichi, terapie immunosoppressive che impedivano lo svolgimento della mansione nei reparti Covid-19) - Formare i fisioterapisti non abituati a lavorare in contesti per acuti o non avvezzi alla riabilitazione di pazienti critici con insufficienza respiratoria - Creare un'identità di gruppo per consentire il reciproco supporto dei fisioterapisti durante il difficile lavoro nei reparti Covid-19 (chat per lo scambio di informazioni, riunioni quotidiane prima dell'inizio dei turni di lavoro) - Consentire, ove possibile, un turn over dei fisioterapisti operanti nei reparti a maggior carico fisico e psicologico - Garantire il supporto psicologico in casi specifici

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Le scelte operative che hanno portato alla riorganizzazione dell'offerta hanno tenuto conto: del contesto strutturale/logistico; dei cambiamenti della domanda riabilitativa derivanti dall'emergenza Covid-19. Nel dettaglio: - La caratteristica del reparto di degenza post acuzie della SC localizzato lontano dal Presidio Ospedaliero (e quindi dalla Rianimazione e dai reparti di urgenza/emergenza); lo stabilimento dove è situata la degenza riabilitativa accoglie pazienti molto fragili e non permette la creazione di "percorsi sporchi e puliti" - La velocità di ascesa del picco epidemico che ha aumentato in maniera drammatica la richiesta di presa in carico riabilitativa per i pazienti affetti da Covid-19 nei reparti per acuti e un decremento delle richieste
--------------------	--

	riabilitative negli altri setting di trattamento (ricovero ordinario, DH, ambulatoriale). Sulla base di queste osservazioni, l'offerta della nostra SC. è stata così rimodulata (Tab 1): • Riduzione dei posti letto di ricovero riabilitativo ordinario per riservarli a pazienti acuti con esiti di traumi o malattie neurologiche acute • Riduzione delle attività ambulatoriali garantendo i trattamenti dei soli casi urgenti • Riduzione delle sedi in funzione (da 6 a 3). Prestazioni ambulatoriali dedicate alle sole urgenze (fascia U e B) e pazienti affetti da patologie croniche seguiti con modalità alternative (telemedicina...) • Potenziamento (con le risorse disponibili) delle attività di assistenza riabilitativa nei reparti per acuti, con particolare riferimento ai pazienti affetti da Covid-19. Riconversione a reparti Covid-19 dei posti letto dei reparti per acuti del Presidio ospedaliero presso cui opera il nostro servizio.
8. Intervento/i	• Spostamento delle risorse: alcuni fisioterapisti abitualmente in servizio negli ambulatori territoriali e un fisiatra attivo in DH sono stati spostati nel Servizio di riabilitazione del Presidio ospedaliero per acuti • Formazione del personale abituato a lavorare in altri contesti: il contesto di emergenza necessitava operatività in tempi rapidi; è stata quindi data priorità alla formazione sul campo affiancando ai nuovi fisioterapisti il personale esperto di Rianimazione e Pneumologia • Ridefinizione del ruolo del fisiatra nel Servizio; lo scarso numero di fisiatristi disponibili, la carenza di DPI e le caratteristiche dei pazienti trattati, consentivano la valutazione fisiatrica solo a casi specifici per lo più con l'obiettivo di verificare l'indicazione al trasferimento del paziente in riabilitazione postacuta. A tale scopo: condivisione con i direttori delle strutture per acuti i criteri di richiesta dell'intervento riabilitativo in loco e i criteri per il trasferimento presso il reparto di riabilitazione intensiva post-acuti
9. Studio dell'intervento/i	L'intervento dei fisioterapisti nei reparti per acuti è stato descritto attraverso l'analisi della documentazione clinica e amministrativa disponibile. Periodo di segnalazione pazienti: 28 marzo 2020-26 maggio 2020 Osservazione: 28 marzo-11 giugno. Reparti: Degenza Breve, Medicine, Neuro Covid-19, Pneumologia, Terapia intensiva/subintensiva Caratteristiche dei pazienti seguiti nei reparti: Covid-19 con polmonite; con complicanze neurologiche; senza interessamento polmonare; con positività ma ricoverati per altre patologie (es frattura di femore) Attività: valutazione, presa in carico riabilitativa, tipologia di trattamento Durata della presa in carico Impiego di risorse (Tab 2)
10. Indicatori	Per tenere sotto controllo, definire le caratteristiche delle prestazioni riabilitative e avere elementi relativi alle risorse utilizzate (anche per una futura pianificazione di attività riabilitative in contesti di analoga emergenza) sono stati considerati i seguenti indicatori: • Intensità del trattamento (impiego risorse/sedute) • Continuità del trattamento (n° sedute/periodo di presa in carico) (Tab3)

11. Analisi	L'analisi di questi indicatori ha evidenziato: - prevalenza di trattamenti con elevato impiego di risorse - elevato numero di prese in carico di breve durata La quota di trattamenti con sedute diluite nel tempo è piuttosto ridotta, i casi più rappresentati sembrano essere quelli di pazienti con 3-5 sedute settimanali.
12. Aspetti etici	La riorganizzazione del lavoro ha permesso di: - prendere in carico un maggior numero di pazienti affetti da Covid-19 ai quali sono state fornite cure riabilitative adeguate - alleviare il senso di isolamento e solitudine che colpisce i pazienti Covid-19 tramite la presenza di un fisioterapista durante il ricovero

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Il trattamento precoce anche in fase critica è perseguibile e tollerato ed è stato utile a trattare tempestivamente le complicanze polmonari dei pazienti più gravi e ridurre al minimo le complicanze dell'immobilità nei pazienti con forme più lievi. La necessità di trasferimento in riabilitazione intensiva post acuti è stata minore rispetto al previsto e solo nei casi di soggetti che avevano stazionato a lungo in rianimazione e con esiti polmonari, neurologici o iatrogeni La maggior parte dei sopravvissuti sono stati dopo la dimissione sottoposti a valutazione fisiologica e necessitavano di trattamenti ambulatoriali di ricondizionamento generale. Il dato concorda con gli studi cinesi dove veniva dedicato ampio spazio alle tecniche di ginnastica terapeutica tradizionale cinese. Questa osservazione è supportata anche dai dati della presa in carico ambulatoriale ancora in corso. Occorre un elevato numero di risorse e mobilitare velocemente la forza lavoro ma anche garantire un veloce turnover del personale.

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	I risultati ottenuti corrispondono alle aspettative iniziali pur con margini di miglioramento Punti di forza del progetto: reimpiego dello stesso personale in molteplici attività (quindi risparmio di risorse) e riproducibilità del progetto
15. Interpretazione	I dati dimostrano che la scelta di mantenere il reparto di riabilitazione intensiva post acuzie dedicato alle patologie No Covid e di potenziare l'offerta riabilitativa per Covid nell'Ospedale per acuti è stata utile e ha garantito il trattamento riabilitativo tempestivo di un numero elevato di pazienti Covid, riservando il ricovero intensivo ai casi che necessitavano di trattamento riabilitativo specifico e di una presa in carico globale.
16. Limiti	I dati di questa casistica sono stati raccolti dai fisioterapisti con l'intento iniziale di disporre di un'anagrafica per eventuali futuri contatti. Solo successivamente si è pensato che potesse essere

	utile disporre anche di alcuni dati relativi alle caratteristiche dei trattamenti, agli aspetti clinici e di percorso • La ricostruzione dei dati a posteriori ha risentito della scarsa informatizzazione dei dati e dei vincoli imposti dalla privacy per l'accesso ai dati informatizzati dei pazienti seguiti dal nostro servizio • Le schede riabilitative sono archiviate nelle cartelle dei reparti per acuti e la loro consultazione non è stata possibile a posteriori. I pur limitati dati clinici relativi alla nostra casistica sono stati desunti dalle richieste di valutazione fisioterapica, attraverso il ricordo dei fisioterapisti, fogli di consegne o dalla consultazione di referti informatizzati • I dati relativi ai trattamenti sono stati ricavati dai prospetti cartacei relativi ad ogni singola giornata con modalità di conteggio manuali che sono suscettibili di elevati margini di errore • Un punto di particolare criticità riguarda il percorso post dimissione dei pazienti seguiti dal nostro Servizio. Sappiamo infatti che i pazienti sono stati dimessi dai reparti per acuti ma non possiamo sapere se si tratta di una dimissione a domicilio o di trasferimento in RSA o di trasferimento ad altro Ospedale per acuti. La ricostruzione attraverso altre fonti è potuta avvenire solo parzialmente
17. Conclusioni	Il presente report si inserisce in un più ampio progetto di organizzazione delle risorse sanitarie indirizzate al fronteggiamento di emergenze di diverso tipo. Non solo l'emergenza sanitaria legata al diffondersi del Covid-19 ma anche i numerosi eventi catastrofici che negli ultimi anni hanno colpito la Liguria (alluvioni, caduta del ponte Morandi ecc.) hanno infatti indotto a creare un "corpo speciale" costituito da fisioterapisti, logopedisti e fisiatristi, pronto ad intervenire in caso di aumentata richiesta improvvisa di personale specializzato nell'affrontare le problematiche del soggetto ricoverato in rianimazione o in sub intensiva qualunque sia la causa scatenante. Interventi in programma: • formazione specialistica dedicata alle problematiche riabilitative in rianimazione e alla riabilitazione respiratoria (in preparazione alla eventuale ripresa del picco epidemico) • miglioramento dei sistemi informatici per la raccolta dei dati • utilizzo del teleconsulto

ALTRE NOTE

TITOLO DEL PROGETTO

Programma di presa in carico multidisciplinare a medio/lungo termine per pazienti Covid-19

ORGANIZZAZIONE

ASL 3 - Genova

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Piero Clavario
RUOLO	Direttore S.C. Riabilitazione Cardiologica
E-MAIL	piero.clavario@asl3.liguria.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

ASL 3 GENOVA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Programma di presa incarico multidisciplinare a medio/lungo termine per pazienti COVID 19
2. Abstract	La pandemia COVID 19 rappresenta una sfida per i sistemi sanitari mondiali in ragione dei numeri che vedono oltre 30 milioni di contagiati e oltre un milione di morti a livello planetario. La gestione della fase acuta della pandemia COVID 19 ha messo in luce numerosi limiti sia di conoscenza che organizzativi che hanno richiesto uno straordinario impegno dei sistemi sanitari. La numerosità dei casi in ciascun paese e la concreta possibilità della comparsa di esiti cronici della malattia hanno suggerito l'implementazione di programmi di follow up strutturati. Per queste ragioni abbiamo ritenuto indispensabile organizzare un programma di presa in carico polispecialistica per tutti i pazienti dell'area urbana della città di Genova che avessero avuto accesso ai poli ospedalieri aziendali e che avessero ricevuto una diagnosi di polmonite interstiziale COVID. Il programma è proattivo e prevede i recall di ciascun paziente per una valutazione completa polispecialistica cui fa seguito una presa in carico su uno o più percorsi specialistici. Degli oltre 100 pazienti già valutati ed inseriti nel programma di follow up, il 28% è stato inserito in un programma di riabilitazione e training ambulatoriale, 15% psicologico-psichiatrico, 12% pneumologico, 6% reumatologico, 3% cardiologico, 3% diabetologico, 1% nefrologico. L'aspetto più caratteristico e per certi aspetti impreveduto della implementazione del programma è relativo alla osservazione di una elevata prevalenza di ridotta capacità funzionale che nella maggioranza dei casi non è imputabile a reliquati polmonari o cardiaci. Per questa ragione quasi un terzo dei pazienti è stato inserito in un percorso riabilitativo ambulatoriale i cui risultati preliminari indicano una normalizzazione della capacità funzionale al termine di un ciclo riabilitativo di due mesi con accessi trisettimanali.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Esiste una insufficiente conoscenza della malattia COVID 19 in relazione ai suoi possibili reliquati ed esiti cronici. Nei casi più gravi della malattia in fase acuta si osserva un coinvolgimento di tutti gli organi ed apparati. E' quindi un interrogativo l'identificazione, la gestione e la presa in carico dei suoi esiti cronici. In considerazione della maggior prevalenza di impegno polmonare in fase acuta una delle preoccupazioni maggiori è stata quella della possibile comparsa di interstiziopatia polmonare cronica, cosa che ha portato a focalizzare i programmi di follow up sugli aspetti strumentali relativi al polmone con effettuazione di TAC e DLCO. Il nostro programma è stato disegnato come polispecialistico in modo da poter intercettare tutti i possibili bisogni di presa in carico a medio e lungo termine.
------------------------------------	--

4. Conoscenze disponibili	Non esistono dati scientifici solidi che riguardino i pazienti guariti da infezione da COVID 19. Rapporti preliminari di casistiche cinesi confermano l'esistenza di danno polmonare ma nel contempo emerge come questo danno spesso non sia il principale problema. Emergono dati che mettono in luce la significativa prevalenza di fatica cronica che perdura mesi dopo la guarigione virologica. Questo parrebbe essere in linea con dati disponibili relativi ad altre infezioni da coronavirus come SARS-1 e MERS che riportano ridotta capacità di esercizio anche a 12 mesi dalla fase acuta e in assenza di evidenti danni d'organo.
5. Razionale	In considerazione della scarsità di conoscenze disponibili, ma alla luce dei primi elementi scientifici pubblicati appare adeguata la proposta di un programma di presa in carico polispecialistico che garantisca una risposta adeguata a ciascun possibile fabbisogno.
6. Obiettivi specifici	L'obiettivo principale è rappresentato dalla presa in carico a medio lungo termine di tutti i pazienti afferiti alle strutture sanitarie del territorio genovese con diagnosi di polmonite interstiziale causata da COVID 19 e per i quali sia stato necessario il ricovero ospedaliero.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	A fine settembre 2020 sono oltre 13.000 i casi totali confermati di COVID 19 in Regione Liguria, metà dei quali riguardano la popolazione di Genova e del suo territorio di pertinenza, oltre 1500 i decessi. Circa 1/3 dei casi genovesi sono in carico diretto alle strutture dipendenti da ASL 3 mentre i restanti 2/3 riguardano le Aziende Ospedaliere S.Martino e Galliera. In considerazione della prevalenza di asintomatici, che è dell'ordine del 50%, e del fatto che l'indicazione è stata ristretta dalle autorità regionali ai soli pazienti ricoverati con diagnosi di polmonite, il numero di pazienti possibile oggetto del nostro programma di follow-up è di circa 300 pazienti, oltre 1/3 dei quali sono già stati valutati e presi in carico.
8. Intervento/i	Tutti i pazienti che hanno avuto accesso alle strutture ospedaliere aziendali e che hanno ricevuto una diagnosi di polmonite interstiziale sostenuta da COVID 19 vengono contattati telefonicamente a cura del personale del centro. Il contatto viene effettuato da un medico e da uno psicologo separatamente per valutare le condizioni cliniche attuali e indicare un grado di priorità nell'accesso alla prima valutazione. I pazienti accedono alla valutazione di base con evidenza di due tamponi consecutivi negativi. La prima valutazione comprende: Visita medica generale, ematochimici di base, ECG, visita cardiologica ed ecocardiogramma, ecografia polmonare, PFR, test dei 6', test ergospirometrico, valutazione clinico strumentale dei disturbi dell'equilibrio, misurazione della forza di contrazione del quadricipite femorale dell'arto inferiore dominante, visita reumatologica, visita fisiatrica. Al termine della valutazione iniziale, nel corso di una riunione polispecialistica con il concorso delle diverse figure professionali sanitarie che contribuiscono alla valutazione ed alla progettazione del progetto individuale di follow up (psicologo, infermiere, fisioterapista e medici delle diverse specialità), viene valutata la necessità di esami diagnostici di secondo livello o la necessità di assegnazione a programmi di follow up specifici (pneumologico, cardiologico, riabilitativo, nefrologico, reumatologico, diabetologico, psicologico/psichiatrico).
9. Studio dell'intervento/i	La valutazione del progetto è da un lato focalizzata sugli aspetti organizzativi e la capacità di intercettare tutti i pazienti con le caratteristiche individuate per l'inserimento nel programma, dall'altra si propone di valutare l'appropriatezza delle risorse messe in campo che sono state inizialmente volutamente ridondanti in assenza di sufficienti conoscenze scientifiche che guidassero l'allocazione delle stesse. In ultimo ci si è proposta una valutazione di efficacia di alcuni dei percorsi proposti ed in particolare di quello riabilitativo ambulatoriale per i pazienti con capacità funzionale ridotta.
10. Indicatori	Sono stati identificati come indicatori di processo: 1) Numero di pz contattati/Numero totale di pz con diagnosi polmonite interstiziale COVID (standard 100%) 2) Numero pazienti con prima valutazione effettuata/numero pazienti contattati (standard >75%) 3) Numero pazienti presi in carico/pazienti valutati (standard >50%) Indicatori di appropriatezza: 4) Numero test positivi/numero test effettuati (>10%) Indicatori di efficacia: 5) Numero pazienti con capacità funzionale a fine riabilitazione > 85% del

	predetto/ Numero pazienti inseriti nel programma di riabilitazione.
11. Analisi	L'analisi dei dati di efficacia del programma di valutazione e di presa in carico è stata strutturata in forma di protocollo di studio e come tale sottoposto alla valutazione del Comitato Etico della Liguria. La raccolta degli indicatori e la loro valutazione è scansionata nel tempo e prevede momenti di analisi dei meccanismi di reclutamento dei pazienti e della efficacia della prima valutazione ogni 100 pazienti, analisi dell'efficacia degli interventi riabilitativi a conclusione programma ogni 50 pazienti, analisi finale a 6 mesi dall'ultimo arruolamento.
12. Aspetti etici	Gli aspetti etici sono stati oggetto di una analisi approfondita, formalizzata con una richiesta di approvazione da parte del Comitato Etico Regionale ligure per quanto attiene al programma di ricerca, alla raccolta, alla conservazione ed all'analisi dei dati. Il principale problema etico concerne piuttosto la selezione dei pazienti da inserire o meno nel programma. A questo proposito però ci si è attenuti alle indicazioni della agenzia sanitaria ligure (ALISA) che ha chiaramente definito le indicazioni e la tipologia delle valutazioni e degli interventi cui sottoporre la popolazione dei pazienti in follow up post COVID 19

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Il programma è attualmente in corso e sono disponibili le analisi preliminari dei dati raccolti nei primi 100 pazienti valutati. L'età media è di 58.8 anni con il 37.7% di femmine. IL 36% dei soggetti valutati ha dimostrato una capacità lavorativa e cardiorespiratoria ridotta (<85% del normale) e nel 59.3% di questi la limitazione non era legata ne ad aspetti polmonari ne cardiovascolari. Ad una analisi multivariata la ridotta capacità cardiorespiratoria non è in relazione né con la durata del ricovero ospedaliero ne con la maggiore necessità di supporto ventilatorio in fase acuta. Risulta una correlazione significativa statisticamente con la forza di contrazione degli estensori dell'arto inferiore e con la dipendenza tabagica.

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	Il progetto di presa in carico post COVID garantisce una risposta strutturata, completa e proattiva alle necessità di follow up dei pazienti reduci da polmonite interstiziale SARS-2. La valutazione multi professionale e multidisciplinare consente l'identificazione di tutti i problemi ancora aperti dei pazienti e ne assicura il trattamento appropriato.

15. Interpretazione	Al momento non è possibile un confronto dei risultati osservati se con progetti di ricerca allo stadio iniziale o con osservazioni relative alle precedenti infezioni da altri coronavirus (SARS-1 e MERS)
16. Limiti	Il progetto è pensato e realizzato in un'area geografica e socioeconomica definita di una parte della città di Genova. Alcune delle osservazioni epidemiologiche e cliniche effettuate possono essere quindi legate ad aspetti demografici particolari che ne possono inficiare la esportabilità in altre realtà demografiche e socioeconomiche.
17. Conclusioni	Il progetto consente di dare una risposta organica ed appropriata a bisogni sanitari di una importante parte della popolazione. E' di particolare rilievo la multidisciplinarietà del programma che permette di rispondere ad una carenza inevitabile del sistema sanitario rispetto ai pazienti post COVID che, guariti virologicamente, non hanno uno specialista di riferimento cui affidarsi. La inevitabile e necessaria messa in campo iniziale di risorse ridondanti è corretta dall'impianto scientifico di raccolta ed analisi dei dati che consentirà una progressiva riduzione delle risorse impiegate ed un continuo affinamento della appropriatezza

ALTRE NOTE

TITOLO DEL PROGETTO

Emergenza pandemica da Covid-19. Nuovo modello organizzativo dei servizi territoriali dell'ASL Città di Torino

ORGANIZZAZIONE

ASL Città di Torino

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Fabiano Zanchi
RUOLO	Dirigente DiPSa
E-MAIL	fabiano.zanchi@aslcittaditorino.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

ASL CITTA' DI TORINO

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Emergenza pandemica da COVID19. Nuovo modello organizzativo dei servizi territoriali dell'ASL Città di Torino
2. Abstract	L'epidemia da Coronavirus che si è sviluppata nei primi mesi dell'anno 2020 ha coinvolto fortemente anche la Città di Torino. Al 30 giugno l'infezione da COVID19 ha coinvolto n. 30.452 soggetti (52% di tutta la Regione Piemonte), di cui 1.804 deceduti e 12.759 guariti. In considerazione dell'elevato numero di persone che presentavano sintomi sospetti di COVID19, molte delle quali successivamente con diagnosi confermata, si è reso necessario efficientare l'organizzazione al fine di addivenire ad una integrazione di tutte le risorse aziendali finalizzate alla gestione dell'emergenza COVID19 e a un'armonizzazione delle azioni svolte. La riorganizzazione ha previsto: ➤ La nomina di due Commissari: uno attribuito per l'area dei servizi territoriali e uno per l'area della prevenzione. ➤ L'attivazione di una Centrale Territoriale COVID19 positivi che mette in sinergia le seguenti aree operative: Distretti, USCA, Servizio di Igiene e Sanità Pubblica (SISP), Camper COVID19+ e Strutture ricettive territoriali per pazienti COVID19+ e attività rivolte a tutela degli ospiti e degli operatori delle RSA. ➤ Potenziamento del Servizio dei Medici competenti per esecuzione dei tamponi sui dipendenti dell'ASL ➤ Potenziamento del Servizio di Igiene di Sanità Pubblica (SISP) del Dipartimento di prevenzione per la programmazione dei tamponi diagnostici e la mappatura dei contatti dei casi indice. ➤ Attivazione di 7 Camper per effettuare i tamponi diagnostici direttamente al domicilio dell'utenza o in aree cittadine predisposte. ➤ Concentrazione al DiPSa-Area territoriale della funzione di coordinamento, gestione richieste, distribuzione e verifica dei DPI e tamponi. ➤ Adozione di un applicativo informatico dedicato a supporto delle diverse Centrali operative territoriali attivate: Z-care, fornito in comodato d'uso gratuito dalla Software house Zucchetti. Il modello organizzativo sperimentato si è dimostrato rispondente a criteri di efficacia ed efficienza.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	L'impatto dell'emergenza COVID19 sulla organizzazione dell'ASL Città di Torino è stato elevato e ha comportato il rafforzamento dei Servizi di laboratorio virologico e delle terapie intensive e semi intensive e successivamente l'incremento dei servizi territoriali rivolti all'emergenza.
------------------------------------	---

4. Conoscenze disponibili	L'ASL Città di Torino dispone di elevate competenze professionali specifiche nella gestione di emergenze infettivologiche: - una struttura universitaria di malattie infettive - strutture di terapia intensiva e semi-intensiva - un dipartimento di prevenzione con servizio di Sanità pubblica. - una sede di cure domiciliari per ogni distretto.
5. Razionale	Le prestazioni necessarie per gestire l'emergenza pandemica coinvolgono servizi diversi che devono integrarsi tra loro. Procedure condivise e governo univoco delle suddette prestazioni, sono il presupposto di una efficace ed efficiente gestione.
6. Obiettivi specifici	In considerazione dell'elevato numero di persone che presentavano sintomi sospetti di COVID19, molte delle quali successivamente con diagnosi confermata, si è reso necessario efficientare l'organizzazione per: 1) Garantire un governo univoco dei percorsi clinici-assistenziali, 2) Monitorare la sintomatologia dei soggetti positivi e dei loro contatti, 3) Eseguire rapidamente tamponi per l'accertamento della positività, 4) Individuare i loro contatti, 5) Razionalizzare la distribuzione e l'impiego delle risorse.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'ASL Città di Torino presenta una articolazione e organizzazione molto complessa con tre presidi ospedalieri e quattro distretti erogativi, n. 9 dipartimenti produttivi che aggregano strutture complesse e semplici, 700 MMG e 69 PLS, per una popolazione di 870.952 abitanti. La cura e l'assistenza erogata è data dall'integrazione di queste strutture.
8. Intervento/i	La riorganizzazione dei servizi territoriali dell'ASL Città di Torino ha previsto: STRUTTURA ORGANIZZATIVA CENTRALE COVID19+ La struttura operativa attorno alla quale si sviluppa l'intero modello di assistenza è la Centrale Territoriale COVID19 positivi (Centrale COVID19+) che mette in sinergia le seguenti aree operative: Distretti, USCA, Call Center COVID19+, Camper COVID19+ e Strutture ricettive territoriali per pazienti COVID19+ e attività rivolte a tutela degli ospiti e degli operatori delle RSA. Gestione domiciliare La Centrale COVID19+ monitora quotidianamente la sintomatologia dei soggetti COVID19+ a domicilio (dimessi da ospedali, segnalati da MMG) e programma l'esecuzione dei tamponi naso-faringei fino a certificazione di guarigione. Supporto informatico dedicato Si è reso necessario adottare un supporto informatico che consentisse un agevole e interattiva presa in carico dei pazienti: il software di telemedicina Z-care Monitor della software-house Zucchetti. Monitora, tramite automonitoraggio da parte dell'assistito o dal follow-up telefonico, i parametri necessari per valutare lo stato di salute del paziente in via di guarigione da Covid19. Se necessario i dati dell'assistito verranno comunicati all'USCA per la opportuna presa in carico. Camper COVID19+

	Per l'esecuzione domiciliare dei tamponi l'ASL Città di Torino si è dotata di una flotta di Camper COVID19+ (n. 7 Camper e 1 Ambulatorio medico) per l'esecuzione del tampone presso l'abitazione. Gestione alberghiera La Centrale COVID19+ gestisce anche l'inserimento dei COVID19+ nelle strutture alberghiere e il loro monitoraggio tramite Z-care. L'esecuzione dei tamponi è effettuata dagli Infermieri distaccati presso l'Albergo stesso. TASK FORCE RSA L'Azienda ha istituito una task force di Medici e Infermieri a supporto delle RSA del territorio dell'ASL Città di Torino in carenza di personale positizzato al COVID19. SERVIZIO DEI MEDICI COMPETENTI Il Servizio dei Medici competenti (4 sedi: una territoriale e 3 ospedaliere) è stato potenziato con personale infermieristico per esecuzione dei tamponi sui dipendenti dell'ASL e in integrazione con la Centrale COVID19+ per seguirne l'evoluzione sintomatologica. SERVIZIO DI IGIENE DI SANITÀ PUBBLICA (SISP) DEL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE Predisposto un Call Center COVID19 per supportare il SISP nel filtrare e registrare le telefonate in ingresso provenienti sia da utenti, sia da MMG-PLS. Attivata inoltre una Centrale per la mappatura dei contatti dei casi indice.
9. Studio dell'intervento/i	La progettazione e successiva riorganizzazione delle risposte territoriali all'emergenza Coronavirus è stata realizzata e diretta dalla Direzione delle Professioni Sanitarie su disposizione della Direzione generale dell'ASL e orientata dai seguenti criteri: ➤ Rispetto delle competenze proprie e specifiche delle singole strutture dell'Azienda. ➤ Unificazione delle loro attività in Centrali che garantissero l'omogeneità operativa su tutto il territorio cittadino, con anche un'attività di governo dell'attività svolta. ➤ Adozione di procedure operative di efficientamento delle risposte (tamponi, monitoraggi, ecc.) e razionalizzazione delle risorse. ➤ La dotazione di personale alle Centrali e il potenziamento delle altre Strutture impegnate nella gestione dell'emergenza.
10. Indicatori	Sono stati adottati i seguenti indicatori: - n° di casi COVID19 positivi presi in carico dalle Centrali/n° totale di segnalati - n° di contatti di soggetti COVID19 positivi presi in carico dalle Centrali/n° totale di segnalati - tempi di presa in carico di ciascun caso segnalato - % di monitoraggio quotidiano dei sintomi - % di tamponi eseguiti nel rispetto dei tempi richiesti - n° di tamponi o sierologici effettuati da ciascuna equipe operante su camper, in postazione fissa, nelle sedi programmate.
11. Analisi	Tutte le attività svolte sono state registrate principalmente su due applicativi: Z-care e Portale regionale COVID19, dai quali sono stati estratti ed elaborati i dati relativi agli indicatori.

12. Aspetti etici	I principali principi etici di riferimento sono stati l'appropriatezza delle risposte, la responsabilità della programmazione ed erogazione e l'equità nella presa in carico e gestione del caso.
--------------------------	---

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Al 30 giugno gli assistiti dell'ASL Città di Torino positivi al COVID19 erano n. 30.452 (52% di tutta la Regione Piemonte), di cui 1.804 deceduti e 12.759 guariti. Centrale COVID19+ Ha monitorato ogni 24 ore da aprile a giugno, la sintomatologia di 1270 persone COVID+ a domicilio, 117 in strutture alberghiere dedicate e 435 dipendenti dell'ASL. Le rilevazioni sono state 22.294 (65% tramite automonitoraggio). Centrale afferente al Servizio di Igiene di Sanità Pubblica del Dipartimento di prevenzione Ha mappato 4.598 contatti dei casi COVID19+ ai quali sono state monitorate quotidianamente le condizioni di salute. Ha valutato quotidianamente le condizioni cliniche dei 1.153 ospiti di RSA, 330 ospiti di Comunità per disabili o Comunità religiose, 37 minori positivi e 240 loro familiari, 679 dipendenti di altre aziende sanitarie residenti sulla città di Torino. Esecuzione dei tamponi e sierologici I tamponi in numero di 16.519 nel primo semestre 2020 sono stati eseguiti a domicilio degli assistiti e in presidi fissi. Inoltre sono stati effettuati n. 14.452 tamponi in 59 Residenze.

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	L'integrazione dei Servizi conseguente la riorganizzazione, ha permesso di mantenere le competenze specifiche delle diverse strutture dell'ASL con una ottimizzazione dei processi.
15. Interpretazione	Gli interventi attuati hanno impatto diretto sulla gestione del caso: • contenendo la diffusione epidemica • rispettando le tempistiche di monitoraggio previste dal Ministero della Salute • aumentando la "presa in carico" e "sorveglianza clinica" dei cittadini.
16. Limiti	Si valuta che il progetto possa essere facilmente esportato e replicato in altra ASL.
17. Conclusioni	Il modello organizzativo sperimentato si è dimostrato rispondente a criteri di efficacia ed efficienza e modulabile in rapporto alla curva epidemiologica. Nel mese di luglio a seguito della diminuzione della curva epidemiologica il personale assegnato nelle diverse strutture è stato temporaneamente ridimensionato, ma pronto ad aumentare nel caso di inizio di una nuova fase crescente di casi.

TITOLO DEL PROGETTO

Teleriabilitazione nell'autismo: strategie di intervento durante l'emergenza Covid-19 e valutazione dei genitori

ORGANIZZAZIONE

ASL Cuneo 1

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Giuseppe Maurizio Arduino
RUOLO	Psicologo Responsabile SSD Psicologia e Psicopatologia dello Sviluppo
E-MAIL	giuseppe.arduino@aslcn1.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ASL CUNEO 1

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Teleriabilitazione nell'autismo: strategie di intervento durante l'emergenza Covid-19 e valutazione dei genitori
2. Abstract	Il progetto presenta le modalità di riorganizzazione in remoto delle attività cliniche e abilitative a favore di minori con disturbi dello spettro autistico (ASD) e dei loro familiari, durante l'emergenza covid-19. L'esperienza fatta nel corso dei mesi di marzo- maggio 2020 è stata valutata attraverso un questionario proposto ai genitori, di cui vengono presentati i primi risultati. Sulla base dei risultati del questionario sono state introdotti interventi di miglioramento della presa in carico che potranno essere proseguiti anche dopo la fine dell'emergenza covid-19.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	I disturbi dello spettro autistico sono una patologia del neurosviluppo che riguarda circa un bambino su 100 e che negli ultimi anni ha avuto un progressivo incremento a livello internazionale (l'ultimo dato del Centers for Disease Control and Prevention degli USA riporta una prevalenza di 1/54). Le Linee Guida internazionali raccomandano la diagnosi precoce e l'attivazione di interventi abilitativi continuativi che prevedano il coinvolgimento dei genitori.
4. Conoscenze disponibili	La ricerca scientifica ha dimostrato che interventi precoci, intensivi e continuativi si accompagnano a significativi miglioramenti del quadro clinico, con evoluzione in tutte le aree del comportamento adattivo (comunicazione, abilità quotidiane, socializzazione). Nel contesto italiano un trattamento in linea con le evidenze scientifiche può essere garantito coinvolgendo i genitori, gli insegnanti e altri care-givers e attivando interventi nei contesti di vita (casa e scuola). La recente letteratura scientifica evidenzia l'efficacia di interventi mediati dai genitori (Oono et al., 2013), così come quella di interventi psicosociali condotti da non specialisti (Reichow et al., 2013).
5. Razionale	La necessità di garantire la continuità degli interventi abilitativi, secondo quanto previsto dalla normativa nazionale (Legge 134/2015) e dalle Linee Guida internazionali, la sicurezza di pazienti, familiari e operatori, nonché il rispetto dei vincoli posti dal lockdown, ha reso necessario riorganizzare le attività abilitative e cliniche e il supporto psicologico e psicoeducativo ai genitori, prevedendo l'uso di modalità di intervento in remoto.
6. Obiettivi specifici	Obiettivi del progetto sono stati: garantire la continuità assistenziale degli interventi abilitativi in corso al momento del lockdown; fornire ai genitori strumenti metodologici e materiali per condurre al domicilio gli interventi; fornire ai genitori consulenze e supervisione sulle modalità conduzione e monitoraggio; valutare il grado di soddisfazione dei genitori e le loro proposte migliorative

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'esperienza è stata condotta nell'ambito di un servizio ASL specialistico ambulatoriale multi professionale, con una sede ospedaliera e una territoriale, che ha tra i suoi compiti istituzionali la presa in carico di minori con ASD e la consulenza ai loro genitori e insegnanti. Dal 2013 per il supporto della presa in carico viene utilizzata una piattaforma web, accessibile tramite credenziali, che consente la condivisione con i genitori e gli insegnanti degli obiettivi e delle strategie d'intervento.
8. Intervento/i	Durante il lockdown oltre alla piattaforma web già attivata negli anni precedenti sono stati introdotti nella prassi del Servizio interventi abilitativi e clinici multi professionali in remoto, condotti attraverso telefonate, videochiamate e costruzione di materiali inviati al domicilio del paziente. L'intervento è stato proposto a tutti i genitori dei minori residenti nel territorio di competenza del Servizio, in carico al momento del lockdown (Tabelle 1 e 2). Hanno fruito degli interventi in remoto con videochiamate 135 genitori, 79 sono stati seguiti con periodiche consulenze telefoniche (Tab. 3). Tutti gli operatori dell'equipe multi professionale (psicologo, medico NPI, logopedista, terapeuta della neuro psicomotricità, educatore) sono stati coinvolti. In Tabella 4 vengono indicate le tipologie di intervento.
9. Studio dell'intervento/i	L'intervento effettuato è stato oggetto di un confronto e scambio di esperienza tra operatori sia all'interno dell'équipe, sia attraverso gruppo di lavoro web <i>Autismo a Distanza - Emergenza Covid 19</i> coordinato dall'Università del Michigan. Inoltre, è stato proposto nel mese di giugno 2020 un questionario ai genitori per valutare il gradimento dell'intervento in remoto e raccogliere le loro proposte. I dati relativi ai 59 genitori che hanno compilato il questionario e ai loro eventuali supporti durante il lockdown vengono riportati nella Tabella 4 e nei Grafici 1-5. Le caratteristiche dei loro bambini con autismo sono indicati nella tabelle 6,7,8.
10. Indicatori	Sono stati individuati tre tipi di indicatori: il primo relativo al grado di utilità per il genitore delle consulenze telefoniche e in videochiamata e della fornitura di materiale da utilizzare con il bambino al domicilio (Tabelle 9,10, 11) il secondo, relativo alla misura in cui il genitore era riuscito a ad attuare le indicazioni ricevute (Grafici 6, 7); il terzo, relativo al grado di utilità degli interventi in remoto anche dopo la fine dell'emergenza covid-19 (Tabelle 12-13).
11. Analisi	E' stata utilizzata un'analisi di tipo descrittivo, con il calcolo della frequenza e della distribuzione percentuale delle risposte date dai genitori che hanno compilato il questionario. Sono stati inoltre analizzati i dati relativi alle caratteristiche dei bambini i cui genitori hanno compilato il questionario

12. Aspetti etici	Il genitore compilava un modulo di consenso alle videochiamate corredato di una informativa circa l'utilizzo dei dati. Il questionario era nominativo (tutti i bambini erano in carico al Servizio), in modo da consentire l'attuazione di interventi migliorativi in base al parere del singolo genitore e tenendo conto delle caratteristiche individuali del bambino. L'elaborazione dei dati complessivi qui presentata è stata effettuata in modo anonimo e globale.
--------------------------	---

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	I risultati vengono descritti nelle tabelle e nei grafici allegati. Le consulenze telefoniche e in videochiamata sono stati considerati molto o abbastanza utili da oltre i 2/3 dei genitori (Tabelle 9,10), la fornitura di materiale dal 97% dei genitori (Tab. 11). I genitori hanno dichiarato di essere riusciti ad attuare le indicazioni ricevute in oltre l'80% dei casi (Grafici 6, 7). Gli interventi in remoto vengono considerati utili anche dopo la fine dell'emergenza covid-19 da una percentuale variabile tra il 31% e il 51% dei genitori, a seconda dell'intervento considerato (Tabelle 12-13).
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Dai dati emerge che la maggior parte dei genitori esprime soddisfazione sugli interventi in remoto ricevuti, con una percezione di utilità maggiore per quanto riguarda la fornitura di materiali per l'intervento, seguita dalle videochiamate e dalle consulenze telefoniche. Il grado di attuazione delle indicazioni ricevute è stato buono in oltre l'80% dei casi. Gli interventi in remoto possono essere utili anche nel post emergenza covid-19
15. Interpretazione	I dati raccolti evidenziano come gli interventi di tele riabilitazione possono rappresentare uno strumento utile per la presa in carico di minori con ASD sia in fase emergenziale sia nella fase post-emergenziale. Alcune attività, che non vengono condotte in genere in modo sistematico (per esempio, la fornitura di materiali di tipo educativo, informatici e concreti per l'intervento con il bambino) e che sono state attivate soltanto durante il lockdown (riunioni con genitori e insegnanti) possono essere messe a sistema e utilizzate anche in futuro per migliorare l'efficacia degli interventi a domicilio e ottimizzare le risorse disponibili (si pensi, per esempio, alla riduzione degli spostamenti e del tempo necessario per incontrare gli insegnanti).
16. Limiti	I limiti dello studio presentato riguardano in primo luogo il numero di genitori che hanno compilato il questionario che rappresentano circa il 28% di quelli seguiti in remoto. La richiesta di indicare il nome del bambino, utile per poter più individualizzare e personalizzare gli interventi migliorativi, può aver ridotto la disponibilità del genitore alla compilazione del questionario. Va tuttavia sottolineato che la distribuzione delle caratteristiche dei bambini i cui genitori hanno compilato il questionario è rappresentativa del campione totale dei casi seguiti.
17. Conclusioni	La <i>teleriabilitazione</i> nel caso dell'autismo può assumere modalità differenti. L'efficacia di videochiamate e telefonate può essere aumentata dalla fornitura di materiali educativi personalizzati. Tutte le professioni dell'équipe multidisciplinare possono trovare nella teleriabilitazione un utile strumento di lavoro. La valutazione da parte dei genitori degli interventi a distanza è complessivamente positiva.

TITOLO DEL PROGETTO

Rinascita: insieme al Centro Pastorale Paolo VI

ORGANIZZAZIONE

ASST degli Spedali Civili
Brescia

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Rosaria Avisani
RUOLO	Dirigente Responsabile SITR
E-MAIL	rosaria.avisani@asst-spedalivicili.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

[Video 1](#)

[Video 2](#)

ORGANIZZAZIONE

ASST DEGLI SPEDALI CIVILI

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Rinascita: insieme al Centro Pastorale Paolo VI
2. Abstract	<u>Introduzione</u> Il Governo Nazionale e Regionale ha adottato una serie di provvedimenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del virus COVID-19: i pazienti clinicamente guariti, ma ancora COVID- 19 positivi dimessi dall'ospedale o i soggetti positivi a SARS-CoV-2 non ricoverati devono essere posti in isolamento OBBLIGATORIO, di norma presso il proprio domicilio; in caso di domicilio inadeguato, assente, e qualora le condizioni soggettive della persona o familiari conviventi siano di disagio e difficoltà sociale che non consentano o non rendano opportuno l'isolamento domiciliare, l'isolamento può essere organizzato presso strutture abitative alternative <u>Definizione degli obiettivi</u> Assistere le persone COVID-19 positive dimesse dalle UU.OO. Ospedaliere, impossibilitate al rientrare presso il proprio domicilio. Implementare una relazione di aiuto alternativa ed innovativa. Accogliere/assistere le persone in struttura. Attivare e mantenere il monitoraggio telematico. Accompagnare le persone nel processo di guarigione e recupero. Supportare le persone nel rientro al proprio domicilio <u>Pianificazione degli obiettivi: Identificazione dei contenuti</u> Igiene delle mani , della persona e dell'ambiente Corretto utilizzo dei D.P.I. Monitoraggio indicatori di Mobilitazione della persona esercizi recupero dopo allettamento Alimentazione <u>Realizzazione e monitoraggio delle azioni:</u> l'attività di presa in carico assistenziale si è svolta dal mese di marzo 2020 ad aprile 2020 attraverso: • nascita dell'Idea in Direzione SocioSanitaria ASST Spedali Civili; • disponibilità S.E Vescovo di Brescia del Centro Pastorale Paolo VI; • costruzione indicatori di accesso e stesura del regolamento; • individuazione modello logistico (area di lavoro e area ospitalità) e modello organizzativo ed assistenziale (supporto telefonico, gestione alberghiera, accoglienza, stanziale, dimissione); • richiesta di collaborazione ispettorato II.VV. Comitato CRI di Brescia; individuazione stanze disponibili: numero 44; • reperimento strumenti informatici a disposizione: telefono, computer, stampante, tablet; • allestimento del Centro per l'accoglienza dei pazienti; • predisposizione documentazione informatizzata e procedure in formato cartaceo.

	<u>Verifica dei risultati:</u> Parametri vitali stabilizzati; Buon compenso psichico tracciato in cartella clinica Tamponi naso faringei negativi <u>Conclusioni:</u> dall'esperienza si evince quanto la metodologia applicata sia appropriata alla realizzazione del miglioramento dell'assistenza, in particolare per quanto attiene la possibilità di garantire, attraverso il sistema stesso applicato: accuratezza, appropriatezza, correttezza delle prestazioni ed eticità degli interventi, misurata attraverso indicatori di struttura di processo e di esito. Dall'analisi dei dati è emerso che nel complesso tutti gli assistiti/e si sono sentiti accolti ed accompagnati per tutta la durata della permanenza in struttura. Persone accolte tot. n. 85
--	--

INTRODUZIONE <i>Perché hai iniziato?</i>	
3. Descrizione del problema	Il Governo Nazionale e Regionale ha adottato una serie di provvedimenti per fronteggiare l'emergenza sanitaria dovuta alla diffusione del virus COVID-19: i pazienti clinicamente guariti, ma ancora COVID- 19 positivi dimessi dall'ospedale o i soggetti positivi a SARS-CoV-2 non ricoverati devono essere posti in isolamento OBBLIGATORIO, di norma presso il proprio domicilio; in caso di domicilio inadeguato, assente, e qualora le condizioni soggettive della persona o familiari conviventi siano di disagio e difficoltà sociale e non consentano o non rendano opportuno l'isolamento domiciliare, l'isolamento può essere organizzato presso strutture abitative alternative
4. Conoscenze disponibili	Legislazione in vigore da Gennaio 2020 ad Aprile 2020 (Allegato 1). Procedure prodotte dall'Unità di Crisi, ASST degli Spedali Civili Brescia (Allegato 2-Unità di Crisi)
5. Razionale	PARADIGMA: 1. Modello assistenziale attuato: soddisfacimento dei bisogni primari della scala di Maslow. 2. Parole chiave del Corpo delle Infermiere Volontarie di Croce Rossa Italiana "Ama Lavora Conforta Salva". 3. Presa in carico assistenziale nelle diverse fasi: accoglienza/ inserimento, permanenza in struttura, dimissione/domiciliarità
6. Obiettivi specifici	✓ Assistere le persone COVID-19 positive dimesse dalle UU.OO. Ospedaliere, impossibilitate al rientrare presso il proprio domicilio ✓ Implementare una relazione di aiuto alternativa ed innovativa ✓ Accogliere/assistere le persone in struttura ✓ Attivare e mantenere il monitoraggio telematico/telepsicologia ✓ Accompagnare le persone nel processo di guarigione e recupero ✓ Supportare le persone nel rientro al proprio domicilio

METODI	
<i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	✓ Costruzione indicatori di accesso ✓ Stesura del regolamento; ✓ Richiesta di collaborazione Ispettorato II.VV. Comitato CRI di Brescia; ✓ Costruzione del modello d'integrazione in rete ✓ Modifica della struttura alberghiera, riconvertita in struttura sanitaria, utilizzando gli indicatori di autorizzazione regionale, individuazione stanze disponibili: tot. N. 44 e predisposizione degli arredi, dello strumentario, dei presidi, della teleria, dei pasti, dei processi di sanificazione, dello smaltimento dei rifiuti e della comunicazione esterna/interna ✓ Reperimento strumenti informatici a disposizione: telefono, computer, stampante, tablet ✓ Predisposizione protocolli e procedure assistenziali per qualità ✓ Regolamentazione della presenza e turnistica del personale, reperibilità dei medici di base ✓ Costruzione delle Regole per l'approvvigionamento dei farmaci con l'ausilio/l'intervento delle farmacie esterne ✓ Predisposizione dell'ascolto psicologico e assistenza, tramite telepsicologia e teleassistenza in loco ✓ Predisposizione delle consulenze spirituali ✓ Predisposizione del servizio guardaroba ✓ Predisposizione biblioteca, WiFi, Tv, giornali ✓ Predisposizione di esercizi fisici mirati
8. Interventi/i	a. Descrizione dell'intervento/i per consentire ad altri di replicarlo Condivisione delle strategie ✓ Attivazione della rete ed individuazione territoriale della struttura Centro Paolo VI e lavoro in sinergia ✓ Identificazione dell'Assistito ammesso al Centro Paolo VI ✓ Accoglienza assistito Medico di riferimento ✓ Gestione giornaliera ✓ Dimissione dell'assistito ✓ Utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale ✓ Gestione logistica ✓ Identificazione e gestione del personale b. Caratteristiche del gruppo di lavoro
9. Studio dell'intervento/i	✓ Analisi degli indicatori ✓ Monitoraggio degli assistiti ✓ Teleassistenza, telemedicina e telepsicologia per la continuità assistenziale

10. Indicatori	✓ Presa visione del regolamento interno ✓ Regolamento ammissibilità ✓ Documentazione di accettazione ✓ Controllo condizioni fisiche ✓ Monitoraggio dell'aspetto psicologico ✓ Criteri di "guarigione clinica" specificati da Regione Lombardia e formalizzati da ATS Brescia con apposita procedura ✓ Paziente stabilmente apiretico ✓ Frequenza respiratoria <22/minuto ✓ Miglioramento del quadro neurologico ✓ Indicatori di dimissione: criterio la valutazione della dimissibilità, in accordo alle linee guida dell'ASST Papa Giovanni XXIII e su proposta della Clinica Malattie Infettive dell'ASST Spedali Civili di Brescia, potrà essere basata a giudizio clinico sul parametro di saturazione di O₂ in aria ambiente a riposo >94% o >90% se in presenza di malattia polmonare cronica)
11. Analisi	✓ Tempo medio di permanenza presso la struttura; ✓ Tempo medio di negativizzazione del tampone naso faringeo; ✓ Stabilizzazione dei parametri vitali; ✓ Stabilizzazione e buon compenso psichico;
12. Aspetti etici	Integrazione dei profili professionali e relative competenze Rispetto della privacy Rispetto delle abitudini e dello stile di vita Rispetto ed attenzione al credo religioso e multiculturalità

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Dimissioni codificate come dettato dal termine della quarantena Recupero fisico e psichico Lavoro di equipe in rete Costruzione e consolidamento della rete intra-ospedaliera ed extraospedaliera Mantenimento e continuità sul territorio alla dimissione del servizio di telepsicologia
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Metodologia applicata appropriata alla realizzazione del miglioramento dell'assistenza, in particolare per quanto attiene la possibilità di garantire attraverso il sistema stesso applicato: accuratezza, appropriatezza, correttezza delle prestazioni ed eticità degli interventi, misurata attraverso indicatori di struttura di processo e di esito. Dall'analisi dei dati è emerso che nel complesso tutti gli assistiti/e si sono sentiti accolti ed accompagnati per tutta la permanenza in struttura. Persone accolte tot. n. 85 e dimesse con tamponi nasofaringei negativi tot. N. 85.
---------------------	--

15. Interpretazione	Impatto positivo in termini qualitativi del progetto sul sistema sanitario bresciano, dovuto alla multidisciplinarietà e costruzione della rete assistenziale, a garanzia del soddisfacimento dei bisogni delle persone autosufficienti clinicamente guarite da COVID-19 Modello assistenziale riproducibile su tutto il territorio nazionale
16. Limiti	In fase iniziale per quanto attiene il servizio di ristorazione si sono evidenziate lacune organizzative/percorso delle derrate alimentari (fornitura presso la struttura)
17. Conclusioni	Il progetto implementato ha avuto grande impatto assistenziale e strategico per la risoluzione delle problematiche di salute sopra evidenziate, con potenzialità diffusive su scala nazionale, a garanzia della continuità assistenziale nel rispetto del diritto alla salute come da ART. 32 della Costituzione Italiana.

TITOLO DEL PROGETTO

Vivere e fare scuola in Ospedale ai tempi del Covid-19

ORGANIZZAZIONE

ASST degli Spedali Civili
Brescia

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Patrizia Bevilacqua
RUOLO	Responsabile Sitr
E-MAIL	patrizia.bevilacqua@asst-spedalivicili.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

ASST SPEDALI CIVILI

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Vivere e fare scuola in Ospedale ai tempi del COVID-19
2. Abstract	La Scuola in Ospedale non è un luogo fisico, quanto piuttosto “spazi” (umani, relazionali, esperienziali) che promuovono e consolidano apprendimenti, competenze disciplinari e relazioni di valore fra studenti, docenti e operatori sanitari. In questo momento di complessità, legata all'emergenza sanitaria CoViD-19, è necessario individuare modalità concrete per alimentare lo “spazio educativo”, per trasformare la chiusura “forzata” in occasione di consolidamento di prassi educative e relazionali, attraverso modalità comunicative “a distanza” nel pieno rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente e nell'attuazione e convivialità dei percorsi scolastici e della tutela dei pazienti, caregiver, docenti ed operatori sanitari.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	E' necessario partire dal presupposto che i pazienti ospedalizzati hanno bisogni speciali, in quanto vivono un senso di isolamento, di perdita del gruppo, ansia, smarrimento per la perdita delle routine e per il repentino mutamento delle relazioni anche educative; per questo serve una strategia fatta di contatto e di cura. In un tempo di disorientamento e talvolta di smarrimento, assume particolare importanza l'attento e partecipe accompagnamento dei pazienti/studenti alla comprensione della realtà nonché il supporto per affrontare la paura intrinseca nella diagnosi di una malattia quale evento improvviso/inaspettato che determina nel bambino una sensazione opprimente di perdita di controllo della propria vita e del proprio corpo.
4. Conoscenze disponibili	La C.M. 2 dicembre 1986, n. 345 ratifica la nascita delle sezioni scolastiche all'interno degli ospedali. Con essa e con i successivi interventi viene sancito il carattere “normale” (fatte salve le necessità specifiche) della scuola in ospedale come sezione staccata della scuola del territorio. La successiva C.M. n. 353 del 1998 afferma poi che “organizzare la scuola in ospedale significa riconoscere ai piccoli pazienti il diritto-dovere all'istruzione e contribuire a prevenire la dispersione scolastica e l'abbandono”. Questa particolare dimensione formativa viene così collocata nella cornice più ampia di una struttura ospedaliera che attraversa attualmente un delicato e particolare momento storico, ma che pone al centro del percorso di cura l'esigenza manifesta dei pazienti di continuità scolastica. Proprio il desiderio manifesto dei pazienti di continuare il percorso educativo ha portato l'ospedale pediatrico a predisporre uno specifico percorso organizzativo per dare voce ai bambini e quindi mantenere in corsia la scuola, tramite percorsi alternativi, anche durante l'emergenza sanitaria COVID-19.
5. Razionale	Con l'emergenza COVID è venuta meno anche la rassicurante presenza in corsia dei docenti ospedalieri accanto ai bambini e ragazzi costretti all'immobilità e all'isolamento a causa di gravi patologie. Il Servizio scuola però è stato reinventato e ha ristrutturato molte attività, grazie a metodologie e competenze di didattica a distanza, e-learning, consolidate nel corso degli anni. La scuola in ospedale si avvicina alla realtà dei bambini e dei

	ragazzi malati con rispetto e comprensione; il team ospedaliero che supporta il progetto ha la profonda consapevolezza che i pazienti hanno diritto a restare se stessi, hanno diritto di crescere, si impegnano a sostenere nuove forme di responsabilità e condivisione, mantenendo, il più possibile, la “routine” positiva del fare scuola e del vivere. Il continuo confronto collegiale tra gli insegnanti, la Direzione ospedaliera ed il personale di reparto, permette di esportare le esperienze compiute in ospedale per rimodulare la proposta formativa in modo da integrare il percorso didattico ed il percorso clinico, definendo come priorità la centralità del piccolo degente, il suo bisogno di salute ed il miglioramento delle sue condizioni cliniche.
6. Obiettivi specifici	L'emergenza sanitaria COVID ha rafforzato e consolidato gli obiettivi che la scuola e l'ospedale hanno individuati insieme. Integrare didattica e percorso clinico, dando priorità al paziente, contribuisce al miglioramento delle sue condizioni psico-fisiche proponendo un accompagnamento bio-psico-sociale. Fornire adeguata formazione ed informativa al team di docenti che afferiscono in ospedale dal punto di vista normativo (art. 17 del DLgs. 81/2008), conoscenza approfondita ed aggiornata delle attività che vengono svolte, dei processi, dei luoghi di lavoro (unità operative), formazione nel rispetto delle procedure già attivate nella struttura ospedaliera. Fornire adeguata formazione agli studenti, ai genitori/caregiver in merito al percorso educativo che può essere condotto in ospedale, modulato con didattiche personalizzate nel rispetto dell'unicità di ogni giovane paziente e in base all'evoluzione e al decorso della malattia. Mantenere il più possibile una continuità tra il paziente (studente) e gli istituti di provenienza per ottimizzare l'intervento sul singolo studente. Coinvolgimento attivo della famiglia, per aiutarla nell'approccio e nella gestione di un'esperienza che sconvolge la normale vita familiare.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	La scuola è una istituzione ancora poco conosciuta in molti ospedali italiani, che permette ai giovani e ai giovanissimi durante i lunghi ricoveri, di recuperare la loro identità di scolari e studenti. Insegnanti abilitati, che superano una prova di idoneità e continuano la loro formazione per anni, prestano servizio nei reparti ospedalieri restituendo ai ragazzi e ai bambini la dignità e la normalità del fare scuola. La scuola vive dentro l'ospedale ma si potrebbe anche affermare che l'ospedale rivive dentro la scuola, perché il giovane ricoverato esce dallo status di «paziente» per cercare, affiancato dai suoi insegnanti, di dare un senso alla sua esperienza di malattia e di guarigione.
8. Intervento/i	Pensare ad un progetto di questa magnitudine da attuare durante un'emergenza sanitaria di carattere mondiale significa finalizzare le attività e dare senso alle esperienze. Programmare un intervento scolastico all'interno di una realtà ospedaliera che attraversa un momento di rimodulazione organizzativa indica non solo che si sono individuate le priorità, che si sono affrontate le problematiche e che ci si è applicati al fine di trovare una soluzione compatibile con le risorse disponibili (organizzative, economiche, tecniche) attuando interventi proporzionati rispetto al contesto e alle difficoltà vissute e che si vivono tuttora in corsia. L'accesso in ospedale degli insegnanti è subordinato alla valutazione del servizio Medicina Preventiva. Tutti i docenti, prima dell'avvio delle lezioni in presenza, dovranno eseguire il tampone e test sierologico per Anticorpi anti SARS-CoV-2. Ogni accesso in Ospedale è subordinato alla rilevazione della temperatura corporea, igienizzazione delle mani con gel idroalcolico e valutazione del corretto

	uso della maschera chirurgica. All'avvio dell'anno scolastico la Direzione del Presidio organizza un incontro formativo/informativo con tutti gli insegnanti. La modalità di svolgimento è suddivisa in fasi: un modulo sulla sicurezza degli operatori e delle infrastrutture, aggiornato recentemente con le misure preventive per emergenza Covid-19 che comprende individuazione dei percorsi puliti, istruzioni sul corretto uso dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), Igiene delle Mani, procedure operative in essere nella struttura ospedaliera, comportamenti per il contrasto alla diffusione dell'epidemia da SARS-COV-2. E' indispensabile la collaborazione attiva dei docenti, che dovranno continuare a mettere in pratica i comportamenti generali previsti per il contrasto alla diffusione dell'epidemia, nella consapevolezza di una responsabilità condivisa tra l'ospedale e la scuola. Le precondizioni, per la presenza degli insegnanti in Ospedale, sono: - l'assenza di sintomatologia respiratoria o di temperatura corporea superiore/uguale a 37.5°C anche nei tre giorni precedenti; - non essere stati in quarantena o isolamento domiciliare negli ultimi 14 giorni; - non essere stati a contatto con persone sospette/positive, per quanto di propria conoscenza, negli ultimi 14 giorni. In caso di sintomi compatibili con infezione da SARS-COV-2 e/o positività per SARS-COV-2, l'insegnante dovrà effettuare immediata segnalazione, oltre che al proprio medico di medicina generale, ai Coordinatori dei reparti in cui ha svolto attività didattica, alla Medicina del Lavoro e alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero, in modo da attuare tempestivamente le misure del tracciamento dei contatti. Sarà la Medicina del Lavoro che dovrà autorizzare l'insegnante al rientro. I Dispositivi di Protezione Individuale e le procedure di sanificazione delle dotazioni dei docenti, fermo restando il rispetto di quanto previsto dal Ministero dell'Istruzione, vengono definiti dall'Ospedale che provvede alla fornitura di quanto necessario (camici monouso, mascherine chirurgiche o FFP2, occhiali o visiera ove non già disponibili tramite la Scuola, Gel idroalcolico, disinfettante virucida).
9. Studio dell'intervento/i	Le Unità operative coinvolte nell'intervento sono tutte le degenze e il settore di Day Hospital (dove sono previsti cicli in continuità di cura). L'orario delle lezioni viene modulato nelle seguenti fasce orarie: dalle ore 08.30 alle ore 12.00 e dalle ore 14.00 alle ore 17.00. Nell'ambito degli orari sopraindicati, i Dirigenti scolastici ad inizio dell'anno formalizzano l'orario prescelto rispettivamente per Scuola Materna, Scuola Primaria, Scuola Secondaria di Primo grado, Istituto di Istruzione Superiore. Le lezioni vengono svolte in presenza e/o da remoto (didattica a distanza). Le due modalità possono essere alternative o complementari. Le lezioni in presenza possono essere svolte nelle stanze di degenza nelle quali dovrà essere osservato il distanziamento previsto di 1 metro e l'utilizzo di adeguati dispositivi di protezione individuali sia da parte del paziente, caregiver e docente. L'accesso alle stanze va concordato con il coordinatore infermieristico o suo delegato. Raccomandato di evitare, ove possibile, la condivisione di oggetti (es. libri, tablet, pennarelli, ecc.) tra gli alunni; qualora ciò non sia possibile, è necessario che il paziente effettui l'igiene delle mani prima e dopo il contatto con tali oggetti e che gli stessi siano igienizzati e disinfettati con prodotti disinfettanti compatibili con il materiale da trattare. Gli oggetti non igienizzabili e disinfettabili non possono essere condivisi. Nel caso siano previsti periodi prolungati di lezioni "da remoto" i docenti prenderanno contatto telefonico con il coordinatore infermieristico per la

	segnalazione dei nominativi dei nuovi studenti ricoverati che intendono avvalersi del servizio scolastico. Le priorità d'intervento nel razionalizzare le risorse dell'organico ospedaliero partono dalle degenze più lunghe per le quali viene definito un percorso didattico in termini di tempi/contenuti significativo.
10. Indicatori	In questo tipo di progetto è necessario osservare i numeri considerandoli nel loro contesto. Il campione è stato stratificato per pazienti e per docenti • Indicatore di salute: benessere psico-fisico dei pazienti, monitoraggio andamento incidenza infezioni ospedaliere (ICA), percezione di sicurezza del personale scolastico • Indicatore correlato all'istruzione e formazione: partecipazione al progetto, abbandono precoce del percorso formativo, attività in presenza rapportata all'attività a distanza, livello di apprendimento, soddisfazione del paziente
11. Analisi	Tutti i bambini e i ragazzi di età inferiore ai 18 anni – italiani e stranieri - presenti in Italia hanno diritto all'istruzione. Sono stati raggiunti degenti di norma fino a 18 anni, caratterizzati da importanti patologie onco-ematologiche o deficit immunitari, spesso sottoposti a percorsi clinici significativi. La durata della degenza può essere considerevole, associata a periodi di alternanza abitazione/ospedale oppure connessa a controlli in D.H. di frequente periodicità. Le aree chirurgiche accolgono pazienti caratterizzati da brevi degenze pre e post intervento chirurgico. Particolare attenzione è stata posta ai degenti ricoverati per patologie neurologiche o comportamentali, disturbi dell'alimentazione per i quali le degenze sono continuative e possono durare alcuni mesi. Nessun intervento formativo ha risentito di difficoltà linguistiche, disponibile in struttura il servizio di mediazione culturale che però viene attivato nel coinvolgere i genitori madrelingua non italiana per quanto riguarda il consenso all'avvio del percorso educativo in ospedale. Molta attenzione è stata posta nel contenimento della diffusione delle infezioni ospedaliere (soprattutto durante la fase emergenziale) sottolineando l'importanza del continuo confronto del personale della scuola con il personale sanitario proprio per individuare tempestivamente situazioni di rischio nonché solerte comunicazione all'ufficio competente e la Direzione di Presidio per l'opportuna attuazioni di interventi atti al contenimento del rischio infettivo.
12. Aspetti etici	Il Covid ha ovviamente posto nuove sfide per l'ospedale, gli insegnanti e per gli studenti ricoverati ma la cosa che non possiamo pensare è che questi ultimi si sentano abbandonati. La scuola è un diritto, per tutti, e la professionalità accumulata da tanti anni di sperimentazione nei reparti va difesa, nell'assoluto rispetto delle norme anti-Covid ma anche del diritto allo studio dei piccoli ricoverati.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Il progetto di vivere e fare scuola in ospedale costituisce un concreto esempio di come Istituzioni, soggetti e operatori diversi, ciascuno con obiettivi propri, possano non solo incontrarsi ma anche interagire positivamente per la messa a punto di interventi accomunati da un medesimo fine, quello di promuovere il benessere e la crescita della persona, oltretutto in contesti tendenzialmente delicati o critici. La scuola in ospedale sperimenta e mette costantemente in
----------------------	--

	pratica il “modello integrato di interventi”, per assicurare ai propri destinatari pari opportunità e garantire un ponte tra la famiglia e l’ospedale, anche al fine di prevenire possibili situazioni di dispersione scolastica. Per queste sue peculiarità, la scuola in ospedale può allora costituire un modello anche per la scuola cosiddetta “normale”. Durante la fase 1 COVID il progetto è stato ridimensionato mediante l’attuazione di strategie quale video-lezioni, video-chiamate tramite apposite piattaforme che hanno permesso di mantenere attiva la conversazione e la comunicazione con i docenti garantendo la continuità del percorso.
--	---

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	Nel tempo la scuola in ospedale ha sviluppato una sua specifica offerta formativa per gli studenti malati. La caratteristica principale del funzionamento delle sezioni scolastiche ospedaliere è la modalità di erogazione del servizio, che tiene conto delle condizioni fisiche quanto psicologiche della persona. Il personale docente deve quindi possedere particolari capacità relazionali, in quanto le condizioni in cui si esplica il servizio possono metterne a dura prova la serenità e l’obiettività.
15. Interpretazione	La partecipazione risulta attiva e responsabile: i ragazzi sono molto motivati e comunicano in modo efficace fra loro e con gli operatori dei vari settori, riportando valutazioni molto positive. Al di là dei risultati, mi preme sottolineare le potenzialità del progetto oltre l’atteso. Inoltre, ritengo importante mettere a disposizione di tutte le sezioni ospedaliere italiane un possibile percorso affinché le buone pratiche siano conosciute, riprese, reinterpretate. Per avere un luogo dove condividere esperienze analoghe nella logica di una reciproca contaminazione volta al miglioramento del servizio. Si afferma come un progetto scolastico-ospedaliero, divenga lo strumento per conoscere, avvicinare, coinvolgere studenti ospedalizzati, fino al punto di diventare uno strumento valido di prevenzione o rimedio alla dispersione scolastica donando momenti di normalità e quotidianità come conseguenza del percorso di cura che devono affrontare. Molto graditi sono stati i momenti di formazione affrontato dal personale scolastico, prima dell’avvio delle attività sul campo, sull’ambiente in generale e sullo specifico spazio operativo, regole e obiettivi per lo svolgimento delle singole attività in corsia.
16. Limiti	Il progetto ha fatto i conti con - Difficoltà a reperire spazi adeguati alle attività; - Difficoltà di diffusione dell’offerta al maggior numero di reparti e studenti; - E’ mancata quest’anno una fase di condivisione dell’esperienza con le classi di appartenenza dei pazienti.
17. Conclusioni	In questo momento di complessità è necessario individuare modalità concrete per alimentare lo “spazio educativo”, per trasformare la chiusura “forzata” in occasione di consolidamento di prassi educative e relazionali. Il cambiamento nel nostro ospedale è stato possibile grazie alla collaborazione e flessibilità necessaria che deriva da un ascolto reciproco delle parti, premessa di una scuola che vada oltre l’ospedale e sappia collaborare anche con il territorio nel rispetto dei bisogni del bambino e della sua famiglia.

TITOLO DEL PROGETTO

Allestimento Ospedale da campo finalizzato al ricovero e all'assistenza dei pazienti Covid-19 presso il Polo Fieristico di Bergamo e successiva riconversione in struttura polifunzionale

ORGANIZZAZIONE

ASST Papa Giovanni XXIII
Bergamo

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Gabriele Pagani
RUOLO	Risk Manager
E-MAIL	riskmanagement@asst-pg23.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

[Video 1](#)

[Video 2](#)

[Video 3](#)

ORGANIZZAZIONE

ASST PAPA GIOVANNI XXIII

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Allestimento Ospedale “da campo” finalizzato al ricovero e all'assistenza dei pazienti Covid-19 presso il Polo Fieristico di Bergamo e successiva riconversione in struttura polifunzionale
2. Abstract	Allestimento di un Ospedale “da campo” su modello dell'ASST per l'accoglienza e gestione di pazienti covid-19. Collaborazione di varie equipe nella fase di acuzie della maxi emergenza pandemica. Riconversione della Fiera in struttura polifunzionale tutt'ora attiva dedicata ad attività di vario tipo che hanno consentito e consentono un marcato alleggerimento dei flussi verso l'ospedale centrale

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	La situazione emergenziale connessa alla rapida diffusione del Covid-19 ha portato ad crescente trend di occupazione dei posti letto sia delle aree critiche che delle aree di degenza del Papa Giovanni XXIII; l'Ospedale, nonostante abbia approntato una riconversione delle sue UO per rispondere all'esigenza di un numero sempre crescente di ricoveri di pazienti positivi, richiedeva ulteriore disponibilità; il territorio bergamasco è stato notevolmente colpito dalla pandemia e si è reso necessario, in pochissimi giorni e in applicazione della normativa emergenziale nazionale/regionale, creare una struttura su modello del “Papa Giovanni-assetto Covid” in grado di rispondere all'esigenza medica e sociale cui ci si è trovati di fronte. Richiamando l'art. 4 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18, Regione Lombardia ha indicato il Polo Fieristico di Bergamo quale struttura idonea allo scopo e l'ASST HPG23 ha dato il via ai lavori per la creazione di un presidio esterno.
4. Conoscenze disponibili	Le conoscenze/competenze Aziendali e delle organizzazioni coinvolte (Emergency, ANA, FFAA,...) hanno permesso, sulla base di esperienze internazionali di gestione di catastrofi civili e/o di guerra e delle indicazioni regionali “prot.2435_criteri per l'attivazione di strutture campali presso le aziende sanitarie nel contesto dell'emergenza covid-19 e successive”, di realizzare l'intervento.
5. Razionale	Il contesto in cui si è caratterizzato il progetto di realizzazione ha goduto, oltre che di interventi dispositivi e normativi ad hoc, anche di una rete informale prevalentemente di tipo volontaristico che si è attivata al fine di integrare problematiche o criticità specifiche di varia natura (personale, strumentazione e presidi specifici). Nella fase di definizione e realizzazione del progetto sono stati innumerevoli i contatti da parte dei responsabili dell'ASST con istituzioni, organizzazioni e associazioni per verificare la tipologia e le caratteristiche dell'intervento in merito a sostenibilità ed efficacia.
6. Obiettivi specifici	Il progetto ha avuto lo scopo primario di incrementare rapidamente i posti letto destinati alla gestione e al ricovero di pazienti Covid, creando una struttura “flessibile” e adattabile alle necessità post emergenziale; in Fase 2 si è riconvertita la struttura Fiera in presidio polifunzionale dedicato al follow up dei pazienti Covid “guariti” e, successivamente, ad altre attività quali le vaccinazioni, il Drive through e la Linea Tamponi Scuola

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	- Trend di occupazione dei posti letti presso l' Ospedale in crescita - Art. 4 del d.l. 17 marzo 2020, n. 18 - Deliberazione n. 255 del 6 aprile, con la quale ATS Bergamo ha autorizzato l'ASST alla messa in esercizio del presidio medico avanzato presso le aree rese disponibili nel complesso fieristico di Bergamo - Sottoscrizione della convenzione con l'ANA per la gestione del presidio medico avanzato "Fiera di Bergamo" in data 06.04 - Disponibilità di volontari per la creazione e gestione del presidio esterno, in particolare: 1)Emergency ha garantito il personale per la copertura di 12 posti letto di terapia intensiva. 2) personale delegazione russa ha supportato la gestione dei moduli di terapia intensiva, sub-intensiva e di degenza 3)Convenzione tra l'Associazione Nazionale Alpini e l'ASST Papa Giovanni XXIII per la gestione del presidio medico denominato "Fiera Di Bergamo" 4)Personale inviato dal Dipartimento Protezione Civile Nazionale
8. Intervento /i	Cronoprogramma: 18.03: Sopralluogo presso il Polo Fieristico a seguito del quale Regione Lombardia avvala la scelta della struttura e la progettazione del "presidio ospedaliero" 18.03 – 21.03: viene istituito un tavolo di lavoro comprendente: Coordinatore Inf.co dell'ASST contattato direttamente da Regione Lombardia/AREU per la gestione del progetto, GIMCA - ANA, Emergency. Il tavolo si occupa della progettazione del presidio su modello ospedaliero del Papa Giovanni, in base alle evidenze emergenti circa la gestione clinica dei pazienti, l'evoluzione delle conoscenze sul virus e l'andamento epidemico 23.03: iniziano i lavori. ANA – Confartigianato Bergamo realizza a proprie esclusive spese, cura e responsabilità, all'interno del suddetto immobile, tutti i lavori (incluse modifiche, addizioni e migliorie) e tutti gli allestimenti necessari per attivare il modulo ospedaliero provvisorio. Le ditte aderenti a Confartigianato Bergamo dedicano oltre 16.000 ore lavorative per la realizzazione della struttura. <i>Allegato 1 Video "fiera di Bergamo costruzione"</i> 30.03: Termine dei lavori strutturali. <i>Allegato 2 zip "Planimetrie"</i> 31.03: Trasporto delle attrezzature alla Fiera, tra cui apparecchiature biomedicali per monitorare ed assistere i pazienti (assetto terapia intensiva e sub intensiva); Radiologia Diagnostica fissa e portatile ed un Magazzino Farmaceutico Ospedaliero . Si segnala installazione di una TAC, 70 monitor multi-parametrici, 2 emogasanalizzatori, 3 ecografi. 04.04: Presidio Fiera pronto con 142 posti letto, organizzati in 6 moduli intensivi da 12 posti, 3 moduli sub intensivi da 10 posti, 5 moduli degenza da 8 posti, tutti con dotazioni tecnologiche, gas medicali e aspirazioni centralizzate. Collegamento h24 con Laboratorio Analisi/Microbiologia, Radiologia per la refertazione anche in remoto, software gestionale clinico di Pronto Soccorso. L'area sanitaria è composta da: 1. Area Triage/Pronto Soccorso: deputata all'accettazione dei pazienti e all'attività di Triage Infermieristico 2. Area Pronto Soccorso/Shock Room: valutazione e stabilizzazione del paziente critico 3. Area di degenza, suddivisa in intensiva, medio intensiva e a bassa

	intensità 4. Eli superficie H24 – <i>Allegato 3 “elisoccorso”</i> 05.04: Simulazione del percorso: trasporto in ambulanza o elicottero, triage, prelievo ematico, Rx Torace al letto, supporto ventilatorio . <i>Allegato 4 “Video simulazione”</i> 06.04: Prove generali sanitarie: accettazione, ACLS, assistenza respiratoria, RX diagnostica, ricovero in Terapia Intensiva. <i>Allegato 5 Video “OSP@Fiera@360-P”</i> 06.04: Il Presidio Medico Avanzato Fiera di Bergamo viene ufficialmente aperto. <i>Allegato 6 “Apertura”</i> Si determina che: - il presidio opera sotto la direzione e il coordinamento della direzione sanitaria, dell'UOC Direzione medica e dell'UOC Direzione professioni sanitarie e sociali - la responsabilità medica e la responsabilità gestionale/operativa del medesimo presidio sono poste in capo al direttore dell'UOC Anestesia e rianimazione IV – Emergenza urgenza intra-extra ospedaliera di questa azienda, vicariato dal responsabile dell'AAT Bergamo - il coordinamento e il raccordo operativo con tutti i soggetti che a diverso titolo si interfacciano con le attività del presidio medico avanzato “Fiera di Bergamo” vengono affidate ad un Coordinatore Infermieristico, mentre un secondo C.I. esperto viene dedicato alla pianificazione, organizzazione e controllo delle attività assistenziali - la gestione della documentazione sanitaria è garantita dall'ASST, come pure la copertura assicurativa del personale operante presso il presidio e la protezione individuale vigente, oltre che: 1. l'attività laboratoristica/diagnostica, seppure con il supporto della strumentazione di laboratorio fornita dall'Associazione Nazionale Alpini (ANA), che deve assicurare anche il servizio logistico 2. i servizi di pulizia, gestione dei rifiuti e lavanolo, facendo ricorso all'appaltatore contrattualizzato, utilizzando la clausola del quinto d'obbligo se disponibile o stipulando un autonomo contratto con l'appaltatore o altro fornitore, con le procedure di somma urgenza di cui al codice appalti - il servizio di Farmacia è assicurato da staff Farmacia Policlinico di Milano
9. Studio dell'intervento/i	Gestione sanità “campale” in maxi emergenza/pandemia Covid-19 Riferimento punto 7. contesto
10. Indicatori	• Pz trattati in fiera • Pz trattati nelle TI e nelle degenze • Degenza media • Tipologia e quantificazione degli esami diagnostici eseguiti • Tipologia e quantificazione delle attività svolte dopo la conversione in struttura polifunzionale
11. Analisi	Si è scelto di utilizzare in Fiera i Software presenti al Papa Giovanni, con il supporto di ICT, in modo che tutti i dati relativi alla gestione dei pazienti, terapie, esami richiesti, completezza e chiusura cartelle cliniche fossero poi più facilmente fruibili ed analizzabili. Tutte le attività sono state tracciate e oggetto di analisi, relazione e/o rendicontazione a Regione Lombardia
12. Aspetti etici	Richiamando il documento tecnico pubblicato da SIAARTI e che privilegia la “maggior speranza di vita”, la decisione di aprire nuovi posti letto è stata supportata dal desiderio di poter ampliare la possibilità di accesso alle cure a quante più persone possibile, preso atto del trend esponenziale di crescita dei contagi e degli accessi ospedalieri. L'Azienda bergamasca, così come altre realtà potentemente colpite, non ha potuto accogliere, specie nelle Terapie intensive, tutti coloro che necessitavano di ricovero; la

realizzazione di 142 posti letto ha ampliato la possibilità di cura alla popolazione ed una quindi maggiore aderenza all'Art.32 della Costituzione, che tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati

L'intervento di realizzazione del Presidio Bergamo Fiera, come da punto 8, è stato realizzato in un arco temporale di 20 giorni, 10 per le attività strutturali e 10 per la messa a punto di macchinari, percorsi e per le simulazioni.

Presso il presidio sono stati ricoverati 120 pazienti, di cui 28 sono stati sottoposti a cure intensive e sub intensive.

I 120 pazienti sono stati così dimessi: 89 al domicilio, 30 presso altre strutture, 1 deceduto. La degenza media è stata di 21 giorni.

Sono state effettuate: 112 TC torace, 2 TC total body, 1 TC cranio, 107 procedure con mezzo di contrasto, 248 RX torace.

Presso la Fiera hanno operato, a vario titolo, un totale di 277 operatori, di cui: 14 dipendenti ASST Papa Giovanni XXIII, 18 in libera professione, 2 in contratto interinale, 2 in comando, 40 reclutati da ANA, 46 militari Federazione Russa, 82 Emergency, 15 frequentatori volontari, 55 inviati da Dipartimento di Protezione Civile, 5 Farmacia Policlinico Milano ed i vari specialisti del Papa Giovanni chiamati in consulenza H24 7 giorni su 7.

Tutti gli operatori sono stati formati prima dell'inizio dell'attività tramite corsi specifici strutturati aziendali di: Orientamento Covid-19 (clinica, assistenza, aspetti igienici ed organizzativi, utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale), Documentazione Clinica Elettronica: utilizzo dei principali software aziendali, Aggiornamento clinici/diagnostici della patologia.

Alcuni professionisti hanno avuto la possibilità di effettuare training in PG23 prima dell'apertura del Presidio al fine di conoscere l'approccio assistenziale/terapeutico.

A termine servizio, tutti gli operatori impiegati sono stati sottoposti a controllo con tampone nasofaringeo, 2 di essi sono risultati positivi.

L'ultimo paziente ricoverato è stato dimesso in data sabato 23 maggio.

Grazie alla progettazione di una struttura modulare si è rapidamente potuto riconvertire il presidio Fiera in struttura polifunzionale e attivare altri servizi, resi necessari dall'andamento dell'emergenza Covid. *Allegato 7 "Planimetria post covid"*

apertura attività di degenza	06/04/2020
chiusura attività di degenza	23/05/2020
riconversione strutturale/organizzativa PMA	
apertura Ambulatorio Follow up post Covid ,	08/06/2020
apertura Servizio Vaccinazioni	08/06/2020
allestimento area Drive through	25/08/2020
apertura Linea Tamponi Scuola	17/09/2020

In particolare si evidenziano le seguenti medie di accessi:

- Follow up di pazienti post covid: 30 al giorno. *Allegato 8 "Follow up"*
- Servizio vaccinazioni: 90/95 bambini al giorno. *Allegato 9 "Vaccinazioni"*
- Area drive through, gestita dal Gruppo San Donato: 150 tamponi al giorno. *Allegato 10 "Drive through"*
- Linea Tamponi scuola: in questa prima fase di ripresa dell'anno, vede una media di 150 accessi al giorno di minori che devono essere sottoposti a tampone. *Allegato 11 "Linea Tamponi Scuola"*

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	Il principale risultato che emerge a distanza di mesi dall'inizio del progetto è che è stata realizzata una importante opera in grado di accogliere nel momento dell'esigenza fino a 142 pazienti ma che ha il pregio di aver potuto essere in seguito ripensata, grazie ad una positiva progettazione iniziale, e divenire una struttura polifunzionale che ha consentito il dirottamento di flussi importanti di pazienti dall'Ospedale alla struttura stessa anche in fase postemergenziale
15. Interpretazione	La Fiera ha avuto un grande impatto mediatico per il popolo bergamasco, che si è prodigato per far sentire il suo sostegno al Papa Giovanni sia a livello emotivo sia in concreto, con oltre 120 tecnici/artigiani che volontari hanno partecipato alla sua realizzazione. Rispetto ad altri Ospedali da campo aperti in Regione la Fiera è ancora attiva quale struttura polifunzionale e, in caso di un'ulteriore maxi emergenza, è rapidamente convertibile in struttura di ricovero completa.
16. Limiti	Le sfide più complesse riscontrate nel corso della realizzazione del progetto sono state: - Integrazione di vari gruppi di lavoro multinazionali, con idiomi, culture, metodologie di lavoro ed esperienze sul campo diverse che si sono dovute velocemente coordinare ed integrare - Formazioni personali differenti dei vari professionisti, calati in un contesto emergenziale con la necessità di apprendere rapidamente le nozioni base per la gestione Covid nonché dei software aziendali e della strumentazione in dotazione - attivazione del processo di assistenza, diagnosi e cura in emergenza-urgenza attivo all'interno del Papa Giovanni anche sul presidio Un possibile limite alla replicazione del progetto in altri spazi e tempi è legata al gran numero di professionisti e specialisti che si sono resi disponibili per la gestione di pazienti complessi in corso di emergenza rendendo attuabile il progetto, in quanto senza personale la struttura non avrebbe potuto consentire la presa in carico né dei pazienti Covid né delle successive attività. Realizzazione in tempi limitati grazie alle ordinanze emergenziali che hanno reso possibile la fase autorizzativa e di collaudo della struttura da parte degli organi preposti, ATS, Regione Lombardia, Comune di Bergamo Oltre al personale deve essere anche considerata la disponibilità di una struttura con caratteristiche specifiche atte alla progettazione modulare, posta in un punto strategico per la città e le zone limitrofe. Grande disponibilità di risorse umane e forza lavoro per la realizzazione dei lavori.
17. Conclusioni	L'intervento ha consentito la cura di 120 pazienti ed è stato riconvertito per altre attività rese necessarie durante l'evoluzione della pandemia e la ripresa delle attività economiche e scolastiche. ASST e ATS hanno collaborato per verificare l'idoneità della Fiera quale struttura polifunzionale e per la sua rapida riconversione. La sostenibilità del progetto, anche dopo la fase emergenziale, è stata garantita da una ridistribuzione della forza lavoro medica, infermieristica, tecnica e dall'impegno di tutti per far fronte ad una situazione nuova. Elemento caratteristico del presidio è la struttura modulare, che si è rivelata fondamentale per una celere modifica delle attività svolgibili al suo interno. In massimo 48 h si possono approntare quelle modifiche necessarie per ottenere nuovamente unità di terapia intensiva, sub intensiva e di degenza e rimodularlo quindi in ospedale da campo in caso di riacutizzazione dell'emergenza pandemica

TITOLO DEL PROGETTO

Progetto di monitoraggio Fase 2 emergenza Covid: sviluppo di un percorso di miglioramento mediante attività di audit

ORGANIZZAZIONE

ASST Sette Laghi
Varese

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Giovanna Martinelli
RUOLO	Direttore ff SC Qualità, Appropriatelyzza, Accreditemento e Rischio clinico
E-MAIL	giovanna.martinelli@asst-settelaghi.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ASST SETTE LAGHI

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Progetto di monitoraggio Fase 2 emergenza COVID: sviluppo di un percorso di miglioramento mediante attività di audit.
2. Abstract	<u>Introduzione:</u> Lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia da SARS CoV-2, nella nostra Regione ha interessato l'organizzazione con significativa trasformazione delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie (fase 1) e indicazioni per la ripresa delle stesse (fase 2). Nell'ambito della nostra organizzazione, già certificata ai sensi della norma ISO 9001:2015, è stata implementata l'attività di audit interno finalizzata al monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni aziendali per la fase 2 emergenziale da SARS-CoV-2. <u>Materiali e metodi:</u> Sono stati definiti: gruppo di lavoro multidisciplinare, check list di rilevazione, tempogramma, metodo di analisi e valutazione dai dati, pianificazione azioni di miglioramento. <u>Risultati:</u> Sono state auditate 219 sedi totali (31 check point, 127 sedi ambulatoriali, 57 degenze, 4 pronto soccorso); individuati 12 ambiti di miglioramento e attivate 20 azioni correttive che hanno portato a revisione delle informazioni documentate, adeguamenti informatici e organizzazione di momenti di formazione. <u>Conclusioni:</u> Il progetto, basato esclusivamente su risorse interne, è sostenibile e riproducibile. Le valutazioni conclusive hanno portato alla conferma della validità del percorso, nonché alla pianificazione di un nuovo ciclo di audit, in cui vengano recepite le indicazioni di revisione emerse nel corso del primo ciclo.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Lo scenario epidemiologico determinato dalla pandemia da SARS CoV-2, nella nostra Regione ha interessato sostanzialmente tutte le strutture ospedaliere delle diverse Province, anche se con differente impatto, ed ha reso necessaria una significativa trasformazione delle attività di erogazione delle prestazioni sanitarie con la sospensione dell'attività programmata nel febbraio 2020 (fase 1). Successivamente (fase 2), dato atto dell'evoluzione dell'epidemia osservato dalla seconda metà di aprile, sono state emanate linee di indirizzo affinché le strutture sanitarie potessero adottare le opportune misure di carattere strutturale, organizzativo e procedurale finalizzate ad assicurare l'attività assistenziale nelle massime condizioni di sicurezza possibile per utenti/assistiti, personale sanitario, tecnico e amministrativo, personale delle ditte esterne che afferisce alle strutture, e per i visitatori. La nostra organizzazione ha recepito le sopra citate indicazioni rimodulando i percorsi in essere.
4. Conoscenze disponibili	Health Policy 124 (2020) 216-223: la letteratura conferma l'implementazione apportata nella gestione dei processi sanitari dalla applicazione di attività di audit. L'integrazione con le indicazioni relative all'emergenza COVID è supportata dai dati contenuti nei rapporti degli organi di sanità pubblica nazionale dal febbraio 2020 ad oggi.

5. Razionale	Nell'ambito della nostra organizzazione, già certificata ai sensi della norma ISO 9001:2015, è prevista l'attività di audit interno finalizzata alla valutazione della conformità del Sistema Gestione Qualità (SGQ). In particolare l'attività di audit prevede che l'organizzazione pianifichi, applichi e mantenga un programma di audit comprensivo di frequenza, metodi, responsabilità, requisiti di pianificazione e reporting in riferimento al processo coinvolto, tenendo conto dei cambiamenti che influiscono sull'organizzazione. Pertanto l'applicazione dell'attività di audit nel processo di monitoraggio ben si integra con l'approccio per processi, che comprende il ciclo PDCA (Plan-Do-Check-Act) e il "Risk based thinking" (Figura 1). I principi che sostengono tale attività sono stati estesi al monitoraggio dell'applicazione delle indicazioni della fase emergenziale da SARS-CoV-2.
6. Obiettivi specifici	Obiettivo del progetto: - valutare il grado di applicazione, conoscenza e diffusione delle indicazioni messe in atto per la ripresa dell'erogazione delle prestazioni sanitarie nella fase 2 dell'emergenza COVID; - applicare una metodologia indipendente, sistematica e documentata per la verifica delle evidenze oggettive; strutturare ed applicare un percorso di miglioramento mediante eventuali azioni correttive.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'intervento è stato sviluppato nel corso della fase 2 dell'emergenza sanitaria COVID-19, relativamente alla ripresa della erogazione delle prestazioni sanitarie in ambito di ricovero e ambulatoriale. Questa fase ha visto a livello regionale la definizione del tipo e del livello di prestazioni da riattivare congiuntamente ai criteri per l'accesso agli stessi. La declinazione all'interno dell'organizzazione ha portato all'elaborazione e/o revisione delle informazioni documentate che sono state strutturate nel SGQ aziendale.
8. Intervento/i	a. Descrizione dell'intervento: - definizione, mediante delibera aziendale, di gruppo di lavoro coordinato dalla struttura Qualità, Appropriatazza, Accreditamento e Rischio clinico; - identificazione obiettivi; - definizione strumento di lavoro: check list sviluppate, con confronto con altre realtà sanitarie regionali, su 4 ambiti di attività: check point, ambulatori, pronto soccorso e degenze; - cronoprogramma: timing di pianificazione e sviluppo del progetto: 2 mesi - stratificazione delle attività di audit per sedi di erogazione delle prestazioni sanitarie: n.7 ospedali e relative sedi di area territoriale - modalità di registrazione (scheda di registrazione elettronica con strumento Google Moduli condiviso) e analisi dei dati; - scheda di pianificazione azioni a seguire e loro monitoraggio; - restituzione risultati: settimanale, alla direzione strategica dell'organizzazione; bisettimanale, all'interno del gruppo di lavoro. b. Caratteristiche del gruppo di lavoro: gruppo di lavoro multidisciplinare: operatori sanitari (medici, infermieri; direzione medica, comitato infezioni ospedaliere, rischio clinico) e non sanitari (servizio di prevenzione e protezione, ufficio tecnico)

9. Studio dell'intervento/i	a. Approccio prescelto per valutare l'impatto dell'intervento/i: incontri settimanali volti a: -analizzare i dati della settimana precedente -pianificare le azioni di miglioramento a seguire dalle criticità riscontrate -verificare il rispetto del cronoprogramma -valutare lo stato di avanzamento delle azioni correttive già attivate Approccio utilizzato per stabilire se i risultati osservati sono dovuti all'intervento/i: stratificazione dei dati in funzione del timing di attivazione di azioni correttive.
10. Indicatori	a: Indicatori scelti per misurare gli esiti dell'intervento: - a fine monitoraggio, riduzione n° totale rilievi NC per item con riscontro di almeno 3 NC nel primo mese di monitoraggio: riduzione almeno del 25% sullo stesso item -rispetto della tempistica del cronoprogramma, dato questo fondamentale in riferimento al razionale del progetto, volto a verificare lo stato di divulgazione, adesione e conoscenza delle indicazioni per la ripresa delle prestazioni sanitarie: valore obiettivo: scostamento <10% -completezza della compilazione delle check list: valore obiettivo 100% b: la valutazione continua degli elementi di contesto è stata condotta schedulando incontri bisettimanali del gruppo di lavoro durante i quali lo sviluppo dell'attività di audit veniva modulata in base allo stato di avanzamento delle azioni di miglioramento c: la completezza dei dati è stata definita quale uno degli indicatori del progetto. L'accuratezza dei dati di registrazione è stata monitorata attraverso l'analisi di ogni singola scheda di registrazione
11. Analisi	I dati sono stati condotti mediante strumenti di analisi statistica descrittiva.
12. Aspetti etici	I potenziali conflitti di interesse dell'intervento sono stati gestiti definendo la composizione dei gruppi di auditor, ciascuno dei quali comprendeva almeno un operatore sanitario ed uno non sanitario; in nessun caso sono state auditate realtà di pertinenza di uno dei componenti del gruppo.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	a. tempogramma iniziale (Figura 2) e finale (Figura 3) b. indicatori - riduzione n° totale rilievi NC per 2 item indagati - rispetto del tempogramma: scostamento di 4 giorni rispetto al programma pianificato, pari al 10.5% - completezza delle schede di registrazione: 100% c. elementi di contesto che hanno avuto interazioni con l'intervento: timing orario di effettuazione degli audit, con riferimento alle attività ambulatoriali; recepimento <i>in itinere</i> delle indicazioni normative di riferimento, che hanno portato ad una variazione dei percorsi, a parità di area valutata. d. associazioni osservate tra interventi, esiti ed elementi rilevanti del contesto: variazioni organizzative: dislocazione check point; revisione procedure; implementazione consapevolezza operatori; integrazione con i sistemi informativi ed implementazione delle funzionalità dei fattori di contesto tecnologici
----------------------	--

	e. conseguenze non previste dell'intervento: - benefici inaspettati: organizzazione di eventi formativi durante il progetto; - problemi: difficoltà organizzative legate al contesto fisico dell'area su cui insiste l'organizzazione; difficoltà nella stratificazione dei dati relativi a punti prelievo, percorso pre-ricovero, centro unico di prenotazione, inseriti nella configurazione della check list ambulatoriale f. dettagli relativi ai dati mancanti: i dati mancanti, riconducibili agli esiti NA e NV, non inficiano la valutazione complessiva dei dati
--	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	a. risultati principali: - totale sedi auditate: 31 check point, 127 sedi ambulatoriali, 57 degenze, 4 pronto soccorso - analisi dei dati, si riportano alcuni degli item analizzati: Figura 4, Figura 5, Figura 6 - ambiti di miglioramento individuati: 12, di cui 1 relativo ai check point, 5 alle prestazioni ambulatoriali, 4 alle prestazioni di ricovero e 2 all'accesso alle strutture - azioni correttive attivate: n.20, la risoluzione di 17/20 è stata portata a termine entro la fine del progetto; 3/20 sono relative ad interventi strutturali e infrastrutturali già in corso. Ambiti di miglioramento: formazione, informazioni documentate, adeguamenti informatici. b. particolari punti di forza del progetto: -multidisciplinarietà dei gruppi di auditors -contatto con tutte le realtà dell'organizzazione -confronto diretto con gli operatori -riproducibilità in altri contesti organizzativi -replicabilità all'interno del medesimo contesto
15. Interpretazione	a. L'intervento condotto ha inciso in termini di out come di tipo organizzativo (con riferimento alle ricadute operative delle azioni di miglioramento sviluppate: riorganizzazione dislocazione check point, rivalutazione percorso pre-ricovero, ambulatorio tamponi), di tipo formativo (attivazione eventi webinar interni all'organizzazione) e di tipo documentale con emissione/revisione procedure. b. Il confronto dei risultati con quelli di altre organizzazioni sarà verosimilmente possibile dopo confronto regionale c. L'impatto del progetto a livello di persone e di sistema si traduce fondamentalmente nel rafforzamento della rete di collaborazione tra operatori di discipline diverse sanitarie e non. d. L'analisi dei dati ha fatto emergere, pur nell'ambito della totale completezza della compilazione delle schede di registrazione, una quota di rilievi NV (non valutato) ed NA (non applicabile) che hanno reso in alcuni casi più difficoltosa l'interpretazione dei risultati. La motivazione è stata individuata nella modalità di formulazione delle domande delle check list.

	Alla luce delle azioni di miglioramento individuate, il <i>trade off</i> strategico si traduce nello sviluppo di obiettivi a medio termine che coinvolgono in modo integrato i sistemi informativi e di accesso.
16. Limiti	a. Il limiti alla generalizzabilità del progetto è da ricondurre alla dinamicità del contesto relativamente all'emissione di nuove disposizioni e all'attivazione di azioni di miglioramento durante il periodo di progetto. b. Fattori che potrebbero aver limitato la validità interna: 1) difficoltà legate alla strutturazione delle check list per quanto riguarda la possibile interpretazione dei quesiti da parte degli auditors e per quanto riguarda l'incidenza dei campi con valorizzazione NA e NV; 2) valutazioni non omogenee a parità di ambito ma non di sede auditata in relazione all'avanzamento temporale delle azioni di miglioramento messe in atto. Azioni effettuate per minimizzare l'impatto dei limiti: confronto bisettimanale tra auditor per allinearsi sulle valutazioni e aggiornarsi sulle nuove disposizioni.
17. Conclusioni	a. Utilità del progetto: il progetto ha permesso di tutelare la sicurezza dei pazienti e degli operatori, garantendo il recepimento operativo delle indicazioni aziendali e implementando la consapevolezza degli operatori. b. Sostenibilità del progetto: il progetto è stato sviluppato con il solo supporto di risorse interne sia per la pianificazione che per l'esecuzione dello stesso. c. Il progetto è del tutto riproducibile sia dal punto di vista organizzativo che metodologico e ciò lo rende esportabile anche in altri contesti. d. Implicazioni per la pratica e per la ricerca futura: un possibile sviluppo futuro del progetto nell'ambito della nostra organizzazione è stato individuato nella applicazione del metodo "<i>tracer</i>" di valutazione, nonché del <i>change control</i> applicato ai processi auditati. e. Prossimi step suggeriti: -revisione check list con riferimento agli adeguamenti normativi sopraggiunti nonché alla rimodulazione dei quesiti proposti, con possibilità di impostare le risposte secondo 2 scale: 1. sì/no; 2. non conforme, conformità parziale, conforme, non valutato, non applicabile -nuova programmazione di audit, timing:start ad almeno 2 settimane da revisione documentazione aziendale di riferimento; frequenza: settimanale, 1 giorno/settimana -campionamento delle strutture da auditare secondo i seguenti criteri: check point: tutti; ambulatori: poliambulatori, ambulatori con pazienti fragili, ambulatorio tamponi; degenze: strutture con riscontro di almeno 2 NC nel corso del primo ciclo di audit.

TITOLO DEL PROGETTO

***Progetto di mappatura delle competenze per la costruzione di
equipe mediche dedicate all'emergenza Covid-19***

ORGANIZZAZIONE

ASST Valle Olona
Busto Arsizio (VA)

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Eugenio Porfido
RUOLO	Direttore Generale
E-MAIL	direzione.generale@asst-valleolona.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ASST VALLE OLONA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	PROGETTO DI MAPPATURA DELLE COMPETENZE PER LA COSTRUZIONE DI EQUIPE MEDICHE DEDICATE ALL'EMERGENZA COVID-19
2. Abstract	La veloce diffusione dell'epidemia da Covid-19 ha comportato un repentino cambiamento delle strategie organizzative di tutte le strutture sanitarie italiane. Dal 31 Gennaio 2020, data di inizio dello stato di emergenza sanitaria nazionale, l'Organizzazione ha definito una pluralità di azioni per la presa in carico e la cura delle persone ammalate nonché per contrastare la diffusione della malattia. È stato approntato un riassetto delle unità d'offerta passando da un sistema di divisione tradizionale per specialità di un Ospedale generale a un assetto che prevede, da una parte, la presenza di reparti tradizionali, dall'altra, un insieme di aree dedicate esclusivamente al trattamento di pazienti Covid-19, distinte per intensità di cura rispetto alla necessità di ventilazione respiratoria. Il Progetto ha portato alla definizione e applicazione di una metodologia per la redistribuzione del capitale umano nelle nuove aree per competenze individuate, mappate, valutate e riordinate. Ciò ha permesso di garantire tempestivamente livelli assistenziali di qualità attraverso la costruzione di equipe mediche multidisciplinari con un livello di competenza allineato rispetto alla nuova sfida COVID contenendo, al tempo stesso, i fattori umani di timore e sensazione di inadeguatezza. Grazie a una pluralità di Professionisti, sono state identificate le abilità/skills e le competenze tecniche e clinico assistenziali (item) dei Dirigenti Medici coinvolti nell'assistenza ai pazienti Covid. Ad ogni item è stato poi assegnato un Valore Atteso Minimo (VAM) predefinito, su una scala da 1 a 5, ritenuto indispensabile per poter considerare autonomo il Professionista nella gestione delle attività. Attraverso la successiva mappatura delle competenze reali del singolo Medico sono stati intercettati gli item non adeguatamente sviluppati e sono state tempestivamente messe in atto iniziative formative specifiche finalizzate al loro potenziamento. Una successiva rivalutazione delle competenze ha permesso, infine, di verificare il nuovo livello di competenze, con il conseguente inserimento dei Professionisti all'interno delle equipe multidisciplinari. Tale metodologia ha garantito assistenza ai pazienti Covid-19 con il maggior numero di risorse umane disponibili e formate adeguatamente.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Garantire un'assistenza tempestiva e di qualità ai pazienti affetti da Infezione da Coronaviruses contenendo i fattori umani di timore ed inadeguatezza delle equipe mediche e dei professionisti sanitari: questa la sfida più grande con la quale l'Organizzazione si è dovuta misurare. La revisione completa dell'assetto organizzativo è stata una delle numerose azioni, contemporanee e parallele, attuate dall'Azienda. Tale strategia ha comportato l'accorpamento delle tradizionali Unità Operative di diverse specialità a favore dell'apertura di nuovi reparti dedicati all'assistenza esclusiva di pazienti Covid-19 secondo tre livelli di intensità di cura a gradiente crescente: livello con supporto di terapia con ossigeno, livello con ventilazione non invasiva e livello con ventilazione meccanica (Rianimazione). In un tale contesto è apparso sin da subito urgente identificare rapidamente una
------------------------------------	--

	metodologia per garantire assistenza con il maggior numero di risorse umane disponibili e adeguatamente formate.
4. Conoscenze disponibili	1. Attraverso la costituzione di un'Unità di Crisi Aziendale, multidisciplinare e multiprofessionale, per la gestione emergenza Covid, si sono individuati i contenuti tecnici relativi all'expertise necessaria ai medici che devono operare nelle UO Covid, anche alla luce della bibliografia emergente e ai canali informativi preposti regionalmente e nazionalmente; 2. L'Organizzazione ha applicato la letteratura e la teoria sulla mappatura delle competenze al nuovo ambito aziendale, focalizzandosi sulle key competences del Dirigente Medico assegnato ad una UO Covid
5. Razionale	Il Progetto vuole rappresentare il metodo utilizzato per la ridistribuzione del capitale umano nelle nuove aree per competenze individuate, mappate, valutate e riordinate. La costruzione del Profilo Atteso di Competenze è stata effettuata mediante la tecnica del consenso degli Esperti (processo induttivo): è stato chiesto loro di declinare le competenze chiave richieste al Dirigente Medico assegnato ad una UO Covid attribuendo, ad ognuna di esse, il Valore Atteso Minimo (VAM) che permette di considerare il Professionista autonomo nella gestione delle attività. Applicando la "NIH Proficiency Scale", è stato attribuito ad ogni item un valore su una scala da 1 a 5 (1= livello di competenza base, 5 = livello di competenza esperto). La successiva mappatura del livello di competenze reali ha permesso poi, da un lato, di valorizzare l'esperienza clinica del personale esperto, dall'altro di dare immediata evidenza degli item da potenziare attraverso la formazione e il training individualizzato. Una rivalutazione finale, effettuata a fronte delle azioni intraprese, ha permesso infine di misurare il nuovo livello di competenze del Professionista formato.
6. Obiettivi specifici	• Garantire assistenza ai pazienti Covid-19 attraverso equipe multidisciplinari e multiprofessionali costituite dal maggior numero di risorse umane disponibili, utilizzando la modalità del affiancamento tra personale esperto e personale con gap formativo individuato; • Identificare abilità/skills e competenze tecniche e clinico assistenziali indispensabili (item) richieste ai Dirigenti Medici, in relazione al grado di intensità di cura richiesto; • Mappare il livello di competenze reali misurando quanto le stesse si discostano da un VAM ritenuto indispensabile per poter considerare autonomo il Professionista nella gestione delle attività; • Identificare gli ambiti da potenziare e migliorare il livello di adeguatezza e di preparazione dei Professionisti sanitari provenienti dalle varie UO accorpate; • Colmare i gap riscontrati attraverso una pluralità di interventi mirati; • Rivalutare il livello di competenza del Professionista a fronte delle azioni intraprese.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'insieme di Medici e professionisti resisi disponibili in seguito agli interventi di riassetto organizzativo, unitamente ai Dirigenti medici di nuova assunzione specificatamente per la gestione dell'emergenza Covid, ha permesso di definire equipe mediche e di Professionisti sanitari multidisciplinari.

	Si è deciso quindi di intervenire valorizzando le competenze e le abilità dei Professionisti sanitari identificando un metodo che garantisse la distribuzione di personale nei nuovi ambiti assistenziali delle UO Covid e che, al tempo stesso, supportasse i fattori umani di timore e sensazione di inadeguatezza.							
8. Intervento/i	Operativamente il Progetto ha coinvolto una pluralità di attori e previsto diverse fasi (<i>All.1 – attori coinvolti e responsabilità</i>): 1. Individuazione di un team di Esperti per la cura dei malati COVID; 2. Costituzione delle equipe da distribuire nei reparti Covid, con il supporto delle Direzioni Mediche di Presidio, affiancando personale esperto a medici che necessitano di arricchire le loro competenze specifiche in tema di gestione Covid; 3. Definizione, da parte del team di Esperti, dei seguenti elementi: - delle abilità/skills e delle competenze tecniche e clinico assistenziali (item) necessarie per curare adeguatamente i pazienti in relazione al grado di intensità di cura richiesto; - di un VAM per ogni item, finalizzato a valutare il grado di autonomia del Professionista nell'esercitare l'abilità e la competenza specifica; - dei criteri per il raggiungimento del VAM e loro quantificazione; - delle iniziative specifiche di training, finalizzate al raggiungimento del livello di autonomia. 4. Implementazione della Scheda per la Mappatura delle Competenze, format Aziendale già utilizzato in precedenza per mappare le competenze dei Dirigenti Medici (<i>All. 2 – Scheda per la Mappatura delle Competenze</i>). 5. Coinvolgimento del Direttore della UO inviante (UOI) per la valutazione di ciascun Dirigente Medico assegnato alla sua UO; 6. Raccolta del fabbisogno formativo da parte Servizio Sviluppo e Formazione e supporto ai Direttori delle UO Richiedenti (UOR), ovvero i reparti Covid, nell'implementazione di iniziative mirate di training; 7. Organizzazione ed erogazione della formazione/training individualizzato; 8. Nuova valutazione, a distanza di qualche giorno, delle abilità/competenze del Dirigente Medico da parte del Direttore della UOR per verificare l'effettivo livello di autonomia.							
9. Studio dell'intervento/i	Analisi della distribuzione di assegnazione dei Dirigenti Medici, provenienti dai reparti ospedalieri chiusi, ai reparti Covid.							
10. Indicatori	Indicatori di processo identificati: <table><tr><td>% adesione al Progetto</td><td>Schede compilate/nr. totale medici disponibili</td></tr><tr><td>% autonomia dei Professionisti</td><td>nr. Professionisti autonomi (livello competenze ≥ VAM) /nr. Professionisti valutati</td></tr><tr><td>% di professionisti che necessitano affiancamento/training</td><td>nr. Professionisti con competenze <VAM/nr. Professionisti valutati</td></tr></table> Indicatore di esito: Nr. Professionisti con un incremento del livello di competenze successivo al training/nr. Professionisti formati		% adesione al Progetto	Schede compilate/nr. totale medici disponibili	% autonomia dei Professionisti	nr. Professionisti autonomi (livello competenze ≥ VAM) /nr. Professionisti valutati	% di professionisti che necessitano affiancamento/training	nr. Professionisti con competenze <VAM/nr. Professionisti valutati
% adesione al Progetto	Schede compilate/nr. totale medici disponibili							
% autonomia dei Professionisti	nr. Professionisti autonomi (livello competenze ≥ VAM) /nr. Professionisti valutati							
% di professionisti che necessitano affiancamento/training	nr. Professionisti con competenze <VAM/nr. Professionisti valutati							
11. Analisi	L'esito della mappatura delle competenze ha evidenziato che il 43% dei professionisti era autonomo in tutti gli item mentre il restante 57% aveva un livello di competenze inferiore rispetto al VAM per almeno uno degli item definiti. A fronte delle attività formative erogate, circa l'87% dei medici formati è risultato autonomo mentre il restante 13% è stato inserito all'interno delle equipe multidisciplinari in affiancamento a colleghi esperti.							

12. Aspetti etici	- Garanzia di un'assistenza tempestiva e di qualità ai pazienti affetti da Infezione da Coronavirus, - Contenimento dei fattori umani di timore ed inadeguatezza dei professionisti sanitari e diminuzione del forte impatto di stress dovuto all'assistenza di questa tipologia di pazienti particolarmente complessi e difficili da gestire, - Riorientamento controllato delle competenze con redistribuzione del grande carico di lavoro su più medici specialisti di altissima professionalità, - Possibilità di declinare il turno di lavoro dell'operatore in due fasi per ridurre la possibilità di contagio e per facilitare il recupero della fatica molto elevata indotta dall'utilizzo per tempi lunghi di Dispositivi di Protezione Individuale, - Creazione di una situazione di maggior confort, sicurezza e confidenza per l'operatore in addestramento che, affiancamento da personale esperto, che si è sentito supportato e facilitato.
--------------------------	--

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	La Costruzione del Profilo Atteso di Competenze ha portato all'individuazione di 9 competenze tecniche e clinico assistenziali ritenute indispensabili e all'assegnazione, a ciascun item, di un VAM compreso tra il livello 2 e 4. (All. 3 – Costruzione del Profilo Atteso). La successiva fase di mappatura ha coinvolto 23 Unità Operative Inviante e 79 dirigenti medici, tra coloro che si sono resi disponibili dagli accorpamenti e coloro che sono stati specificatamente assunti per la gestione dell'emergenza COVID (All. 4 – Esito del riassetto organizzativo). Oltre agli esiti appena illustrati, va precisato che la pluralità di azioni messe in atto, volte a migliorare il livello di adeguatezza e di preparazione del personale, ha coinvolto tutti i professionisti sanitari: <i>corsi di formazione</i>, riproposti in più edizioni e con il coinvolgimento di Professionisti esperti in qualità di docenti interni, <i>formazione sul campo</i> e attività di <i>affiancamento</i>, nelle diverse aree di degenza COVID, di personale esperto a personale in formazione svolta, diffusione capillare di contributi video per l'apprendimento delle tecniche di vestizione e svestizione, investimenti per l'acquisto di licenze di software specifici per favorire il confronto tra esperti (All. 5 – Azioni Intraprese).

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	La mappatura delle competenze ha consentito di prevedere per ogni Professionista il fabbisogno formativo per essere autonomo nella conduzione dei casi COVID. Questo metodo ha comportato l'attivazione di percorsi formativi tradizionali e di affiancamento/addestramento standardizzati che hanno avuto risultati molto rapidi nell'ampliare e migliorare le abilità e le competenze dei medici, riducendo la necessità di reperire professionalità esterne e aumentando il livello di sicurezza dell'operatore. Inoltre, l'aver coinvolto esclusivamente formatori interni, ha rappresentato un importante vantaggio in termini tempestività d'azione e economici. Le politiche di gestione del personale medico sono state orientate a rendere un maggiore numero di medici disponibili per coprire i turni di copertura di assistenza, comportando una riduzione del carico di lavoro dei medici delle UO tradizionali utilizzabili per il trattamento delle infezioni respiratorie.

15. Interpretazione	1. Il Progetto ha consentito di gestire una dimensione del rischio clinico molto rilevante in un periodo di maxi emergenza: le competenze e le abilità dei professionisti sanitari (in primis medici e le altre professioni sanitarie) nel trattare e assistere una patologia quasi sconosciuta; 2. Il metodo e gli strumenti individuati e adottati sono stati utili per governare le risorse umane in un periodo di emergenza così complesso come la pandemia Covid: sono riutilizzabili e replicabili per altre situazioni che si possono verificare (emergenze/urgenze). Tale metodologia rappresenta, inoltre, una modalità adeguata di valorizzazione delle risorse umane, in quanto consente di effettuare una mappatura delle competenze e delle abilità del personale oggetto di qualunque analisi organizzativa; 3. La ridistribuzione del capitale umano si è basata sul livello di competenze reali dei Professionisti; 4. Tutti i Dirigenti Medici valutati sono stati inseriti nelle equipe Covid; 5. L'affiancamento/addestramento standardizzati hanno migliorato rapidamente le abilità e le competenze dei singoli; 6. Lo sviluppo delle competenze dei Dirigenti Medici ha avuto un considerevole impatto in termini di economicità, riducendo l'esigenza di reperire professionalità esterne all'Azienda; 7. Il coinvolgimento di personale dipendente esperto in qualità di docente ha permesso un ulteriore vantaggio in termini economici.
16. Limiti	I limiti riscontrati sono riconducibili alle caratteristiche dello strumento utilizzato per la mappatura, che nella fase iniziale ha previsto una compilazione manuale. Si è cercato successivamente di superare tali limiti prevedendo una procedura specifica per la mappatura delle competenze finalizzata alla costituzione di equipe multidisciplinari dedicate a specifico scopo, unitamente ad uno strumento compilabile a PC da tutti gli attori coinvolti, in grado di fornire sintesi dei dati raccolti e di dare evidenza immediata del fabbisogno formativo dei singoli Professionisti. In questa fase è mancata, inoltre, la formalizzazione della condivisione degli esiti della mappatura con il personale valutato.
17. Conclusioni	L'utilizzo di un metodo, già in parte definito in Azienda e rivisto per la nuova emergenza Covid-19, ha permesso di rispondere velocemente alle necessità di formazione in un momento di urgenza assoluta, facilitando il clima organizzativo e riorientando efficacemente e rapidamente l'intera Organizzazione per corrispondere alle nuove e relevantissime necessità di assistenza. La valorizzazione del capitale umano ha permesso un'ottimizzazione delle risorse mediche e un minor ricorso ad acquisizioni esterne di dirigenti medici, in un periodo di grande carenza di Medici specialisti, consentendo una minimizzazione dei costi sostenuti dall'Azienda. Si tratta di una metodologia replicabile in tutti gli ambiti e applicabile a tutti i ruoli aziendali che può essere arricchita, come sta già sperimentando l'Azienda, con altre tipologie di competenze (relazionali e trasversali) e andando a mappare non solo le key competences richieste dal ruolo ma dando evidenza anche delle competenze distintive, vero patrimonio di un'Organizzazione in quanto valorizzano le eccellenze presenti e consentono di gestire in modo appropriato le risorse umane collocandole nelle sedi più opportune in tempi rapidi.

TITOLO DEL PROGETTO

***Contact tracing in team e sviluppo di una rete per
l'integrazione dei servizi nella gestione dell'emergenza
Covid-19***

ORGANIZZAZIONE

AUSL-IRCCS di Reggio Emilia

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Marchesi Cristina
RUOLO	Direttore Generale Emanuela Bedeschi¹, Cinzia Campari¹, Massimo Vicentini¹, Marco Foracchia¹, Eufemia Bisaccia¹, Alessandro Zerbini¹, Paolo Giorgi Rossi¹, Elisabetta Larosa¹, Francesco Venturelli¹, Antonio Vitiello¹, Giulio Gatti¹, Matteo Bartoli², Paola Masini¹, Pamela Mancuso¹ Paolo Perliti Scorzoni³. 1 Direzione Generale, Azienda USL-IRCCS di Reggio Emilia 2 Unicode, S.r.l. 3 Miliaris, S.r.l.
E-MAIL	cristina.marchesi@ausl.re.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE
AUSL IRCCS DI REGGIO EMILIA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Contact tracing in team e sviluppo di una rete per l'integrazione dei servizi nella gestione dell'emergenza Covid
2. Abstract	La rapida diffusione della pandemia ha messo in crisi il sistema di diagnosi dei casi, tracciamento e isolamento dei contatti nella AUSL di Reggio Emilia. Obiettivo: contenimento della diffusione dell'epidemia tramite rapida diagnosi e isolamento dei casi, e ricerca tempestiva e quarantena dei contatti. L'analisi dei processi ha permesso di individuare le cause strutturali e organizzative del ritardo e di formulare delle azioni di miglioramento: - potenziamento dei punti di accesso al tampone sul territorio (squadre per tamponi a domicilio organizzate su distretti e squadre dedicate alle strutture residenziali per anziani; 6 drive through; ambulatori Covid gestiti dai MMG); - istituzione di un laboratorio molecolare interno; - sistema informativo integrato alimentato da tutte le banche dati aziendali tramite datawarehouse; - reportistica e cruscotti per la trasmissione interna ed esterna dei dati; - gestionale ad hoc con segnalazione automatica dei positivi per indagine, invio automatico di certificati quarantena e risultati tamponi negativi via SMS, schede contatti per la sorveglianza; - riconversione risorse umane provenienti da altri Servizi e dalla Scuola Infermieri per il contact tracing (180 operatori); - modello organizzativo "contact tracing in team"; - spazio intranet dedicato per la formazione degli operatori; - potenziamento dello smartworking e gestionale web-based; - allestimento di strutture idonee all'isolamento (hotel Covid, CRA Covid). Le azioni di contenimento, messe in atto fra il 10 Marzo e il 10 Aprile hanno portato ad aumentare il volume di tamponi e test effettuati; i tempi di refertazione si sono ridotti, portando all'esecuzione dell'indagine entro 48 ore dal tampone; ciò ha ridotto i tempi in cui casi e contatti potevano propagare l'infezione. Il case fatality rate si è ridotto del 50% suggerendo una maggiore capacità di diagnosticare anche casi meno gravi.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Prima della pandemia da Covid-19, non esisteva un piano organizzativo sanitario territoriale in grado di fronteggiare un'incidenza così elevata di malattia infettiva tale da richiedere un'indagine epidemiologica e un'immediata identificazione dei contatti stretti. Inoltre, nelle fasi iniziali dell'epidemia, il personale sanitario è stato fra i più colpiti dalla malattia, dovendo affrontare la situazione in condizioni di scarse disponibilità di dispositivi di protezione individuale (DPI); in particolare nel Servizio di Igiene Pubblica (SIP) sono stati diagnosticati 18 casi. I gestionali informatici già in uso per le malattie infettive (legionellosi, scabbia ecc.) non permettevano la presa in carico dei pazienti e la gestione delle informazioni anagrafiche e cliniche dei soggetti. Inoltre non erano mai stati implementati sistemi organizzativi che permettessero di gestire a distanza, a
------------------------------------	---

	causa del lock-down nazionale, la sorveglianza dello stato di salute, la prenotazione dei tamponi diagnostici e di controllo, la trasmissione degli esiti e dei certificati di isolamento. La raccolta sistematica di dati attraverso un gestionale clinico prospettico avrebbe consentito alle autorità sanitarie pubbliche di prendere decisioni sulla base di dati clinici e anagrafici ottenuti dalla sorveglianza di Covid-19. Una nuova organizzazione si rendeva necessaria anche per fornire una solida infrastruttura in grado di rispondere a importanti quesiti di ricerca sulle modalità di trasmissione, sui fattori favorevoli e protettivi.
4. Conoscenze disponibili	L'OMS ha identificato nel contact tracing uno dei punti cardine del controllo dell'epidemia da Covid-19. Per mettere in atto un contact tracing efficace, è necessario identificare e isolare precocemente i casi sospetti, testarli tempestivamente per accertare lo stato d'infezione, identificare i contatti stretti dei giorni precedenti e porli in quarantena. Durante l'isolamento, deve essere messa in atto una sorveglianza dei contatti per controllare se insorgono sintomi; in tal caso si effettua un tampone per accertare se il contatto è diventato un caso secondario; anche i casi in isolamento domiciliare devono essere seguiti con una sorveglianza quotidiana per controllare l'evoluzione dei sintomi e decidere quando effettuare i test per accertare la negativizzazione. Data l'alta contagiosità del virus, tutte le attività di contact tracing e sorveglianza devono essere eseguite a distanza, quando possibile. Se queste erano le indicazioni delle Autorità Sanitarie internazionali e nazionali, il Servizio Sanitario, prima dell'esplosione della pandemia da Covid-19, non era attrezzato per gestire un efficace contact tracing soprattutto in una situazione come quella del Nord Italia, in cui al momento dell'identificazione del primo caso l'infezione era già molto diffusa in ampie aree della Lombardia, dell'Emilia, del Veneto e in altre zone del Nord.
5. Razionale	Con il dilagare dell'epidemia (Figura 1) ci si è resi conto che occorre affrontare il problema della sorveglianza sul territorio in maniera sistemica e complessiva, ai fini di riorganizzare e rendere più organiche le attività svolte, attivare o potenziare le interconnessioni tra i Servizi, efficientare le risorse disponibili, aumentare l'efficienza del sistema, migliorare la tempestività degli interventi sulla popolazione. Il contenimento della diffusione dell'infezione, tramite l'isolamento tempestivo e l'identificazione dei casi con sintomi iniziali, era imperativo. Le modalità di lavoro adottate in epoca pre-Covid (es: sorveglianza delle malattie infettive) dovevano essere rivisitate per rispondere ad una situazione di crescente gravità sul territorio e in continuo mutamento. Oltre ai processi di lavoro, anche la gestione delle risorse umane doveva essere ripensata a causa di assenze per malattia, assenza temporanea di operatori in condizioni di fragilità, impossibilità di utilizzare gli spazi nelle modalità precedenti per evitare la contiguità fisica. L'analisi odierna di quelle giornate convulse non può prescindere dalla drammaticità della situazione che gravava fortemente sul sistema e non sempre consentiva un'analisi oggettiva e razionale dei problemi.

6. Obiettivi specifici	Il progetto aveva come obiettivo il contenimento della diffusione dell'epidemia attraverso: • rapida diagnosi e isolamento dei casi • ricerca tempestiva e quarantena dei contatti. Gli obiettivi specifici erano: • aumento della capacità di effettuare tamponi ai sintomatici • rapida refertazione dei tamponi • svolgimento tempestivo delle inchieste epidemiologiche • sorveglianze complete per casi isolati e contatti in quarantena • offerta di isolamento anche per soggetti fragili e/o non autosufficienti. Il presente report vuole illustrare l'insieme degli interventi adottati sul territorio della provincia di Reggio Emilia per fronteggiare la crescita esponenziale dei contagi verificatisi nei primi quindici giorni di marzo, in una visione complessiva e concatenata di processi e di azioni.
-------------------------------	--

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'AUSL di Reggio Emilia copre l'intera provincia e ha 530,000 abitanti. L'assistenza territoriale è organizzata su 6 distretti. L'assistenza ospedaliera è erogata da un ospedale principale (che ospita l'IRCCS oncologico) e 5 ospedali periferici di cui 4 con PS e uno a vocazione riabilitativa, tutti organizzati in un unico presidio. Nella nostra provincia il primo caso di Covid è stato diagnosticato il 27/2/20 e nella prima settimana di marzo la situazione dei contagi mostrava segnali di forte incremento (Tabella 1). Alla fine di maggio l'incidenza cumulativa ha raggiunto lo 0,9%.
8. Intervento/i	È stata condotta un'analisi dei processi e delle cause strutturali e organizzative del ritardo diagnostico e di presa in carico dell'utenza sul territorio della provincia di Reggio Emilia all'inizio della pandemia e di come questi fattori potevano contribuire all'aumento dei contagi familiari. I risultati dell'analisi sono riportati in tabella 1. Le azioni individuate erano: - la riorganizzazione delle attività del Servizio di Igiene Pubblica, a cui faceva capo la sorveglianza territoriale: fu ideato un nuovo modello organizzativo "in team", costituito da blocchi di operatori organizzati al proprio interno sulla base delle competenze; - accreditamento di un laboratorio per la diagnosi del SARS-CoV-2; - riprogettazione di un sistema informativo e gestionale e integrazione con tutti i Servizi dell'Azienda; - reclutamento di risorse umane dai Servizi che avevano interrotto o diminuito le attività e dall'Università; - potenziamento del sistema di prelievo con drive through, riorganizzazione di squadre per i prelievi a domicilio e ambulatori Covid gestiti dai MMG.; - allestimento di hotel Covid, CRA Covid, squadre per l'assistenza domiciliare (USCA) per garantire l'isolamento delle persone non autosufficienti o che non avevano adeguate condizioni domiciliari. Ciò avrebbe permesso anche di velocizzare il turnover dei posti letto ospedalieri.
9. Studio dell'intervento/i	Per ogni azione sono stati individuati degli indicatori di processo o proxy dell'esito (Tabella 2) e degli standard che si riteneva auspicabile raggiungere con l'implementazione dell'azione.

10. Indicatori	Vedi tabella 2
11. Analisi	Gli indicatori di tempestività dell'isolamento del caso e dell'individuazione e messa in quarantena dei contatti sono stati considerati come proxy dell'esito, in quanto direttamente e causalmente associati al rischio di propagazione dell'infezione. Il sistema di report ha poi permesso di valutare il raggiungimento o meno dello standard. Sono stati individuati anche degli indicatori di andamento dell'epidemia e dei casi (esito). Data la concomitanza fra implementazione dell'intervento e lock-down, non è ragionevole ipotizzare un nesso causale fra implementazione dell'intervento nella provincia di Reggio Emilia e andamento dell'epidemia, che è stato piuttosto uniforme in tutta la zona della bassa Lombardia e del Nord Emilia.
12. Aspetti etici	La difficoltà di accesso al tampone nelle fasi iniziali dell'epidemia aveva un potenziale impatto sulle disuguaglianze di salute sia geografiche sia per livello culturale. Analogamente, la difficoltà di accesso alle informazioni sui comportamenti per l'isolamento e alle certificazioni di inizio e fine quarantena rischiava di generare iniquità nei trattamenti. La gestione di enormi quantità di dati sensibili da parte di operatori che solitamente non avevano queste funzioni ha generato una criticità per la tutela della privacy e sicurezza dei dati. La valutazione d'impatto è stata condotta in continuo da parte dell'Ufficio Privacy aziendale in collaborazione con il Data Protection Officer (DPO), su tutte le modifiche ed evoluzioni del sistema. Ciò ha portato alla definizione di tre differenti profili di utenti con differenti livelli di autorizzazione e accesso ai dati.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	La tabella 2 mostra i valori ottenuti per gli indicatori e il confronto con gli standard definiti. La figura 2 mostra l'andamento nel tempo dei principali indicatori di attività e diffusione dell'epidemia. Le inchieste relative ai casi erano cartacee e non registrate fino all'implementazione del gestionale elettronico. Il case fatality rate è diminuito nel tempo con un hazard ratio, aggiustato per sesso età e comorbidità, di 0.5 per i pazienti con sintomi fra il 23 marzo e il 1 aprile rispetto a quelli della prima quindicina di marzo (Giorgi Rossi et al, Plos One 2020).
----------------------	---

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Fra il 10 marzo e il 26 marzo scorso è stato attivato un sistema informativo interconnesso in grado di gestire i casi e i contatti da parte di tutti i Servizi territoriali ed ospedalieri; il volume di tamponi e test effettuati è decuplicato; la tempestività delle interviste è passata da un ritardo di 7 giorni a 24 ore, passando da 20 operatori a oltre 180 operatori impegnati per lo più in remoto; sono stati attivati hotel e CRA covid.
---------------------	---

15. Interpretazione	Il sistema di indicatori scelto a priori ha permesso di osservare gli effetti delle azioni intraprese su alcune variabili di processo. Il breve lasso temporale e il forte razionale meccanicistico in molti casi rendono molto plausibile, se non certo, che gli effetti osservati conseguano alle azioni messe in campo, come nel caso dell'accreditamento del laboratorio provinciale e l'accorciamento dei tempi di refertazione o l'apertura dei drive through e l'aumento del volume di tamponi effettuati. Alcuni indicatori però vanno oltre la constatazione di un aumento di efficienza del processo e possono essere considerati come dei veri proxy dell'efficacia dell'intervento nel contenere la diffusione dell'infezione: infatti la riduzione del tempo fra sintomi e refertazione del tampone e dunque la tempestività nell'isolare i casi o nel porre in quarantena i contatti sono intrinsecamente connessi alla probabilità di generare casi secondari. Il successo nel migliorare questi indicatori è una condizione <i>sine qua non</i> per un efficace contenimento dell'epidemia, non tanto nel momento del lock-down, quando si sono raggiunti, ma in previsione della fase due che si andava prospettando nelle settimane seguenti. Anche la diminuzione del case fatality rate di circa il 50% dai primi di marzo alla fine di marzo, un periodo dove i miglioramenti nelle cure sono stati piuttosto modesti, suggerisce che la capacità di individuare casi meno gravi sia aumentata, testimoniando un aumento della capacità diagnostica e probabilmente un miglioramento del contact tracing.
16. Limiti	Non abbiamo un controfattuale di come la situazione si sarebbe evoluta se si fossero prese altre strade o decisioni. Ciò rende impossibile attribuire un nesso causale fra i successi osservati nel controllo dell'epidemia e le azioni implementate.
17. Conclusioni	Il Servizio Sanitario si è dimostrato impreparato a gestire l'emergenza da molti punti di vista: mancanza di protocolli, mancanza di formazione da parte dei clinici e delle cure primarie; mancanza di capacità organizzativa da parte dei Servizi di Prevenzione; scarsità di dotazioni di DPI. Il sistema ha mostrato una grande resilienza e flessibilità attraverso: la capacità di riallocare le risorse umane con un re-training rapido e di reclutare nuove risorse umane sfruttando tutto il capitale sociale disponibile sul territorio, l'eliminazione di qualsiasi confine di strutture organizzative interne ed esterne, la ridefinizione di gerarchie e delle mansioni a tutti i livelli. Per realizzare questa flessibilità è stato fondamentale il ruolo dei sistemi informatici gestionali e la definizione di percorsi per pazienti e contatti che potessero essere gestiti in modo automatico.

ALTRE NOTE

WHO COVID-19 Early Epidemiologic and Clinical investigations for public health.

<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/technical-guidance/early-investigations>

Giorgi Rossi P, Marino M, Formisano D, et al. Characteristics and outcomes of a cohort of COVID-19 patients in the Province of Reggio Emilia, Italy. PLoS One. 2020 Aug 27;15(8):e0238281.

Mancuso P, Venturelli F, Vicentini M, et al. Temporal profile and determinants of viral shedding and of viral clearance confirmation on nasopharyngeal swabs from SARS-CoV-2-positive subjects: a population-based prospective cohort study in Reggio Emilia, Italy. BMJ Open. 2020 Sep 2;10(8):e040380

TITOLO DEL PROGETTO

P.I.E.R.A. (S)

ORGANIZZAZIONE

AUSL Parma

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Pietro Pellegrini
RUOLO	Direttore di Dipartimento
E-MAIL	ppellegrini@ausl.pr.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE
AUSL PARMA
TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	P.I.E.R.A. (S)
2. Abstract	La pandemia da Covid-19 è stata affrontata con la chiusura (lockdown) nei mesi di marzo e aprile 2020 di diverse attività. La ripresa degli interventi va effettuata garantendo la sicurezza attraverso la valutazione e la gestione del rischio infettivo al fine di assicurare, anche attraverso un adattamento degli spazi, la corretta applicazione delle norme igieniche e di distanziamento sociale, attività individuali, di gruppo, adeguate forme di ripresa della socialità a partire dalla persona e dalla sua famiglia. Occorre quindi introdurre nuovi elementi in grado di prevenire l'infezione mediante la responsabilizzazione e il protagonismo delle persone. In questo contributo viene presentato uno strumento "Parma Individual and Environmental Risk Assessment (Schedule). P.I.E.R.A.(s)" che si compone di due parti: la prima per la valutazione del Rischio di contagio (RC) e l'altra per creare un sistema di microcomunità "Immuni Insieme". In questo contributo viene proposto uno strumento "Parma Individual and Environmental Risk Assessment (Schedule). P.I.E.R.A.(s) che si compone di due parti: la prima per la valutazione del Rischio di contagio (RC) e l'altra per creare un sistema di microcomunità "Immuni Insieme". Esso rappresenta l'esito di un lavoro del Coordinamento dei Direttori dei Dipartimenti di Salute Mentale della Regione Emilia Romagna coordinati da Mila Ferri. Ha ricevuto inoltre l'attenzione di Fabrizio Starace, presidente della Società Italiana di Epidemiologia Psichiatrica. Facendo riferimento al DPCM 26 aprile 2020 al Manuale dell'Associazione Nazionale Medici di Azienda si possono ricavare alcuni elementi per valutare il rischio di contagio adattando i criteri individuati alla situazione dei DSM-DP, per le attività svolte in collaborazione con le cooperative, nei Centri diurni, la formazione e il lavoro, gli interventi abilitativi e con Budget di Salute, le visite e uscite dalle strutture e le attività esterne. I fattori presi in considerazione fanno riferimento a due grandi ambiti: a) quello delle attività relazionale in riferimento alle condizioni territoriali e ambientali, ai trasporti, alle condizioni di sicurezza sul lavoro / attività, alle mansioni svolte e ai numero e intensità dei contatti; b) le caratteristiche della Persona sia in relazione a fattori quali l'età, alle abitudini, alle patologie e alla capacità di adottare le norme igieniche, distanziamento e di sicurezza e di indossare in modo adeguato i dispositivi di protezione individuale.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	La DGR 583 del 2020 "Linee Guida per la riattivazione dei servizi Sanitari territoriali" prevede che la ridefinizione dei progetti individualizzati, che deve prevedere tra gli impegni anche quelli relativi all'utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e al distanziamento sociale dovrà essere svolta effettuando una valutazione del rischio di contagio per la persona. Questa valutazione potrà essere effettuata tenendo presente la situazione territoriale del contagio, i mezzi di trasporto utilizzati, le condizioni di sicurezza previste nei luoghi ove si svolge il progetto, i contatti, le condizioni della persona (età, pluripatologie, tabagismo, ecc.), inoltre sarà importante ricostruire la rete dei contatti e definirli ex ante come parte di una rete che si impegna a collaborare per la prevenzione del COVID.
4. Conoscenze disponibili	L'elaborato si basa, almeno nella prima parte sul documento redatto dall'Associazione Nazionale Medici di Azienda - "Covid -19 Fase 2 Accompagnare il lavoratore al rientro al lavoro. Vademecum per il Medico Competente" 28 aprile 2020
5. Razionale	Lo strumento PIERA è composto da 2 schede, disponibili sia in formato cartaceo sia sottoforma di fogli di calcolo. Ovviamente la seconda opzione è da preferirsi. Sono state formulate pensando soprattutto alla semplicità d'uso ed alla totale fruibilità. Chiunque può usare lo strumento. E' utilizzabile in qualsiasi ambito psichiatrico, dalle residenze ai gruppi che svolgono attività riabilitative.
6. Obiettivi specifici	• Identificare il rischio di contagio del singolo utente in maniera omogenea e standardizzata • Ricostruire la rete dei contatti ed Identificare il rischio di contagio dei singoli componenti e medio del gruppo • Agire in maniera mirata sul contesto, sia per la riduzione del RC (rischio di contagio) del singolo utente, sia all'interno del gruppo di contatti • Riprendere le attività riabilitative individuali e per piccoli gruppi in sicurezza

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Lo strumento è stato introdotto in concomitanza con la ripresa delle attività riabilitative, facendo particolare attenzione ad inserimenti lavorativi, attività gruppali ed attività singole, a tutte le attività svolte dalle cooperative sociali in collaborazione con questo Dipartimento, alle attività dei Centri Diurni.
8. Intervento/i	Prima parte: Valutare Il rischio di Contagio Facendo riferimento al DPCM 26 aprile 2020 al Manuale dell'Associazione Nazionale Medici di Azienda si possono ricavare alcuni elementi per valutare il rischio di contagio adattando i criteri individuati alla situazione dei DSM-DP. I fattori presi in considerazione fanno riferimento a due grandi ambiti: a) quello delle attività relazionale in riferimento alle condizioni territoriali e ambientali, ai trasporti, alle condizioni di sicurezza sul lavoro / attività, alle mansioni svolte e ai numero e intensità dei contatti;

b) le caratteristiche della Persona sia in relazione a fattori quali l'età, alle abitudini, alle patologie e alla capacità di adottare le norme igieniche, distanziamento e di sicurezza e di indossare in modo adeguato i dispositivi di protezione individuale.

Da questi fattori deriva il **Rischio di contagio (RC)** che si può ricavare con la formula

RC= (AT+T+AL+M) X P in quanto dipende da:

- **AT = Condizione territoriale e ambientale** ricavata dagli indici epidemiologici. L'indice Rt misura la potenziale trasmissibilità di una malattia infettiva quale è quella da SARS-CoV-2. Varia nel tempo (da 1 minima diffusione a 4 massima) e viene aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute e Istituto Superiore di Sanità.
- **T = Trasporti** indica il mezzo e il tempo utilizzato per il tragitto da casa al luogo di attività: solitario (auto o piedi, bicicletta) 1 punto; in auto con un'altra persona (condizione frequente nei nostri servizi) 1.5; mezzo pubblico meno di 1 ora di viaggio 2 punti; mezzo pubblico più di un'ora di viaggio 3 punti; più mezzi pubblici e oltre un'ora 4 punti.
- **AL = Condizioni di sicurezza sul lavoro /attività:** valuta come nelle singole attività sono organizzati ingressi, distanziamento interpersonale, livello di pulizia e sanificazioni, disponibilità e utilizzo appropriato di DPI, organizzazione del lavoro (vedasi allegati 4 e 6 DPCM 26 aprile 2020). Se tutte le misure sono adottate 1 punto, se solo parzialmente adeguate 2 punti, non adeguate in parte degli ambienti 3 punti, totalmente non adeguate 4 punti
- **M = Mansione/Contatti** indica il rischio di contatto con le altre persone che è connesso alla mansione e all'attività svolta. Se il rischio di contatto con persone Covid positive o sospette 4 punti; contatto sistematico con il pubblico 3 punti; contatto saltuario con il pubblico 2 punti; altre mansioni 1 punto
- **P= Persona** indica le caratteristiche della persona sia per età, fumo, patologie e capacità di rispetto delle norme. I 4 indici vanno sommati tra loro poi moltiplicati per la somma degli indici di AT, T, AL ed M

Età:

fino a 45	1
da 45 a 50	1,5
tra 50 e 55	2
tra 55 e 60	2,5
superiore a 60	3

Patologie:

una patologia cronica grave	1,5
pluripatologie	2

Fumo

1

A questi punteggi vanno aggiunti anche in relazione al disturbo mentale il rispetto delle norme

	il rispetto delle norme non del tutto adeguato 1,5 il rispetto delle norme parziale e limitato 2 il rispetto delle norme in gran parte inadeguato 2,5 Punteggio Complessivo Il Rischio di contagio (RC) individuale deriva quindi dalla formula $RC = (AT + T + AL + M) \times P$ che dà un punteggio complessivo. Questo consente di definire il livello di rischio in basso, modesto, medio e alto. Valutazione punteggi<table><tr><td></td><td>4 -14</td><td>Rischio Basso</td></tr><tr><td rowspan="3">Punteggio</td><td>15 -34</td><td>Rischio Modesto</td></tr><tr><td>35 - 49</td><td>Rischio Medio</td></tr><tr><td>superiore a 50</td><td>Rischio Alto</td></tr></table> La definizione degli elementi correlati al rischio consente quindi di individuare nella singola persona le condizioni non modificabili (es. l'età), quelle modificabili con interventi (es. fumo) educativi (ad es. addestramento per i Dispositivi), terapeutici o modifiche ad esempio nei trasporti o nelle mansioni o ambienti dove si svolgono le attività. Quindi il Rischio di contagio può variare in relazione ai diversi interventi e da questo punto di vista può rappresentare uno strumento di lavoro, terapia (si pensi alle modificazioni del quadro psicopatologico e alla terapia) e di abilitazione. Seconda Parte: “Immuni Insieme” La seconda parte dello strumento è molto semplice e si basa su una visione gruppale dei Rischi di Contagio Individuale. Questo, come si è visto, è relazionale e quindi occorre individuare i contatti della persona e dare luogo ad un processo di prevenzione fondata sulla reciproca responsabilizzazione. Pertanto occorre individuare il gruppo di persone che sta attorno alla persona P (Prevenzione Concentrica). Quindi per ciascun utente dovrà essere identificata e definita la rete dei contatti stretti (familiari e persone come gli operatori). La somma dei Rischi di Contagio Individuale dà luogo al Rischio di Contagio Complessivo, al Rischio medio e consente di individuare le persone con rischi più elevati. Sotto il profilo metodologico viene individuato un Referente del Gruppo che può essere un familiare o utente che s'impegna al monitoraggio di tutti i membri del gruppo e interviene attivando MMG o Servizi in caso di sospetti. Il monitoraggio dovrà essere almeno settimanale e in questa prima fase due volte la settimana. Detti controlli saranno registrati nella scheda. Oltre a questo sono da prevedersi modalità formative in situazione per la corretta applicazione delle misure.		4 -14	Rischio Basso	Punteggio	15 -34	Rischio Modesto	35 - 49	Rischio Medio	superiore a 50	Rischio Alto
	4 -14	Rischio Basso									
Punteggio	15 -34	Rischio Modesto									
	35 - 49	Rischio Medio									
	superiore a 50	Rischio Alto									
9. Studio dell'intervento/i	Al momento non è ancora stato svolto uno studio sull'intervento, la qual cosa è in programma a Novembre, 6 mesi dopo l'introduzione sistematica dello strumento, almeno in ambiti quali Centro Diurno, Attività riabilitative, inserimenti lavorativi e Budget di Salute										

10. Indicatori	L'indicatore utilizzato finora è di processo, si sta valutando l'introduzione di Indicatori di esito. L'indicatore utilizzato è: (Pazienti che frequentano Centro Diurno + pazienti che usufruiscono del budget di salute + pazienti in inserimento lavorativo + pazienti che svolgono attività riabilitative singole o gruppali per i quali è stato valutato il Rischio di Contagio) / (Pazienti che frequentano Centro Diurno + pazienti che usufruiscono del budget di salute + pazienti in inserimento lavorativo + pazienti che svolgono attività riabilitative singole o gruppali) – Al momento limitatamente al Distretto di Parma. Lo standard è del 80%
11. Analisi	Finora 145 pazienti, cioè il 92% degli utenti le cui caratteristiche sono sopra elencate è stato sottoposto a valutazione del Rischio. In alcuni casi è stato possibile anche agire sul contesto per diminuirlo quando questo risultava alto, ad esempio cambiando il mezzo di trasporto o agendo sulle abitudini di vita
12. Aspetti etici	I principali problemi di tipo etico sono stati riscontrati nella formulazione della scheda "Immuni Insieme". Per compilarla occorre fare domande sulla salute dei congiunti

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Si è proceduto svolgendo inizialmente una formazione locale, che poi si è estesa anche a livello regionale, in modo particolare le richieste sono arrivate dalle Coop sociali, poi è stato coinvolto il programma per i disturbi dello spettro autistico. L'utilizzo della scheda cartacea è stato pressoché nullo, molto utilizzati sono stati i fogli di calcolo, molto semplici dove i risultati emergono in maniera automatica una volta che si è dato un valore alle variabili.
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Agendo sul contesto, con particolare riferimento agli utenti con Rischio alto si è riusciti talora ad abbassarlo, intervenendo laddove è stato possibile farlo. Il punto di forza è la semplicità del progetto e la fruibilità dello strumento
15. Interpretazione	I risultati ottenuti nella valutazione del Rischio erano quelli che ci si aspettava, le persone per le quali è stato valutato un RC superiore a 50 erano già sottoposte a particolare attenzione per timore che potessero contrarre il virus, tuttavia non sono mancati risultati in parte inaspettati, con particolare riferimento all'atteggiamento verso le restrizioni.
16. Limiti	Non esistono evidenze scientifiche riguardo all'assegnazione dei punteggi, tuttavia lo strumento si propone come supporto di tipo metodologico e ausilio per interpretare le situazioni in modo omogeneo
17. Conclusioni	Si ritiene il progetto utile e tale indicazione è stata fornita in particolare dalle Cooperative sociali, è sostenibile in quanto, a parte la parte progettuale e formativa, non richiede particolare dispendio di tempo e risorse

TITOLO DEL PROGETTO

Database convergente flusso informativo Covid-19

ORGANIZZAZIONE

AUSL Piacenza

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Evelina Cattadori
RUOLO	Responsabile US Qualità e Ricerca
E-MAIL	e.cattadori@ausl.pc.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE
AUSL PIACENZA
TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Database convergente flusso informativo Covid19
2. Abstract	Strutturazione di una banca dati aziendale convergente, dinamica e incrementale finalizzata alla tracciabilità e alla rendicontazione di tutte le informazioni organizzativo/epidemiologiche dei casi risultati positivi a Covid19 dopo esecuzione di tampone naso faringeo.

INTRODUZIONE
Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	La Regione, già a partire dai primissimi giorni di pandemia di Covid19 scoppiata nel mese di febbraio 2020, ha richiesto ad ogni Azienda Sanitaria e Ospedaliera ad essa afferenti la trasmissione giornaliera, ad orario prefissato, delle informazioni aggiornate e incrementali relative ai casi diagnosticati nell'ambito del territorio di competenza aziendale, da Struttura Ospedaliera, da Servizio Prevenzione e Protezione Aziendale o da Dipartimento di Sanità Pubblica. La richiesta regionale non era limitata solo ai dati volumetrici, ma comprendeva informazioni cliniche ben più dettagliate da aggiornare sistematicamente ad ogni minimo cambiamento: dati anagrafici, data diagnosi, sintomatologia, stato e decorso di malattia, eventuali accessi in Pronto Soccorso, eventuale ricovero, eventuali trasferimenti verso altre Aziende regionali ed extra-regionali, eventuale decesso con indicazione di data e luogo, anamnesi remota e prossima dei deceduti). Contestualmente a quella regionale, anche gli Enti pubblici locali (Prefettura, Questura e Comuni), in un'ottica di comunicazione completa ed adeguata alla cittadinanza, monitoraggio del rispetto della normativa, prevenzione e riduzione della diffusione del rischio infettivo, hanno a loro volta richiesto di essere puntualmente aggiornati rispetto ai dati dei contagi e delle quarantene aperte. In un momento di repentino stravolgimento degli equilibri organizzativi e gestionali ormai consolidati, rispondere alle sollecitazioni, primariamente di cura, di contenimento dei contagi e di prevenzione, ha reso impellente un profondo e radicale stravolgimento dell'intera realtà aziendale. Gli interventi di risposta messi in campo hanno richiesto uno sforzo enorme ed una capacità di adattamento non comuni da parte di tutti i settori e i professionisti aziendali di area sanitaria e non sanitaria: Direzione Generale, Sanitaria, Amministrativa e Medica, Dipartimenti Pianificazione, Controllo e Accesso, di Sanità Pubblica, di Patologia Clinica, di Sicurezza, di Cure primarie, Interaziendale information and communication technology e tutti i Dipartimenti e Unità Operative Ospedalieri. Il valore aggiunto dell'esperienza e la vera innovazione sono emersi dal consolidamento di relazioni significative e sinergiche fondate sulla comunanza di intenti, non solo frutto della programmazione a tavolino, ma anche di carattere spontaneo, orientate nella stessa direzione, ovvero la co-costruzione di un processo complessivo finalizzato a fronteggiare l'emergenza nella sua interezza. Assolvere il debito informativo verso gli Enti regionali e locali, infatti, non ha rappresentato il punto di partenza della sfida, al contrario, è stata l'esito di un radicale e complessivo cambiamento aziendale di cui la reportistica è divenuta evidenza oggettiva finale.
------------------------------------	---

4. Conoscenze disponibili	Approfondita conoscenza dell'assetto organizzativo aziendale, della specifica dotazione in termini logistico-strutturali e in termini di risorse disponibili, dell'intero sistema informativo aziendale, delle infrastrutture tecniche e delle metodologie d'integrazione dei dati, dei processi in essere, dei profili di responsabilità e degli interlocutori.
5. Razionale	Riorganizzazione, integrazione (dei sistemi informativi aziendali), co-costruzione e sinergia (tra le parti coinvolte) sono le dimensioni chiave dell'implementazione dell'intervento di risposta al bisogno impellente: la sua efficacia è dipesa totalmente dal prezioso apporto di tutti i professionisti aziendali, sanitari e non, afferenti alle numerose articolazioni. I sanitari, da un lato, oltre al profondo impegno clinico/assistenziale, fisico ed emotivo e alla encomiabile capacità di adattamento alla nuova realtà in essere, hanno garantito, non solo la cura al malato, ma anche la tenuta di tutti i flussi informativi interni (software Pronto Soccorso, Radiologia, Microbiologia, Sanità Pubblica e Schede di dimissione ospedaliera). Dall'altro lato, il personale non sanitario dei dipartimenti di supporto che, previa analisi, valutazione e, a volte, correzione complessiva dei diversi segmenti informativi, hanno provveduto alla redazione della reportistica utile a rispondere sia alle richieste degli Enti esterni, sia a quelle specifiche della Direzione Aziendale. L'analisi puntuale delle informazioni utili alle differenti esigenze emerse ha rappresentato il primo passo mosso per comprendere internamente come tracciare, reperire e rendicontare i dati necessari e come farli convogliare, in tempi definiti, in un unico centro nevralgico a cui è stato affidato il compito della raccolta, del controllo, dell'integrazione, della correzione, della condivisione, della trasmissione finale dei dati richiesti, nonché della tenuta dei rapporti con la Regione e con gli Enti locali.
6. Obiettivi specifici	Convoglio di tutte le informazioni in un unico centro di gestione complessiva, Verifica puntuale della qualità delle informazioni tracciate nelle banche dati aziendali, Redazione appropriata della reportistica secondo format preventivamente definiti, Trasmissione della reportistica secondo le tempistiche concordate con i fruitori, Utilizzo dinamico dei dati per la previsione di interventi futuri.
METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	Improvvisa emergenza sanitaria che ha travolto e stravolto completamente tutti i settori e le sedi aziendali, rendendo cogenti profonda riorganizzazione e potenziamento, in primis, dei settori considerati di prima linea (sanità pubblica, emergenza-urgenza, malattie infettive, terapia intensiva, area critica) e, in secundis, di quelli dell'intera area internistica, ambulatoriale e chirurgica, il tutto in stretta collaborazione e condivisione con le strutture convenzionate.
8. Intervento/i	L'Azienda, con l'obiettivo unico di fronteggiare con tutte le forze e le risorse disponibili lo stato di emergenza, in tempi brevissimi ha messo in campo tutta una serie di nuovi modelli organizzativi in una logica circolare: il cerchio inizia a delinearsi con l'identificazione, la presa in carico e la gestione dei casi positivi, sorveglianza sanitaria compresa, per chiudersi con la stesura di report ad hoc aggiornati giornalmente per rispondere agli interlocutori interni ed esterni. Tutti i dipartimenti, da quelli di produzione fino a quelli di supporto, ognuno per il proprio ambito di competenza, sono stati profondamente ristrutturati programmando e implementando nuovi percorsi e nuove attività in emergenza, mai svolte in precedenza perché definite ad hoc per la pandemia. L'esigenza primaria, infatti, non era certamente solo quella di assolvere il debito informativo regionale e locale, ma soprattutto quella di gestire volumi di attività ben oltre i limiti consueti e rispondere alle esigenze preventiva e di cura in uno scenario del tutto imprevisto, garantendo la

miglior assistenza possibile.

Per restare nell'ambito dell'oggetto progettuale, di seguito viene riportata una sintesi dettagliata dell'esigenza specifica che ha posto in essere l'intervento descritto: convoglio di informazioni non integrate e provenienti da articolazioni aziendali molto diverse tra loro in un unico centro di raccolta e di analisi. Quali le articolazioni coinvolte e le informazioni necessarie: Flusso dati anagrafici assistiti e assistibili, Flusso microbiologia – Risultati tamponi eseguiti giornalmente e processati (compresi i tamponi processati in laboratori extra-aziendali), compresa l'indicazione del richiedente, Flusso Pronto Soccorso e degenza ospedaliera (comprese le strutture convenzionate) – Accessi in Pronto Soccorso, degenza, trasferimenti, decessi, Flusso strutture convenzionate – Trasferimenti interni, occupazione posti Covid19, dimissioni, decessi, Flusso Centri Residenziali per Anziani – Elenco ospiti (sia posti convenzionati, sia privati), Flusso Comuni della provincia – Elenco decessi avvenuti al domicilio o in strutture extra-aziendali, Flusso Sanità Pubblica – Elenco soggetti in sorveglianza (nuovi casi, stato di malattia, inizio e fine quarantena), Flusso Servizio Prevenzione e Protezione aziendale – Elenco dipendenti in sorveglianza (nuovi casi, stato di malattia), Flusso Risorse Umane – Elenco dettagliato dipendenti con indicazione dei dati anagrafici e dell'unità operativa di appartenenza, Elenco medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, Flusso cartella clinica informatizzata – Anamnesi prossima e remota dei pazienti deceduti, Flusso informativo altre aziende sanitarie e ospedaliere – Elenco pazienti in carico, aggiornamento della situazione clinica, dimissioni, decessi.

Vista l'enorme portata dei flussi sopra riportati, necessari alla composizione di un'unica fotografia giornalmente aggiornata in senso incrementale, l'intervento posto in essere si è rivelato fondamentale per rispondere agli interlocutori e per una rendicontazione dinamica ai fini interni, ricerca scientifica compresa.

Strategie d'intervento

Identificazione del centro nevralgico direzionale e delle figure di riferimento per il convoglio ed il controllo delle informazioni, Analisi dei diversi segmenti utili alla definizione dei processi e percorsi e dell'intero flusso informativo, Analisi delle banche dati aziendali esistenti e delle modalità di estrazione dei dati, Condivisione delle finalità e delle esigenze con i referenti aziendali dei diversi segmenti del processo informativo, Identificazione del personale dedicato per ogni segmento, Implementazione delle interfacce interdipartimentali strategiche (pianificazione, microbiologia, controllo di gestione, governo clinico, igiene ospedaliera, presidio unico, sistemi informativi, servizio prevenzione e protezione, igiene e sanità pubblica, epidemiologia, comunicazione e marketing), Definizione e implementazione dell'interfaccia con i Comuni della provincia per la rilevazione puntuale dei decessi avvenuti al di fuori delle strutture ospedaliere e convenzionate, Definizione e implementazione dell'interfaccia con le strutture convenzionate per la rilevazione in tempo reale degli ingressi, delle dimissioni e dei decessi (in posti Covid dedicati), Definizione e implementazione di format ad hoc in linea con la richiesta regionale, Definizione delle informazioni, dei report e delle modalità di trasmissione agli Enti locali, Definizione della reportistica ad uso della Direzione Generale, Sanitaria e Medica, utile per la valutazione dell'andamento epidemiologico in atto, come primo elemento di possibili identificazioni di scenari futuri.

Implementazione dell'intervento

Attivazione di directory condivise accessibili solo agli utenti individuati per ogni segmento (con l'obiettivo di una condivisione flessibile ed efficace delle informazioni utili), Download giornaliero degli esiti dei tamponi eseguiti (sia di sorveglianza, sia diagnostici, sia processati da laboratorio interno, sia da laboratori esterni all'Azienda), Creazione, implementazione e manutenzione giornaliera di un registro

	dedicato ai risultati di tutti i tamponi eseguiti, Creazione di database in locale per la rilevazione dinamica dei dati dai software in uso (incrocio casi positivi nuovi e noti/flusso degenza/pronto soccorso), Creazione di database in locale per l'estrapolazione dinamica dei dati dai software in uso (incrocio casi positivi/anagrafica dipendenti e convenzionati, medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, casi positivi/stato di malattia dati sanità pubblica, casi positivi/decessi comunicati dai Comuni, casi positivi/numero di residenti,...), Correzione di eventuali errori di tracciabilità, Adeguamento in itinere delle banche dati in uso. Gruppo di lavoro multiprofessionale: professionisti sanitari dei dipartimenti di produzione (ospedalieri e territoriali) e non sanitari dei dipartimenti di supporto.
9. Studio dell'intervento/i	Valutazione della qualità dei dati tracciati nelle banche dati aziendali, giornalmente, prima della stesura della reportistica prevista. In caso di non conformità, contatto con i referenti individuati per i singoli segmenti e condivisione immediata dei correttivi. Analisi dei singoli casi e delle informazioni tracciate in base alle segnalazioni di controllo ricevute dalla Regione. La reportistica stessa e la qualità dei dati rilevati fungono da evidenza oggettiva dell'implementazione dell'intervento.
10. Indicatori	Definizione del set informativo minimo e raccolta dello stesso in un unico centro di gestione complessiva, Verifica della qualità delle informazioni, Redazione appropriata della reportistica, secondo format preventivamente definiti: utilizzo dei modelli condivisi, Trasmissione della reportistica secondo le tempistiche concordate con i fruitori: rispetto delle tempistiche imposte e concordate con Enti locali, Definizione del set di indicatori minimo per l'analisi del processo.
11. Analisi	A fronte dell'implementazione dell'intervento, della rilevazione e del monitoraggio degli indicatori definiti, sono state apportate, in itinere ed ex post, numerose modifiche al processo organizzativo complessivo, nella logica del miglioramento continuo dell'offerta.
12. Aspetti etici	Non sono stati rilevati potenziali conflitti d'interesse. Per le caratteristiche del progetto non sono stati rilevati aspetti etici.

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Durante l'implementazione, l'intervento ha subito numerose integrazioni e modifiche dovute al fisiologico riscontro concreto rispetto alla programmazione definita in via preliminare. Principalmente la revisione ha riguardato il consolidamento delle interfacce strategiche, l'approfondimento di alcune casistiche anomale finalizzato alla correzione della tracciabilità e, infine, non per minori importanza ed entità della questione, il miglioramento del livello di informatizzazione dei dati, attraverso il potenziamento delle funzionalità tecniche esistenti e l'introduzione di nuovi strumenti dedicati. Come avviene a seguito di molti eventi critici, i cambiamenti adottati in situazione di emergenza sono diventati modifiche strutturali all'interno dell'organizzazione. il progetto ha contribuito alla realizzazione di set di indicatori di processo ed esito per il monitoraggio e la gestione dei contagi da Covid19, esplicitando i punti di controllo ritenuti predittivi di eventuali altri picchi epidemici. Attualmente il sistema di monitor aziendale prevede: N° nuove diagnosi suddivise per categoria, fascia d'età e residenza, N° tamponi refertati die, N° accessi in Pronto Soccorso per patologie Covid-like, N° ricoveri per Covid19 in reparti non intensivi, N° ricoveri per Covid in reparti intensivi per COVID, N° decessi Covid correlati. Il panel di indicatori è condiviso e discusso settimanalmente dalla "Cabina di regia" aziendale (task force Covid) per eventuali azioni correttive e di miglioramento da

	implementarsi. L'emergenza ha evidenziato in modo impetuoso la necessità di applicare diffusamente logiche di programmazione e controllo: ha reso palese la necessità e l'opportunità di tracciare, registrare e monitorare le attività per gestirle in modo adeguato. Ovviamente, l'organizzazione impostata in periodo emergenziale, centrata su un gruppo di persone che fungesse da hub informativo dei diversi settori, è una risposta dispendiosa e non sostenibile nel lungo periodo. Ha, però, avuto il merito di esplicitare i fabbisogni informativi dei diversi attori e dell'intero processo, in modo da rendere questi fabbisogni espressamente tracciabili nella futura riorganizzazione.
DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	I risultati indiretti ottenuti dal progetto a livello aziendale sono: mappatura del processo aziendale "Gestione dei contagi da Covid19" nella sua interezza (da notifica a guarigione) definendo fabbisogni informativi e punti di controllo del processo e degli esiti e forte integrazione trasversale tra ambito ospedaliero e territoriale. Inoltre, il progetto ha visto come partecipanti attivi della battaglia al Covid figure professionali che non hanno affrontato in prima linea l'epidemia: nonostante la tragicità degli eventi, il dover fare fronte comune a un unico nemico, ha reso tangibile il significato di appartenenza all'Azienda, a un gruppo, a una squadra.
15. Interpretazione	Alla luce di quanto presentato, la creazione di una banca dati convergente per la tracciabilità, la gestione e la rendicontazione del flusso informativo provinciale Covid19 secondo le modalità adottate e descritte dal progetto non poteva essere implementata e sviluppata in altro modo. Il progetto ha però palesato la necessità di dotare l'Azienda di un "piano per le emergenze" strutturato e aggiornato, per stabilire preventivamente le modalità operative nell'eventualità di eventi critici che minacciano il regolare svolgimento delle attività sanitarie.
16. Limiti	I limiti alla generalizzabilità del progetto risiedono nella origine emergenziale che l'ha generato, pertanto il progetto risulta difficilmente replicabile in altri contesti o per altri oggetti.
17. Conclusioni	L'analisi dinamica dei dati è alla base dell'identificazione di possibili scenari futuri quali punto di partenza per un adeguamento dei servizi aziendali offerti, sia a in ambito ospedaliero, sia in quello territoriale. Prevedere un <i>business continuity plan</i> rappresenta il punto di arrivo fondamentale per la definizione di azioni/attività da mantenere in caso di emergenza e di modalità per l'organizzazione complessiva.
ALTRE NOTE	

TITOLO DEL PROGETTO

La presa in carico digitale per persone con diagnosi di autismo di livello di gravità medio e lieve in epoca COVID-19

ORGANIZZAZIONE

AUSL Piacenza

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Corrado Cappa
RUOLO	Direttore U.O.C Psichiatria di Collegamento e Inclusione Sociale – DSM-DP
E-MAIL	c.cappa@ausl.pc.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

AUSL Piacenza

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	La presa in carico digitale per persone con diagnosi di autismo di livello di gravità medio e lieve in epoca COVID-19
2. Abstract	Strutturazione dell'attività per persone con autismo già in carico durante il periodo del lockdown. Prosecuzione con mezzi informatici di attività individuali e gruppalì già svolte dagli utenti. Prevenzione di crisi psicopatologiche e fronteggiamento della condizione di isolamento relazionale sopraggiunta

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Le persone con ASD (Autistic Spectrum Disorder) presentano uno specifico deficit delle capacità di interazione sociale. L'intervento abilitativo dei servizi si attua in contesti che promuovono tale capacità tramite attività di gruppo strutturate o informali. Analogamente si svolgono gli interventi di avvio al lavoro e di sostegno alla vita indipendente. Il lockdown - e in parte anche il periodo seguente - ha interrotto bruscamente tale continuità di cura rischiando di scatenare complicanze in una popolazione di per sé fragile determinando l'interruzione di un'attività abilitativa che ha come requisito essenziale la continuità della cura
4. Conoscenze disponibili	Le persone con ASD per quanto restie a stabilire relazioni e legami con altre persone (al di fuori della famiglia) desiderano fortemente sviluppare una normale rete di relazioni, ma sono incapaci di farlo. D'altra parte nelle forme di gravità media e lieve (cioè con conservazione delle capacità comunicative) vi è quasi sempre una buona competenza nell'uso dei mezzi informatici e soprattutto dei moderni devices per l'uso dei social media. In occasione dell'emergenza COVID, la rapida adozione da parte dei servizi di strumenti alternativi di comunicazione ha permesso nel nostro caso, non solo di mantenere quotidianamente i rapporti con l'utenza, ma anche di sviluppare con essa modi aggiuntivi e altrettanto efficaci di riabilitazione
5. Razionale	Dimostrare che anche in situazione di emergenza il mantenimento per via informatica della relazione è possibile senza conseguenze negative, ma al contrario favorisce lo sviluppo di abilità nuove nelle persone con ASD di livello 1 e 2 (lieve e medio secondo il DSM 5)
6. Obiettivi specifici	1. Conseguimento di abilità nell'ambito della vita indipendente nel lockdown 2. Mantenimento e sviluppo delle relazioni di conoscenza già presenti 3. Prevenzione di complicanze psichiatriche (ansia, depressione, sindromi fobiche, comportamenti-problema, reazioni abnormi al contesto familiare)

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Il contesto è rappresentato da una rete di relazioni e servizi già esistenti e corrispondente al percorso diagnostico terapeutico assistenziale autismo (PDTA autismo) del DSM-DP. Il contesto più ristretto è costituito dall'ambito del domicilio dell'utente, quasi sempre corrispondente alla famiglia di origine. L'intervento però sfrutta attraverso l'uso quotidiano dei collegamenti online tra operatori e utenti e tra utenti stessi, una rete di conoscenze già costituita in tempi precedenti.
8. Intervento/i	Durante il periodo di emergenza causata dal COVID 19, in base alle direttive governative nazionali e regionali e della Società Italiana per i Disturbi del Neurosviluppo (SIDIN) e dell'Osservatorio Nazionale Autismo ISS, il Team Autismo ha deciso di modificare l'impianto organizzativo dell'Area Autismo per garantire lo svolgimento delle attività educative, abilitative e riabilitative a favore di utenti con Disturbo dello Spettro Autistico in carico al PDTA Autismo dell'AUSL di Piacenza. Gli educatori professionali hanno iniziato a svolgere il loro lavoro in modalità Smart Working attuando la Telemedicina. Le piattaforme digitali individuate per tali attività sono: Skype, Whatsapp, Hangout, Gmail. L'utilizzo della modalità di lavoro in "smartworking" ha portato gli operatori al ripensamento digitale delle attività individuali, di gruppo e di collegamento e di sostegno della rete e del sistema curante. Le attività prima del Coronavirus • Colloqui psicoeducativi con utenti • Colloqui con familiari • Incontri di gruppo con i familiari • Incontri con referenti dei tirocini/lavoro • Incontri di rete e con il sistema curante • Incontri team autismo/PDTA /Faculty Attività di gruppo: 1. Tirocinio Inbook¹ (dal lunedì al venerdì dalle 9.00 alle 12.00) 2. Tirocinio Book Box² (martedì e giovedì dalle 9.00 alle 12.00) 3. Gruppi di abilità sociali (lunedì dalle 14.30 alle 17.00 e al martedì dalle 17.30 alle 18.30) 4. Club indipendente (lunedì dalle 17.30 alle 21.00) 5. Progetto Co-housing (dal lunedì al venerdì) 6. Gruppo Radio/teatro (martedì dalle 14.00 alle 16.00) 7. Gruppo cortometraggio (venerdì dalle 14.30 alle 16.30) 8. Attività sportive (con società Acquarello-diversi sport pomeridiani) DATI (CASI IN CARICO PDTA AUTISMO - Fine febbraio 2020- EMERGENZA COVID-19) 55 CASI livello 1-2 19 Tirocini formativi (con Emergenza COVID-19 sono stati sospesi fino a nuove indicazioni. Proseguono l'attività in modalità smartworking i giovani della redazione La Matita Parlante – progetti In Book e Book Box)

¹ Attività di scrittura e redazione di testi attraverso la Comunicazione Aumentativa Alternativa

² Attività di raccolta, catalogazione, rilegatura e distribuzione di libri e riviste presso uffici pubblici e privati, interamente gestita da persone con ASD [<https://www.bookbox.it/>]

15 assunti nel mercato competitivo in aziende o cooperative del territorio. (con Emergenza COVID-19 alcuni proseguono il lavoro, altri alcuni sono in cassa integrazione.)

3 attività pre-professionali (Book Box)

3 IPS ricerca lavoro nel mercato competitivo

8 studenti di scuole superiori/università (con Emergenza COVID-19 proseguono studi online)

4 Corso Formazione Professionale (con Emergenza COVID-19 in attesa di partenza corso online)

3 persone in fase di scelta relativa al percorso professionale

Di questi 55 utenti:

53 vivono presso il proprio nucleo familiare (sono stati sospesi i progetti di co-housing in atto)

2 vivono in strutture residenziali

35 utenti livello 3

I Servizi semiresidenziali, le visite domiciliari e gli interventi educativi individuali del territorio sono stati tutti sospesi a partire dal 24 febbraio

30 utenti sono presso il proprio domicilio

5 utenti sono inseriti in strutture residenziali

28 utenti in Team di transizione

Le scuole hanno sospeso le lezioni dal 24 febbraio. Sono stati sospesi i servizi domiciliari, i gruppi autonomia pomeridiani, le attività sportive e i vari interventi individuali pubblici e privati.

27 utenti sono presso il proprio domicilio

1 utente è inserito presso una struttura residenziale

1 utente livello 1 ha concluso la fase valutativa, in attesa di restituzione diagnostica.

Il team autismo ha mantenuto i contatti anche con casi di utenti con disturbo dello spettro autistico livello 3 che attualmente non rientrano nel PDTA autismo, in quanto in attesa di revisione diagnostica.

INTERVENTI COVID-19

Nella prima settimana successiva all'inizio dell'emergenza Covid-19, il team autismo ha verificato le disponibilità digitali di ogni utente, per poter creare dei gruppi (livello 1-2) e delle attività in base alle varie piattaforme possedute dagli utenti.

Per i **colloqui individuali** (livello 1-2) non sono emerse difficoltà in quanto tutti gli utenti in carico possiedono il telefono e la maggior parte possiede Whatsapp, con possibilità di scambio rapido di messaggi. Alcuni utenti non possiedono wi-fi, ma hanno una disponibilità mensile di giga limitata.

In base alle informazioni emerse è stato predisposto un programma di interventi che privilegia l'utilizzo dei giga a disposizione di ciascun utente, per le attività di gruppo.

Si è provveduto dove possibile, a supportare gli utenti nell'installazione e nell'utilizzo di Skype, Hangouts e Whatsapp attraverso **video tutorial**, per poter effettuare in particolare le videochiamate di gruppo. L'apprendimento

di queste competenze ha favorito anche l'avvio di **contatti autonomi** tra gli utenti che hanno iniziato a contattarsi in autonomia.

Alcuni utenti, più resistenti all'utilizzo delle nuove tecnologie per varie motivazioni, sono stati comunque agganciati tramite colloqui telefonici e mail.

Durante il periodo Emergenza Covid-19 , è stata continuità immediata alle seguenti attività:

- **Colloqui psicoeducativi/clinici con utenti livello 1-2** attraverso regolari contatti, telefonici, Whatsapp, mail videochiamate, Whatsapp e Skype.
- **Colloqui con familiari utenti livello 1-2-3** tramite contatti telefonici, Whatsapp, mail, videochiamate, Whatsapp e Skype .
- **Contatti con il gruppo con i familiari livello 2-3** tramite mail al gruppo dei familiari (per comunicazioni relative alle nuove modalità introdotte e ai laboratori digitali introdotti, informazioni relative alla ricerca sull'ansia e sul co-housing,
- **Contatti con referenti dei tirocini/lavoro** (regolare contatto con i datori di lavoro e i referenti dei tirocini per accordi in merito alla indicazioni governative, a variazioni di orari/mansioni, ai dispositivi di sicurezza e allo stato di benessere psicofisico dei soggetti inseriti al lavoro.
- **Contatti di rete e con il sistema curante**, in particolare con la UONPIA per i casi in team di transizione e con i Servizi Sociali e gli Enti che gestiscono i centrisemiresidenziali e residenziali per utenti livello 3 per monitorare le varie situazioni, supportare le famiglie e prevenire criticità.

Per alcune situazioni di particolare gravità, in accordo con il sistema curante e nel rispetto delle norme vigenti, sono stati attivati i seguenti interventi:

- rilascio del **salvacondotto**, compilato dal medico psichiatra referente del caso, per poter effettuare quotidiane uscite a piedi e/o in auto. Per tali situazioni è stato predisposto un registro per annotare i nominativi delle persone che usufruiscono di tali permessi.

- **Apertura parziale di alcuni servizi semiresidenziali** per persone con livello 3 e disturbo del comportamento importante con situazioni familiari complesse. E' garantito un intervento individuale diurno, presso la struttura di appartenenza, con l'utilizzo dei dispositivi di sicurezza forniti dall'Azienda USL.

- **Visite psichiatriche urgenti** per utenti livello 1,2,3 e raccordo con reparti ospedalieri
- **Visite domiciliari urgenti**
- **Incontri team autismo**: Mantenimento di incontri quindicinali per adottare modalità condivise di gestione dei casi su tutto il territorio, in particolare riguardo alle situazioni livello 3 e con gravi disturbi del comportamento (Parziale riapertura dei centri, salvacondotto per uscite a piedi o in auto....), rapporti con le Associazioni territoriali
- **Incontri team educativo**: Contatti settimanali via skype, per monitoraggio laboratori digitali, per definire nuovi ingressi, nuovi laboratori e nuovi contenuti da proporre, punti di forza, criticità, ricerca sull'ansia (modalità di somministrazione test.....)

	• Attività di gruppo in versione digitale • Attività Domiciliari Personalizzate Smart Working per utenti livello 3 ATTIVITÀ DI GRUPPO DIGITALI (DAL 9 MARZO 2020): 1. Tirocinio Inbook/Book Box : 12 utenti; 2 operatori 2. Gruppi di Abilità Sociali: 8 operatori 3. Gruppo “Giochi di gruppo”: 4. Gruppo “Dungeons and Dragons”: 5. Gruppo “Co-housing” 6. Gruppo “Scuola di cucina” 7. Gruppo “Musica dal vivo” 8. Gruppo “cineforum” + sito creato da un utente 9. Gruppo ginnastica 10. Gruppo “passioni” (lingue, sport, musica.....)-dal 10 aprile 11. Gruppo Programmazione APP - dal 15 aprile (attività proposta da un utente)
--	---

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Il mantenimento anche attraverso l'uso dei collegamenti online della relazione riduce il rischio di deflessioni depressive nella popolazione in esame e anche di altre complicanze psichiatriche (ansia). Chi svolge solo colloqui individuali è più sfavorito nell'affrontare l'isolamento di chi svolge più attività anche online. Il mantenimento dell'attività di studio o di lavoro è un sicuro fattore di resilienza.
----------------------	---

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Nella condizione di isolamento imposta dal lockdown, il mantenimento della rete di relazioni tra servizi e utenti, anche tramite attività di gruppo, evita complicanze psichiatriche e rafforza il processo abilitativo degli utenti
15. Interpretazione	L'adozione di strumenti di comunicazione alternativa si rivela efficace nel ridurre il rischio di complicanze psichiatriche e anzi migliora le prestazioni nei due ambiti della interazione sociale/reciprocità comunicativa e della vita indipendente
16. Limiti	Disponibilità dei devices anche per le famiglie meno abbienti
17. Conclusioni	L'uso di una telemedicina si rivela come strumento non sostitutivo ma certamente supplementare rispetto alle pratiche terapeutiche in presenza: nell'ambito dell'autismo va considerato come strumento di elezione da adottare in tutte le situazioni in cui il soggetto rischia un isolamento relazionale importante e pericoloso

TITOLO DEL PROGETTO

***Esperienza di integrazione tra pubblico e privato durante
l'emergenza sanitaria Covid-19.***

ORGANIZZAZIONE

Centro Chirurgico Toscano
Arezzo

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Benedetta Valli
RUOLO	Risk Manager
E-MAIL	b.valli@cdcpoggiodelsole.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

CENTRO CHIRURGICO TOSCANO

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Esperienza di integrazione tra pubblico e privato durante l'emergenza sanitaria Covid 19.
2. Abstract	Durante l'emergenza sanitaria Covid la Regione Toscana ha deciso il trasferimento della chirurgia oncologica classe A o di alta specialità non rinviabile dall'Ospedale Pubblico alla nostra clinica privata ad indirizzo esclusivamente chirurgico. I Chirurghi dell'Ospedale pubblico si sono trasferiti presso la nostra clinica, supportati da personale infermieristico di sala operatoria e di preospedalizzazione, integrandosi con il personale medico del reparto, gli anestesisti ed il personale infermieristico della clinica. Si è condotta una analisi proattiva del rischio identificando tre macro aree: "Percorso urgenza", "Percorso chirurgia elettiva alta specialità" e "Educazione al paziente". Per ogni macroarea sono stati identificati le modalità di guasto o di errore, gli interventi previsti per la risoluzione dei problemi e le misure di controllo da attuare. Gli indicatori definiti sono stati elaborati e condivisi sottoforma di grafici con tutto il personale. Si conclude, alla luce degli indicatori analizzati, che questa integrazione pubblico-privato ha permesso di affrontare un periodo di emergenza sanitaria con elevati standard di qualità e sicurezza delle cure e mantenendo la compliance agli standard dell'accreditamento JCI pur integrando modalità di lavoro ed organizzazione diverse.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Durante l'emergenza sanitaria Covid la Regione Toscana ha messo in atto una serie di procedure operative per la prevenzione della diffusione della malattia infettiva Covid 19 e per la gestione dell'emergenza sanitaria. L'Ospedale pubblico della città ha pertanto riorganizzato le proprie attività per poter permettere la più ampia messa a disposizione di posti letto tecnologici per pazienti affetti da Covid. In tale contesto gli interventi oncologici in classe A o di alta specialità non rinviabili da effettuarsi su pazienti non Covid sono stati trasferiti nella nostra struttura privata convenzionata ad indirizzo esclusivamente chirurgico accreditata anche Joint Commission International dal 2016. I Chirurghi dell'Ospedale San Donato delle discipline di chirurgia generale e robotica, urologia, chirurgia vascolare, dermatologia, ginecologia, otorinolaringoiatria e gastroenterologia interventistica si sono trasferiti presso la nostra clinica, supportati da personale infermieristico di sala operatoria e di preospedalizzazione, integrandosi con il personale medico del reparto, gli anestesisti ed il personale infermieristico della clinica. La clinica ha messo a disposizione le sale operatorie, la radiologia e il laboratorio analisi. L'Ospedale pubblico e la clinica privata pur essendo nella stessa città non avevano fino al momento dell'emergenza percorsi condivisi. Le modalità organizzative e di lavoro erano strutturate diversamente. Ciò ha comportato una riorganizzazione globale del lavoro, l'elaborazione di nuovi percorsi e l'integrazione tra il personale sanitario delle due strutture. Si è reso inoltre
------------------------------------	--

	necessario integrare i programmi di qualità e sicurezza delle cure, identificando degli indicatori di monitoraggio specifici e delle nuove modalità di restituzione del dato al personale coinvolto.
4. Conoscenze disponibili	Ordinanza Regionale (numero 8 del 6 Marzo 2020) Linee guida OMS emergenza COVID Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals 6Th edition
5. Razionale	Qualità e sicurezza sono radicate nel lavoro quotidiano di tutto il personale sanitario della nostra struttura e il miglioramento continuo è parte integrante del tessuto operativo con cui la clinica realizza la sua mission e le sue priorità strategiche. Per realizzare il miglioramento continuo della qualità e della sicurezza del paziente viene prodotto un programma annuale la cui attuazione e messa in opera è responsabilità del Responsabile della Qualità e della sicurezza del paziente. Esso è inoltre integrato con il programma di prevenzione e controllo delle infezioni. Uno strumento utilizzato dalla clinica per la gestione del rischio è l'approccio proattivo. La FMEA è un'analisi sistemica di tipo qualitativo volta ad identificare quello che potrebbe succedere se si verificasse un difetto, omissione, errore. Il programma di qualità e sicurezza viene strutturato pertanto partendo da un'analisi proattiva che permette di evidenziare le aree di maggiore criticità su cui attivare azioni di miglioramento. Il programma di qualità e sicurezza viene inoltre monitorato mediante degli indicatori allo scopo di ridurre la variabilità, migliorare la sicurezza di procedure/trattamenti ad alto rischio, migliorare la soddisfazione dei pazienti o migliorare l'efficienza. L'analisi e la diffusione dei dati aggregati, restituiti trimestralmente al personale sanitario, permette di decifrare le performance attuali e individuare le opportunità di miglioramento nei vari ambiti. Questa modalità di lavoro durante l'emergenza Covid ha necessariamente coinvolto anche il personale dell'Ospedale pubblico nell'attuazione di percorsi condivisi.
6. Obiettivi specifici	Continuare a realizzare quanto descritto al punto 5. Razionale anche durante il periodo emergenza covid condividendo l'analisi proattiva del rischio, il Piano Annuale di Miglioramento della qualità e sicurezza, integrando alla luce della emergenza sanitaria la tipologia di Indicatori predefiniti e strutturando una modalità di restituzione dei dati aggregati anche al personale sanitario dell'Ospedale Pubblico che in periodo Covid si è trovato a lavorare nella nostra clinica. Garantire qualità e sicurezza delle cure pur gestendo una emergenza sanitaria. Mantenere gli standard di accreditamento JCI.

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Le discipline chirurgiche per le quali la clinica è autorizzata sono la chirurgia generale, oftalmologia, ortopedia, otorinolaringoiatria, urologia e neurochirurgia. La clinica dispone di 95 posti letto dei quali 5 di terapia sub intensiva, 2 posti letto di rianimazione e 8 sale operatorie. Nella analisi proattiva del rischio e nella definizione degli indicatori di monitoraggio abbiamo considerato le seguenti variabili: 1. “Percorso Urgenze”.La clinica pur essendo organizzata per avere una reperibilità h 24 del personale di radiologia, laboratorio analisi, infermieristico della sala operatoria e della rianimazione e anestesisti per la sala operatoria e rianimazione in condizione di normalità lavora in elezione, non è dotata di pronto soccorso, esegue interventi in regime di urgenza solo in caso di re interventi su pazienti degenti operati in elezione, evenienza pertanto rara. 2. “Percorso chirurgia elettiva alta specialità”.La clinica non esegue interventi di chirurgia vascolare, di chirurgia robotica e di gastroenterologia interventistica. “Educazione al paziente”.I pazienti che avevano fatto un percorso preoperatorio all’Ospedale pubblico dovevano essere informati sulla nuova sede nella quale avrebbero eseguito l’intervento. All’ospedale pubblico erano sospese le attività ambulatoriali, pertanto le visite di controllo postoperatorio prevedono un nuovo iter rispetto al quale il paziente andava informato. Tutti i pazienti che si sarebbero dovuti operare avrebbero dovuto essere sottoposti a screening preoperatorio per la ricerca del virus mediante tampone nasofaringeo. L’emergenza sanitaria imponeva una serie di attenzioni relativamente al distanziamento per ridurre il rischio della diffusione del virus.
8. Intervento/i	Dopo aver definito i percorsi dei pazienti, abbiamo implementato una valutazione globale e proattiva dei rischi allo scopo di identificare le possibili criticità. Sulla base dell’indice di priorità di rischio, abbiamo individuato le possibili modalità di errore, le loro cause e le possibili conseguenze. Per ogni errore è stata valutata: Gravità cioè danno che il paziente può subire conseguentemente all’errore, Probabilità cioè frequenza di accadimento dell’errore e Rilevabilità cioè livello di misure di controllo già presenti nel processo, che consentono di individuare precocemente gli errori. Infine si è calcolato l’indice di priorità di rischio (IPR) in base al quale sono state identificati gli interventi aggiuntivi per la risoluzione del problema e le misure di controllo da mettere in atto e da condividere con la direzione dell’Ospedale Pubblico. Gli indicatori, una volta elaborati sottoforma di grafici, sono stati discussi mensilmente con tutto il personale coinvolto.
9. Studio dell’intervento/i	L’analisi proattiva del rischio ha permesso di identificare, come già indicato, 3 macro aree: “Percorso urgenza”, “Percorso chirurgia elettiva alta specialità” e “Educazione al paziente” (vedi nell’allegato i vari risk assessment elaborati). Queste sono state a loro volta suddivise in 10 macro attività. Dalla valutazione qualitativa sono emersi nel totale 31 modalità di guasto/errore e da quella quantitativa sono stati individuati valori di IPR con un range da 100. Il gruppo di lavoro ha quindi elaborato azioni di miglioramento per la sicurezza dei pazienti. Sono inoltre stati decisi contestualmente degli indicatori per il monitoraggio delle azioni attuati. Gli indicatori una volta decisi sono stati analizzati e condivisi con il personale dell’ospedale pubblico e con quello della clinica privata.

10. Indicatori	1. Numero totale interventi e tipologia 2. Numero totale interventi eseguiti in chirurgia robotica 3. Numero totale decessi 4. Numero totale ricoveri in rianimazione non preventivati 5. Pazienti ricoverati non operati 6. Correttezza nella compilazione della modulistica da inviare dal pronto soccorso dell'ospedale pubblico in occasione del trasferimento di un paziente 7. Identificazione nella lettera di dimissione della sede e dell'orario del controllo postoperatorio 8. Timing antibiotico profilassi negli interventi 9. Tempi minimi di refertazione degli esami radiologici e di laboratorio 10. Verifica sulla presenza di acronimi nel consenso informato all'intervento e all'anestesia 11. Consegne infermieristiche sala operatoria e degenza 12. Esecuzione della conta garze intraoperatoria 13. Rilevazione del parametro dolore ed azioni conseguenti 14. Tracciabilità materiale sterile 15. Valutazione anestesiológica postoperatoria
11. Analisi	La suddivisione delle possibili criticità in tre grosse aree ci ha permesso di eseguire una accurata valutazione proattiva dei rischi. Questo ha permesso di identificare precise azioni di miglioramento misurabili mediante indicatori. La prima restituzione dei dati sugli interventi eseguiti ed esiti è avvenuta a tutto il personale il 22/04/2020 dopo un mese di attività. Successivamente sono stati restituiti i dati il 31/05/2020 e il 5/06/2020 a conclusione dell'esperienza (vedi negli allegati la slide sugli interventi eseguiti e esiti). Gli Indicatori analizzati hanno permesso di dimostrare la compliance agli standard di qualità ricercati e di identificare precocemente eventuali criticità sulle quali siamo potuti intervenire prontamente. Inoltre ci hanno permesso di paragonare la performance della clinica in relazione con gli stessi indicatori analizzati quando l'attività svolta dalla Casa di Cura era ordinaria. I dati delle varie verifiche effettuate sono stati condivisi con tutto il personale della clinica, con la direzione dell'ospedale pubblico sia mediante mail che mediante inserimento nella cartella condivisa del desktop di tutti i computer della casa di cura (vedi allegato Indicatori).
12. Aspetti etici	La integrazione pubblico-privato ha previsto un accordo tra le direzioni aziendali all'interno del quale sono state esplicitate condizioni che tutelavano da eventuali possibili conflitti di interesse. E' stata ridiscussa la modalità di acquisizione del consenso informato alla luce della nuova organizzazione del lavoro. Si è focalizzata una particolare attenzione nei confronti del paziente come si evince dalla analisi proattiva del rischio eseguita sull'educazione al paziente.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Tra le criticità emerse e prontamente risolte il timing dell'antibiotico profilassi negli interventi di chirurgia vascolare e robotica. Tali interventi presentano infatti un prolungarsi dei tempi tra ingresso del paziente in sala ed incisione chirurgica dovuti alla necessità di posizionare il paziente o di eseguire delle azioni di monitoraggio (esempio incannulare l'arteria per il monitoraggio della pressione arteriosa invasiva o il posizionamento degli elettrodi per l'EEG nella chirurgia vascolare). Per tale motivo si è chiesto al personale infermieristico di somministrare l'antibiotico profilassi tardivamente rispetto alle consuete abitudini per evitare il superamento dell'ora tra somministrazione ed incisione che viene indicato nella letteratura. Si è assistito inoltre ad un iniziale difficoltà di comunicazione tra il pronto soccorso dell'Ospedale pubblico e la clinica privata per le modalità di trasferimento dei pazienti da operare in urgenza, questo ha comportato la modifica della modulistica che si è richiesto di compilare ed inviarci al personale dell'ospedale aggiungendo tutte le informazioni necessarie all'accettazione del paziente nella Clinica Privata. L'analisi dei pazienti ricoverati non operati non ha evidenziato criticità organizzative
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Abbiamo potuto constatare che la strutturazione di una modalità di lavoro basata su analisi proattiva dei rischi, regole scritte e misurazione di esiti ed indicatori rappresenta dei binari su cui poter muoversi anche di fronte a repentini cambiamenti. Strumento importante per la realizzazione di quanto descritto è stata la cartella clinica informatizzata strutturata nel tempo per facilitare il rispetto delle regole e la tracciabilità degli eventi.
15. Interpretazione	L'outcome ha risentito indubbiamente degli interventi attuati. Per tutti gli operatori questo ha rappresentato un momento di crescita e di confronto importanti.
16. Limiti	La sperimentazione è durata dal 20/03/2020 al 5/06/2020 pertanto il tempo di analisi è stato relativamente breve. L'Italia era in lockdown, il personale sanitario si sentiva emotivamente coinvolto nella gestione di una pandemia, questo ha pertanto sicuramente ampliato le disponibilità al servizio degli operatori sanitari.
17. Conclusioni	Alla luce degli indicatori analizzati, l'integrazione pubblico-privato ha permesso di affrontare un periodo di emergenza sanitaria con elevati standard di qualità e sicurezza delle cure e mantenendo la compliance agli standard dell'accreditamento JCI pur integrando modalità di lavoro ed organizzazione diverse. L'abitudine a misurare gli esiti e gli indicatori ha permesso di intervenire precocemente nelle varie criticità che si sono manifestate e di oggettivare il risultato ottenuto.

TITOLO DEL PROGETTO

Home Se-Cure: il progetto pilota per il management domiciliare delle terapie oncologiche durante il Covid-19

ORGANIZZAZIONE

E.O. Ospedali Galliera
Genova

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Andrea De Censi
RUOLO	Direttore della S.C. Oncologia Medica
E-MAIL	andrea.decensi@galliera.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

ENTE OSPEDALIERO OSPEDALI GALLIERA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Home Se-Cure: il progetto pilota per il management domiciliare delle terapie oncologiche durante il COVID-19
2. Abstract	<u>Background:</u> I pazienti con patologie oncologiche e onco-ematologiche sono più esposti ad un maggior rischio di contrarre l'infezione da Covid-19, andando incontro ad un andamento più severo dei sintomi. I frequenti ingressi in reparto per ricevere le cure aumentano i contatti rendendo il paziente oncologico più esposto al virus. Per rispondere alle necessità del paziente oncologico durante lo stato emergenziale del COVID-19, è stato ideato il progetto Home Se-Cure che si è proposto di garantire ai pazienti la continuità delle terapie oncologiche non differibili, orali, intramuscolo e sottocute, andando direttamente al loro domicilio. La S.C. Oncologia Medica infatti si è prefissata l'obiettivo di mantenere la qualità e la continuità della cura erogata garantendo la sicurezza del paziente fragile e aumentando il senso di presa in carico. <u>Metodi:</u> Durante lo stato emergenziale COVID-19, gli infermieri del reparto di oncologia si sono recati al domicilio di un gruppo di pazienti oncologici selezionati in base al loro Performance Status (PS) e alla posizione geografica del loro domicilio per effettuare esami ematici e consegnare le terapie orali, che sono state assunte dal paziente solo dopo la visione dei risultati ematici da parte degli oncologi. Ai pazienti è stato somministrato un questionario di soddisfazione del cliente che è stato confrontato con chi ha rifiutato o non ha potuto partecipare al progetto per motivi geografici (gruppo di controllo). <u>Risultati:</u> Tra i 63 pazienti che hanno compilato i questionari, 31 (50%) hanno partecipato al progetto Home Se-Cure, 20 (32%) non hanno potuto accedervi per motivi geografici e 12 (18%) hanno rifiutato il servizio. I dati hanno mostrato che l'età media è di 78 anni per i pazienti Home Se-Cure e di 70 anni per il gruppo di controllo ($p < 0,05$). Il 74% dei pazienti ha risposto ai questionari mettendo in luce di sentirsi molto più tranquilli e sicuri ricevendo la terapia a domicilio. Questi risultati hanno così evidenziato come tale intervento abbia migliorato la qualità assistenziale del paziente oncologico durante la pandemia. Dato il prolungamento dell'emergenza, il progetto è ancora in corso e al termine verranno valutati tutti gli indicatori. <u>Conclusioni:</u> Il progetto Home Se-Cure ha permesso anche ai pazienti oncologici più fragili di ricevere le cure durante lo stato emergenziale COVID-19 loro continuità assistenziale. Il servizio ha diminuito gli assembramenti in reparto e aumentato la sicurezza dei pazienti. I risultati sul gradimento del supporto assistenziale a domicilio, emersi durante lo stato emergenziale, pongono le basi per una nuova strada da percorrere nella gestione del paziente oncologico in terapia anti-tumorale. Questo progetto ha la peculiarità di poter essere facilmente riproducibile da tutte le strutture sanitarie.

INTRODUZIONE <i>Perché hai iniziato?</i>	
3. Descrizione del problema	Le comorbidità che caratterizzano il paziente oncologico lo rendono più a rischio di contrarre il virus COVID-19. I frequenti ingressi in Ospedale per le terapie aumentano così il rischio di contagio e rendono il paziente oncologico più esposto al virus. Inoltre il timore ed il rischio di contrarre il virus rappresentano una fonte di stress per i pazienti peggiorando le loro condizioni di salute. Parallelamente questi pazienti necessitano di una continuità assistenziale che è minata dalla possibilità del contagio.
4. Conoscenze disponibili	Studi recenti hanno dimostrato che i pazienti oncologici sono esposti a un rischio maggiore di infezione da Covid-19, sviluppando sintomi gravi e un rischio più elevato di morte (Dai M <i>et al.</i> , <i>Cancer Discov</i> , 2020). La paura e il rischio di infezione in ospedale aumentano il disagio per i malati di cancro durante il trattamento oncologico. Queste evidenze hanno messo in luce diversi problemi nella gestione dei malati di cancro durante la crisi COVID-19 e l'importanza di lavorare su una soluzione fattibile, come quella mostrata da Porzio <i>et al.</i> (Porzio G <i>et al.</i> , <i>Pain Symptom Manage</i> , 2020)
5. Razionale	Per rispondere alle necessità del paziente oncologico durante lo stato emergenziale del COVID-19, è stato ideato il progetto Home Se-Cure che si è proposto di garantire ai pazienti la continuità delle terapie oncologiche non differibili, orali, intramuscolo e sottocute, andando direttamente al loro domicilio.
6. Obiettivi specifici	• Ridurre gli spostamenti dei pazienti eseguendo gli esami ematici e le terapie presso il loro domicilio • Migliorare la qualità di vita dei pazienti • Diminuire gli eventi avversi • Garantire l'assunzione delle terapie come da indicazione clinica • Evitare assembramenti presso il Day Hospital • Garantire la sicurezza dei pazienti oncologici rispettando le raccomandazioni ministeriali • Evitare lo stress correlato alla scelta di eseguire le terapie VS rischio di contagio

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	Durante l'emergenza sanitaria COVID-19, gli organi mondiali che si occupano di sanità e nello specifico del campo oncologico, hanno rilasciato raccomandazioni per la gestione del paziente oncologico al fine di ridurre gli accessi in ospedale e diminuire il rischio di contagio. (ESMO guidelines, https://www.esmo.org/guidelines/cancer-patient-management-during-the-covid-19-pandemic)
8. Intervento/i	Home Se-Cure ha coinvolto pazienti fragili di età > 65 anni, Performance Status ECOG < 2, residenti nelle zone limitrofe all'area metropolitana. I pazienti selezionati da oncologi e infermieri, sono stati contattati al fine di fissare l'appuntamento per l'intervento a domicilio che poteva comprendere o la consegna della terapia con prelievo ematico o la sola esecuzione del prelievo ematico al fine di monitorare eventuali tossicità. Dopo il contatto telefonico, gli infermieri muniti di apposito automezzo con conducente fornito dalla pubblica assistenza si sono recati al domicilio del paziente muniti dei dispositivi di protezione individuale (DPI) previsti per effettuare il servizio. Dopo l'intervento a domicilio il paziente ha potuto assumere la terapia solo dopo la conferma telefonica da parte del medico e dell'infermiere in base al risultato del prelievo eseguito.
9. Studio dell'intervento/i	Ai pazienti è stato somministrato un questionario di soddisfazione del cliente che è stato confrontato con chi ha rifiutato o non ha potuto partecipare al progetto per motivi geografici (gruppo di controllo).
10. Indicatori	- Quality of life - Performance Status - Insorgenza Eventi Avversi
11. Analisi	È stata condotta un'analisi descrittiva dei primi dati raccolti da Maggio a Settembre 2020. Si prevede di valutare tutti gli indicatori individuati ogni 6 mesi fino alla fine dell'intervento.

12. Aspetti etici	Home Se-Cure è un progetto interventistico che prevede quindi una variazione della pratica clinica. Per questo motivo è stato redatto un consenso informato specifico che, ad ogni prestazione domiciliare, prevede la firma del paziente interessato al trattamento, dell'infermiere che si reca al domicilio e del medico che prescrive la terapia.
RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Tra i 63 pazienti che hanno compilato i questionari, 31 (50%) hanno partecipato al progetto Home Se-Cure, 20 (32%) non hanno potuto accedervi per motivi geografici e 12 (18%) hanno rifiutato il servizio. I dati hanno mostrato che l'età media è di 78 anni per i pazienti Home Se-Cure e di 70 anni per il gruppo di controllo ($p < 0,05$). Nel gruppo di intervento la maggior parte dei pazienti sono risultati uomini (55%), mentre nel gruppo di controllo donne (56,3%). I risultati del questionario del gruppo Home Se-Cure hanno evidenziato, grazie all'intervento domiciliare, un miglioramento della qualità assistenziale. Il 74% dei pazienti ha risposto di sentirsi molto più tranquilli e sicuri rimanendo a casa durante la terapia, con conseguente impatto sul sistema psico-fisico dello stesso. In aggiunta il 100% dei pazienti che ha aderito a questa sperimentazione ha risposto affermativamente al quesito "Vorrebbe che proseguisse questo progetto?". Dato il prolungamento dell'emergenza, il progetto è ancora in corso e al termine verranno valutati tutti gli indicatori.

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	Differenti studi osservazionali condotti durante l'emergenza COVID-19, hanno evidenziato come la fragilità del paziente oncologico lo abbia reso più a rischio di contrarre il virus e di avere una prognosi peggiore con conseguente impatto sulla gestione delle continuità assistenziale. Home Se-Cure ha coinvolto 31 pazienti oncologici in trattamento garantendo la continuità delle terapie oncologiche non differibili, orali, intramuscolo e sottocute, intervenendo direttamente al loro domicilio. Sono inoltre stati intervistati i 32 pazienti oncologici che non hanno potuto aderire poiché esclusi dai criteri del progetto pilota (non inclusi nel CAP definito) o che non hanno voluto aderire per scelta (recarsi in ospedale per alcuni offriva un buon motivo per poter uscire da casa e interrompere la quarantena). I risultati del questionario del gruppo Home Se-Cure hanno evidenziato, grazie all'intervento domiciliare, un miglioramento della qualità assistenziale. Il progetto è ancora in corso e al termine verranno valutati tutti gli indicatori.

15. Interpretazione	I dati per ora raccolti hanno portato alla luce come i pazienti durante la fase emergenziale si siano sentiti molto più tranquilli e sicuri rimanendo a casa durante la terapia. La presenza di personale sanitario al domicilio ha aumentato il senso di presa in carico del paziente oncologico migliorando così il suo stato psico-fisico.
16. Limiti	Le principali limitazioni del progetto sono legate all'applicabilità del servizio ai solo pazienti in terapia orale con domicilio nell'area metropolitana. Home Se-Cure è per ora un progetto pilota che grazie a nuove risorse potrà essere applicato su un più ampio bacino di utenza.
17. Conclusioni	Home Se-Cure ha garantito la continuità assistenziale anche per i pazienti più fragili durante lo stato emergenziale COVID-19 garantendo la loro sicurezza e migliorando il senso di presa in carico. Inoltre il servizio ha portato ad una diminuzione del numero di pazienti presenti in reparto evitando assembramenti e code nella sala di attesa. I risultati sul gradimento del supporto assistenziale a domicilio pongono le basi per una nuova strada da percorrere nella gestione del paziente oncologico in terapia anti-tumorale. Questo progetto ha la peculiarità di poter essere facilmente riproducibile da tutte le strutture sanitarie.

ALTRE NOTE

Questo progetto rappresenta uno studio pilota e la S.C. Oncologia Medica desidera effettuare un'analisi di sostenibilità per poter estendere tale modello e prevederne una messa a regime oltre alle fasi della pandemia rispondendo alla richiesta dei pazienti, che hanno aderito alla sperimentazione, di proseguire l'attività oltre alla pandemia. Il COVID-19 ha quindi offerto l'occasione a questa struttura di individuare un modello che garantisca la qualità della cura e la sicurezza dei pazienti in una situazione così drammatica andando a trovare una soluzione che i pazienti desiderano che venga messa a regime dopo la pandemia.

TITOLO DEL PROGETTO

***Innovazione dalla crisi sanitaria SARS-CoV-2: un
'Ambulatorio Virtuale per la continuità delle cure***

ORGANIZZAZIONE

Fondazione IRCCS Istituto Nazionale dei Tumori
Milano

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Michele Torresani
RUOLO	Dirigente Gestione Operativa
E-MAIL	michele.torresani@isititutotumori.mi.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

FONDAZIONE IRCCS ISTITUTO NAZIONALE DEI TUMORI

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Innovazione dalla crisi sanitaria SARS-CoV-2: un 'Ambulatorio Virtuale per la continuità delle cure
2. Abstract	A fronte della emergenza sanitaria legata alla pandemia da SARS-CoV-2 la pratica clinica è stata stravolta nel corso di poche settimane. I vincoli alla mobilità e i limiti all'erogazione di prestazioni sanitarie non urgenti e differibili hanno determinato una crisi e blocco nell'erogazione delle prestazioni così come tradizionalmente erogate. I professionisti e la Direzione della Struttura hanno prontamente reagito, attuando iniziative di Tele-medicina che hanno consentito di mantenere il contatto con i pazienti attraverso attività di tele-consulto e di tele-visita. Le professionalità coinvolte nel progetto sono molteplici, dai clinici di area medica, pediatrica, chirurgica, psicologica, ai farmacisti, sino al personale di staff sanitario e amministrativo (ICT e privacy). La misurazione del grado di soddisfazione dei pazienti arruolati nel progetto pilota "SMARTDOC" per l'effettuazione di tele-visite a distanza sta contribuendo a prendere consapevolezza dei notevoli benefici per i pazienti e dei limiti attuali dell'organizzazione.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	L'attuale emergenza sanitaria SARS-CoV-2 ha trasformato in poche settimane la pratica clinica così come la conosciamo, facendo emergere la necessità di nuovi modelli organizzativi di sanità a supporto dei servizi sanitari. Nella situazione attuale di emergenza sanitaria risulta necessario dare assistenza alle persone affette da COVID-19, ma allo stesso tempo, è essenziale non trascurare tutte le persone in condizioni patologiche o di fragilità che necessitano di assistenza e per le persone che per restrizioni imposte o difficoltà personali possono essere distanti dal luogo di cura.
4. Conoscenze disponibili	L'uso della telemedicina, o delle tecnologie per supportare e promuovere l'assistenza clinica, l'istruzione e l'amministrazione sanitaria a distanza, è aumentato notevolmente negli ultimi dieci anni. Le modalità comuni includono teleconferenza video in diretta, tecnologia di memorizzazione e inoltre monitoraggio remoto del paziente, applicazioni sanitarie mobili, testo ed e-mail. Nello stesso periodo sono aumentate anche la frequenza e la gravità dei disastri, o eventi che hanno causato danni, perdita di vite umane o deterioramento della salute e dei servizi sanitari che richiedono una risposta dall'esterno della comunità colpita (Lurie N, 2018). La confluenza di questi fenomeni non correlati offre un'opportunità per il pensiero creativo su come la telemedicina può rafforzare la risposta medica ai disastri. Con l'emergere di COVID-19, la telemedicina è stata catapultata nel ruolo di un servizio di fondamentale importanza per i pazienti per aiutare a mitigare la diffusione di COVID-19 e preservare preziosi dispositivi di protezione individuale (Calton B, 2020). Vista la rapida evoluzione della pandemia, l'Istituto Superiore di Sanità

	ha sviluppato un rapporto con le “Indicazioni ad interim per servizi assistenziali di telemedicina durante l'emergenza sanitaria COVID-19” (Rapporto ISS COVID-19, no. 12/2020) al fine di fornire un modello di riferimento che faciliti la realizzazione di tale metodologia in questo particolare periodo.
5. Razionale	Il progetto di ambulatorio virtuale vuole offrire, attraverso piattaforme informatiche, il servizio medico-assistenziale da remoto, affiancate da ambienti virtuali protetti per lo scambio sicuro di file e ambienti per la raccolta di dati del paziente (es. customer satisfaction). Il nuovo percorso di ambulatorio virtuale, che affianca e non sostituisce la modalità tradizionale di erogazione delle prestazioni ambulatoriali, trova applicazione nella gestione della continuità assistenziale e visite di controllo programmate e nel consulto specialistico verso altri professionisti e verso il paziente ai fini della valutazione della strategia terapeutica. Tale metodologia offre, nelle sue molteplici forme, alcune vantaggi tra cui, una maggiore accessibilità e mantenimento alle cure, una riduzione delle barriere di trasporto/trasferimento e un aumento dell'empowerment del paziente.
6. Obiettivi specifici	Il progetto è finalizzato ad attivare nuove soluzioni organizzative e tecnologiche che consentano di garantire la continuità di cura, con modalità di interazione telematica quando questa si rende necessaria per esigenze cliniche. Il fine è la creazione di un “ambulatorio virtuale” in grado di erogare in modo accessibile ed efficiente le prestazioni ambulatoriali evitando la presenza fisica del paziente in ospedale. Tale modalità è orientata a: • Gestire in tele-visita le visite ambulatoriali, sulla base di criteri clinici che abbiano sempre il paziente al centro; • Evitare che il paziente si rechi fisicamente presso la struttura sanitaria con conseguente potenziale rischio individuale • Ridurre l'affollamento nelle sale d'attesa e in generale il sovraccarico della struttura sanitaria • Ridurre le liste d'attesa, in aumento anche a causa del COVID-19 • Aumentare le opzioni di cura sul territorio, specialmente per aree geografiche distanti dai grandi centri Hub • Velocizzare il percorso nell'organizzazione sanitaria quale centro Hub di riferimento per le altre strutture sanitarie nazionali

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	La struttura sanitaria nella quale è stato sviluppato il progetto, opera con approccio multidisciplinare alla persona assistita in un contesto nel quale non è presente un'Unità di Pronto Soccorso/DEA. La struttura ricovera mediamente 20.000 pazienti ogni anno e ha un bacino di utenza extra-regione pari al 35%. Nell'emergenza sanitaria in corso, la struttura, con Delibera Regionale, è diventata Hub di riferimento di specialità, gestendo oltre 160 pazienti da 25 centri regionali.

8. Interventi/i	La priorità durante l'emergenza sanitaria è stata quella di garantire la continuità del percorso di cura alle persone in carico, con condizioni patologiche o di fragilità, che per restrizioni imposte dalla normativa o difficoltà logistiche personali erano lontane dal luogo di cura. Fin da subito tutti gli specialisti di riferimento hanno attivato contatti telefonici con i pazienti, evitando l'interruzione dei percorsi terapeutici e di follow-up. Il servizio di psicologia clinica ha mantenuto e ampliato le occasioni di contatto telefonico per il supporto psicologico dei pazienti arruolati, sperimentando inoltre strumenti di video-chiamata anche in epoca di piena pandemia, sia per consulenze a pazienti degenti, sia per i colloqui a distanza anche di gruppo. Particolarmente di rilievo è stato il coinvolgimento attivo della Farmacia della struttura che ha sviluppato attività proprie di <i>Home-delivering</i> per limitare e ridurre gli spostamenti e gli accessi in struttura dei pazienti. Ad integrazione dell'attività di dispensazione dei medicinali, si aggiunge il ruolo di <i>Counselor</i> che il Farmacista ha assunto mirato al supporto al paziente nel corretto utilizzo dei medicinali al domicilio. La Direzione ha istituito un gruppo di lavoro multidisciplinare composto da referenti di dipartimenti clinici, staff sanitario e informatico e DPO. Il gruppo, con un approccio multidimensionale e <i>Privacy-By-Design</i>, ha elaborato un programma di telemedicina istituzionale per definire chiare linee di indirizzo sull'uso degli strumenti telematici, fino all'introduzione di una piattaforma per le tele-visite (Microsoft Teams) e un sito protetto per la condivisione di referti ed immagini diagnostiche (WeTransfer e Microsoft 365). La sperimentazione è partita con il progetto "SMARTDOC" con la partecipazione proattiva dell'unità di Chirurgia Toracica; è in corso anche la fase di diffusione alle altre unità operative.
9. Studio dell'intervento/i	Valutazione del grado di soddisfazione del paziente tramite survey elettronica attraverso un questionario definito nel progetto. Valutazione periodica della soddisfazione del personale medico coinvolto, mediante survey interna.
10. Indicatori	È stata effettuata la valutazione del grado di soddisfazione espresso da <u>pazienti</u> arruolati nel progetto sperimentale rispetto alle prestazioni ricevute, in particolare per: • Prenotazione • Preparazione alla tele-visita/invio referti e immagini • Svolgimento della tele-visita • Ambiente tecnologico • Relazione/Comunicazione medico-paziente Inoltre sono stati valutati i seguenti quesiti: - Complessivamente quanto è soddisfatto del servizio - Consiglierebbe ad altri questo servizio
11. Analisi	L'analisi della soddisfazione dei pazienti arruolati nel progetto sperimentale si basa sulla compilazione autonoma del questionario di <i>customer satisfaction</i>. La soddisfazione dei professionisti è stata valutata in questa fase attraverso interviste dirette.

12. Aspetti etici	Non vengono riscontrati particolari problemi di natura etica e di conflitto di interesse. Le misure di sicurezza organizzativa prevedono che il personale autorizzato a trattare i dati nell'ambito, sia formato anche in merito alla protezione dei dati, dotato di credenziali di accesso individuale. Per la configurazione predefinita ogni sanitario avrà accesso solo ai pazienti che ha in cura e la riservatezza e sicurezza della piattaforma e garantita dalla crittografia delle comunicazioni. Gli interventi effettuati hanno mirato ad ampliare l'offerta di servizi oltre le barriere logistiche e fisiche.
--------------------------	---

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Gli interventi descritti hanno permesso di effettuare: • 9.000 consulti specialistici a distanza (follow-up); • 1.054 consulti pediatrici a distanza; • 2.300 consulti psicologici a distanza (anche tramite video-chiamata). Il progetto sperimentale "SMARTDOC" ha sinora coinvolto 33 pazienti che hanno effettuato in tele-visita prestazioni di prima visita (10%) e visita di controllo (90%). Ad oggi 24 pazienti hanno risposto al questionario di valutazione (73 %) manifestando un grado di soddisfazione positivo o molto positivo nel 96% delle risposte. L'età media è di 62 anni. L'80% ha dichiarato di essere stato aiutato dal care giver o da un familiare nell'attivazione della tele-visita. Il 29% degli intervistati dichiara di preferire la modalità di visita tradizionale per un maggiore contatto personale o per una più semplice interazione col medico. La modalità telematica risulta molto apprezzata per la possibilità di restare al proprio domicilio, anche in presenza del <i>care giver</i> o dei familiari. I benefici dichiarati evidenziano come la tele-visita contribuisca a evitare lunghi viaggi e attese stressanti, specie se si considera la provenienza geografica (il 67% degli intervistati proviene da regioni del Centro-Sud). I medici coinvolti nel progetto sono molto soddisfatti dei risultati sinora ottenuti e del grado di partecipazione dei pazienti all'iniziativa. La Farmacia è riuscita a contattare 261 pazienti tra regionali e fuori-regione arrivando ad effettuare più di 500 spedizioni al domicilio del paziente nel periodo Marzo-Agosto. Ogni paziente è stato contattato telefonicamente per la conferma di indirizzo e ricezione spedizione, per controllo appropriatezza terapeutica, sostegno nella prosecuzione della terapia o informazioni sulla stabilità del farmaco. È stato necessario inoltre avere contatti con le Asl di competenza per i pazienti fuori-regione.

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>
--

14. Sommario	L'iniziativa ha dimostrato un fortissimo attaccamento dei professionisti nei confronti dei pazienti persi in cura presso la Struttura. A fronte dell'improvviso sviluppo dell'emergenza, ogni unità operativa si è adoperata in modo pro-attivo all'attivazione di canali telematici per garantire la continuità di cura dei pazienti in follow-up. La Direzione ha promosso un programma istituzionale per convogliare le risorse e delineare una strategia comune di Telemedicina.
15. Interpretazione	Gli sforzi fatti sinora hanno permesso di erogare in modalità remota circa 12.300 consulti specialistici, con evidenti benefici sulla continuità dei percorsi di cura e follow-up dei pazienti, che non sono stati abbandonati o riprogrammati successivamente. L'impatto positivo degli strumenti di tele-medicina sul paziente contribuisce allo sviluppo dell'<i>empowerment</i> e della partecipazione alle decisioni cliniche.
16. Limiti	Gli strumenti elettronici di tele-visita nascono come soluzioni esterne e non nativamente integrate nei sistemi gestionali in uso nella pratica. Sulla base del modesto campione di risposte dei pazienti emerge che non sono ancora largamente diffuse le competenze digitali per l'utilizzo di strumenti di tele-visita in autonomia, soprattutto in relazione all'età anagrafica e al grado di istruzione. Dalle rilevazioni sul campo è emersa l'importanza di figure di supporto nella gestione delle attività preliminari allo svolgimento della tele-visita. Purtroppo non tutte le unità operative della Struttura possono contare sul medesimo supporto amministrativo-organizzativo e si sta valutando la centralizzazione di un servizio di supporto.
17. Conclusioni	La Direzione Strategica promuove costantemente lo sviluppo del programma di Telemedicina, che avrà applicazione anche in futuro successivamente all'emergenza sanitaria. Il programma di Telemedicina elaborato è stato prontamente condiviso con gli organi Regionali e trova pieno riscontro nelle linee di indirizzo emanate. Le soluzioni informatiche e il percorso organizzativo sono generalizzabili e adottabili in qualunque altra Struttura, in quanto non customizzate in modo esclusivo sull'Ente. L'approccio multidisciplinare adottato è di esempio per lo sviluppo delle iniziative di "Sanità digitale"; l'integrazione di più professionalità non tecniche attorno allo stesso tavolo di lavoro contribuisce a realizzare soluzioni aderenti alle reali esigenze della pratica clinica. Le linee di indirizzo Regionali hanno solo di recente (Agosto) stabilito che la remunerazione delle tele-visite è la medesima delle visite in presenza. Questo approccio non tiene conto del carico di lavoro aggiuntivo per l'organizzazione nelle fasi di adesione e preparazione alla tele-visita.

ALTRE NOTE

TITOLO DEL PROGETTO

The Day After: l'esperienza di un ospedale italiano in prima linea

ORGANIZZAZIONE

Fondazione Poliambulanza
Brescia

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Maria Lorena Bazzani
RUOLO	Responsabile Servizio Qualità e Certificazioni
E-MAIL	lorena.bazzani@poliambulanza.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

FONDAZIONE POLIAMBULANZA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	The Day After: l'esperienza di un ospedale italiano in prima linea
2. Abstract	Vengono presentate in questo breve report le problematiche e le soluzioni organizzative, tecnologiche ed informatiche adottate da un ospedale di circa 600 posti letto intensamente impegnato nel corso dell'epidemia da SARS-CoV19. Viene mostrato il sistema di bed management e di visual management elaborato internamente in occasione dell'epidemia e viene mostrato un modello teorico previsionale del fabbisogno di posti letto COVID in relazione al numero di ricoveri generati dal Pronto Soccorso.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Dalla fine di febbraio 2020 in Lombardia è esplosa l'epidemia da SARS-COVID19 che ha assunto ritmi esponenziali è stato peggio di uno tsunami: è stata come l'eruzione di un vulcano, iniziata in modo esplosivo, ma senza sapere quando sarebbe finita.
4. Conoscenze disponibili	Il mondo non conosceva il coronavirus e di conseguenza non disponevamo di alcuna conoscenza scientifica ma solo di narrazione di esperienze per lo più provenienti dalla Cina e non sempre verificabili. La necessità di prendere decisioni rapide non ha consentito di attendere la produzione di letteratura scientifica ma ha richiesto soluzioni originali.
5. Razionale	In questo lavoro viene descritta l'intensa attività sviluppatasi nei primi due mesi di epidemia da SARS-CoV-19 (dal 22 febbraio al 27 aprile 2020) in un ospedale che si è trovato in prima linea contro l'epidemia da COVID, con oltre 1900 pazienti COVID (alla fine della crisi saranno oltre 2200) attivando tutte le risorse disponibili e generando soluzioni innovative che integrate con la grande disponibilità e resilienza del personale hanno consentito di far fronte efficacemente all'emergenza.
6. Obiettivi specifici	Il nostro ospedale ha dovuto affrontare la necessità di ricoverare fino a oltre 400 pazienti di cui più di 70 in terapia intensiva e contemporaneamente garantire la funzione di Hub per la Lombardia Orientale per le patologie cardiovascolari (cardiologia, cardiocirurgia e chirurgia vascolare), garantendo le urgenze, il percorso nascita e l'attività oncologica improcrastinabile.

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	In Italia, il primo caso di infezione secondaria da SARS-CoV-2 si è verificato il 18 febbraio 2020 a Codogno. L'infezione ci ha colti con un ospedale di 600 posti letto in piena attività, con oltre 270 accessi al giorno in pronto soccorso e migliaia di prestazioni programmate sia in ambito di ricovero che ambulatoriale, con la necessità di riconvertire rapidamente percorsi, reparti, unità operative e di conseguenze le attività. Questo ha comportato la completa revisione delle modalità di accesso dei pazienti, garanzia di continuità delle cure, degli standard di cura, il coinvolgimento della leadership ad ogni livello, l'integrazione e adeguamento dell'infrastruttura e la dotazione di nuovi strumenti di governo.
--------------------	--

8. Intervento/i

Revisione dei percorsi e patient flow: Dal giorno 21 febbraio i primi casi iniziavano ad affluire anche presso il nostro **Pronto Soccorso**, gli accessi giornalieri di pazienti COVID-19 sono passati da 30 della prima settimana a valori progressivamente crescenti, mantenutisi costantemente sopra i 50 giornalieri fino alla fine di marzo, con un valore modale di 83 accessi raggiunto il 16 marzo. L'efficiente risposta del Pronto Soccorso è stata ottenuta con la definizione di un percorso separato per i pazienti COVID-19 accertati o sospetti, la valutazione pretriage con un check point per la rilevazione della temperatura, lo screening su base clinico-epidemiologica, l'allestimento di oltre 50 postazioni con possibilità di ventilare i pazienti in attesa che potessero essere accolti nei reparti di degenza (90% di ricoveri nei primi giorni), che ha determinato una crescita del numero di pazienti presenti (curva blu del grafico in fig.1) toccando il valore di 55 presenze in data 20 marzo. Contemporaneamente si è drasticamente ridotta l'affluenza di pazienti no-COVID (Fig.2)

Mantenimento dell'operatività essenziale: La nostra struttura è stata identificata come **HUB** per urgenze cardiologiche, cardiocirurgiche e di chirurgia vascolare. Si è reso necessario a tal fine identificare 5 posti di Terapia Intensiva dedicati alla funzione HUB e la creazione di una seconda Unità Coronarica per garantire percorsi distinti tra pazienti COVID-19 e NO COVID-19. Nel nostro ospedale il percorso nascita è rimasto operativo e sono nati, in due mesi, circa 400 bambini, in assoluta sicurezza ed in linea con i trend usuali, che fanno del nostro ospedale il 6° punto nascita della regione. Interventi urgenti, attività oncologica non procrastinabile, chemioterapia, radioterapia, gammaknife ed altre attività prioritarie sono state garantite. E' stato attivato un servizio di video consulto a distanza che permetteva ai pazienti di prenotare visite e dialogare con lo specialista richiesto con possibilità di condividere referti e documentazione clinica.

Outbreak Management Team: Dal momento in cui il primo paziente è stato ricoverato nel nostro pronto soccorso, è stato formato un comitato multidisciplinare di emergenza per garantire una gestione centrale della crisi. Il team si è riunito quotidianamente ed è stato informato costantemente per via breve con messaggi su smartphone, consentendo di affrontare i continui cambiamenti e le sfide giornaliere generate dalla crisi. Questo ci ha permesso di avere un team completamente informato su tutti gli aspetti e le sfide dell'ospedale, in grado di prendere decisioni rapide e radicali quando necessario e di assicurarsi che le comunicazioni con il resto del personale ospedaliero fossero chiare e coordinate centralmente.

Riconversione organizzativa per aree ed intensità di cura: Il resto della struttura è stato progressivamente convertito in reparti COVID con un approccio graduale, partendo da tre Unità Operative mediche per pazienti COVID-19 e successivamente coinvolgendo altre cinque Unità, usualmente chirurgiche. I malati sono stati inviati nei reparti di degenza sulla base della struttura dell'impianto di distribuzione dell'ossigeno di cui è stato fatto un uso massiccio. E' stata posta attenzione nella scelta dei percorsi, per evitare sovrapposizioni e promiscuità nell'uso di spazi e ascensori. Sono state create specifiche aree di terapia intensiva con un crescendo che ha portato l'ospedale ad avere oltre 400 pazienti ricoverati nel periodo 19-29 marzo, di cui oltre 70 in terapia intensiva fino al 4 aprile (Fig.3; Tab.1).

Bed Management e Integrated Information System: L'istituzione di una task force per la funzione di Bed Management, ha rappresentato il punto di contatto fra il Pronto Soccorso, le Terapie Intensive e i reparti COVID con lo scopo di

velocizzare e razionalizzare il ricovero dei pazienti nei setting appropriati (modalità di ventilazione e necessità di assistenza), monitorare i letti disponibili, sgravare i medici da oneri non prettamente clinici. Il compito dei team è stato facilitato da un sistema di visual management, con monitoraggio e mappatura di tutti i letti ospedalieri, in grado di indicare in ogni istante la capacità disponibile in base al tipo e alla posizione dei letti. Questa mappatura era (e permane tutt'ora) disponibile per tutto l'ospedale, come strumento di straordinaria efficacia per garantire una pianificazione condivisa ed efficiente. (Fig. 4-5)

Staff reallocation and deployment: L'apertura dei reparti COVID ha visto l'impiego di sanitari provenienti da altre specialità a supporto dei reparti impegnati nell'emergenza che ha richiesto **sessioni formative** per la formazione dei medici di aree non internistiche sulla malattia, sull'approccio terapeutico aggiornato ed ulteriori sessioni formative per l'ossigeno terapia non invasiva e l'uso delle apparecchiature relative. Tutto il personale infermieristico e sanitario di supporto disponibile è stato utilizzato nella riconversione delle Unità Operative con l'obiettivo di garantire l'assistenza necessaria. Nell'ambito delle terapie Intensive, il blocco dell'attività chirurgica non urgente (esclusa la funzione HUB) ha consentito di destinare i medici anestesisti alla gestione dei pazienti ricoverati nei vari settori adibiti a Terapia Intensiva. Le **risorse umane** sono state trovate e in breve tempo allocate nelle terapie intensive, ma non è stato altrettanto breve il processo di acquisizione delle competenze degli infermieri a supporto delle aree critiche. Il gap da colmare si è rivelato una criticità, superata con un supplemento di impegno da parte del personale esperto che ha parallelamente condotto una attività di formazione ed addestramento dei colleghi non esperti, assicurando in modo straordinario il livello della qualità dell'assistenza, la copertura dei turni di lavoro e mostrando grandi doti di adattabilità, disponibilità e professionalità, senza mai tralasciare l'aspetto umano, altra dimensione di fondamentale importanza in eventi di questa portata. Fin dall'inizio la **protezione del personale** è stata la massima possibile e sono stati quotidiani i controlli sul personale, sulla dotazione dei DPI e sulla correttezza dei comportamenti adottati. Per facilitare la diffusione delle buone pratiche sono stati forniti visual, procedure e sono stati realizzati brevi incontri formativi sull'uso dei DPI.

Risorse materiali e tecnologiche: Il mercato ha subito uno stress significativo con richieste ingenti e concentrate nel tempo con conseguenti limiti di produzione e fornitura. E' stato creato un sistema informatizzato di monitoraggio giornaliero della disponibilità di DPI e dell'autonomia in giorni per ogni dotazione, coinvolgendo tutti gli stakeholders per garantire gli idonei livelli di sicurezza dei lavoratori e fornirli adeguatamente agli stessi pazienti. Nei periodi di maggior crisi il nostro fabbisogno giornaliero era di oltre 650 maschere FFP2/FFP3, 1100 maschere chirurgiche, oltre 600 camici idrorepellenti e 33.000 guanti. Le apparecchiature destinate alla **assistenza respiratoria** dei pazienti hanno rappresentato una importante criticità, soprattutto nelle fasi iniziali. È stata condotta una ricerca di dispositivi sul territorio nazionale ed internazionale e grazie all'acquisto diretto, alle donazioni ed un piccolo numero di prestiti da altre strutture è stato possibile disporre del necessario per assistere tutti i pazienti presenti. In aggiunta ai respiratori delle oltre 70 postazioni di terapia intensiva COVID (e a quelle attive per l'Hub cardiovascolare) presso le Unità COVID ed il Pronto Soccorso sono state via via attrezzate un totale di 32 postazioni NIV (Not Invasive Ventilation), 336 postazioni CPAP (Continuous Positive Airway Pressure) (145 ad alta

	pressione, 70 caschi, 121 maschere adattate) e 5 BPAP (Bilevel Positive Airway Pressure). La richiesta di ossigeno è cresciuta in modo esponenziale. Il contemporaneo incremento a livelli massimi di utilizzo fino ad oltre 400 postazioni ha messo fortemente sotto stress l'impianto di distribuzione. Siamo partiti da un consumo medio giornaliero di 447.000 litri/ossigeno/giorno (560 litri/ossigeno liquido) per giungere, a 8.629.000 litri/ossigeno/die (10.800 litri/ossigeno liquido) + 2000%. Ciò è stato possibile con un adeguamento in itinere degli impianti e con il progressivo incremento di tre serbatoi criogenici per un totale di 25.000 litri, che ha portato la nostra capacità di stoccaggio da 12.000 litri a 37.000 litri. L'approvvigionamento di farmaci è stato ugualmente difficoltoso, sia per quelli introdotti nei protocolli per la cura di COVID-19 (antiretrovirali, antimalarici, anticorpi monoclonali) sia per gli altri farmaci utilizzati in terapia intensiva con la necessità di ricorrere a classi di molecole non di prima scelta al giorno d'oggi.
9. Studio dell'intervento/i	Si veda sezione precedente
10. Indicatori	% pz COVID ricoverati in T.I. / tot pz COVID ricoverati % pz COVID critici ricoverati in T.I. % pz COVID gravi ricoverati in degenza ordinaria Accessi giornalieri in PS per pz COVID. Tempo Ricoveri medi giornalieri. Tempo % pz ricoverati / tot pz COVID giunti in Pronto Soccorso % pz ventilati con sistemi di ventilazione invasiva / tot ricoverati COVID % pz ventilati con sistemi di ventilazione non invasiva / tot ricoverati COVID Tasso di mortalità specifico per pz ricoverati Tasso di mortalità specifico per pz ricoverati in T.I. % di operatori che hanno sviluppato malattia ascrivibile a COVID-19 % di operatori deceduti per COVID-19 % di operatori risultati positivi ai test sierologici / tot operatori presenti N° tot prestazioni ambulatoriali rinviate per lock down % prestazioni ambulatoriali recuperate entro il 15 settembre/ tot prestazioni rinviate per lock down.
11. Analisi	La terapia intensiva rappresenta il punto critico di maggior impatto per affrontare l'epidemia. Nella nostra esperienza (Tab.1) siamo riusciti a collocare in Terapia Intensiva, a seconda dei momenti, dal 12% al 15% dei ricoverati con un enorme impegno di risorse umane, tecnologiche e materiali. In una analisi condotta su 1016 pazienti affetti da COVID-19 sono stati considerati critici 346, corrispondente al 34%, definiti tali sulla base del ricorso alla ventilazione invasiva e l'esito decesso. Il resto della popolazione dei pazienti è stata considerata <i>grave</i> nella nostra analisi sulla base della necessità di ricovero (non dimissibile al proprio domicilio per necessità di ventilazione non invasiva). Il fabbisogno di posti letto di terapia intensiva è stato sicuramente superiore a quello messo a disposizione dal complesso dei presidi ospedalieri attivi nel corso dell'emergenza. Chi si domanda cosa sarà domani, dovrebbe tener conto che, considerando la percentuale di paziente candidabili alle cure intensive ed alla durata della degenza, la proporzione ideale fra posti di degenza ordinaria e posti di terapia intensiva, in corso di epidemia COVID-19, dovrebbe avvicinarsi al 50%. Questo dato trova conforto in un recente lavoro di Lauer, Ferguson, Liu (The Lancet). (Fig.6; Tab.2) che stima le percentuali di distribuzione dell'infezione all'interno della popolazione. Le stime portano a considerare tra gli ospedalizzati una proporzione del 67%

	destinati alla degenza ed il 33% candidabili per la terapia intensiva, dati del tutto sovrapponibili a quelli da noi stimati. Tenendo conto delle degenze medie dei rispettivi setting, da noi considerati di 8 e 16 giorni come da fonti citate, rispettivamente per degenza ordinaria e degenza intensiva (comunque leggermente più favorevoli ai nostri dati mediani) le necessità di posti letto nei suddetti setting di cura si avvicina al 50%. Sulla scorta di questi dati e dall'esperienza acquisita è stato costruito un modello previsionale del fabbisogno di posti letto in relazione al numero di ricoveri giornalieri generati dal Pronto Soccorso (Tab.3)
12. Aspetti etici	Il Comitato Etico è stato interpellato durante la crisi. Le scelte operate per i pazienti si sono basate esclusivamente sui criteri, strettamente clinici, ordinariamente adottati

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Il nostro ospedale è riuscito a far fronte ad una situazione devastante, collocandosi fra gli ospedali che in Lombardia hanno gestito il maggior numero di casi COVID, senza peraltro effettuare trasferimenti in altre sedi. Complessivamente, nei primi due mesi si sono recati presso il nostro DEA 1913 pazienti COVID-19: fra questi, 1345 (70%) sono stati ricoverati in ospedale e 568 (30%) sono stati dimessi. Le presentazioni giornaliere mediane in PS erano 17 pazienti (IQR, 9,3-35,5) nella prima fase, aumentate a una mediana di 59 pazienti (IQR, 51-69) al giorno nella seconda fase e hanno mostrato un calo a una mediana di 25 casi (IQR, 18,5-32,5) al giorno nella terza fase. Il tasso di mortalità globale del Pronto Soccorso è stato dello 0,63%. Un totale di 170 pazienti (12,6%) sono stati trasferiti in terapia intensiva durante il ricovero, con una capacità massima di oltre 70 posti letto durante il picco. Il tasso di mortalità complessivo in terapia intensiva è stato del 50%, compreso tra il 44,7% nella prima fase, il 54,2% nella seconda fase e il 37,5% nella terza fase. I dati di mortalità, generale e in Terapia Intensiva sono in linea con quelli finora forniti dalla letteratura. Nonostante la presenza massiccia di pazienti COVID che in certi momenti ha superato le 400 unità, è stata pienamente garantita l'attività in emergenza/urgenza per cardiocirurgia, chirurgia vascolare, cardiologia, emodinamica, unità coronarica per tutta la Lombardia Orientale, nonché le attività chirurgiche non procrastinabili. Altrettanto, è stato pienamente garantito il percorso nascita, e la gestione dei pazienti oncologici è proseguita, anche se ridotta ai casi non rinviabili. Molte iniziative di telemedicina sono state avviate con una gradita risposta da parte degli utenti. La supply chain ha garantito, nonostante le innumerevoli difficoltà, le forniture di DPI, farmaci, presidi, ossigeno, elettromedicali. Da segnalare che, nonostante la situazione critica, è stata registrata una bassa incidenza di infezione negli operatori, nessun decesso, solo 3 operatori gravi, con quadro clinico risolto. Le successive indagini sierologiche hanno mostrato una prevalenza di positività sovrapponibile a quella della popolazione generale Sono stati creati i presupposti organizzativi (bed management, visual management) per l'ottimale gestione dei posti letto e degli ambulatori, sfruttati anche nelle fasi successive alla crisi. E' stato creato un modello previsionale del fabbisogno di posti letto in relazione al numero di ricoveri giornalieri generati dal Pronto Soccorso.

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Come la piena di un fiume, l'emergenza che si abbatte sulle strutture ospedaliere parte da monte (il pronto soccorso) e si ripercuote a valle con inaudita veemenza ed intensità (reparti di degenza e di terapia intensiva). Le conseguenze si misurano in termini di fabbisogno variabile di spazi e letti che deve adattarsi con rapidità inaudita alle esigenze del momento. Ma il vincolo principale rimane quello della disponibilità di personale. La primaria preoccupazione è quella di consentire agli operatori sanitari di operare in condizioni di sicurezza, minimizzando per quanto possibile la probabilità di contagio, e quella di tutelare i pazienti NO COVID-19 presenti in struttura sospendendo ogni attività non giustificabile da emergenze o necessità di cure non procrastinabili e riservando, per questo esiguo numero di pazienti, aree non infette o sanificate.
15. Interpretazione	Nessuno si aspettava un'onda del genere, anche se tutti conoscevano dalle cronache quello che stava succedendo in Cina. Ciò nonostante, il nostro ospedale ha saputo rispondere in modo rapido al susseguirsi di casi, situazioni, indicazioni normative nazionali e regionali. Da questo tsunami che ci ha colpito il primo insegnamento che abbiamo acquisito è quello della necessità che flussi di lavoro e protocolli chiari sono essenziali per snellire i processi, a partire dal Pronto Soccorso che ha subito un notevole carico di lavoro durante l'epidemia. I reparti medici riorganizzati per coorte e le unità di terapia intensiva dovrebbero essere istituiti secondo un approccio graduale, coordinato centralmente, per ricoverare in modo adeguato pazienti COVID-19 e garantire nel contempo la gestione sicura dei pazienti ammessi con altre patologie.
16. Limiti	Disponibilità di posti letto di terapia Intensiva limitati rispetto alle esigenze (nonostante da noi quadruplicati) Scarsa fornitura di aiuti per le strutture sanitarie private (nella nostra realtà gli aiuti sono pervenuti dalla solidarietà cittadina) Assenza di collaborazione interregionale. Necessità di formazione rapida di un numero elevato di operatori sanitari, soprattutto nei contesti dove la cartella è informatizzata, con applicativi diversi da quelli usualmente utilizzati.
17. Conclusioni	Un modello vincente in grado di affrontare eventi di simile portata non può prescindere dalla piena consapevolezza che è indispensabile non farsi travolgere dagli eventi, ma è necessario da parte dei singoli protagonisti lavorare in team e "pensare avanti", prevedere i possibili scenari, usare le esperienze altrui, utilizzare i dati epidemiologici, per quanto questi possano essere incerti, incompleti, dipendenti dalle situazioni locali. Con i dati emergenti ed il continuo confronto sono scaturite modalità organizzative e strumenti informatizzati che hanno dato fluidità al patient flow. Questo modo di lavorare, anche in un momento successivo, superata la fase acuta, ci ha consentito di riprendere, gradualmente, l'attività del nostro ospedale, per curare non solo i pazienti COVID-19 positivi, ma anche quelli che in quel periodo avevamo necessariamente trascurato. Con il medesimo impegno abbiamo quindi fatto tesoro delle soluzioni tecnologiche ed organizzative sperimentate nei momenti più critici e nello stretto lasso di tempo di due mesi sono state recuperate quasi 30.000 prestazioni ambulatoriali ed è ripresa l'attività chirurgica assorbendo i ritardi generati dall'emergenza.

TITOLO DEL PROGETTO

Sistema di identificazione, screening e monitoraggio della patologia infettiva da SARS-CoV-2 per pazienti ed operatori all'interno delle Strutture del Gruppo San Raffaele

ORGANIZZAZIONE

Gruppo San Raffaele
Roma

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Andrea Tamburrano
RUOLO	Direzione Medica Aziendale
E-MAIL	andrea.tamburrano@sanraffaele.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

GRUPPO SAN RAFFAELE

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Sistema di identificazione, screening e monitoraggio della patologia infettiva da SARS-CoV-2 per pazienti ed operatori all'interno delle Strutture del Gruppo San Raffaele.
2. Abstract	Il Gruppo, fin dall'inizio dell'epidemia da SARS-CoV-2, ha adottato rigidi protocolli di screening e di monitoraggio su pazienti e operatori. Oltre a quanto previsto dalla normativa in materia di gestione della pandemia da COVID-19, tutte le strutture del Gruppo si sono dotate di un'area TRIAGE con personale dedicato per lo screening clinico ed epidemiologico di tutti i nuovi ricoveri provenienti da Strutture esterne e dal territorio. È attualmente in vigore una Procedura Sanitaria che impone rigorosi protocolli di screening, che prevedono per tutti i pazienti: stretto monitoraggio della temperatura e della sintomatologia, esecuzione di tamponi rapidi antigenici all'ingresso e al 7° giorno di ricovero, osservazione precauzionale per i primi 14 giorni dall'ingresso, esecuzione di tampone rapido in caso di sospetto clinico. Anche gli operatori sono monitorati secondo rigidi protocolli che prevedono lo screening giornaliero della temperatura e, per coloro che rientrano da periodi di assenza superiori ai 10 giorni, una valutazione clinica ed epidemiologica con esecuzione di tampone rapido. È infine prevista la sorveglianza sanitaria di tutto il personale ogni 15 giorni con tampone rapido. La strategia del Gruppo consiste nel garantire elevati standard di sicurezza presso tutte le sedi, prevedendo interventi ed azioni di monitoraggio aggiuntivi rispetto a quanto prescritto dalla normativa nazionale e regionale vigente.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	L'emergenza epidemiologica da Coronavirus COVID-19, che sta interessando l'Italia e il resto del mondo, impone comportamenti rigorosi e l'osservazione di norme stringenti atte ad evitare e, eventualmente, contenere i contagi. Ciò vale in particolar modo all'interno di strutture sanitarie residenziali e semiresidenziali, richiedendo l'informazione, la formazione e l'applicazione di protocolli condivisi rivolti sia a pazienti che ad operatori sanitari.
4. Conoscenze disponibili	Durante l'emergenza è emersa la vulnerabilità di alcuni particolari settori del Sistema Sanitario e, in particolare, le attività di assistenza residenziale e semiresidenziale. Sono noti i molteplici focolai che hanno interessato strutture sanitarie in tutta Italia, senza risparmiare alcun sistema regionale. Inoltre, tali focolai hanno coinvolto spesso le persone più fragili, particolarmente vulnerabili agli effetti a breve e a lungo termine della patologia COVID-19. Per tali motivi lo stesso Istituto Superiore di Sanità ha voluto dare risposte a tale problematica emanando specifiche Raccomandazioni rivolte a Strutture Residenziali e Semiresidenziali, prontamente recepite presso tutte le Sedi del Gruppo.

5. Razionale	Il Progetto ha l'obiettivo di uniformare i comportamenti adottati per la prevenzione e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 all'interno di tutte le Sedi del Gruppo (in accordo con quanto prescritto dai provvedimenti emanati dalla Presidenza del Consiglio dei ministri, il Ministero della Salute, le Regioni e le Aziende Sanitarie Locali) e di aumentare i livelli di sicurezza all'interno della Rete, introducendo azioni preventive e sistemi di monitoraggio capillare rivolti ai pazienti e al personale sanitario e non sanitario che vi presta servizio.
6. Obiettivi specifici	Il Progetto, formalizzato da apposita Procedura Sanitaria "PO SR 002 - disposizioni per la prevenzione e limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata (COVID-19)" (documento allegato), fornisce al personale le indicazioni su come identificare, prendere in carico e gestire i pazienti in condizioni cliniche di sospetto o conferma di malattia infettiva da COVID-19, nonché le misure di screening da adottare per la prevenzione del rischio di diffusione del virus e per la protezione degli operatori che entrino in contatto con casi sospetti o confermati di COVID-19.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	Il contesto mutevole, accompagnato da scarse conoscenze scientifiche relative ad un agente infettivo sconosciuto, ha richiesto l'attivazione di un sistema avanzato di monitoraggio epidemiologico capillare ed efficiente, al fine di ridurre il rischio e contenere la diffusione di una patologia infettiva, risultata pericolosa (e a volte letale) soprattutto nei confronti di una specifica fascia di popolazione, prevalentemente ricoverata presso le strutture del Gruppo (anziani fragili).
8. Intervento/i	Il Risk Management Aziendale del Gruppo ha realizzato, diffuso e reso operativa presso tutte le Sedi una Procedura dettagliata "PO SR 002 - disposizioni per la prevenzione e limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata (COVID-19)" (documento allegato) contenente le disposizioni per la prevenzione e la limitazione della diffusione del SARS-CoV-2 e della patologia correlata (COVID-19). Oltre a quanto previsto dalla normativa in vigore in materia di sicurezza infettiva, tutte le strutture del Gruppo si sono dotate di un'area TRIAGE con personale dedicato per lo screening clinico ed epidemiologico di tutti i nuovi ricoveri provenienti da Strutture esterne e dal territorio. Sono stati attivati rigorosi protocolli di sorveglianza attiva, che prevedono per tutti i pazienti: stretto monitoraggio della temperatura e della sintomatologia, esecuzione di tamponi rapidi antigenici all'ingresso e al 7° giorno di ricovero, osservazione precauzionale per i primi 14 giorni dall'ingresso, esecuzione di tampone rapido in caso di sospetto clinico. Anche gli operatori sono monitorati secondo rigidi protocolli che prevedono lo screening giornaliero della temperatura e, per coloro che rientrano da periodi di assenza superiori ai 10 giorni, una valutazione clinica ed epidemiologica con esecuzione di tampone rapido. È infine prevista la sorveglianza sanitaria di tutto il personale ogni 15 giorni con tampone rapido.

	Nella Procedura Aziendale sono inoltre regolamentati: le misure tecnico-organizzative per la gestione degli ambienti, per l'accesso di accompagnatori, visitatori, medici di medicina generale e consulenti, le istruzioni per gli operatori sanitari, le procedure di sanificazione e disinfezione degli ambienti e arredi, le procedure di gestione della biancheria personale, le indicazioni per l'assistenza ambulatoriale, domiciliare e day hospital, il regolamento sulle visite o i rientri in famiglia per RSA, le indicazioni per la gestione del caso sospetto, probabile o confermato COVID-19, per l'esecuzione del tampone diagnostico oro/nasofaringeo, per l'invio dei campioni, per il trasferimento in sicurezza del paziente, il comportamento in caso di decesso, i rapporti con i fornitori.
9. Studio dell'intervento/i	Sono stati analizzati i dati sui ricoveri e sul personale, pervenuti dalle singole Sedi, al fine di valutare sia il numero di tamponi antigenici di screening effettuati (su pazienti ed operatori) sia il rapporto tra casi positivi identificati e totale di tamponi eseguiti.
10. Indicatori	Gli indicatori (complessivi e per Sede) oggetto di monitoraggio sono stati i seguenti: - N totale tamponi eseguiti suddivisi per singola Struttura - N tamponi eseguiti su operatori / totale operatori - N tamponi eseguiti su pazienti / totale pazienti ricoverati - N positività riscontrate su operatori / N tamponi eseguiti su operatori - N positività riscontrate su pazienti/ N tamponi eseguiti su pazienti
11. Analisi	Gli indicatori sopra riportati sono valutati su base mensile da parte delle Direzioni Sanitarie ed Operative di Sede e, successivamente, vengono trasmessi alla Direzione Aziendale che ne valuta l'allineamento rispetto all'obiettivo target. Sono identificati di volta in volta i valori medi complessivi di riferimento del Gruppo. Sulla base dei confronti tra tali valori e i valori di ogni sede, sono state valutate le performance in termini di sicurezza di ogni singola Struttura. In tal modo è stato possibile identificare le situazioni di criticità che hanno richiesto un intervento specifico, al fine di garantire sempre elevati standard di sicurezza all'interno dell'Organizzazione.
12. Aspetti etici	Per la raccolta delle informazioni cliniche ed epidemiologiche e l'esecuzione del tampone rapido antigenico nasofaringeo, è stata fornita specifica informativa al soggetto da parte del medico ed è stata acquisita la dichiarazione scritta di consenso alla prestazione. I costi dello screening sono a totale carico dell'Azienda.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	A partire dal 4 giugno, il Gruppo ha garantito l'approvvigionamento di 3500 tamponi rapidi antigenici di cui ne sono stati eseguiti circa 3200 (91,4%). Di questi, 2000 sono stati destinati a pazienti e 1200 ad operatori in servizio. Un solo operatore è risultato positivo al tampone rapido. È stato effettuato un ulteriore approvvigionamento di 30.000 tamponi che saranno destinati a coprire le esigenze delle Sedi per tutto il periodo epidemico.
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Tale strategia ha consentito di ottenere uno stretto monitoraggio della situazione epidemiologica all'interno di ciascuna struttura del Gruppo, elevando gli standard di sicurezza a garanzia dell'incolumità di pazienti ed operatori.
15. Interpretazione	Il progetto ha dimostrato come sia possibile, attraverso azioni di formazione ed informazione a pazienti ed operatori, l'applicazione di rigidi protocolli di prevenzione e di sanificazione, l'adozione di adeguati comportamenti e l'adozione di procedure di screening e di triage, creare un clima generalizzato di responsabilizzazione, che esita in elevati standard di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie.
16. Limiti	L'applicazione della Procedura Sanitaria, elaborata al fine di garantire elevati standard di sicurezza, ha richiesto un notevole impegno di risorse aziendali a cui va aggiunta la sensibile riduzione del tasso di occupazione dei posti letto e le notevoli limitazioni nella libertà di pazienti ed operatori. Tali misure, sebbene abbiano richiesto notevoli sacrifici, sono state accolte positivamente e osservate scrupolosamente, grazie alla consapevolezza di dover preservare un ambiente sicuro per tutti.
17. Conclusioni	Il Progetto ha richiesto notevoli investimenti e importanti sacrifici per l'Organizzazione ma, in un contesto pandemico ad evoluzione incerta, ha consentito di garantire elevati livelli di sicurezza presso tutte le Strutture della Rete. Il sistema di monitoraggio epidemiologico, tuttora attivo, si è dimostrato utile per valutare periodicamente la performance e la tenuta delle Strutture del Gruppo, identificando le criticità a cui è seguita l'adozione di interventi immediati e specifici, al fine di garantire costantemente elevati standard di sicurezza.

ALTRE NOTE

--

TITOLO DEL PROGETTO

***L'applicazione del PEIMAF durante l'emergenza Covid-19:
solido strumento guida o debole supporto alle decisioni?***

ORGANIZZAZIONE

Humanitas Gavazzeni
Bergamo

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Erik Perego
RUOLO	Risk Manager
E-MAIL	erik.perego@gavazzeni.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

HUMANITAS GAVAZZENI

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	L'applicazione del PEIMAF durante l'emergenza COVID-19: solido strumento guida o debole supporto alle decisioni?
2. Abstract	<u>Background:</u> La definizione di maxiemergenza trova ormai spazio in un'abbondante proliferazione letteraria: anche per gli addetti ai lavori è consuetudine identificare la risposta ospedaliera a questo evento con l'attivazione del PEIMAF (Piano Emergenza Interno Maxi Afflusso Feriti/Pazienti). La gestione delle maxiemergenze deve essere guidata da indicazioni precise per permettere alle organizzazioni di gestire eventi rari in modo efficace ed efficiente, con la massima limitazione dei danni. <u>Problema:</u> Le gestione della pandemia COVID-19 ha messo a dura prova tutte le organizzazioni, da quelle più colpite a quello meno. Dovendo affrontare un evento del tutto fuori dall'ordinario ci si è affidati alle indicazioni dei piani di emergenza interni e all'esperienza dei singoli presenti all'unità di crisi. La gestione della pandemia ha preso in considerazione solo alcuni aspetti del PEIMAF in vigore in azienda. L'emanazione di linee guida di Regione Lombardia, derivanti dal CDC di Atlanta, ha permesso di effettuare un'analisi retrospettiva rispetto all'aderenza delle azioni intraprese, alla procedura e alle linee guida, ponendo le basi per una revisione del PEIMAF aziendale. <u>Metodi:</u> È stata effettuata un'analisi comparativa tra le evidenze, la procedura e le azioni intraprese dall'azienda. Attraverso una revisione quali-quantitativa si è potuto porre in evidenza gli aspetti che devono essere necessariamente integrati nel PEIMAF aziendale per la gestione di una pandemia. <u>Interventi:</u> L'obiettivo del progetto è la revisione del PEIMAF aziendale, integrando con tutte le azioni previste per gestire una pandemia. Per valutarne la fattibilità è necessario inoltre effettuare un'analisi del documento aggiornato (PEIMAF ed emergenze pandemiche) attraverso simulazioni con l'Unità di Crisi e un'analisi proattiva del documento tramite metodologia FMECA. <u>Risultati:</u> Dall'analisi effettuata è emerso che le azioni intraprese sono state aderenti al PEIMAF per il 64% e per il 66% erano in linea con le indicazioni proposte dal CDC di Atlanta. Tuttavia, il piano aziendale contempla le azioni previste dal CDC di Atlanta solo per il 19%. <u>Conclusioni:</u> I dati emersi dall'analisi comparativa confermano la necessità di revisionare il PEIMAF aziendale con tutte le indicazioni per la gestione di un evento di carattere pandemico e non solo per eventi "catastrofici" improvvisi. Le azioni programmate future (revisione del documento da parte dell'Unità di Crisi e l'analisi proattiva FMECA) permetteranno di stabilire l'applicabilità del documento e analizzare eventuali variazioni.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	La pandemia da Covid19 ha messo a dura prova le organizzazioni sanitarie sotto tutti i punti di vista e le azioni messe in campo non sempre sono derivate dall'applicazione dei PEIMAF, ma sono state dettate dall'esperienza dei vari componenti dell'Unità di Crisi. La grande quantità di informazioni che quotidianamente pervenivano alle organizzazioni ospedaliere dovevano conciliarsi con le azioni intraprese per fronteggiare l'Emergenza. Il PEIMAF dovrebbe essere considerato come "un manuale pronto all'uso" e per questo costantemente aggiornato. Durante l'emergenza COVID, il PEIMAF non ha trovato costantemente applicabilità.
4. Conoscenze disponibili	Già con il D.L. 626/94 e 242/96, si individuano misure per l'organizzazione dell'emergenza interna degli ospedali e affidano al DEA anche la predisposizione di piani finalizzati all'accettazione contemporanea di un massiccio afflusso di pazienti. Le linee guida del Dipartimento Protezione Civile (DPC) n. 54 del 1998 dettano la pianificazione dell'emergenza intra-ospedaliera a fronte di una maxiemergenza. Con l'emanazione del D.L. 81/2008 Testo Unico sulla Sicurezza sul Lavoro si rende obbligatorio il piano di emergenza negli ospedali (PEIVAC e PEIMAF). Per Piano di Emergenza Interno Maxi Afflusso Feriti si intende quell'insieme di disposizioni organizzative e procedurali che consente ad un ospedale di far fronte ad una maxiemergenza, mantenendo uno standard di trattamento dei pazienti paragonabile a quello garantito al paziente singolo. Il PEIMAF incrementa la capacità ricettiva dell'ospedale consentendo di assistere numerosi feriti e, allo stesso tempo, evitando una drammatica caduta nella qualità delle cure erogate.
5. Razionale	A distanza di alcuni mesi dall'inizio dell'emergenza è stato possibile effettuare una ricognizione delle azioni intraprese per gestire l'emergenza. Da questa analisi è nato l'interesse di valutare le decisioni prese sulla base delle evidenze scientifiche disponibili. Il confronto tra le azioni dell'Azienda, le linee guida del CDC di Atlanta e le azioni previste dal PEIMAF Aziendale ha fatto emergere gli elementi di forza su cui fare leva e i fattori critici, per implementare un PEIMAF solido e integrato per le emergenze pandemiche.
6. Obiettivi specifici	Gap analysis tra le azioni intraprese, il piano di emergenza interno per il massiccio afflusso feriti e le indicazioni del CDC di Atlanta, a fronte della pandemia di COVID-19. Elaborazione delle azioni di miglioramento.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	La disponibilità di linee guida da parte di Regione Lombardia, l'attività ospedaliera pressoché normalizzata e la ricognizione delle azioni intraprese durante la pandemia, sono gli elementi che hanno permesso di sviluppare il piano di miglioramento relativo al PEIMAF.
8. Intervento/i	L'intervento è stato suddiviso in più fasi: Fase 1: Ricognizione delle azioni intraprese dall'azienda creando una cronistoria attraverso la revisione delle procedure aziendali emanate o aggiornate, le disposizioni e gli ordini impartiti al personale dalle Direzioni, valorizzando gli interventi significativi per la gestione della crisi. Le informazioni sono state strutturate in una tabella che pone in evidenza il soggetto promotore, il nome del documento e la sintesi dei contenuti. Fase 2: Analisi delle procedure aziendali relative alla gestione dell'emergenza. Fase 3: Analisi delle indicazioni per la gestione della emergenza da SARS COV-2 (COVID-19) emanate da Regione Lombardia nell'aggiornamento del piano annuale di Risk Management 2020 sulla base delle indicazioni del CDC di Atlanta. Fase 4: Analisi delle divergenze tra le prime tre fasi. Attraverso una codifica numerica è stato possibile evidenziare quanto le azioni erano aderenti alla procedura, quanto la procedura era aderente alle indicazioni del CDC di Atlanta e quanto le azioni effettuate sono state quelle raccomandate dal CDC di Atlanta. Fase 5: Aggiornamento del Piano di Emergenza Interno Maxi Afflusso Feriti/Pazienti, con estensione anche per le emergenze pandemiche.
9. Studio dell'intervento/i	L'efficacia e la fattibilità del PEIMAF verrà valutata attraverso un'analisi del documento aggiornato (PEIMAF ed emergenze pandemiche) attraverso simulazioni con l'Unità di Crisi e un'analisi proattiva del documento tramite metodologia FMECA.
10. Indicatori	Non definibili nella fase di ridefinizione del PEIMAF.
11. Analisi	Il percorso di analisi ha previsto: • Una comparazione tra le evidenze, la procedura e le azioni intraprese dall'azienda. • Una categorizzazione numerica e confronto di ogni item. • Un'analisi statistica per avere un dato cumulativo finale. Attraverso una categorizzazione qualitativa (codice-colore) finale è stato possibile risalire alle azioni che prioritariamente devono essere intraprese nel piano di miglioramento del PEIMAF.
12. Aspetti etici	Non si riscontrano particolari vincoli etici durante l'applicazione del progetto proposto. La discussione etica è rilevante nella fase di stesura del nuovo PEIMAF, per tutte le azioni che si sceglie di inserire.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Dall'analisi effettuata è emerso che: Le azioni intraprese sono state aderenti al PEIMAF per il 64%. Le azioni intraprese trovano riscontro nelle indicazioni CDC di Atlanta per il 66%. Il PEIMAF, tuttavia, contempla le azioni previste dal CDC di Atlanta solo per il 19%. In allegato si propone una sintesi grafica dei dati emersi.
----------------------	---

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Dall'analisi dei dati emerge chiaramente come le azioni intraprese siano per la maggior parte aderenti alle indicazioni emesse dal CDC di Atlanta. Il principale aspetto critico riguarda la completezza, e quindi la fruibilità del PEIMAF esistente in azienda. Le azioni raccomandate dal CDC di Atlanta sono considerate dalla procedura solo per una minima parte. Il PEIMAF infatti si focalizza sulla gestione di un'emergenza con esordio improvviso e non considera emergenza pandemiche, o la cui gestione si deve protrarre per un periodo lungo. Da qui la necessità di revisionare la procedura per emanarne una completa, adatta anche alle emergenze pandemiche. In questo modo le linee guida e l'esperienza maturata diventano il punto di partenza per definire le nuove regole da seguire per fronteggiare un potenziale evento di carattere emergenziale.
15. Interpretazione	Le simulazioni dell'Unità di Crisi permetteranno di valutare la conoscenza, la fruibilità e la chiarezza della procedura. Sarà possibile valutare le strategie organizzative che emergono, per poi integrarle in caso di evento conclamato. L'analisi proattiva, attraverso la metodologia FMECA, permetterà di mettere in luce eventuali ulteriori aspetti critici rendendo il PEIMAF un solido strumento guida.
16. Limiti	Il limite principale è insito nel concetto stesso di emergenza. Definire una procedura che possa proteggere l'organizzazione a fronte di una nuova emergenza è sicuramente complesso. La riprogettazione del PEIMAF ha l'obiettivo di minimizzare l'impatto dei limiti a fronte di emergenze con caratteristiche diverse.
17. Conclusioni	L'analisi del Piano di Emergenza Interno Maxi Afflusso Feriti/Pazienti ha permesso all'azienda di effettuare una ricognizione delle azioni intraprese per gestire la pandemia COVID-19. La disponibilità di linee guida emanate da Regione Lombardia (raccomandazioni del CDC di Atlanta) ha consentito di confrontare le azioni intraprese con quelle che erano da intraprendere e con il contenuto della procedura. In un'ottica di miglioramento continuo l'opportunità è quella di valorizzare i comportamenti positivi e analizzare quelli negativi, per riprogettare le indicazioni future. Dal punto di vista pratico il progetto fornisce migliori strumenti a tutti gli operatori coinvolti durante un'emergenza.



	Ampliando lo sguardo anche sulle altre aziende di Regione Lombardia coinvolte nell'emergenza, il prossimo step potrebbe essere un progetto di benchmarking sui PEIMAF in essere, valutando punti di forza e punti di debolezza.
--	--

TITOLO DEL PROGETTO

***Riorganizzazione del prericovero durante la fase 2 della
pandemia da Covid-19***

ORGANIZZAZIONE

IRCCS Policlinico San Donato
San Donato Milanese (MI)

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Maria Teresa Cuppone
RUOLO	Direttore Sanitario
E-MAIL	mariateresa.cuppone@grupposandonato.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

IRCCS POLICLINICO SAN DONATO

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Riorganizzazione del prericovero durante la fase 2 della pandemia da Covid19
2. Abstract	Al fine di contenere il rischio di trasmissione del virus SARS-CoV-2 e allo stesso tempo proseguire nell'erogazione delle cure non urgenti, è stato necessario concentrare gli sforzi organizzativi nella progettazione di un prericovero che si attagli alle esigenze paziente. Combinando le competenze professionali sia della componente sanitaria che amministrativa, è stato possibile strutturare un percorso di accesso alle cure elettive, sia su pazienti positivi sia negativi a ricerca per SARS-CoV-2. Questo modello ha condotto a risultati che permettono il soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione, una maggiore fiducia nella sicurezza dei luoghi di lavoro e di cura, nonché un abbattimento degli sprechi nel lungo termine.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Il SARS-CoV-2 è un virus molto contagioso, che può avere conseguenze, complicanze ed esiti letali. Il rischio di trasmissione interumano non permette il libero accesso dei pazienti ai reparti o ai blocchi operatori, poiché potrebbe causare un eventuale contagio ai danni di altri pazienti o operatori sanitari. Ciò comporta la possibilità di sospensione dell'attività, una diminuzione dei volumi di prestazioni erogate, l'allungamento delle liste d'attesa e, nello specifico caso, il pericolo di dovere ripetere, dopo settimane, gli esami di prericovero dei pazienti positivi per SARS-CoV-2.
4. Conoscenze disponibili	L'essere umano può essere infettato da SARS-CoV-2 e può essere fonte di trasmissione interumana mediante contatto o trasmissione per droplets, mentre la trasmissione per via aerea è tuttora discussa. Conseguentemente l'igiene delle mani, l'utilizzo della mascherina e il tampone nasofaringeo risultano i migliori strumenti per limitare la trasmissione. Al fine di limitare tale contagio, è necessario individuare i pazienti infetti, con un test laboratoristico —PCR Real Time— eseguito su un campione prelevato mediante tampone nasofaringeo.
5. Razionale	Erogare cure in elezione, garantendo la sicurezza per il personale e i pazienti degenti, mediante l'utilizzo di percorsi centrati sul paziente con pratiche igienico-sanitarie evidence based e sostenibili.

6. Obiettivi specifici	Contenere il rischio infettivo da SARS-CoV-2. Erogare cure in elezione per soddisfare i bisogni di salute della popolazione. Diminuire le liste d'attesa ed evitare inutili ripetizioni di prestazioni sanitarie.
-------------------------------	--

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	La Lombardia è stata la prima regione europea colpita dalla pandemia, con un'alta prevalenza di pazienti positivi che ha portato alla quasi totale saturazione delle terapie intensive degli ospedali regionali. In conseguenza di ciò sono stati interrotti tutti i servizi ospedalieri che garantivano cure non urgenti o essenziali. Il naturale esito di queste politiche mandatorie per il contenimento del rischio infettivo ha condotto all'allungamento delle liste d'attesa. Per consentire la ripresa delle attività sanitarie ordinarie, è necessario dirigere tutti gli sforzi nella creazione di percorsi sicuri per tornare ai volumi di prestazioni precedenti l'inizio della pandemia. Inoltre, in caso di positività del paziente a SARS-CoV-2, il rinvio del ricovero alla fine della quarantena —nel caso in cui non sia gestibile in un percorso protetto per pazienti COVID— spesso richiede di ripetere gli esami di prericovero.
8. Intervento/i	Le unità operative di Anestesia, Diagnostica per Immagini e Direzione Sanitaria hanno condiviso un protocollo medico per gli esami di prericovero volti all'identificazione di pazienti positivi sia asintomatici, sia paucisintomatici sia sintomatici. La Direzione Sanitaria, di concerto con l'Ufficio Ricoveri, ha redatto un'Istruzione Operativa volta a codificare un percorso integrato tra la componente amministrativa e quella sanitaria: al momento della chiamata del paziente in relazione alla sua posizione in lista d'attesa, prima del ricovero dello stesso, il personale sanitario delle discipline mediche/chirurgiche specialistiche chiama il paziente per eseguire un'anamnesi mirata sui sintomi correlati al COVID-19. Se l'anamnesi dà esito favorevole, il paziente è inserito in lista di ricovero/operatoria ed esegue un prericovero approfondito, secondo il protocollo sopracitato. In funzione dell'esito degli esami di prericovero e della priorità dell'indicazione clinica in elezione, il paziente può essere ricoverato in reparto COVID free, in reparto COVID o rinviato al domicilio con riprogrammazione dell'intervento/ricovero. A seconda della positività o meno alla ricerca di SARS-CoV-2, il paziente è indirizzato ai reparti e al blocco operatorio indicato.
9. Studio dell'intervento/i	Questo intervento si propone di mantenere la sicurezza dei pazienti e degli operatori relativamente al rischio infettivo da SARS-CoV-2, valutando l'incidenza di nuovi casi positivi tra pazienti e personale sanitario, collegando eventuali trasmissioni mediante indagini epidemiologiche svolte dalla Direzione Sanitaria e dal Medico Competente. Evitare lo spreco di esami al momento di prericovero, implementando un percorso condiviso e monitorando la corretta aderenza con ispezioni ad hoc. Riprendere i normali volumi di attività e diminuire le liste d'attesa, monitorando gli indicatori quantitativi correlati.

10. Indicatori	1. Incidenza mensile nuovi positivi (personale o pazienti) correlati a mancata aderenza al protocollo del prericovero / Incidenza mensile nuovi positivi totali (personale o pazienti); questo indicatore è stato selezionato per valutare l'esito dell'aderenza al protocollo, che è stato monitorato e supervisionato, con un'aderenza al 100%. 2. N° di prericoveri da eseguire nuovamente per scadenza esami nel secondo trimestre (dopo applicazione protocollo) rispetto al primo trimestre; questo indicatore è stato selezionato per quantificare l'abbattimento degli sprechi e l'efficienza dell'erogazione dei servizi. 3. % volume di attività rispetto all'anno precedente sui prericoveri di tutte le discipline; questo indicatore è stato selezionato per valutare la ripresa globale delle attività ospedaliere di ricovero. 4. Differenza percentuale di pazienti in lista d'attesa a settembre 2020 rispetto al settembre 2019 (per le 3 discipline con più alti volumi riferiti al 2019); questo indicatore è stato selezionato per valutare l'andamento annuale delle liste d'attesa rispetto all'anno precedente.
11. Analisi	Il primo indicatore è affidabile per valutare l'impatto dell'aderenza ai protocolli per il contenimento del rischio e, includendo tra i suoi metodi l'utilizzo di un'indagine epidemiologica approfondita, è stato possibile eseguirlo solo quando la circolazione del virus è diminuita. Il secondo indicatore quantifica semplicemente l'inefficienza (come volume di esami) nel tempo. Il terzo indicatore quantifica il volume di prestazioni di ricovero globale che l'ospedale ha raggiunto in un contesto difficoltoso come quello pandemico. Il quarto indicatore stima l'incremento dei pazienti in lista d'attesa e deve essere contestualizzato alla situazione pandemica che ha bloccato tali liste.
12. Aspetti etici	Il presente studio non presenta conflitti d'interesse.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	1. Luglio 2020 (0/7), Agosto 2020 (0/3), Settembre (0/6). 2. 2/68 3. 95% 4. Elettrofisiologia +2%, Cardiocirurgia +7%, Ortopedia +12% Questi dati sono da contestualizzare alla fase 2 della pandemia, che mantiene regole rigide di contenimento del virus, un contingentamento dei posti letto dovuto alla maggiore distanza interpersonale per favorire una minore circolazione del virus e un più alto numero di professionisti impiegati per svolgere un singolo processo.
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	L'implementazione dei percorsi descritti e l'aderenza ai protocolli stabiliti ha portato ad aumentare la qualità, l'efficienza e la sicurezza delle cure. Inoltre l'aderenza ai percorsi, che non ha favorito l'insorgenza di potenziali focolai pandemici, ha permesso il regolare svolgimento delle attività di elezione e un ritorno alla quasi normalità da un punto di vista dei volumi di prestazioni.
15. Interpretazione	Gli interventi intrapresi hanno ottenuto gli esiti attesi, impattando nel breve periodo su alcuni costi dell'ospedale ma creando un ambiente di lavoro che genera maggiore sicurezza e infonde fiducia nel personale che vi opera e nei pazienti che vi ospita
16. Limiti	Il contesto pandemico genera numerosi bias nei periodi di riferimento considerati e negli agenti intrinseci ed estrinseci che condizionano l'ambiente di studio. L'estrema personalizzazione del percorso sulle caratteristiche del virus e dell'ospedale e i suoi servizi rende non generalizzabile l'organizzazione, ma esportabili i protocolli e gli approcci metodologici a tale malattia.
17. Conclusioni	Il presente studio ha condotto ad importanti risultati in termini di sicurezza e fiducia da parte degli utenti. Sebbene i costi siano aumentati nel breve termine, tale modello consente una maggiore efficienza di sistema e una diminuzione degli sprechi e dei costi nel lungo termine. Inoltre i percorsi costruiti nel presente studio permettono il ritorno ai normali volumi di erogazione di prestazioni, soddisfacendo i bisogni di salute che la popolazione aveva in periodo pre-pandemico.

ALTRE NOTE

TITOLO DEL PROGETTO

Play and stay awake

ORGANIZZAZIONE

ISMETT

Palermo

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Rossella Gigante Giovanni Gentile
RUOLO	Infermiera - Medico Radiologo
E-MAIL	rgigante@ismett.edu gigentile@ismett.edu

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ISMETT

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Play and Stay Awake
2. Abstract	• Background: L'esecuzione di esami diagnostici, TC ed RM, a fronte di una bassa invasività possono comunque rappresentare un evento traumatico per i piccoli pazienti pediatrici nella fascia di età compresa tra 4 e 14 anni, tanto da generare crisi di panico che rendono impossibile l'esecuzione dell'esame. • Problema locale: il servizio di Radiologia del nostro Istituto ha la possibilità di praticare la sedazione o l'anestesia generale ai piccoli pazienti che si sottopongono ad esami diagnostici; tali procedure comportano un dispendio di risorse ed espongono i pazienti a rischi e complicanze legate alla somministrazione di farmaci e alla procedura di intubazione. • Metodi: Da Gennaio 2019 a Febbraio 2020 abbiamo attuato un percorso psicoeducativo basato sul gioco rivolto ai pazienti pediatrici (età compresa tra 4 e 14 anni) che si sottoponevano ad esami diagnostici (TC ed RM); tale percorso ha coinvolto la famiglia e gli operatori sanitari che hanno interagito con il piccolo paziente. • Risultati: nel periodo di osservazione nel nostro reparto di Radiologia sono stati eseguiti 142 esami diagnostici (TC ed RM) a pazienti pediatrici; 14 pazienti (9,8%) hanno richiesto l'utilizzo della sedazione/anestesia generale; 128 (90%) pazienti hanno completato l'esame da svegli, senza utilizzo di farmaci sedativi e/o intubazione, riuscendo ad ottenere immagini di qualità diagnostica ottimale. • Conclusioni: L'utilizzo di un percorso psicoeducativo che coinvolga la famiglia e gli operatori sanitari riesce a migliorare la compliance del paziente pediatrico che si sottopone ad esami diagnostici, conferendo al piccolo paziente un ruolo attivo nella gestione dello stress legato alla procedura, questo si traduce in una riduzione del rischio e in una ottimizzazione delle risorse disponibili.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	L'esecuzione di esami diagnostici, in particolare TC ed RM, in pazienti pediatrici può essere alquanto problematica per difficoltà legate alla gestione del piccolo paziente che si trova ad affrontare una esperienza traumatica in un ambiente nuovo e sconosciuto, magari già condizionato da pregressi traumi legati all'ambiente ospedaliero. Per queste ragioni il bambino è poco collaborante nelle procedure che lo espongono ad un rischio, presunto o reale, come il posizionamento dell'accesso venoso nel braccio, o allo stress legato al posizionamento all'interno dello scanner TC o RM. Tali situazioni nella maggior parte dei casi determinano veri e propri attacchi di panico, che rendono vano qualsiasi tipo di approccio empatico, causando uno stato d'ansia e un incontrollabile bisogno di scappare. In queste condizioni non sarà possibile eseguire l'esame o, comunque, non sarà possibile ottenere immagini diagnostiche; si renderà pertanto necessario l'utilizzo della sedazione o dell'anestesia generale con relativo aumento del rischio, legato all'intubazione e al risveglio, dei così e dei tempi di esecuzione. Nel nostro reparto di Radiologia tra il 2017 e il 2018 sono stati eseguiti 204 esami diagnostici (TC ed RM) in pazienti pediatrici (età compresa tra 4 e 14 anni), 35 pazienti (17%) hanno richiesto l'utilizzo di sedazione/anestesia e relativo ricovero o Day Hospital.
------------------------------------	---

4. Conoscenze disponibili	Lo studio APRICOT pubblicato su Lancet nel 2017 ha riportato gli eventi critici legati alle procedure di anestesia pediatrica in 261 centri distribuiti in 33 Paesi europei. Sono stati inclusi nello studio 30874 pazienti di età compresa tra 0 e 16 anni per un totale di 31127 procedure. L'incidenza delle complicanze cardiache e respiratorie (<i>Figura 1</i>) è più alta nei primi anni di età (0-6 anni), mentre la fascia di popolazione più grande (10-16 anni) mostra una maggiore incidenza di complicanze cardiovascolari.
5. Razionale	Il progetto nasce dall'applicazione dei principi Lean in sanità. Il nostro modello assistenziale cerca di creare una organizzazione dei servizi centrata sul paziente, con l'obiettivo di garantire una maggiore qualità delle cure e una significativa riduzione del rischio connesso alle procedure. La riduzione del numero di sedazioni/anestesi per esami diagnostici consente, inoltre, una ottimizzazione delle risorse della struttura e una riduzione dei costi. Il progetto prevede una fase di formazione del personale rivolta a medici, infermieri, amministrativi e soprattutto famiglie dove viene spiegato il nostro modello psicoeducativo che pone al centro il piccolo paziente con un ruolo attivo; tale modello potrebbe essere esportato e applicato in altri ambiti assistenziali.
6. Obiettivi specifici	1. Riduzione/azzeramento del numero di sedazioni/anestesi nei pazienti pediatrici (fascia di età 4-14 anni) da sottoporre ad esami diagnostici (TC o RM) 2. Creazione di un percorso psicoeducativo rivolto ai piccoli pazienti e alle loro famiglie che abbia lo scopo di far superare il disagio e le paure legate alla procedura. 3. Formazione del personale coinvolto al fine di esportare il modello proposto in altri ambiti assistenziali.

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Il programma è rivolto ad una popolazione di pazienti con età compresa tra i 4 anni e 14 anni che devono sottoporsi ad esami diagnostici come TC e RM.
8. Intervento/i	Per la realizzazione del progetto abbiamo coinvolto il personale infermieristico (radiologia e pediatria), il personale medico (radiologia e pediatria), il servizio di psicologia clinica e le associazioni di volontariato. Il progetto prevede una fase di formazione del personale e la creazione di una storia a fumetti che spieghi in modo semplice e attraverso due personaggi mediatori le fasi dell'esame, le persone, i suoni e la strumentazione che il bambino incontrerà quando si recherà in ospedale. È stato applicato un modello educativo basato sulla struttura del microsystema secondo la teoria bioecologica di Bronfenbrenner, che prevede alcuni piani di azione specifici: Attività. Trasformare gli esami diagnostici (TC o RM) da attività "molecolare" (cioè occasionale e priva di senso agli occhi del bambino) in attività "molare", fornita cioè di una struttura finalistica, una precisa scansione temporale e soprattutto dotata di un senso per tutti i soggetti che vi partecipano. Ruoli. Le attività sono progettate secondo l'idea di operare una trasformazione di ruolo per il bambino. Il suo ruolo deve passare da paziente/passivo a quello di persona attiva, che impara, che viene resa consapevole di quanto gli accade intorno. Relazioni. La necessità di svolgere l'esame viene vista come occasione per stabilire nuove relazioni con altri. Un incontro propedeutico con il personale della radiologia offre a tutti l'occasione di presentarsi e al bambino di pensare in termini di persone reali e non di immagini fantasmatiche. Un secondo aspetto fondante della relazione è quello della creazione di uno spazio e un tempo per l'accoglienza. Gli educatori che svolgono l'attività di preparazione accolgono il bambino all'ingresso dell'ospedale e gli presentano un percorso con delle tracce da seguire per arrivare in una sala giochi. Seguire una traccia significa avere modo di non perdersi, di sapere dove si è e dove si sta andando. In termini

	psicologici tutto questo consente al bambino di sentirsi pensato e accolto dall'ospedale, che diviene così un luogo che è possibile conoscere grazie al riconoscimento di persone, segni e codici che diventano interpretabili. Personaggio mediatore. Tutti questi passaggi vengono facilitati dalla presenza di un personaggio mediatore, che nella nostra storia a fumetti si chiama "Tesla" (Figura 2), un giovane astronauta esploratore che va in giro per pianeti con la missione di trovare il suono perfetto, accompagnato da "Gino", un alieno che dovrebbe aiutare Tesla a compiere la sua missione ma che invece combina solo guai. Il personaggio mediatore serve a proporre una struttura condivisa per il collegamento tra contesti che altrimenti sarebbero troppo lontani e non potrebbero comunicare. Il mediatore facilita il collegamento tra il mondo del bambino e la struttura sanitaria. Esso inoltre consente al bambino di fare delle previsioni, di partecipare a un progetto condiviso in modo adeguato alle sue capacità e volontà. Nel nostro progetto il mediatore comunica, tramite la storia a fumetti, il percorso da fare per trovare il suono perfetto e compiere la missione; alla fine verrà consegnato il diploma di giovane esploratore. Fasi Principali del Progetto • Gestione della prenotazione: al momento della prenotazione l'operatore contatta la famiglia e spiega la possibilità di eseguire l'esame senza sedazione attraverso una fase di preparazione psicopedagogica. • Libretto Operativo: viene inviato a casa del paziente il libretto contenente la storia a fumetti dal titolo "le avventure di Tesla e Gino: la ricerca del suono perfetto". Si stabilisce poi un appuntamento presso l'ospedale. • Accoglienza in Ospedale: il bambino viene accolto in ospedale e seguendo delle tracce predisposte lungo il percorso a tappe illustrato nella storia a fumetti raggiunge un luogo di "gioco" dove si svolge la preparazione. • Rilettura del Libretto: uno degli operatori coinvolti e il bambino rileggono assieme la storia a fumetti, in questo modo il bambino può fare le domande sulla procedura che andrà a svolgere. • Attività di Preparazione: percorso motorio dove il bambino viene invitato ad attraversare e poi a sostare in un tunnel di tela; durante la sosta al bambino vengono fatti ascoltare ad alto volume i suoni della risonanza. • Visita della stanza TC o RM: il bambino visita la stanza e conosce il personale sanitario che lo guiderà durante le fasi dell'esame. • Svolgimento dell'esame: In accordo con la famiglia, si indica una persona (mamma, papà, volontario) che accompagnerà il bambino nella stanza dell'esame. • Consegna del Diploma di Esploratore Coraggioso: Al termine dello svolgimento dell'esame, il bambino riceve il diploma di esploratore coraggioso (Figura 3).
9. Studio dell'intervento/i	L'efficacia dell'intervento è stata valutata in tre fasi principali: • Applicazione: intervista alla famiglia e al piccolo paziente sulla reale lettura e comprensione della storia a fumetti con i personaggi mediatori • Esecuzione dell'esame: il bambino ha eseguito e completato l'esame da sveglia collaborando con gli operatori e ottenendo immagini diagnostiche • Outcome: riduzione/azzeramento delle procedure di sedazione/anestesia
10. Indicatori	Indicatori utilizzati per misurare l'efficacia dell'intervento:

	• Applicazione: età e condizioni cliniche del paziente pediatrico, quesito clinico dell'esame, intervista per verificare la reale lettura e comprensione della storia a fumetti. • Esecuzione dell'esame: posizionamento dell'accesso venoso, ingresso nella sala TC o RM, collaborazione durante l'esecuzione dell'esame, completamento dell'esame, qualità diagnostica delle immagini ottenute. • Outcome: motivi che rendono necessario l'utilizzo della sedazione/anestesia, gestione di eventuali eventi avversi, regime in cui viene erogata la prestazione (ambulatoriale, Day Hospital, Ricovero Ordinario), necessità di giorni di ricovero aggiuntivi per gestione delle complicanze legate alla procedura di sedazione/anestesia.
11. Analisi	Le variabili continue sono espresse con media e deviazione standard; è stata effettuata analisi multivariata per le correlazioni significative; il controllo di gestione ha effettuato analisi dei costi suddivisa per prestazioni ambulatoriali, Day Hospital e Ricoveri Ordinarie, confrontandola con i dati degli anni precedenti, prima dell'introduzione dell'intervento. Sono stati utilizzati metodi qualitativi per l'analisi della qualità diagnostica delle immagini (insufficiente, sufficiente, buona, ottima). Il servizio di psicologia clinica ha somministrato questionario di gradimento alla famiglia.
12. Aspetti etici	Il progetto non ha impatto economico sulla gestione delle risorse dell'ospedale, gli operatori hanno fornito la loro attività di formazione a titolo gratuito. L'intervento ha lo scopo di rendere ancora meno invasivo l'esame diagnostico cercando di ridurre o azzerare i rischi connessi alla procedura di sedazione/anestesia. Non abbiamo ricevuto sponsorizzazioni da enti terzi. Non sono presenti conflitti di interesse tra gli operatori coinvolti nel progetto che sarà comunque revisionato dal nostro IRRB per aspetti relativi alla privacy e all'autorizzazione al trattamento dei dati personali. Tutti i genitori hanno firmato il consenso informato relativo all'indagine da eseguire TC o RM, come previsto dalla normativa in caso di pazienti minorenni.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Nel periodo di osservazione (Gennaio 2019-Febbraio 2020) nel nostro reparto di Radiologia sono stati eseguiti 142 esami diagnostici (TC ed RM) a pazienti pediatrici (età compresa tra 4 e 14 anni); 14 pazienti (9,8%) hanno richiesto l'utilizzo della sedazione/anestesia generale; 128 (90%) pazienti hanno completato l'esame da svegli, senza utilizzo di farmaci sedativi e/o intubazione, riuscendo ad ottenere immagini di qualità diagnostica ottimale. Abbiamo registrato una ottima compliance da parte dei piccoli pazienti e della famiglia e un altissimo gradimento del metodo utilizzato. Rispetto ai dati relativi al periodo precedente (2017-2018) abbiamo ottenuto una riduzione in termini assoluti del numero di sedazione/anestesi nei pazienti pediatrici sottoposti ad esami diagnostici, sebbene attendiamo di registrare i dati di tutto il 2020 per avere una stima reale dell'efficacia dell'intervento. Nei questionari di gradimento dei 14 pazienti sottoposti a sedazione/anestesia abbiamo registrato come tale procedura venga percepita dalla famiglia come più traumatizzante dell'esame in sé e dello stress legato all'esito della procedura diagnostica. Nei 14 casi sottoposti a sedazione/anestesia non sono state registrate complicanze cardiache o respiratorie.
----------------------	---

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	I risultati dimostrano che è possibile raggiungere gli obiettivi del progetto attraverso la creazione di un workflow multidisciplinare ispirato dal pensiero Lean. I punti di forza sono gli obiettivi e la metodologia utilizzata. La creazione di una storia a fumetti rende facile la comprensione del processo psicoeducativo; l'intero intervento si basa sulla centralità del paziente pediatrico, sui propri bisogni, sulle proprie capacità comunicative e soprattutto sulle proprie ansie e pregiudizi legati molto spesso a pregressi eventi traumatici in un ambiente "ostile" come quello ospedaliero.
15. Interpretazione	L'applicazione del modello ha portato una grande motivazione nel personale coinvolto e ad una migliore gestione delle risorse. I risultati incoraggianti ottenuti ci spingono a continuare sulla strada intrapresa ampliando la formazione del personale e cercando di completare l'obiettivo principale: azzerare le procedure di sedazione/anestesia nella nostra popolazione di studio. Ad oggi non esistono pubblicazioni con una metodologia così strutturata, applicabili alle procedure diagnostiche TC ed RM. Il progetto non ha costi aggiuntivi per la struttura ospedaliera e produce un risparmio in termini di risorse umane, rischi legati alla procedura, costi di ospedalizzazione.
16. Limiti	Dopo l'applicazione dell'intervento abbiamo ancora pochi dati per valutare la sua reale efficacia rispetto agli outcomes principali. L'età e le condizioni di sviluppo psicofisico non rendono sempre applicabile il processo psicoeducativo nella popolazione di studio (4-14 anni). La formazione della famiglia è un momento fondamentale per la riuscita del progetto, pertanto è necessaria una comunicazione efficace sull'importanza del processo psicoeducativo e dei rischi connessi ad eventuale sedazione-anestesia. Il feedback dei piccoli pazienti e delle famiglie ci ha consentito di correggere le criticità legate all'intervento durante il periodo di monitoraggio, consentendo percorsi di applicazione più snelli e lineari.
17. Conclusioni	I risultati iniziali del progetto dimostrano la validità e la sostenibilità a fronte di un costo virtualmente nullo. La metodologia e la formazione del personale sono esportabili in altri contesti assistenziali. La creazione di percorsi alternativi e ispirati dal pensiero Lean possono portare ad una ottimizzazione delle risorse e a una riduzione del rischio connesso alle procedure. Il nostro prossimo obiettivo è quello di continuare la ricerca sull'applicazione di nuovi standard di qualità e sull'analisi dei costi connessi agli interventi.

TITOLO DEL PROGETTO

Gestione del paziente uro-oncologico durante la pandemia COVID-19. Risultati di una Survey coinvolgente gli ospedali IEO e Niguarda

ORGANIZZAZIONE

Istituto Europeo di Oncologia
Reparto di Urologia
e
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda
Milano

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Gabriele Cozzi
RUOLO	Medico Urologo
E-MAIL	gabriele.cozzi@ieo.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

--

ORGANIZZAZIONE

IEO E ASST NIGUARDA

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo

Gestione del paziente uro-oncologico durante la pandemia COVID-19. Risultati di una Survey coinvolgente due strutture ospedaliere milanesi.

2. Abstract

Complessivamente, 377 pazienti uro-oncologici sono stati operati tra il 16 Marzo e il 1 Giugno 2020. Nello specifico: 1) pazienti operati da equipe mista dei due ospedali (n=47; 12.5%); 2) pazienti provenienti da centri spoke esterni e operati dalla struttura 1 (n=43; 11.5%); 3) pazienti della struttura 1 operati nella struttura 1 (n=287; 76%). Ai pazienti delle categorie 1) e 2) è stato somministrato un questionario di 15 domande.

In totale, 52 operatori sanitari sono stati coinvolti. Nello specifico, un questionario di 16 domande è stato completato dagli infermieri della struttura 1 (n=18) e dagli strumentisti di sala operatoria della struttura 1 (n=9). Un questionario di 21 domande è stato completato dai medici della struttura 2 (n=7) e dai medici della struttura 1 (n=18).

Scopo di questa Survey è valutare 5 outcomes: 1) impatto dell'emergenza COVID-19 nella vita quotidiana e nella pratica clinica; 2) Soddisfazione dei pazienti dopo il trattamento; 3) Strategie preventive per ridurre il contagio; 4) Collaborazione tra operatori sanitari delle due strutture ospedaliere; 5) Considerazioni finali.

1) Impatto dell'emergenza COVID-19 nella vita quotidiana e nella pratica clinica

Dei 116 soggetti inclusi nello studio, il 68% ha riportato un livello di preoccupazione moderato/severo dovuto all'emergenza COVID-19. Nello specifico, un livello di preoccupazione moderato/severo è stato rilevato nel 63% dei pazienti e nel 75% degli operatori sanitari.

Di tutti i pazienti trattati, il 59% ha riportato un livello di preoccupazione moderato/severo, a causa della comunicazione da parte dei propri medici curanti dell'impossibilità di eseguire l'intervento chirurgico programmato nel proprio centro di riferimento. Tuttavia, l'83% dei pazienti si è dimostrato soddisfatto/molto soddisfatto quando ha scoperto dell'opportunità di eseguire il proprio intervento chirurgico presso la struttura 1.

Di tutti gli operatori sanitari, il 59% ha riportato un livello di preoccupazione moderato/severo dovuto alla necessità di eseguire la propria professione durante l'emergenza COVID-19. Tuttavia, l'86% di essi si è mostrato soddisfatto/curioso quando ha scoperto della collaborazione tra le due strutture ospedaliere.

2) Soddisfazione dei pazienti dopo il trattamento

Il grado di soddisfazione dei pazienti è stato misurato su una scala da 1 (min) a 5 (max).

Complessivamente, il 97% dei pazienti ha riportato un grado di soddisfazione 4-5. Nello specifico, il 94% dei pazienti gestiti da equipe mista dei due ospedali e il 100% dei pazienti provenienti da altri centri spoke esterni ha riportato un grado di soddisfazione 4-5. Infine, il 94% dei pazienti si è mostrato soddisfatto (grado 4-5) della collaborazione tra i due ospedali.

3) Strategie preventive per ridurre il contagio

L'adequazione delle misure preventive è stata misurata su una scala da 1 (min) a 5 (max).

Complessivamente, il 97% dei pazienti ha riportato un grado di soddisfazione 4-5. Nello specifico, un grado di soddisfazione 4-5 è stato rilevato dai pazienti nei seguenti luoghi: 1) ingresso ospedale: 97%; 2) ambulatori: 95.5%; 3) reparto di urologia: 97%; 4) sale operatorie: 97%. Infine, il 100% dei pazienti ha considerato adeguate (grado 4-5) le misure preventive adottate dagli operatori sanitari.

Complessivamente, il 32.5% vs. il 19% degli operatori sanitari ha reputato adeguate (grado 4-5) le misure preventive adottate, rispettivamente, nei confronti dei pazienti vs. degli operatori sanitari. Infine, un grado di soddisfazione 4-5 è stato rilevato dagli operatori sanitari nei seguenti luoghi: 1) ambulatori/reparto di urologia: 42%; 2) sale operatorie: 56%.

4) Collaborazione tra operatori sanitari delle due strutture

Di tutti gli operatori sanitari, il 96% ha riportato un livello di discomfort nullo/minimo a causa delle diverse abitudini dei colleghi provenienti da diversi ospedali. Inoltre, il 98% ha riportato un livello di ansia nullo/minimo durante il lavoro quotidiano con altri colleghi. Il 94% degli operatori sanitari ha riportato un buono/eccellente livello di collaborazione tra i medici della struttura 2 e i medici/infermieri/strumentisti della struttura 1. Il livello di adattamento dei medici della struttura 2 alle dinamiche dell'ambulatorio/reparto urologia vs. sale operatorie della struttura 1 è stato buono/eccellente nel 93% vs. 97%, rispettivamente.

5) Considerazioni finali

Complessivamente, il 31% dei pazienti non ha osservato differenze tra il proprio centro spoke di origine e la struttura 1. Contrariamente, il 31% ha preferito la struttura 1 al proprio centro spoke di origine. Infine, il 5% dei pazienti avrebbe comunque preferito essere trattato presso il proprio centro spoke di origine. La percentuale di no differenze vs. preferenza struttura 1 vs. preferenza spoke era del 46% vs. 18% vs. 3% e del 16% vs. 45% vs. 7% nei pazienti trattati da equipe mista dei due ospedali e nei pazienti trattati dalla struttura 1, rispettivamente. Complessivamente, il 52% vs. 34% dei pazienti ha riferito che eseguirà le visite di follow-up presso il proprio centro spoke vs. struttura 1. Nello specifico, il 79% vs. 6% e il 23% vs. 64% dei pazienti, rispettivamente trattati da equipe mista dei due ospedali e trattati dalla struttura 1, eseguirà le visite di follow-up presso il proprio centro spoke vs. struttura 1.

Complessivamente, il 98% degli operatori sanitari ha considerato buona/eccellente l'esperienza di gestione condivisa del paziente da parte dei due ospedali. Inoltre, il 94% di essi non avrebbe problemi a ripetere una simile esperienza. Complessivamente, il 66% degli operatori sanitari ha riferito che questa esperienza ha contribuito alla propria crescita personale. Nello specifico, il 44% vs. 40% vs. 24% dei medici, ha riferito che questa esperienza ha aumentato le proprie conoscenze cliniche vs. chirurgiche vs. scientifiche. Infine, l'88% dei medici crede che questa esperienza possa aver creato la base per future collaborazioni cliniche/chirurgiche/scientifiche tra i due ospedali. Complessivamente, il 91% dei soggetti ritiene che la struttura 1 rappresenti una soluzione credibile per gestire l'emergenza COVID-19. Nello specifico, l'87% dei pazienti e il 100% degli operatori sanitari crede che tale esperienza sia riproducibile in futuro.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Che coinvolgimento hanno avuto gli operatori sanitari e che soddisfazione hanno avuto i pazienti nell'attuazione del progetto di un HUB ONCOLOGICO durante la pandemia COVID-19?
4. Conoscenze disponibili	Analisi dei dati dopo la prima esperienza di collaborazione tra due strutture ospedaliere per la gestione dei pazienti oncologici in emergenza pandemica COVID-19.
5. Razionale	I dati provenienti dai questionari degli operatori sanitari e dai questionari dei pazienti possono fornire una base esperienziale per la gestione nel futuro di esperienze simili e possono fornire spunti per il miglioramento dei processi di collaborazione.
6. Obiettivi specifici	Riportare i risultati di una Survey che ha valutato il grado di coinvolgimento degli operatori sanitari e la soddisfazione dei pazienti per il trattamento ricevuto durante la pandemia COVID-19 (progetto "HUB ONCOLOGICO").

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Pandemia covid-19 e istituzione di HUB ONCOLOGICI per la gestione dei paziente oncologici provenienti da strutture spoke. Prima esperienza di collaborazione tra strutture spoke e HUB. Analisi del coinvolgimento degli operatori sanitari di due strutture che hanno collaborato e analisi del livello di soddisfazione dei pazienti trattati.
8. Intervento/i	E' stata attivata una Survey per valutare 5 outcomes: 1) impatto dell'emergenza COVID-19 nella vita quotidiana e nella pratica clinica; 2) Soddisfazione dei pazienti dopo il trattamento; 3) Strategie preventive per ridurre il contagio; 4) Collaborazione tra operatori sanitari delle due strutture ospedaliere; 5) Considerazioni finali.
9. Studio dell'intervento/i	Per lo studio sono stati somministrati questionari di soddisfazione a 377 pazienti e a 52 operatori.
10. Indicatori	% Soddisfazione dei pazienti dopo il trattamento (livello 4-5) % Collaborazione tra operatori sanitari delle due strutture ospedaliere (buona-eccellente).
11. Analisi	Complessivamente, 377 pazienti uro-oncologici sono stati operati tra il 16 Marzo e il 1 Giugno 2020. Nello specifico: 1) pazienti operati da equipe mista dei due ospedali (n=47; 12.5%); 2) pazienti provenienti da centri spoke esterni e operati dalla struttura 1 (n=43; 11.5%); 3) pazienti della struttura 1 operati nella struttura 1 (n=287; 76%). Ai pazienti delle categorie 1) e 2) è stato somministrato un questionario di 15 domande. In totale, 52 operatori sanitari sono stati coinvolti. Nello specifico, un questionario di 16 domande è stato completato dagli infermieri della struttura 1 (n=18) e dagli strumentisti di sala operatoria della struttura 1 (n=9). Un questionario di 21 domande è stato completato dai medici della struttura 2 (n=7) e dai medici della struttura 1 (n=18). Scopo di questa Survey è valutare 5 outcomes: 1) impatto dell'emergenza COVID-19 nella vita quotidiana e nella pratica clinica; 2) Soddisfazione

dei pazienti dopo il trattamento; 3) Strategie preventive per ridurre il contagio; 4) Collaborazione tra operatori sanitari delle due strutture ospedaliere; 5) Considerazioni finali.

6) Impatto dell'emergenza COVID-19 nella vita quotidiana e nella pratica clinica

Dei 116 soggetti inclusi nello studio, il 68% ha riportato un livello di preoccupazione moderato/severo dovuto all'emergenza COVID-19. Nello specifico, un livello di preoccupazione moderato/severo è stato rilevato nel 63% dei pazienti e nel 75% degli operatori sanitari.

Di tutti i pazienti trattati, il 59% ha riportato un livello di preoccupazione moderato/severo, a causa della comunicazione da parte dei propri medici curanti dell'impossibilità di eseguire l'intervento chirurgico programmato nel proprio centro di riferimento. Tuttavia, l'83% dei pazienti si è dimostrato soddisfatto/molto soddisfatto quando ha scoperto dell'opportunità di eseguire il proprio intervento chirurgico presso la struttura 1.

Di tutti gli operatori sanitari, il 59% ha riportato un livello di preoccupazione moderato/severo dovuto alla necessità di eseguire la propria professione durante l'emergenza COVID-19. Tuttavia, l'86% di essi si è mostrato soddisfatto/curioso quando ha scoperto della collaborazione tra le due strutture ospedaliere.

7) Soddisfazione dei pazienti dopo il trattamento

Il grado di soddisfazione dei pazienti è stato misurato su una scala da 1 (min) a 5 (max).

Complessivamente, il 97% dei pazienti ha riportato un grado di soddisfazione 4-5. Nello specifico, il 94% dei pazienti gestiti da equipe mista dei due ospedali e il 100% dei pazienti provenienti da altri centri spoke esterni ha riportato un grado di soddisfazione 4-5. Infine, il 94% dei pazienti si è mostrato soddisfatto (grado 4-5) della collaborazione tra i due ospedali.

8) Strategie preventive per ridurre il contagio

L'adeguatezza delle misure preventive è stata misurata su una scala da 1 (min) a 5 (max).

Complessivamente, il 97% dei pazienti ha riportato un grado di soddisfazione 4-5. Nello specifico, un grado di soddisfazione 4-5 è stato rilevato dai pazienti nei seguenti luoghi: 1) ingresso ospedale: 97%; 2) ambulatori: 95.5%; 3) reparto di urologia: 97%; 4) sale operatorie: 97%. Infine, il 100% dei pazienti ha considerato adeguate (grado 4-5) le misure preventive adottate dagli operatori sanitari.

Complessivamente, il 32.5% vs. il 19% degli operatori sanitari ha reputato adeguate (grado 4-5) le misure preventive adottate, rispettivamente, nei confronti dei pazienti vs. degli operatori sanitari. Infine, un grado di soddisfazione 4-5 è stato rilevato dagli operatori sanitari nei seguenti luoghi: 1) ambulatori/reparto di urologia: 42%; 2) sale operatorie: 56%.

9) Collaborazione tra operatori sanitari delle due strutture

Di tutti gli operatori sanitari, il 96% ha riportato un livello di disagio nullo/minimo a causa delle diverse abitudini dei colleghi provenienti da diversi ospedali. Inoltre, il 98% ha riportato un livello di ansia nullo/minimo durante il lavoro quotidiano con altri colleghi. Il 94% degli operatori sanitari ha riportato un buono/eccellente livello di collaborazione tra i medici della struttura 2 e i medici/infermieri/strumentisti della struttura 1. Il livello di adattamento dei medici della struttura 2 alle dinamiche

	dell'ambulatorio/reparto urologia vs. sale operatorie della struttura 1 è stato buono/eccellente nel 93% vs. 97%, rispettivamente.
--	--

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Complessivamente, il 31% dei pazienti non ha osservato differenze tra il proprio centro spoke di origine e la struttura 1. Contrariamente, il 31% ha preferito la struttura 1 al proprio centro spoke di origine. Infine, il 5% dei pazienti avrebbe comunque preferito essere trattato presso il proprio centro spoke di origine. La percentuale di no differenze vs. preferenza struttura 1 vs. preferenza spoke era del 46% vs. 18% vs. 3% e del 16% vs. 45% vs. 7% nei pazienti trattati da equipe mista dei due ospedali e nei pazienti trattati dalla struttura 1, rispettivamente. Complessivamente, il 52% vs. 34% dei pazienti ha riferito che eseguirà le visite di follow-up presso il proprio centro spoke vs. struttura 1. Nello specifico, il 79% vs. 6% e il 23% vs. 64% dei pazienti, rispettivamente trattati da equipe mista dei due ospedali e trattati dalla struttura 1, eseguirà le visite di follow-up presso il proprio centro spoke vs. struttura 1. Complessivamente. Il 98% degli operatori sanitari ha considerato buona/eccellente l'esperienza di gestione condivisa del paziente da parte dei due ospedali. Inoltre, il 94% di essi non avrebbe problemi a ripetere una simile esperienza. Complessivamente, il 66% degli operatori sanitari ha riferito che questa esperienza ha contribuito alla propria crescita personale. Nello specifico, il 44% vs. 40% vs. 24% dei medici, ha riferito che questa esperienza ha aumentato le proprie conoscenze cliniche vs. chirurgiche vs. scientifiche. Infine, l'88% dei medici crede che questa esperienza possa aver creato la base per future collaborazioni cliniche/chirurgiche/scientifiche tra i due ospedali. Complessivamente, il 91% dei soggetti ritiene che la struttura 1 rappresenti una soluzione credibile per gestire l'emergenza COVID-19.
----------------------	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Il progetto ha mostrato un buon risultato complessivo di soddisfazione dell'utenza rispetto alla collaborazione delle due strutture ospedaliere e una collaborazione di grado buono tra i professionisti delle due strutture.
15. Interpretazione	I risultati suggeriscono che il percorso di collaborazione sia stato improntato correttamente e che possa essere replicato per il futuro.
16. Limiti	I risultati si limitano ad un'unica esperienza che potrebbero essere estesi a più collaborazioni tra diverse strutture ospedaliere spoke e HUB
17. Conclusioni	Nello specifico, l'87% dei pazienti e il 100% degli operatori sanitari crede che tale esperienza sia riproducibile in futuro.

TITOLO DEL PROGETTO

La Tele Riabilitazione in ADI

ORGANIZZAZIONE

Medicasa Italia S.p.A.
Centrale Operativa di Catania

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Andrea Lazzaro
RUOLO	Logopedista
E-MAIL	lazzaro.log@gmail.com

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE
MEDICASA

TITOLO E ABSTRACT	
1. Titolo	La Tele Riabilitazione in ADI
2. Abstract	Il progetto Tele Riabilitazione in ADI si è svolto nell'arco di due mesi durante i quali sono state erogate sedute di terapia riabilitativa in videoconferenza, attraverso lo svolgimento di diverse attività rivolte al paziente, spesso avvalendosi del supporto di un care giver. Lo studio analitico condotto a fine progetto, mediante la somministrazione di un questionario rivolto al paziente, ha evidenziato dei risultati complessivamente positivi su gran parte delle aree di indagine, in particolar modo sulla comunicazione, l'accessibilità ai servizi e l'aderenza ai trattamenti proposti; un ulteriore dato emerso è la necessità di svolgere le sedute con il supporto di un care giver.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	In seguito all'emanazione delle nuove norme di distanziamento sociale legate al contenimento della diffusione del Sars-Cov2, le aziende sanitarie hanno rimodulato l'erogazione di alcuni servizi introducendo l'utilizzo della tecnologia disponibile. Tali indicazioni sono state recepite dalla nostra Azienda che ha avviato il progetto "Tele Riabilitazione in ADI".
4. Conoscenze disponibili	Negli ultimi cinque anni in letteratura si è manifestato un interesse crescente per la Tele Riabilitazione, la quale rappresenta uno strumento innovativo ed efficace per garantire l'accesso ai servizi sanitari, specie nei casi in cui esso risulta difficoltoso, e uno strumento di contenimento dei costi del servizio. Numerose ricerche in ambito internazionale hanno mostrato benefici clinicamente evidenti per la maggior parte dei soggetti che vengono trattati con questa modalità.
5. Razionale	La sospensione dei trattamenti riabilitativi considerati differibili durante il periodo di emergenza sanitaria rappresenta un fattore di rischio per il declino funzionale dei pazienti che soffrono di patologie croniche o recenti patologie acute con limitazioni funzionali che richiedono riabilitazione.
6. Obiettivi specifici	Il progetto si pone l'obiettivo di raggiungere il paziente al domicilio attraverso la teleassistenza per lo svolgimento delle sedute riabilitative e contestualmente pone l'attenzione sull'analisi dell'impatto di tale metodica sugli utenti assistiti in ADI

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	Considerata la modalità di intervento riabilitativo diretto e indiretto previsto dalla teleassistenza è emersa la necessità di porre alcuni criteri di inclusione imprescindibili per la sua applicazione che riguardano: appropriatezza del programma riabilitativo, selettività degli obiettivi terapeutici, collaborazione del paziente, collaborazione dei caregivers, disponibilità di mezzi a domicilio del paziente, contesto familiare dell'assistito.
--------------------	--

8. Intervento/i	Le sedute di trattamento riabilitativo, con durata compresa fra 30 e 60 minuti e frequenza varia a seconda del paziente, sono state condotte in videochiamata, utilizzando i supporti hardware e software più adeguati allo scopo e nella disponibilità del paziente. E' stata condotta un'attività esclusivamente di tipo "sincrono". Sono state eseguite attività di tipo diretto o mediate dal caregiver con i seguenti obiettivi di intervento: monitoraggio funzionale e suo mantenimento attraverso esecuzione di esercizi attivi indotti su comando verbale o imitazione; educazione/addestramento al caregiver su manovre terapeutiche e training cognitivo-motorio quotidiano; stimolazione delle autonomie e mantenimento ADL; rilevazione segni e sintomi; implementazione di utilizzo degli ausili tecnologici
9. Studio dell'intervento/i	I dati sono stati raccolti, nel periodo compreso tra Aprile e Maggio 2020. Lo strumento per la rilevazione della percezione soggettiva della qualità assistenziale e riabilitativa dei pazienti inclusi nel progetto è stato individuato in un form costituito da una prima parte relativa all'inquadramento anagrafico, diagnostico e funzionale del paziente e da una seconda in forma di questionario somministrabile al paziente e al caregiver.
10. Indicatori	Sono state individuate le cinque aree di indagine di seguito riportate: Comunicazione - Modalità svolgimento sedute e (progressiva) aderenza ai trattamenti - Addestramento caregiver - Prendersi cura di sé/Grado di autonomia - Soddisfazione e uso futuro.
11. Analisi	Il questionario è costituito da 12 affermazioni che il soggetto interessato valuta attribuendo un punteggio da 1 a 5 tra gli estremi "poco d'accordo" e "molto d'accordo". I risultati ottenuti sono stati riportati in valore assoluto di punteggio e in percentuale.
12. Aspetti etici	Sono stati applicati i principi etici e le norme del codice deontologico si applicano anche nel caso in cui le prestazioni vengono effettuate con il supporto di tecnologie di comunicazione a distanza. Tali principi e norme sono stati condivisi con il paziente al momento dell'acquisizione del consenso alle cure.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati

Il progetto ha coinvolto 102 pazienti che hanno soddisfatto i criteri di inclusione e che hanno prestato il loro consenso per l'erogazione delle prestazioni sanitarie in modalità TR; nel corso dello studio ci sono stati 3 drop out, 1 sospensione, 1 dimissione per decesso del paziente, 1 dimissione per ricovero del paziente. Sono state svolte 1545 sedute di teleriabilitazione di cui 906 sedute di teleriabilitazione per un totale di 657 ore e 639 sedute telelogopedia per un totale di 419 ore. In media per ogni paziente sono state erogate 11,7 ore di teleriabilitazione e 9,3 ore di telelogopedia. Nel complesso, nel periodo tra Aprile e Maggio 2020, sono state erogate 1075 ore di riabilitazione a distanza, con una media di 11 ore a paziente ed una durata media per trattamento di 0,7 ore.

Il 76% dei pazienti ha dichiarato di essere molto d'accordo nell'affermare di riuscire a comprendere facilmente le indicazioni dell'operatore ed il 79,2% ha dichiarato di essere molto d'accordo all'affermazione "mi sento a mio agio nel comunicare con l'operatore usando il sistema teleriabilitazione". Il 69,8% dei pazienti hanno dichiarato di essere molto d'accordo all'affermazione "riesco a seguire le attività che mi sono proposte"; il 38,5% ha dichiarato di essere molto d'accordo nel ritenere che le attività svolte siano assimilabili a quelle effettuate in presenza. Il 69,8% dei caregiver ha dichiarato di essere molto d'accordo nell'affermare di sentirsi a proprio agio ad effettuare manovre terapeutiche sotto la guida del professionista, ed il 71,9% ha affermato di essere molto d'accordo nel ritenere che il ruolo acquisito durante l'attività riabilitativa sia gratificante. Il 30,2% dei pazienti non è in grado di organizzare il proprio incontro in autonomia, mentre il 27,1% dichiara di essere in grado di gestirlo autonomamente; inoltre solo l'11,5% dei pazienti era molto d'accordo nell'affermare che quest'esperienza ha migliorato il proprio rapporto con gli strumenti tecnologici. Il 54,2% dei pazienti ha dichiarato di essere molto d'accordo con l'affermazione "la teleriabilitazione migliora il mio accesso ai servizi sanitari durante il periodo emergenziale covid 19"; il 51% dei pazienti era molto d'accordo nel ritenere che l'erogazione dei servizi riabilitativi a distanza sia appropriata per le proprie esigenze di salute; il 53,1% dei pazienti è molto d'accordo nell'affermare che in futuro sarebbe disposto ad utilizzare il servizio di teleriabilitazione in associazione al trattamento in presenza, anche occasionalmente ed il 72,9% dei pazienti dichiara di essere molto d'accordo nel ritenersi soddisfatto del sistema teleriabilitazione.

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	L'analisi dei dati ci permette di affermare che il progetto Tele Riabilitazione ha mostrato ottimi livelli di partecipazione e di aderenza al trattamento, evidenziati anche da un basso tasso di abbandono; che la componente comunicativa si è dimostrata adeguata allo scopo preposto, con buoni livelli di comunicazione sia con il paziente che con il caregiver.
15. Interpretazione	I risultati riguardanti la gestione dell'incontro di teleassistenza mostrano i dati attesi dal nostro gruppo di studio; particolarmente indicativa e non attesa è la disponibilità mostrata dal caregiver nell'esecuzione di manovre terapeutiche sotto la guida del professionista.
16. Limiti	Appare eterogenea la capacità dei pazienti di gestire in autonomia il proprio incontro di teleriabilitazione e di adoperare i dispositivi tecnologici necessari. Si rende necessario il supporto da parte del caregiver nella maggior parte dei casi. Inoltre è necessario commisurare gli obiettivi e gli interventi alla modalità a distanza.
17. Conclusioni	L'erogazione delle prestazioni sanitarie riabilitative secondo la modalità Tele Riabilitazione rappresenta una valida alternativa al trattamento in presenza durante il periodo emergenziale dovuto al CoViD 19, conciliando la necessità di distanziamento sociale con i bisogni assistenziali del singolo e mostrando alti livelli di aderenza e di soddisfazione dei pazienti. Dati i risultati positivi di questo progetto, si potrebbe valutare in futuro l'opportunità di affiancare questa modalità a quella ordinaria per favorire l'accesso alle prestazioni sanitarie qualora esso risulti in qualche modo limitato.

ALTRE NOTE

Di seguito i grafici allegati:

TITOLO DEL PROGETTO

Da 0 a 100 per un Covid hospital! Sicurezza paziente e operatori: una comunicazione smart

ORGANIZZAZIONE

Ospedale Evangelico Internazionale
Genova

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Gaddo Flego
RUOLO	Direttore Sanitario
E-MAIL	gaddo.flego@oeige.org

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

OEIGE Ospedale Evangelico Internazionale

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	“DA 0 A 100 PER UN COVID HOSPITAL! SICUREZZA PAZIENTE E OPERATORI: UNA COMUNICAZIONE SMART”
2. Abstract	Esperienza dell’Organizzazione convertita in <i>Covid Hospital</i> (12 marzo 2020) relativa alla gestione della comunicazione finalizzata ad ottimizzare sicurezza di operatori e pazienti. L’8 marzo 2020 è stato accolto il primo paziente Covid-19 positivo; il 21 maggio 2020 è stato dimesso l’ultimo paziente Covid-19; Nell’ottica della sicurezza di pazienti e operatori, nel rispetto delle regole di prevenzione infezioni e distanziamento, sono state adottate modalità di comunicazione veloce (oltre ai canali ufficiali) per la condivisione e diffusione di pubblicazioni, procedure, formazione, materiale didattico (video tutorial), gestione percorsi e informazioni varie: in particolare sono state utilizzate chat dedicate e interfono vocali. Inoltre quotidianamente sono stati tenuti contatti telefonici con i congiunti di ogni paziente instaurando così un rapporto fiduciario e costante. Grazie alla dotazione di tablet presso ogni struttura è stato possibile effettuare video telefonate quotidiane tra pazienti e congiunti dedicando spazi temporali specifici ed individuati. Gli interventi attuati sono risultati efficaci in quanto hanno permesso un flusso costante, veloce, efficace delle informazioni utili.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Nell’ambito degli aspetti gestionali e organizzativi della conversione in <i>Covid Hospital</i> obiettivo trasversale è stato il perseguire la sicurezza di operatori e pazienti. Viene prioritariamente evidenziata la seguente problematica: “Come gestire una comunicazione efficace tra sanitari e sanitari, tra sanitari e famigliari, <i>care giver</i>, tra pazienti e famigliari, <i>care giver</i>”
4. Conoscenze disponibili	• Lingai Pan, Li Wang, Xiaobo Huang “How to face the novel coronavirus infection during the 2019–2020 epidemic: the experience of Sichuan Provincial People’s Hospital” - Intensive Care Med (2020) 46:573–575 https://doi.org/10.1007/s00134-020-05964-0 • Seerat K. Poonia, MD1 and Karthik Rajasekaran, MD1 “Information Overload: A Method to Share Updates among Frontline Staff during the COVID-19 Pandemic” - DOI: 10.1177/0194599820922988 • Anthony Back, MD; James A. Tulsky, MD; and Robert M. Arnold, MD “Communication Skills in the Age of COVID-19” Annals of Internal Medicine © 2020 American College of Physicians 2 April 2020. - Annals.org • Jonathan D. Sonis, Maura Kennedy “Humanism in the Age of COVID-19: Renewing Focus on Communication and Compassion” - Massachusetts General Hospital, Harvard Medical School, Department of Emergency Medicine, Boston, Massachusetts - Accepted April 17, 2020 - DOI: 10.5811/westjem.2020.4.47596 • Karine Demartini, Vanessa de Mello Konzen “Short Communication - Care for frontline health care workers in times of COVID-19” - Journal of the Brazilian Society of Tropical Medicine - Vol.:53:(e20200358): 2020 - https://doi.org/10.1590/0037-8682-0358-2020 • Shubha Nagesh1, Stuti Chakraborty2 “Saving the frontline health workforce amidst the COVID-19 crisis: Challenges and recommendations” www.jogh.org • doi:

	10.7189/jogh.10.010345 • Circolari Ministero Sanità e Rapporti ISS – www.gov.it
5. Razionale	La pandemia causata da SARS-CoV-2, in assenza di trattamenti specifici e vaccini disponibili, ha visto la diffusione della malattia con conseguente sovraccarico delle strutture e dei servizi dedicati. Questa Organizzazione, nell'affrontare gli aspetti gestionali e organizzativi, ha tempestivamente adottato procedure omogenee soprattutto nell'ottica della sicurezza di pazienti e operatori. Le misure adottate sono state oggetto di continua revisione in base alle nuove evidenze scientifiche, epidemiologiche e normative. Tale esperienza insegna di porre attenzione sulla necessità di adeguare sia le risorse dedicate, sia i sistemi di comunicazione e informazione quali componenti principali di un approccio alla sicurezza di pazienti e operatori. Durante l'emergenza i tempi decisionali sono notevolmente ridotti, quindi la strategia adottata è stata di individuare linee di attività con gruppi di lavoro specifici all'interno dei quali si attuassero le decisioni prese basate sulle evidenze scientifiche disponibili e normative, e sulle logiche PDCA (Deming) attraverso una comunicazione <i>smart</i>. Elementi fondamentali: -Massimo coinvolgimento di tutto il personale; - Formazione e addestramento operatori; -Identificazione, rilevazione e analisi indicatori; -Osservazione, valutazione; -Miglioramento e innovazione. Nella comunicazione tra tutti i soggetti si è dovuto affrontare apprensione, incertezza, paura che la particolarità di questa pandemia ha generato. Il covid-19 (nuova malattia lavoro correlata) ha obbligato gli operatori sanitari a cambiamenti nella routine lavorativa con conseguente aumento della distanza interpersonale che ha richiesto differenti modalità di comunicazione. Inoltre, nell'impossibilità di accesso all'ospedale per i congiunti in una emergenza senza precedenti, le sfide per i sanitari riguardo alle capacità comunicative sono risultate decisamente ampliate. Gli interventi attuati sono risultati efficaci in quanto hanno permesso un flusso costante e ordinato delle informazioni utili.
6. Obiettivi specifici	Gestire una comunicazione efficace per la sicurezza di pazienti e operatori: <u>Comunicazione sanitari /sanitari:</u> - Utilizzo della formazione e addestramento relativa a DPI, Precauzioni, Linee Guida e Procedure. - Gestione percorsi paziente. - Gestione <i>contact tracing</i> <u>Comunicazione sanitari / famigliari,care giver / sanitari:</u> - Effettuare contatti telefonici giornalieri con i congiunti. - Effettuare contatti specifici per le azioni/decisioni terapeutiche. <u>Comunicazione pazienti / famigliari,care giver:</u> - Attuare e agevolare i contatti tramite videochiamate

METODI

Che cosa hai fatto?

7. Contesto	(All 1) Il 2 marzo 2020 con la nota di Azienda Regionale Sanitaria, viene pubblicato uno "schema di sintesi" nel quale, nello <i>step</i> 2, si prevede per questa organizzazione la destinazione esclusiva di 7 posti di Terapia Intensiva a pazienti COVID-19 e l'attivazione di 50 posti letto pazienti COVID-19 di media intensità. Il 5 marzo 2020 la Regione comunica all'Organizzazione che le procedure descritte nella nota del 2 marzo devono essere operative; lo stesso giorno viene fatta comunicazione a tutti i Responsabili di Struttura. L'Organizzazione ha posto particolare attenzione alla sicurezza di operatori e pazienti individuando cabine di regia e team dedicati alle differenti linee di attività. Oltre alla creazione di equipe miste, con internisti, medici dell'urgenza e specialisti, infermieri, oss, dedicate alla gestione clinica dei pazienti, La <i>leadership</i> ha individuato ulteriori gruppi di lavoro relativi a: Trasferimento pazienti, Sanificazione, Telefonate, Formazione e addestramento, <u>Contact tracing</u>.
--------------------	--

	L'8 marzo 2020 è stato accolto il primo paziente Covid-19 positivo; il 21 maggio 2020 è stato dimesso l'ultimo paziente Covid-19; l'attività di ricovero COVID ha visto tre reparti COVID-19 (letti 62; ricoverati 170; dimessi 131; trasferiti 14; deceduti 25) – e un reparto di Terapia Intensiva COVID-19 (8 letti: ricoverati 11; dimessi 2; trasferiti 3; deceduti 6)
8. Intervento/i	Per la comunicazione delle specifiche attività sono state attivate e utilizzate chat dedicate e cartelle informatiche condivise con i nominativi dei gruppi di personale interessato in modo da attuare una puntuale, tempestiva, capillare comunicazione interna. In particolare sono state attivate quattro chat e relative cartelle informatiche: -Covid 19 (pubblicazioni, procedure, modalità organizzative, formazione, materiale didattico video tutorial); -Pazienti Covid-19 (gestione ricoveri, trasferimenti interni ai servizi, dimissioni); -Telefonate (nominativi congiunti da chiamare); -Tamponi (gestione <i>contact tracing</i>). Le attività a rischio di trasporto pazienti sono state attivate tramite segnalazione acustica da interfono (autoparlanti) con differenti messaggi vocali a seconda dell'attività, oltre al contestuale aggiornamento della cartellonistica sulla base dei percorsi specifici unidirezionali individuati. <u>Chat "COVID-19"</u> utilizzata per comunicazioni relative a: - Formazione e addestramento "Gestione DPI, precauzioni, Igiene mani Comunicazione di nominativi, giorni, orari delle prime edizioni (formazione formatori) e delle edizioni successive <i>flash</i> ripetute per ulteriori piccoli gruppi e per materiale didattico (video tutorial). - Diffusione pubblicazioni scientifiche, procedure e revisioni, normativa, comunicati. <u>Chat "PAZIENTI COVID"</u> utilizzata per comunicazioni relative a: - Gestione ingressi / dimissioni e relativi percorsi interni. Identificati i percorsi interni distinti e unidirezionali per ingresso / uscita operatori e per trasporto pazienti: PS/reparti; reparti/servizi; reparti/Terapia Intensiva; reparti/dimissioni. Ad ogni spostamento di paziente è stata attivata segnalazione acustica da interfono con differenti messaggi vocali a seconda dell'attività (ingresso, spostamenti interni, dimissioni). Ad ogni passaggio pazienti viene attivata la squadra sanificazione per le attività del caso. <u>Chat "TAMPONI"</u> utilizzata per comunicazioni relative al <i>Contact tracing</i>: segnalazione contatti, gestione tamponi operatori e gestione team per tamponi a domicilio. <u>Chat "TELEFONATE"</u> utilizzata per comunicazioni relative a: - Contatti Sanitari /famigliari, <i>care giver</i>. Data l'impossibilità di accesso all'H per congiunti e <i>care giver</i> sono stati creati canali di comunicazione telefonica con chiamate giornaliere concordate. Un team specifico dedicato (formato da medici) si è occupato di tenere quotidianamente contatti con i congiunti di ogni paziente instaurando così un rapporto fiduciario e costante. Tutte le chiamate ricevute da parenti sono state indirizzate a questo team tramite l'utilizzo della chat dedicata. Il medico responsabile clinico di ogni singolo paziente effettuava, in casi specifici, le comunicazioni telefoniche per le azioni/decisioni terapeutiche. - Contatti Pazienti / famigliari, <i>care giver</i> Grazie alla dotazione di <i>tablet</i> presso ogni struttura è stato possibile effettuare video telefonate quotidiane tra pazienti e congiunti dedicando spazi temporali specifici ed individuati. Grazie ai contatti telefonici giornalieri tra i sanitari e i congiunti è stato possibile organizzare puntualmente tutte le attività di scambio con l'esterno come ad esempio i ricambi della biancheria personale pazienti.
9. Studio dell'intervento/i	L'impatto dell'intervento viene valutato tramite i dati degli indicatori individuati.

10. Indicatori	(All 2) Comunicazione Sanitari / Sanitari: • Documenti condivisi chat "covid-19" • Giorni di autonomia dei DPI / tempo • Personale formato / personale totale coinvolto (Med. Inf. Oss.) • Consumi gel alcolico / giornate di degenza • Avvisi interfono percorso pazienti / tempo • Personale Covid-19 + / personale coinvolto Comunicazione Sanitari /famigliari, <i>care giver</i>: • telefonate effettuate a paziente / giorno • numeri telefono per paziente Pazienti / famigliari, <i>care giver</i>: • tempo dedicato a videochiamate / giorno
11. Analisi	Sono stati utilizzati sia metodi qualitativi che quantitativi per la formulazione dell'analisi dei risultati riportati nel capitolo dedicato.
12. Aspetti etici	La Comunicazione e la formazione sono state attuate come azioni di sistema anche per contribuire al contrasto alle disuguaglianze. In una situazione di apprensione, incertezza e paura generale, il favorire e facilitare la comunicazione risulta aspetto etico rilevante da approfondire nel tempo. La conversione, a <i>Covid Hospital</i>, funzionale ad una impellente necessità di assistenza, ha prodotto un'interruzione prolungata di tutte le altre attività, con ripercussioni anche sull'aspetto emotivo/psicologico del personale.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	<u>Sicurezza operatori</u>: sono state riscontrate 19 positività (4,3%) al COVID-19 nel personale sanitario (6 asintomatici rilevati tramite screening in aree a rischio e tracciamento dei contatti), ascrivibili in prima battuta ad assistenza non adeguatamente protetta ai primi casi, privi di link epidemiologico, prima della formulazione del sospetto diagnostico da parte dei clinici, e successivamente a probabile trasmissione tra operatori. Sono risultati positivi 12 operatori contatti di pazienti entro il 12 marzo; 6 operatori positivi contatti di casi operatori entro il 21 marzo data in cui è stato diffuso comunicato "vademecum" (All 3) per richiamare tutti gli operatori alle corrette regole di distanziamento durante le pause e i cambi turno; dopo il 21 marzo un solo caso operatore positivo probabile contatto di altro operatore. Fortunatamente, solo due casi hanno avuto necessità di ricovero (uno prolungato e l'altro al contrario molto breve). La Formazione iniziale "utilizzo DPI, vestizione, svestizione, igiene mani", 6 edizioni dal 09 al 12 marzo, ha coperto il 22,2% degli operatori quali formatori: con la comunicazione in chat dei nominativi e orari tutte le edizioni sono risultate complete. Successivamente i formatori hanno erogato ri-edizioni con adesione del 100% del personale coinvolto al 18 marzo. Con tutte le riedizioni si è raggiunta una copertura del 234% degli operatori. Il consumo di gel alcolico è stato quadruplicato rispetto allo standard di regione Liguria. Nella chat "Covid-19" sono stati condivisi 55 studi/pubblicazioni; 18 nuove procedure specifiche e relative 58 revisioni totali con una lettura contestuale evidenziata dai commenti che i singoli operatori del gruppo hanno condiviso. Riguardo all'approvvigionamento/utilizzo DPI l'indicatore individuato ha permesso di mappare nel tempo i giorni di autonomia in giacenza: (media = 15 giorni – punto più basso 10 giorni al 10 marzo – maggiore scorta al 30 aprile con più di 15 giorni). La comunicazione interfono ha visto 543 avvisi - con 7,8 comunicazioni medie al giorno
----------------------	---

	relative a trasporto pazienti e successiva immediata sanificazione: questa azione ha permesso la sola presenza del personale impiegato nel trasporto e nella sanificazione durante tali attività. <u>Sicurezza pazienti</u> - comunicazione sanitari / famigliari e pazienti / famigliari. Dopo i primi 10 giorni di implementazione di occupazione posti letto è sorta la necessità di creare un team dedicato alla comunicazione con i congiunti in quanto i clinici che avevano in carico i pazienti non riuscivano ad assicurare una costanza di orario e tempo per il contatto. Il 17 marzo è stato costituito il gruppo Informazione parenti con la chat dedicata telefonate e relativa cartella informatica condivisa. All'interno di questo gruppo si sono costituite 4 team uno per ciascun reparto di degenza in modo che ci fosse continuità sia nella comunicazione con i famigliari che sul decorso della malattia. Questa attività così organizzata ha permesso di alleggerire la pressione dei famigliari direttamente sui clinici dei reparti. Nei due mesi e mezzo di attività, sono state effettuate circa 2 telefonate per paziente al giorno compresi sabato domenica e festivi; ciascun medico si è relazionato con 2,5 parenti per paziente. Inoltre al fine di migliorare l'aspetto emotivo sia dei pazienti che dei famigliari in un contesto particolare e anomalo sono stati distribuiti 12 <i>tablet</i> nei reparti di degenza da utilizzare per le videochiamate tra i pazienti e congiunti; questa iniziativa è stata accolta positivamente e con entusiasmo e sono state dedicate mediamente circa 5 ore al giorno per le video chiamate.
--	--

DISCUSSIONE

Cosa significa?

14. Sommario	Punti di Forza: - sicurezza operatori - sicurezza nella comunicazione con i congiunti
15. Interpretazione	Tutte queste iniziative sono state dettate dalle particolari necessità che via via sono emerse, analizzate e prontamente affrontate, in una situazione critica non prevedibile.
16. Limiti	Non predisposto nel registro unico elettronico delle telefonate effettuate ai congiunti campo specifico per annotare il riepilogo delle informazioni. Non inseriti nel questionario di <i>follow up</i> dei pazienti dimessi <i>item</i> specifici di <i>customer</i> per una valutazione di qualità percepita.
17. Conclusioni	Gli interventi attuati risultano semplici e di facile riproducibilità. Il flusso costante e veloce delle informazioni tramite <i>chat</i>, la flessibilità dimostrata dal personale, la capacità di erogare formazione a cascata coinvolgendo capillarmente tutti gli operatori, la diffusione di informazioni tramite le chat, hanno permesso di attuare le soluzioni trovate a fronte delle criticità in modo veloce ed efficiente. Auspichiamo che questa esperienza, effettuata in un momento di altissime criticità possa essere riprodotta anche in contesti non emergenziali.

TITOLO DEL PROGETTO

***Ambulatorio di psico-oncologia ematologica – emergenza
Covid-19***

ORGANIZZAZIONE

ROMAIL
Roma

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Ambrogio Trisolini
RUOLO	Referente bandi e fondazioni
E-MAIL	ambrogiotrisolini@romail.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

[Allegato](#)

ORGANIZZAZIONE

ROMAIL

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	AMBULATORIO DI PSICO-ONCOLOGIA EMATOLOGICA EMERGENZA COVID-19
2. Abstract	Il progetto di un Ambulatorio di Psico-oncologia Ematologica-Emergenza COVID-19 nasce in linea con l'Interim Briefing Note ADDRESSING MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF COVID-19 OUTBREAK. WHO, Version 1.5, February 2020. IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Documento, "Affrontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19". Ministero della Salute, Marzo 2020. La letteratura internazionale (The Lancet, COVID-19 Resource Centre, 2020; The Lancet Haematology, 2020) ha posizioni convergenti su due aspetti fondamentali: 1) la necessità di assistenza psicologica per il paziente onco-ematologico, in quanto persona "a rischio emotivo" in conseguenza dell'esperienza di malattia e di cura particolarmente impegnativa; 2) la definizione del paziente onco-ematologico come persona ad alto rischio durante l'emergenza Covid 19, sia per l'alto pericolo di infezione da coronavirus, in quanto immunocompromesso o immunodepresso, sia perché esposto ad un maggior rischio di mortalità dopo aver contratto il virus. In linea con l'imperativo etico dell'Associazione, la realizzazione dell'Ambulatorio di Psico-oncologia Ematologica scaturisce dall'esigenza di fornire continuità immediata all'interruzione dell'assistenza psicologica ai pazienti della UOC Ematologia, nel momento in cui i dlgs legati all'emergenza pandemica Covid-19 hanno emanato forti restrizioni relazionali e assistenziali (lockdown). L'Associazione ha quindi predisposto ex-novo una metodologia di intervento che contemplasse il passaggio dall'attività clinica consolidata ad una nuova attività virtuale e straordinaria dell'Ambulatorio, nonché il ritorno, a emergenza conclusa, ad una attività ordinaria in ambiente appositamente ristrutturato e dedicato ai colloqui di persona, che contemplasse anche il proseguimento dell'attività da remoto, qualora necessario. <u>Obiettivi:</u> 1) Valutare la fattibilità e l'efficacia del colloquio virtuale fra paziente e psico-oncologo; 2) dare continuità assistenziale integrata psicologica – ematologica; 3) assoluta gratuità del servizio per il paziente. <u>Risultati:</u> Il progetto attivo da 6 mesi, operativo per un totale di 23 settimane, ha coinvolto 52 pazienti, per un totale di 293 sedute, di cui 271 da remoto. La popolazione è stata costituita prevalentemente da pazienti adulti, la cui numerosità e quantità degli interventi sono di poco aumentate rispetto a quelle degli anni precedenti, con i colloqui di persona e non in condizioni emergenziali (anno 2018: pazienti 38, interventi: 260; 2019: pazienti: 44, interventi: 290). <u>Conclusioni:</u> Abbiamo potuto dimostrare che un'assistenza psico-oncologica da remoto è fattibile, può essere riproducibile ed è risultata efficace per tutti i pazienti che continuano ad usufruirne in modalità mista, gratuitamente poiché i costi sono sostenuti esclusivamente dall'Associazione. L'emergenza COVID-19 ha consentito di valutare l'utilità e l'opportunità di un supporto psicologico da remoto con pazienti con malattie onco-ematologiche, anche in assenza di periodi di emergenza. Questo, è più importante per i pazienti fuori sede, per i pazienti impossibilitati a recarsi presso l'Ambulatorio o per tutti quelli in stato di isolamento per ragioni di cura (trapianto di cellule staminali emopoietiche e/o chemioterapie intensive ad alte dosi).

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	La diagnosi di malattia onco-ematologica (leucemie acute e croniche, linfomi, mielomi) ha un forte impatto emotivo e modifica profondamente la vita di una persona. I pazienti devono apprendere nuove terminologie, nomi di figure di riferimento e gerarchie del contesto in cui si devono inserire, spesso per tempi molto lunghi, anche anni. La malattia può irrompere in qualunque momento della vita di una persona, interrompendo un processo evolutivo e una progettualità, bloccando la genitorialità, interrompendo un percorso lavorativo, trasformando una storia d'amore, colpendo al cuore due genitori, lasciando smarriti dei bambini. L'improvviso impatto con le cure invasive, con l'ospedale e le regole che esso comporta, espongono il paziente ad una enorme fragilità. Tutto questo, è strettamente correlato con il disorientamento legato all'impatto con un ambiente sconosciuto, profondamente diverso da quello abituale, con le conseguenze emotive di un'esperienza corporea invasiva, con la paura per il dolore fisico da cui non ci si sente difesi né protetti. Perciò l'incontro con lo psicologo è un momento necessario del percorso di cura e costituisce un sostegno in tutto il percorso e in particolare nei momenti più critici, perché possano emergere e potenziarsi le risorse utili a fronteggiare un'esperienza così complessa. L'emergenza sanitaria collegata con un virus ad alta pericolosità ha aperto scenari complessi anche in campo onco-ematologico. Il progetto di un Ambulatorio di Psico-oncologia Ematologica-Emergenza Covid19 nasce in linea con l'Interim Briefing Note ADDRESSING MENTAL HEALTH AND PSYCHOSOCIAL ASPECTS OF COVID-19 OUTBREAK Version 1.5 February 2020 Elaborato da IASC Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings, WHO, così come proposto dal Ministero della Salute nel documento "Affrontare la salute mentale e gli aspetti psicosociali dell'epidemia di COVID-19". La sua realizzazione nasce dall'esigenza di fornire continuità immediata all'assistenza psicologica per i pazienti (adulti e bambini) oncoematologici nel momento in cui i dlgs sull'emergenza Covid-19 hanno emanato massicce restrizioni relazionali e assistenziali.
4. Conoscenze disponibili	La letteratura internazionale (The Lancet, COVID-19 Resource Centre, 2020; The Lancet Haematology, 2020) ha posizioni convergenti su due aspetti fondamentali: 1) la necessità di assistenza psicologica per il paziente onco-ematologico, in quanto persona "a rischio emotivo" in conseguenza dell'esperienza di malattia e di cura particolarmente impegnativa; 2) la definizione del paziente oncoematologico come paziente ad elevato rischio durante l'emergenza sanitaria Covid 19, per l'elevato pericolo di infezione da coronavirus, in quanto immunocompromesso o immunodepresso, e perché esposto ad alto rischio di mortalità dopo aver contratto il virus.
5. Razionale	Nei pazienti oncoematologici le preoccupazioni e le angosce sollecitate dal rischio infettivo correlato ai periodi di immunodepressione o immunosoppressione che caratterizzano il loro percorso di malattia e di cura, sono elementi centrali della loro fragilità. Come sostenuto dalla letteratura internazionale, l'emergenza Covid-19 li rende soggetti ad alto rischio di sviluppo di importanti psicopatologie. Perciò, la pronta predisposizione di interventi psico-oncologici e psicoterapeutici mirati ha l'obiettivo di promuovere in questi pazienti la salvaguardia, e in certi casi la costituzione, di un "esoscheletro psichico" flessibile, che li sostenga in particolare nei momenti più critici, perché possano emergere e potenziarsi le risorse utili a fronteggiare ed elaborare un'esperienza così complessa ed allarmante.

6. Obiettivi specifici	La costituzione dell'ambulatorio di psico-oncologia ematologica nasce all'interno di un'esperienza trentennale di assistenza psicologica ai pazienti, integrata con l'assistenza medico infermieristica. L'emergenza pandemica ha generato una serie di restrizioni finalizzate alla salvaguardia della salute, le cui conseguenze a livello assistenziale hanno condotto al rischio di interrompere bruscamente il sostegno psicologico proprio nel momento in cui la percezione del pericolo da parte del paziente e della sua famiglia era invece al suo massimo storico. In questo senso l'Ambulatorio di psico-oncologia ematologica si pone con tre principali obiettivi: 1) continuità assistenziale e consolidata esperienza. Non la costituzione di un servizio nuovo correlato con l'emergenza, avulso dalla realtà ematologica, bensì il potenziamento di quello preesistente, consentendo al "conosciuto" di divenire uno strumento per fortificare il paziente nei confronti dell'angoscia del nuovo, ora vissuto come potenzialmente pericoloso; 2) la definizione di un focus specifico. L'ambulatorio non fronteggia genericamente le conseguenze psicologiche della pandemia, ma prende in carico le caratteristiche specie-specifiche della popolazione ematologica, consentendo al paziente un ascolto specializzato; 3) attenzione all'economia dell'intervento, garantendo: assoluta gratuità del servizio per il paziente; risparmio sanitario per la struttura pubblica (i costi dell'ambulatorio e del personale sono interamente sostenuti dall'Associazione. v. Tabella A); contributo alla decongestione dell'attività degli ambulatori medici e netta riduzione delle richieste telefoniche e delle visite all'ematologo che li ha in cura.
METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	L'Ambulatorio si colloca accanto ad una UOC di Ematologia, assicurando continuità logistica e la presenza nel tempo dello stesso psico-oncologo che si occupava dei pazienti nella clinica prima dell'emergenza sanitaria.
8. Intervento/i	Il progetto si rivolge ai pazienti ambulatoriali e/o in fase di ricovero, adulti e pediatrici, che a causa dell'immunodepressione tipica delle patologie onco-ematologiche e delle cure, possono essere soggetti a maggior rischio di sviluppare il COVID19. Ai pazienti e ai loro familiari viene offerta la possibilità di avere continuità assistenziale integrata medico-psicologica nelle diverse fasi di malattia (diagnosi, terapia attiva, mantenimento, off-therapy, recidiva). Per questa ragione l'organizzazione dell'Ambulatorio si è proposta la flessibilità necessaria per adattare l'assistenza del paziente all'andamento dell'emergenza pandemica. Infatti, durante la fase del lockdown, pur mantenendo la regolarità necessaria alla specificità dell'intervento, i colloqui sono stati offerti in modalità "virtuale" (video-sedute o via telefonica). Nel contempo è stato ristrutturato un locale atto ad ospitare un Ambulatorio protetto che potesse accogliere il paziente per sedute di persona nel momento in cui l'allerta fosse meno stringente, pur permanendo parte dell'attività in "virtuale" per i pazienti fuori sede o con maggiore fragilità. L'ambiente realizzato dall'Associazione, in un luogo esterno ma contiguo all'ospedale, è situato al piano terra e vi si accede da un ingresso dedicato. L'ambiente è curato nei particolari per offrire la massima protezione ai pazienti (ben areggiato con bagno interno, arredi confortevoli, di facile disinfezione). I pazienti possono contattare direttamente la psicologa su un numero dedicato per prendere gli appuntamenti. Gli Interventi, sia da remoto che di persona hanno la stessa durata e gli intervalli tra le sedute consentono adeguati tempi di sanificazione dell'ambiente. Tipologie di intervento v. Tabella B. Il gruppo di lavoro è costituito dal professionista psico-oncologo, figura centrale, cui

	fanno riferimento l'equipe medico infermieristica della UOC e i consulenti esterni per inviare i pazienti e/o chiedere consulenza.
9. Studio dell'intervento/i	Il progetto attivo da 6 mesi, operativo per un totale di 23 settimane, ha coinvolto 52 pazienti, per un totale di 293 sedute, di cui 271 da remoto. La popolazione è stata costituita prevalentemente da pazienti adulti, la cui numerosità e quantità degli interventi sono di poco aumentate rispetto a quelle degli anni precedenti, con i colloqui di persona e non in condizioni emergenziali (anno 2018: pazienti 38, interventi: 260; 2019: pazienti: 44, interventi: 290). E' emersa da subito la richiesta di continuità del lavoro psicologico consolidato negli anni, sostanziato da un forte incremento delle istanze ansiose e dal profondo senso di smarrimento attivati dall'evento pandemico in corso.
10. Indicatori	Il mantenimento della quantità e della qualità dell'attività psicologica nel lavoro da remoto, rispetto al consueto storico degli anni precedenti, offre un chiaro indice del successo di questa iniziativa. In termini di sintomatologia del paziente, la valutazione clinica del professionista ha consentito di evidenziare miglioramenti del quadro psicologico in tutti i pazienti e la concreta soddisfazione del bisogno che essi presentavano e che hanno espresso con chiarezza. La valutazione clinica dell'ematologo che ha in cura il paziente, e che è continuativamente in contatto con la psico-oncologa, è anch'essa indicatore del successo dell'intervento, definito sulla base della maggiore o minore <i>compliance</i> non solo alla terapia, ma anche in termini di miglioramento della relazione con l'ambiente ospedaliero e con il personale che lo assiste.
11. Analisi	L'Ambulatorio di Psico-oncologia Ematologica è stato realizzato colmare il vuoto assistenziale ai pazienti della UOC Ematologia, che si sarebbe verificato a causa del <i>lockdown</i> per il COVID-19. Nell'arco di questo spazio temporale, l'Associazione ha predisposto ex-novo una metodologia di intervento che contemplasse il passaggio dall'attività clinica consolidata ad una nuova attività virtuale e straordinaria dell'Ambulatorio, nonché il ritorno, a emergenza conclusa, ad una attività ordinaria in ambiente dedicato ai colloqui di persona.
12. Aspetti etici	La costituzione dell'Ambulatorio nasce dall'imperativo etico di mantenere l'assistenza alla globalità dei bisogni somato-psichici del paziente con malattia onco-ematologica. Inoltre, la gratuità per il paziente, ma anche per il sistema-sanitario nazionale, non aggravato da costi ulteriori per la cura dell'interessa della persona.
RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	I risultati dello studio sono visibili nella Tabella C e nella Tabella D
DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	Si è potuto verificare che l'assistenza psico-oncologica da remoto è fattibile, può essere riproducibile ed è risultata efficace per tutti i nostri pazienti che continuano ad usufruirne in modalità mista. L'emergenza COVID-19 ha consentito di valutare l'utilità e l'opportunità di un lavoro di supporto psicologico da remoto con i

	pazienti con malattie onco -ematologiche, anche in assenza di periodi di emergenza. Questo, in particolare si rivela importante per i pazienti fuori sede, per i pazienti impossibilitati a recarsi presso l'Ambulatorio o per tutti quelli in stato di isolamento per ragioni di cura (trapianto di cellule staminali emopoietiche e/o chemioterapie intensive ad alte dosi).
15. Interpretazione	La popolazione richiedente aiuto psicologico, oltre alle preoccupazioni che accompagnano la malattia e la cura, in questo periodo ha manifestato stati emotivi che si sono rivelati fortemente correlati con il rischio infettivo e allo stesso tempo specifici per i pazienti onco-ematologici: l'angoscia di contrarre il virus come minaccia invisibile e in agguato per i pazienti con difese immunitarie compromesse in fase di terapia (notevole aumento della sintomatologia fobica); il senso di disfatta per i pazienti fuori terapia che avevano da poco ricominciato a riprendere le fila della propria vita; il senso di solitudine per l'improvvisa scomparsa di tutta "l'impalcatura" medica e familiare sottratta loro dalle misure di protezione contro il virus (visite mediche ridotte al minimo, ricoveri senza visite dei familiari, esami di controllo dilatati, perdita dei luoghi consueti di assistenza). L'attivazione tempestiva del percorso psicologico ha consentito ai pazienti seguiti di ridurre l'ansia da contagio, recuperando parte del senso di fiducia che sentivano di aver smarrito (riduzione della sintomatologia fobica). Ma ha anche consentito loro di mantenere un lavoro emotivo sulla continuità assistenziale, quale garanzia di una possibile continuità esistenziale, volto a depotenziare la pericolosità psicologica legata al senso di frattura causato dall'emergenza e dalle misure per fronteggiarla. Per molti pazienti il "senso di morire" posto in essere dalla malattia, in potenza mortale, è stato amplificato durante la pandemia tanto da non poter essere tollerabile, e in molti casi l'intervento psicologico ha avuto come focus la prevenzione dal breakdown.
16. Limiti	Rispetto allo stesso periodo dell'anno precedente (non in emergenza e sedute in presenza), si è rivelata assente la popolazione pediatrica, solitamente seguita in un ambiente pediatrico protetto e con tecniche di intervento, al momento non trasferibili nella modalità video, in conseguenza delle problematiche specifiche del bambino con malattia onco-ematologica. Anche la popolazione anziana si è ridotta in numerosità, per una scarsa confidenza con le nuove tecnologie, la cui predisposizione sull'onda emergenziale non ha consentito lo studio di una possibile metodologia maggiormente flessibile e adattabile alle loro necessità.
17. Conclusioni	Abbiamo dimostrato che un'assistenza psico-oncologica da remoto è fattibile, può essere riproducibile ed è risultata efficace per tutti i nostri pazienti che continuano ad usufruirne in modalità mista. L'emergenza COVID-19 ha consentito di valutare l'utilità di un lavoro di supporto psicologico da remoto per i pazienti, anche in assenza di periodi di emergenza. Questo, in particolare si rivela importante per i pazienti fuori sede, per quelli impossibilitati a recarsi presso l'Ambulatorio o quelli in stato di isolamento per ragioni di cura (trapianto di cellule staminali emopoietiche e/o chemioterapie intensive ad alte dosi).

TITOLO DEL PROGETTO

***RSA Flaminia: RSA di campagna dell'area Nord di Roma,
valido contenitore del Covid-19***

ORGANIZZAZIONE

RSA Flaminia S.r.l. del Gruppo GIOMI RSA
Roma

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Oliviero Capparella
RUOLO	Medico Responsabile
E-MAIL	o.capparella@giomirsa.com, rsaflaminia@giomirsa.com

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE
RSA FLAMINIA srl
TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	RSA di campagna dell'area Nord di Roma, valido contenitore del COVID 19
2. Abstract	La Direzione della Residenza Sanitaria Assistita (RSA) ha voluto intraprendere un nuovo percorso assistenziale all'indomani della decretata emergenza Covid-19 e dell'impellente necessità di accogliere pazienti Covid positivi da altre Strutture territoriali della Regione Lazio e/o in dimissione da Strutture sanitarie (Ospedali, Case di Cura), in collaborazione con la Centrale Operativa Aziendale per la Continuità Assistenziale (COA), con funzioni di coordinamento regionale, che ne ha supportato il trasferimento e le dimissioni. Il periodo di studio che tratteremo di seguito va dal 26 marzo 2020 al 30 giugno 2020 ovvero il periodo riferito, di fatto, alla massima emergenza nazionale. Sono stati accolti, nella sezione della struttura dedicata ai pazienti COVID, 54 soggetti con tampone positivo, di cui 80% femmine con età media di anni 78,5 (range 56-100) e 20% maschi con età media di anni 70 (range 47-91). La provenienza dei pazienti è così distribuita: 55% dimessi da Ospedali/Case di Cura convenzionate, 19% da Strutture Residenziali Assistenziali (RSA), 26% da Case di Riposo. La complessità clinica dei pazienti, misurata mediante Cumulative Illness Rating Scale Geriatric (CIRS), è risultata elevata con un valore medio di 2,8 (range 2-3,15) per l'indice di severità e di 4,95 (range 3-8) per l'indice di comorbidità. I disturbi psichiatrici (comportamentali, demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi), ricompresi nella stessa scala, sono risultati significativi nel 24% dei pazienti (valore item superiore o uguale a 3). La degenza media è risultata di 35 giorni (range 3-76 giorni). Durante l'ospitalità sono stati ricoverati in ambiente ospedaliero n.10 pazienti (18%), di cui 7 femmine e 3 maschi. L'invio è stato motivato da sintomatologia comprendente: improvvisa e persistente desaturazione ossiemoglobinica e dispnea non rispondente a ossigenoterapia (n.3 pz.), febbre superiore a 38°C e desaturazione ossiemoglobinica non rispondente a ossigenoterapia, dispnea (n.3 pz.), febbre superiore a 38°C, dispnea (n.2 pz.), dispnea e segni elettrocardiografici di ischemia cardiaca (n.1 pz.), episodi di melena (n.1 pz.). Durante la degenza è deceduto una paziente di anni 85, già risultata guarita virologicamente e in via di dimissione. Sono stati dimessi al proprio domicilio, dopo guarigione virologica e clinica, 29 pazienti (54%), mentre i restanti 15 (28%) sono stati ospitati, dopo guarigione virologica e clinica, presso altre strutture territoriali. Durante lo stesso periodo di studio sono stati accolti n. 23 pazienti in quarantena fiduciaria, provenienti da Strutture territoriali la cui attività assistenziale era stata temporaneamente sospesa per contagio. Tali pazienti sono stati assistiti in uno specifico nucleo COVID dedicato ai pazienti COVID negativi. La distribuzione per sesso è risultata di 65% di femmine con età media di anni 80 (range 75-98) e di 35% di maschi con età media di anni 77 (range 66-90). La complessità clinica dei pazienti, misurata mediante CIRS, è risultata, anche qui elevata con un valore medio di 2,65 (range 1,5-3) per l'indice di severità e di 4,75 (range 3-7) per l'indice di comorbidità. I disturbi psichiatrici

	(comportamentali, demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi), ricompresi nella stessa scala, sono risultati significativi nel 65% dei pazienti (valore item superiore o uguale a 3). La degenza media è risultata di 39 giorni (range 15- 60). Durante il ricovero è deceduto un paziente di anni 89, affetto da demenza in stadio avanzato. I pazienti dimessi al proprio domicilio sono stati 13 (56%), i restanti sono stati accolti presso Strutture Residenziali Territoriali. Per tutti i 77 pazienti ricoverati è stata istituita una cartella sanitaria comprensiva di sezione medica, infermieristica e riabilitativa. Sono state applicate scale di valutazione funzionale motoria, comportamentale, del tono dell'umore. È stato necessario avviare, maggiormente per i pazienti provenienti dall'ospedale, cicli di terapia infusoriale (40 %), terapia antibiotica con chinolonici, ceftriaxone, amoxicillina/acido clavulanico (12%), terapia antibiotica specifica con azitromicina ed eparina a basso peso molecolare (6,5%). Per due pazienti è stata intrapresa terapia con azitromicina, idrossiclorochina ed eparina a basso peso molecolare. I pazienti provenienti da Strutture con Codice 56 (17%) hanno proseguito specifico trattamento riabilitativo. Un solo paziente è stato trasferito presso Struttura riabilitativa con Codice 56, dopo guarigione virologica. Nessun operatore sanitario ha presentato durante l'attività sintomi/segni influenzali, simil-influenzali. Sono stati sottoposti, al termine dello studio, a tampone naso-faringeo con esito negativo.
--	---

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	1. L'emergenza si è dimostrata particolarmente grave nelle strutture socio-assistenziali e sanitarie dove persone sono ospitati soggetti in età avanzata con disabilità, in particolare con gravi patologie neurologiche, che vivono a stretto contatto tra loro e con il personale di assistenza. 2. L'affollamento dei Pronto Soccorso e dei reparti ospedalieri, le condizioni di "vicinanza" fisica tra le persone sono stati improvvisamente di intralcio alla corretta gestione della fase di prevenzione del contagio da SARS-CoV-2. 3. Probabilmente la malattia da SARS-CoV-2 non scomparirà in tempi brevi ma tenderà a stabilizzarsi in forma endemica fino all'arrivo di un trattamento definitivo vaccinale. I casi diminuiranno e le manifestazioni cliniche potranno modificarsi senza scomparire del tutto, mantenendo uno stato di allerta sanitaria che continuerà ad impattare sfavorevolmente sulla rete territoriale dell'emergenza e sugli ospedali. 4. La Regione Lazio ha fatto richiesta alle Strutture già autorizzate per attività sanitaria estensiva di essere operative per l'accoglienza di pazienti COVID positivi da Ospedali e Strutture territoriali. 5. Questa Struttura sensibile alle problematiche che si era subito intuito avere un forte impatto socio-sanitario nonché economico, ha prontamente aderito alle richieste degli Organi Istituzionali 6. La Direzione della RSA ha voluto cimentarsi in un nuovo percorso assistenziale mettendo a disposizione: ✓ l'esperienza di alcuni operatori, in particolare del Medico Responsabile, nella gestione delle emergenze territoriali; ✓ Una sezione della RSA con 60 posti letto disponibili, strutturalmente distaccata dalla restante residenza di 58 posti ospite a mantenimento
------------------------------------	--

	alto. Tale sezione, composta di tre nuclei di 20 posti ciascuno, è caratterizzata da stanze, corridoi, soggiorni con metrature di gran lunga superiori a quanto richiesto in materia di accreditamento. Inoltre, la facilità di accesso all'esterno (patio e aree coperte, consentono lo svolgimento di attività all'aperto per i pazienti senza gravi disabilità.
4. Conoscenze disponibili	✓ D.P.C.M del 04/03/2020 e successive modifiche, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19; ✓ Ordinanze del Presidente della Regione Lazio – Misure per la prevenzione e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19; ✓ Rapporti ISS-COVID-19; ✓ Aggiornamenti AIFA- sperimentazione farmaci.
5. Razionale	
6. Obiettivi specifici	Sperimentare le proprie potenzialità clinico-organizzative nell'affrontare situazioni complesse, nuove ed emergenti. Garantire durante l'emergenza appropriati standard assistenziali.

METODI <i>Che cosa hai fatto?</i>	
7. Contesto	I nuclei dedicati ai pazienti COVID, già strutturalmente separati dalla restante Struttura accreditata al mantenimento alto (DCA n. 128 del 9.4. 2013), sono stati ulteriormente articolati al funzionamento autonomo mediante percorsi separati per gli operatori e pazienti. Sono stati attivati percorsi specifici per l'approvvigionamento di materiale sanitario e smaltimento dei rifiuti. Sono stati previsti percorsi interni differenziati per sporco e pulito. Sono stati delineati percorsi e procedure ad hoc per l'eventuale ripristino dei dispositivi elettrici/meccanici. Gli ambienti sono stati sanificati anche mediante robot ad emissione di nebulizzato con nitrato di argento e perossido di idrogeno.
8. Interventi	Accoglienza dei pazienti in area separata dalla restante RSA accreditata al mantenimento alto e prelievo dei dati anagrafici e sanitari dei pazienti in arrivo prima dell'ingresso nei nuclei dedicati. Gruppo di lavoro/operativo: gli operatori sono stati formati con specifico corso avvalendosi anche dei dispositivi elettronici. Sono state illustrate le disposizioni più rilevanti dei DPCM in materia, delle ordinanze del Presidente della Regione e delle disposizioni dell'Istituto Superiore di Sanità riguardanti i dati epidemiologici, le procedure di prevenzione da attuare e i giusti percorsi sanitari da osservare. Per ogni paziente è stata compilata una cartella clinica personalizzata composta da una sezione medica, infermieristica e riabilitativa.

9. Studio dell'intervento/i	Ogni sezione della cartella sanitaria è composta di scale di valutazione standardizzate: Barthel (items motilità e del self care), CIRS, Geriatric Depression Scale (GDS), valutazione dei disturbi comportamentali-Neuropsychiatric Inventory (NPI), valutazione del rischio di formazione di lesioni da decubito.
10. Indicatori	Facendo riferimento alle scale di valutazione utilizzate: ✓ modificazione degli item esplorati. Facendo riferimento all'attività sanitaria degli operatori: ✓ monitoraggio dei parametri vitali dei pazienti, rilevati almeno due volte al giorno (scheda dedicata); ✓ frequenti refrech delle operazioni di vestizione/svestizione (soprattutto per i nuovi operatori). Facendo riferimento agli operatori: ✓ monitoraggio dello stato di salute (febbre, sintomi respiratori, altro)
11. Analisi	✓ Statistica descrittiva ✓ Rilevazione delle modificazioni delle aree funzionali motorie e del Self Care, dei disturbi comportamentali, dello stato generale (es. trofismo cutaneo). ✓ Numero di soggetti dimessi a domicilio o presso altra RSA/Casa di Riposo, dopo guarigione virologica e clinica. ✓ Numero di soggetti trasferiti in ospedale ✓ Corretto utilizzo dei DPI, applicazione corretta delle manovre di vestizione e svestizione da parte degli operatori (monitoraggio random)
12. Aspetti etici	Azione proattiva della RSA nei confronti dei pazienti COVID positivi Supporto agli ospedali per facilitare la dimissione dei pazienti COVID positivi che hanno superato la fase critica di acuzie. Supporto ai familiari dei pazienti ricoverati facilitando la comunicazione con i propri cari mediante utilizzo di dispositivi elettronici (videochiamate) e con il personale sanitario (numeri e orari di chiamata dedicati). Azione proattiva di comunicazione degli eventi alla comunità locale per contrastare il fenomeno di discriminazione nei confronti dei pazienti e degli operatori COVID. La fermezza e assiduità dell'attività intrapresa ha, con il tempo, smussato i pregiudizi e l'atteggiamento ostativo della popolazione circostante la Struttura.

RISULTATI <i>Che cosa hai scoperto?</i>	
13. Risultati	Capacità organizzativa della Struttura nell'affrontare situazione critiche ed emergenti. Mantenimento costante di adeguati standard assistenziali Basso rischio di contagio tra gli operatori se adeguatamente formati e dotati di adeguati DPI. Interrelazione proattiva con gli Enti Istituzionali. Modificazione del comportamento della cittadinanza nei confronti della Struttura Modificazione del comportamento degli operatori attivi presso la sezione accreditata della RSA, funzionalmente e strutturalmente distaccata dalla sezione COVID, nei confronti dei pazienti COVID.

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	La maggioranza dei pazienti accolti, guariti virologicamente e clinicamente, è rientrata al proprio domicilio. Il 18% dei pazienti Covid positivi (54 pz.) è stata trasferita in ambiente ospedaliero. Si è registrato un solo decesso di una paziente virologicamente e clinicamente guarita, in via di dimissione presso il proprio domicilio. I pazienti provenienti da Strutture con Codice 56 hanno proseguito durante la degenza specifico trattamento riabilitativo con significativo miglioramento degli indici funzionali motori e del Self-Care che hanno consentito il rientro al proprio domicilio. Un solo paziente, proveniente da strutture riabilitative è stato trasferito presso analoga Struttura, dopo guarigione virologica.
15. Interpretazione	L'organizzazione logistica, compresa quella sanitaria ha in ogni caso "accusato" il peso assistenziale nonché economico delle attività svolte. Sono stati affrontati momenti difficili e di elevata tensione, soprattutto durante l'assistenza di pazienti critici, normalmente non assistibili in Strutture residenziali anche di natura estensiva. Il rapporto costo-opportunità non è al momento sufficientemente valutabile. (sono in visione da parte degli Organi Istituzionali l'attività della Struttura ricompresa in quella estensiva, i giorni di degenza, i dispositivi acquistati ad hoc dalla Struttura, le attività straordinarie)
16. Limiti	Relati soprattutto al reperimento, in tempi brevi, del personale dedicato all'assistenza ai pazienti COVID con necessità di turnazioni, a volte, gravose. Difficoltà da parte degli Organi Competenti, in particolare della Aziende Sanitarie Locali, a ricollocare i pazienti, guariti virologicamente e clinicamente, presso altre Strutture territoriali, se non pienamente autosufficienti.
17. Conclusioni	Progetto ancora in corso. Da luglio a tutt'oggi la Struttura ha continuato ad accogliere pazienti in quarantena fiduciaria, provenienti da Strutture riabilitative codice 56 e negli ultimi giorni la Struttura ha accolto 40 pazienti COVID positivi provenienti da Ospedali e Strutture territoriali.

ALTRE NOTE

TITOLO DEL PROGETTO

***Ospedale Sicuro. La resilienza del Policlinico Universitario
Campus Bio-Medico ai tempi del Covid***

ORGANIZZAZIONE

Università Campus Bio-Medico
Roma

REFERENTE DEL PROGETTO

AUTORI	Rosanna Alloni
RUOLO	Direttore Clinico
E-MAIL	r.alloni@unicampus.it

EVENTUALI ALLEGATI AL PROGETTO

ORGANIZZAZIONE

UNIVERSITA' CAMPUS BIO MEDICO

TITOLO E ABSTRACT

1. Titolo	Ospedale Sicuro. La resilienza di un ospedale per acuti durante l'epidemia COVID-19
2. Abstract	Dopo i primi casi da infezione da COVID-19 in Italia (nel gennaio 2020) e prima ancora del Lockdown (del marzo 2020), il nostro ospedale per acuti, con un'alta percentuale di pazienti "fragili" per le loro patologie e le condizioni cliniche, ha affrontato in modo proattivo la necessità di difendere pazienti e operatori dal contagio. Per garantire un "Ospedale Sicuro" per gli operatori e per i pazienti occorreva mettere in atto delle misure preventive e poter identificare prontamente situazioni ad alto rischio e risolverle. Quindi, il 24 febbraio, il Direttore generale dell'ospedale istituiva una task force con il compito di emanare disposizioni operative per garantire l'implementazione dell' "Ospedale sicuro". Di particolare impatto è stata la modalità d'uso dei DPI da parte di tutto il personale, evitando sprechi economici e garantendo un'equa distribuzione e la loro continua disponibilità. Le misure di prevenzione e di pronta identificazione delle situazioni a rischio ha portato a garantire un ambiente sicuro con un tasso dello 0.5% di positività tra gli operatori. Di essi il 100% è risultato legato a link esterni all'organizzazione, inoltre, nessun operatore o paziente entrato in contatto con gli operatori risultati positivi è a sua volta risultato positivo.

INTRODUZIONE

Perché hai iniziato?

3. Descrizione del problema	Il 22 gennaio 2020, Il Ministero della Salute Italiano ha riunito una task force per coordinare, in raccordo continuo con le istituzioni internazionali competenti, gli interventi nel nostro Paese. I primi casi da infezione da COVID-19 in Italia sono stati confermati dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) il 30 gennaio 2020. Il 31 gennaio 2020, l'OMS ha sancito l'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale. Il 10 Marzo 2020 inizia il Lockdown Italiano e l'11 marzo 2020 l'OMS ha dichiarato che il focolaio internazionale di infezione da nuovo coronavirus SARS-CoV-2 poteva essere considerato una pandemia. A causa della velocità di diffusione e della facilità di contagio il mondo sanitario mondiale, oltre a cercare una cura ed un vaccino, si è impegnato nel trovare un modo di prevenire la sua diffusione. In particolare un ospedale per acuti come il nostro con un'alta percentuale di pazienti "fragili" per le loro patologie e le condizioni cliniche, aveva necessità di difendere pazienti e operatori dal contagio.
------------------------------------	--

4. Conoscenze disponibili	Uno degli strumenti più utili per evitare il contagio interumano è l'utilizzo razionale ed estensivo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI). I soggetti sintomatici e sospetti per infezione da Covid-19 devono essere immediatamente isolati, esaminati, valutati con tampone nasofaringeo e, se è il caso, trattati in ambiente specializzato.
5. Razionale	Per garantire un "Ospedale Sicuro" per gli operatori e per i pazienti occorre mettere in atto delle misure preventive e poter identificare prontamente situazioni ad alto rischio e risolverle.
6. Obiettivi specifici	1. Minimizzare la circolazione del virus all'interno dell'ospedale, continuando a garantire qualità delle cure e continuità assistenziale; 2. Garantire la sicurezza degli operatori sanitari e amministrativi: nessun caso di contagio intraospedaliero; 3. Fornire modalità di accesso ad una pronta identificazione di casi sospetti e sintomatici, per il personale dell'ospedale.

METODI						
Che cosa hai fatto?						
7. Contesto		Population	Cases	Incidence %	Recovered	Deaths
	Lombardia	10.060.574	95.143	9,5	70.375	16.757
	Lazio	5.879.000	8.338	1,4	6.607	845
	Italia	60.317.000	243.320	4,00	195.106	34.967
	Fonte Ministero della Salute 13 luglio 2020.					
8. Intervento/i	Il 24 febbraio il Direttore generale istituisce una task force che ha il compito di emanare disposizioni operative per garantire l'implementazione dell' "Ospedale sicuro". Dal 25 febbraio la task force impone a tutto il personale l'uso di DPI differenziati secondo il tipo di esposizione ai pazienti (outpatients e inpatients). Il Direttore generale avvia una procedura di approvvigionamento di DPI dopo aver preso visione dei dati relativi alla proiezione del fabbisogno dei successivi mesi. Dal 27 febbraio entra in vigore una disposizione per limitare l'accesso all'ospedale ai pazienti, eventualmente accompagnati se disabili, e per					

	implementare le misure prescritte dalla Regione (verifica della temperatura corporea, ecc). Dal 14 marzo viene istituito un “punto unico di distribuzione” dei DPI (FFP2) per i medici e differenziata la distribuzione per il personale assistenziale, in modo da garantire una capillare distribuzione del DPI ma evitare sprechi e abusi. Il personale a diretto contatto con i pazienti (non Covid) è tenuto ad indossare la FFP2 per tutta la durata del turno di lavoro. Ogni giorno sono state distribuite circa 500 FFP2 a medici e specializzandi, oltre alle FFP2 distribuite agli infermieri ed OSS in turno. Viene istituito dall’inizio del mese di marzo un “ambulatorio open” ad uso esclusivo dei dipendenti, per la valutazione di sintomi e segni nel personale in servizio e l’esecuzione delle necessarie indagini (tampone); l’ambulatorio è tuttora attivo. La Task force dispone che tutto il personale di assistenza (medici ed infermieri ed OSS) partecipi a esercitazioni pratiche di vestizione e svestizione con tutti i DPI necessari per affrontare un eventuale paziente Covid positivo. Le esercitazioni si concludono nel giro di 1 settimana e coinvolgono tutti gli operatori in servizio in ospedale.
9. Studio dell'intervento/i	Analisi dell'incidenza di tamponi positivi nel periodo considerato (09.03.2020-29.09.2020)
10. Indicatori	n. di tamponi effettuati / numero di positivi identificati n. di soggetti positivi tra il personale, con evidenza di contagio intraospedaliero
11. Analisi	Analisi dei dati quantitativi pervenuti dal laboratorio.
12. Aspetti etici	L'ospedale si è fatto carico sia di formare e informare il personale per ottenere la massima collaborazione, sia di fornire a proprie spese i mezzi protettivi (DPI) ed un ambulatorio a cui potersi rivolgere in caso di dubbi o di sintomi. La formazione ha riguardato sia la responsabilità nei confronti dei colleghi e dei pazienti, per un corretto uso dei DPI, sia la responsabilità personale nell'uso oculato dei DPI come risorsa potenzialmente scarsa nel caso in cui si prolungasse l'epidemia.

RISULTATI

Che cosa hai scoperto?

13. Risultati	Dal 9 marzo 2020 fino al 29 settembre 2020 sono stati eseguiti 4524 tamponi sugli operatori, di cui 22 positivi (0.5% di positività). Dei 22 tamponi positivi il 100% è risultato legato a link esterni all'organizzazione. Nessun operatore o paziente entrato in contatto con gli operatori risultati positivi è a sua volta risultato positivo. L'ambulatorio open ha riscosso un notevole apprezzamento da parte degli operatori, nelle prime settimane anche e soprattutto come punto di informazione e formazione sul virus, sulle modalità di trasmissione,
----------------------	--

	sull'uso dei DPI ecc.; il bisogno di informazioni e assicurazioni era molto elevato e sono state raggiunte punte di oltre 50 consultazioni al giorno.
--	---

DISCUSSIONE <i>Cosa significa?</i>	
14. Sommario	L'operazione "Ospedale sicuro" ha permesso di salvaguardare dal contagio il personale clinico ed amministrativo a contatto con i pazienti, e di conseguenza anche i pazienti degenti presso l'ospedale.
15. Interpretazione	L'istituzione di una task force ha dato unitarietà alle azioni intraprese e ha fornito indicazioni chiare e operative al personale. L'aver provveduto tempestivamente alla consegna dei DPI e a dare indicazioni per il loro utilizzo ci ha consentito di abbattere il rischio di contagio tra operatori e pazienti. È stata fondamentale l'attività costante di approvvigionamento che ha consentito di non avere avuto mai interruzione nella distribuzione dei DPI.
16. Limiti	I dati finora disponibili sono relativi al periodo di maggior rischio nella nostra Regione. Ci riserviamo di eseguire un'analisi più completa nei prossimi mesi, anche in relazione all'evoluzione della situazione epidemiologica.
17. Conclusioni	Conservare l'ospedale al sicuro dall'epidemia è possibile, mediante misure tempestive di prevenzione che coinvolgano tutto il personale in modo capillare e proattivo.

ALTRE NOTE