

COMMISSIONE DI VERIFICA GESTIONE EMERGENZA COVID-19 PRESSO IL PIO ALBERGO TRIVULZIO (PAT)

SINTESI DELLA RELAZIONE

La Commissione

Istituita in data 8 aprile 2020 dalla ATS Milano su richiesta di Regione Lombardia e Comune di Milano. Composta da specialisti di varie discipline, dal Presidente dell'Autorità regionale per i Controlli e dal Garante comunale per la legalità.

Metodo: ricognizione di fatti e circostanze ex post a partire, soprattutto, da un'analisi documentale di dettaglio. Ats ha elaborato tre appositi studi epidemiologici sugli eccessi di mortalità (già pubblicati) ed effettuato una ricostruzione cronologica dell'andamento delle infezioni e dei decessi.

La Commissione si è riunita 23 volte (22 tramite teleconferenza e l'ultima in presenza), ha svolto 16 audizioni e raccolto ed esaminato oltre 1400 documenti da molteplici fonti.

Il Pio Albergo Trivulzio

Il Pio Albergo Trivulzio è un istituto che eroga attività sanitarie e sociosanitarie gestite dalla Azienda di Servizi alla Persona (ASP) Istituti Milanesi Martinitt e Stellite (IMMES) e PAT.

Il PAT è caratterizzato da una polifunzionalità e complessità gestionale uniche nel loro genere, dovute sia alle grandi dimensioni sia all'articolazione in sezioni e nuclei ubicati in differenti edifici e sedi territoriali.

La sede principale del Pio Albergo Trivulzio comprende:

- una RSA di 590 posti letto articolati in 5 sezioni, per complessivi 26 nuclei abitativi collocati in 6 diversi padiglioni;
- un presidio di Cure Intermedie, comprendente 404 posti letto articolati in 3 Unità Operative, ciascuna suddivisa in 3 reparti;
- il progetto sperimentale "Pringe" (20 posti letto) che accoglie pazienti provenienti dai servizi di pronto soccorso di Milano;
- un Hospice dotato di 13 posti letto;
- una serie di servizi che erogano attività socio-sanitarie diurne (100 posti complessivi);
- un poliambulatorio in cui vengono erogate attività ambulatoriali sanitarie per 26 diverse discipline specialistiche;
- servizi dedicati ad attività riabilitative ambulatoriali pari a circa 20.000 prestazioni annue e attività riabilitative domiciliari pari a circa 12.000 prestazioni annue;
- un servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).

Il PAT nell'emergenza Covid-19

La gestione dell'emergenza è stata affidata a una Unità di Coordinamento multidisciplinare (costituita già il 23 febbraio) che ha elaborato le proprie indicazioni in base alle disposizioni nazionali e regionali e le ha diffuse attraverso dei periodici bollettini.

Il reperimento di Dispositivi di Protezione Individuale è stato particolarmente problematico: il PAT disponeva di una dotazione commisurata a fabbisogni ordinari (che si sono moltiplicati esponenzialmente durante la pandemia) e organizzava le proprie scorte in base a tempi e modalità di fornitura regolari (che sono completamente venuti meno durante l'emergenza).

La farmacia disponeva, all'inizio del periodo di emergenza, di circa 7000 mascherine chirurgiche, circa 4000 maschere FFP2 e 50 maschere FFP3. Gli ordinativi, effettuati il 24 febbraio, sono stati vanificati dall'ordinanza della Protezione Civile del 25 febbraio che ha centralizzato gli acquisti effettuando, però, le prime consegne di materiali solo in data 23 marzo. L'unità di coordinamento ha dovuto mantenere indicazioni di razionamento secondo criteri di priorità (reparti con attività produttori aerosol, operatori immunodepressi, assistenza pazienti in isolamento) fino 13 aprile 2020, quando le forniture sono ritornate regolari.

Nel PAT lavorano circa 900 operatori sanitari e sociosanitari. La quota di operatori assenti dal lavoro all'inizio dell'emergenza (21 febbraio 2020) era pari circa al 30%. Tale percentuale ha raggiunto il 57% nel periodo dell'emergenza Covid-19 (21 febbraio – 3 giugno 2020) mentre gli operatori congedati per infortunio (segnalati a INAIL per contagio da Sars-CoV-2) sul numero di operatori presenti in servizio è stata pari al 9%.

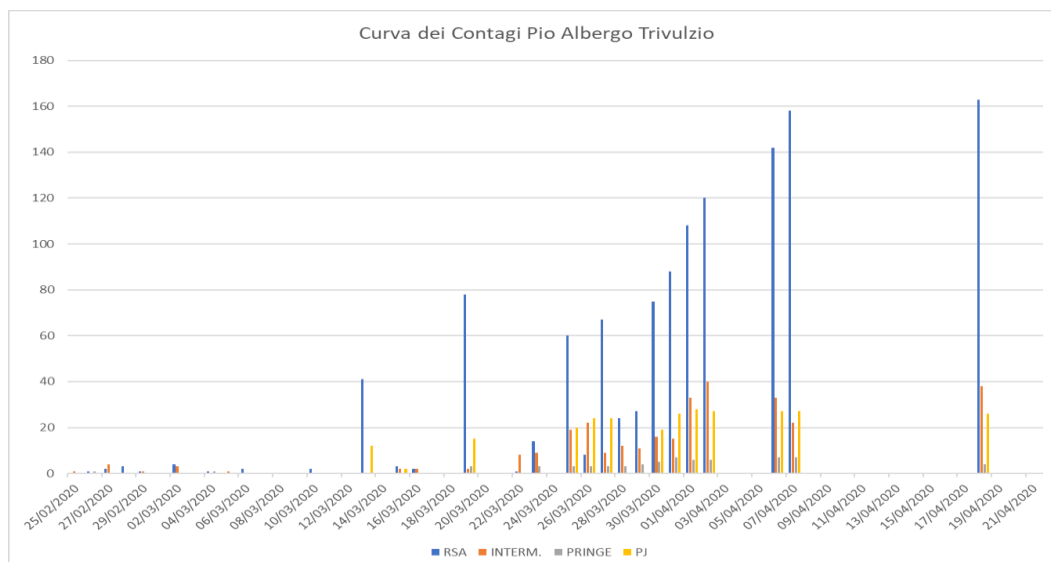
Durante l'emergenza L'ASP Istituti Milanesi Martinitt e Stellite Pio Albergo Trivulzio (in attuazione della DGR n.2906 dell'8/03/2020), ha gestito la Centrale Unica Regionale di Dimissioni Extra Ospedaliere, tecnostruttura dell'Unità di Crisi Regionale, con il compito di monitorare tutti i posti letto disponibili nella rete regionale per ricoverare pazienti Covid e pazienti No-Covid. Dalla sua istituzione la Centrale ha realizzato 7397 trasferimenti (al 3 giugno 2020) contribuendo ad ampliare in modo corrispondente la disponibilità di ricovero delle diverse strutture per acuti.

Durante l'emergenza il PAT ha registrato 180 ingressi di cui 40 trasferimenti interni (31 verso RSA e 9 verso le Cure Intermedie). Dei 140 pazienti entrati dall'esterno: 36 risultano deceduti durante il ricovero, 31 hanno fatto rientro al proprio domicilio, 14 sono stati trasferiti in ospedale per acuti. I restanti risultano ancora ricoverati. Per quanto riguarda gli ultimi ingressi avvenuti nel reparto Pringe risulta che 17 provenivano dall'ospedale di Sesto San Giovanni. Tutti gli ingressi hanno riguardato pazienti dichiarati NoCovid dalla struttura di provenienza.

Per quanto riguarda il trasferimento di pazienti dal PAT verso il pronto soccorso è stata data indicazione ai medici di contattare preventivamente il Pronto Soccorso per verificare la disponibilità al ricovero. L'analisi dei movimenti di pazienti dall'inizio dell'epidemia registra 14 trasferimenti dal PAT verso ospedali cittadini.

L'andamento dei contagi

L'andamento dei contagi (riportato nei grafici) mostra come alcuni primi casi sospetti siano stati identificati già alla fine di febbraio quando, probabilmente il virus circolava in modo occulto nella popolazione generale della Lombardia. I casi, sporadici all'inizio di marzo, hanno assunto consistenza epidemica nella seconda metà del mese. Il numero è stato massimo nelle sezioni della RSA (centinaia di casi), ha avuto un andamento simile nelle Cure intermedie (con decine di casi) e nel Pringe (dove la numerosità riguarda solo qualche unità).



La mortalità nel Pio Albergo Trivulzio

L'analisi della mortalità complessiva verificatasi nelle strutture del PAT confrontata con la mortalità attesa in base alla media degli anni precedenti evidenzia:

- Un significativo eccesso totale di mortalità nelle strutture del PAT di dimensioni coerenti con l'eccesso di mortalità verificatosi, in generale, nelle strutture RSA del territorio di ATS. Il rapporto tra decessi osservati e decessi attesi nel primo quadrimestre nel PAT è stato pari a 1.7 mentre quello corrispondente nelle RSA di ATS Milano è stato pari a 2.2
- Un eccesso di mortalità durante l'emergenza Covid-19 (marzo-aprile 2020) nella sezione RSA del PAT molto inferiore a quello medio delle altre RSA nel medesimo periodo (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 2.9 vs 3.7) e di poco superiore a quello verificatosi nella popolazione generale over 70 di ATS (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 2.3)
- Un eccesso di mortalità durante l'emergenza Covid-19 nella RSA Principessa Jolanda (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 2.1) e nel reparto PRINGE (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 1.8) molto inferiore a quello medio delle altre RSA (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 3.7) e di dimensioni simili a quelle della popolazione generale over 70 (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 2.3)
- Un eccesso di mortalità durante l'emergenza Covid-19 tra gli ospiti delle Cure Intermedie (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 1.2) che risulta inferiore sia a quello medio della popolazione generale over 70 (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 2.3) che a quello osservato nelle analoghe strutture di ricovero per Cure Intermedie presenti nel territorio di ATS Milano (Rapporto Decessi Osservati/Attesi = 1.7).

L'ATS nell'emergenza Covid-19 verso le RSA

ATS ha supportato, sin dall'inizio dell'epidemia, i gestori delle 700 unità d'offerta sociosanitarie e, in particolare, i gestori delle Residenze Sanitario Assistenziali per anziani (RSA), Residenze Sanitario Assistenziali per Disabili (RSD), Comunità Socio Sanitarie per disabili (CSS), Servizi semiresidenziali per anziani e disabili (CDI e CDD).

Fin dalla quarta settimana di febbraio, è stata svolta attività di "sorveglianza sanitaria", sono state diffuse tutte le disposizioni nazionali e regionali e, considerando la molteplicità delle norme e

circolari, è stato predisposto un “Vademecum coronavirus per le strutture sociosanitarie” contenente una raccolta sintetica delle disposizioni.

Sono state predisposte e diffuse specifiche check list con le disposizioni normative sull'emergenza pandemica, che hanno permesso di individuare le principali criticità: difficoltà nel reperire i DPI, nel reperire personale sanitario e di assistenza, difficoltà nell'effettuazione dei tamponi oltre a singole problematiche di redazione e applicazione delle procedure.

E' stato istituito un flusso informativo settimanale (“covid19”) dalle RSA, RSD, Cure Intermedie e CSS, con dati sul personale in servizio e assente per malattia, sui casi di positività o con sintomatologia sospetta SARS-CoV-2 tra gli ospiti, sui casi isolati e sui decessi.

Sono state gestite, complessivamente, oltre 150 segnalazioni pervenute da cittadini, gestori e istituzioni.

E' stata avviata attività ispettiva con sopralluoghi con equipe integrate tra UOC Vigilanza e Controllo Strutture Sociosanitarie e Servizio di Prevenzione e Sicurezza dei Lavoratori (SPSAL) che, al 20 giugno, aveva ispezionati la quasi totalità delle RSA, e nelle RSD più critiche.

Le criticità emerse dall'istruttoria

Pur disponendo di un solido sistema di gestione della Prevenzione e Sicurezza aziendale il PAT non è sempre riuscito a dare adeguata applicazione alle procedure di tutela degli operatori durante l'emergenza da SARS-CoV-2 a causa di più fattori critici concomitanti. Alcuni di questi fattori sono derivati da difficoltà e ostacoli esterni al PAT (la scarsa disponibilità di Dispositivi di Protezione Individuale e la difficoltà di un loro reperimento; l'indicazione ministeriale di effettuare i tamponi nasofaringei per ricerca di RNA virale solo all'ingresso in ospedale) cui si sono sommate alcune criticità interne (un elevato tasso di assenteismo del personale, anche prima dell'emergenza sanitaria, che ha raggiunto dimensioni tali da rendere difficoltoso non solo il rispetto di regole e procedure ma gli stessi livelli di assistenza; la difficoltà dell'Unità di Coordinamento a incidere efficacemente sui comportamenti concreti anche per la presenza di criticità relazionali accentuate dalle difficoltà a comunicare direttamente soprattutto durante le fasi iniziali dell'emergenza).

Il Sistema di Gestione della Qualità e di Risk Management del PAT, ben strutturato e funzionante, al pari di analoghi sistemi presenti in analoghe strutture non contemplava l'eventualità di un focolaio epidemico di questa natura e di queste dimensioni. Del resto, **la possibilità di una pandemia da coronavirus non era contemplata neppure dai piani pandemici nazionali e regionali** che richiamavano, nel caso di una pandemia influenzale, la sola necessità di potenziare l'assistenza da prestare agli ospiti delle RSA. Potenziamento che, per altro, si è dimostrato problematico realizzare non tanto per l'assenza di indicazioni quanto –fra l'altro– per le consistenti assenze lavorative e la contestuale difficoltà a reperire, in emergenza, personale di assistenza aggiuntivo.

La gestione delle varie fasi dell'epidemia e il contenimento delle sue conseguenze sono state rese difficili, anche, dalle stesse **complesse caratteristiche di base, strutturali e funzionali, del PAT** con riguardo alle modalità di accesso e fruizione dei vari e diversificati servizi erogati dall'Istituto. Si tratta di una struttura di notevoli dimensioni in cui coesistono attività sanitarie e sociosanitarie di varia natura e complessità e che danno luogo alla presenza contemporanea di numerose persone (ospiti, operatori, visitatori, pazienti, ecc.) di cui è difficile regolare accessi e presenze senza rischiare di compromettere la qualità dell'assistenza prestata o interferire con le esigenze di vita quotidiana degli ospiti.

La presenza di casi sospetti in diverse strutture del PAT fin dai primi giorni di epidemia è coerente con l'ipotesi di **un'introduzione precoce dell'infezione** (attraverso personale, visitatori e pazienti ambulatoriali) e di una **successiva propagazione interna tra ospiti e pazienti**, che le procedure di isolamento adottate (in camera singola o per coorte) non sono riuscite ad arginare in modo efficace. Hanno certamente diminuito l'efficacia delle procedure di isolamento la ridotta disponibilità di mezzi di protezione individuale e l'ingravescente carenza di personale di assistenza in servizio che non ha consentito di organizzare turni di personale dedicato in modo esclusivo ai diversi nuclei.

Anche le modalità di accesso alle diverse articolazioni della struttura e la loro regolazione (riguardo a tempi, spazi, controlli sanitari) non hanno probabilmente del tutto impedito l'ingresso di soggetti già infetti e non riconosciuti come tali sia attraverso il flusso di ricoveri e trasferimenti, sia attraverso le presenze del personale di assistenza o dei visitatori.

Particolare criticità alla gestione dell'emergenza è stata apportata dal **marcato assenteismo del personale di assistenza** che ha assunto dimensioni molto superiori all'atteso e che, sommato alla contestuale momentanea difficoltà di reperire risorse suppletive, ha ridotto le presenze in servizio e limitato la possibilità di organizzare turni di personale dedicato in modo esclusivo ai vari nuclei.

L'assenteismo lavorativo mostra livelli piuttosto elevati già in condizioni ordinarie nelle varie strutture del PAT ma ha raggiunto livelli straordinari durante l'emergenza: in alcuni reparti e per alcune figure le assenze hanno interessato il 65% della forza lavoro. Un livello così elevato di assenze dal lavoro difficilmente trova spiegazione nella diffusione del contagio tra gli operatori come rivelano gli indici di infortunio specifico segnalati dalla struttura.

La tracciatura degli ospiti mediante tamponi rinofaringei è stata possibile solo nelle fasi più avanzate dell'epidemia quando gli indirizzi nazionali e regionali ne hanno previsto l'esecuzione negli ospiti sintomatici. Nelle fasi iniziali della pandemia le indicazioni emanate dal Ministero della Salute, e riprodotte nelle circolari regionali, prevedevano l'esecuzione dei tamponi nei soli soggetti sintomatici all'ingresso in ospedale.

Raccomandazioni

RSA

La presenza di molteplici unità d'offerta nello stesso Istituto rappresenta un elemento di qualità del PAT, perché offre la possibilità di fornire alle persone servizi e prestazioni diverse a seconda dei loro bisogni e con appropriatezza di erogazione all'interno della struttura stessa.

Si è osservato, però, che le dimensioni delle strutture e la numerosità degli ospiti e del personale possono essere, in caso di emergenza epidemica o pandemica, elementi di complessità, idonei a favorire la propagazione dei contagi delle malattie a diffusione respiratoria.

Sarebbe necessario affrontare una riorganizzazione interna (alla luce della Dgr 7435 del 2001), in quanto la **suddivisione in unità d'offerta, distinte e autonome dal punto di vista gestionale** con un massimale di 120 posti letto, potrebbe consentire all'organizzazione sanitaria di rispondere più efficacemente in caso di emergenza.

Cure Intermedie

Nel PAT coesiste un'importante unità d'offerta di Cure Intermedie di 404 posti letto.

Questa tipologia di unità d'offerta, non solo nel PAT, è stata oggetto di richieste di ricovero di tipo sanitario, piuttosto che di tipo riabilitativo, per poter liberare con urgenza posti letto nei reparti ospedalieri per acuti durante l'emergenza Covid-19.

Sono giunte persone (pur Covid negativi) con complessità clinica senza precedenti rispetto ai periodi ordinari. Questo appesantimento dei bisogni sanitari dei pazienti, unito alle dimensioni della struttura e alla sua rigidità organizzativa, hanno reso difficile assicurare adeguati livelli di assistenza ed efficaci procedure di prevenzione durante l'emergenza.

E' quindi raccomandabile una riorganizzazione dei reparti di Cure Intermedie in modo che possano essere realizzate **strutture dotate di maggiore adattabilità (strutturale e di standard gestionali)** in caso di emergenza. La riorganizzazione dovrebbe rendere maggiormente vincolanti anche le caratteristiche di accesso degli **ospiti, che dovrebbero essere stabilizzati da un punto di vista clinico** e non versare in condizioni critiche, se non elevando gli standard a seguito di eventi emergenziali.

La DGR 2019 del 31/07/2019 "Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PREST dei POT e delle Degenze di Comunità" prevede una evoluzione delle Cure Intermedie da profili clinico assistenziale a piccoli nuclei con requisiti più simili a quelli ospedalieri. Sarebbe auspicabile che l'iter di riorganizzazione avviato con questo provvedimento si concretizzi rapidamente rivedendo i requisiti anche in base all'esperienza vissuta con l'emergenza da CoviD-19 (prevedendo accessi separati, percorsi dedicati, equipe dedicate, almeno nell'emergenza, e la possibilità di una offerta modulabile e adeguatamente remunerata).

Direzione sanitaria

Le RSA non prevedono, nei propri requisiti di autorizzazione e di accreditamento, la presenza di una direzione sanitaria, ma solo l'identificazione di un medico responsabile che, generalmente, assolve anche a funzioni cliniche. Oltre a una diversa articolazione organizzativa in grado di segmentare e isolare funzionalmente i nuclei, è utile prevedere una presenza stabile e adeguata di competenze igienico organizzative attraverso il potenziamento e una adeguata articolazione delle funzioni di direzione sanitaria, che assolvano in modo specifico e dedicato ad esse.

E' opportuno prevedere che ogni unità d'offerta, con nuovi requisiti di autonomia gestionale su 120 posti letto (RSA, CI, ecc.), abbia **una figura dirigente con specifiche competenze di Direzione sanitaria** garante delle responsabilità vocate al suo ruolo, dal punto di vista igienico, organizzativo, clinico e deontologico.

Risorse

Nella emergenza sanitaria da pandemia da SARS-COV-2 si è evidenziato che le RSA, e l'intera rete delle unità d'offerta sociosanitarie, hanno bisogno di flessibilità non solo nel funzionamento ordinario per l'utenza che è sempre più anziana e sempre più non autosufficiente ma anche, e soprattutto, in condizioni di emergenza.

Un assetto organizzativo pronto a fronteggiare le emergenze sanitarie, che impongono una organizzazione complessa in grado di **potenziare le attività a maggior valenza sanitaria**, richiede una adattabilità strutturale e gestionale agli eventi imprevedibili.

Occorre garantire:

- la presenza di un adeguato numero di camere singole in rapporto ai posti-letto totali (con zona filtro di nucleo e di camera singola) per poter garantire un isolamento e una differenziazione dei percorsi in caso di necessità;
- uno standard più elevato di personale di base, che non può più essere l'attuale di 901 minuti /settimana/ospite;
- un piano di potenziamento dello standard, con procedura già definita e riconosciuta in fase di negoziazione del contratto, sia per gli impegni che deve assumere il gestore che per la parte delle risorse che deve poter assumere l'ATS;
- presenza di personale medico specialistico, attività medica ed infermieristica sulle 24 ore;
- tempestività di esami diagnostici (Radiologia e di laboratorio, test sierologici, tamponi);

Il Sistema Sociosanitario extraospedaliero esprime la maggior parte dei bisogni e consuma il 10% delle risorse disponibili per il *welfare* complessivo, tenendo conto che **la quota di partecipazione del FSR** per la copertura delle spese in RSA è limitata ed è stata calcolata per ospiti con età media inferiore e con minor carico sanitario e assistenziale rispetto all'attuale.

In considerazione di tutto questo sarebbe auspicabile una **programmazione delle risorse più coerente con il surplus di prestazioni sanitarie** richieste negli ultimi anni, sia in periodo ordinario di attività, sia, soprattutto, in condizioni di emergenza sanitaria.

Scorte di DPI

E' indispensabile che le **scorte dei dispositivi** di protezione individuale siano mantenute costantemente a un livello tale da garantirne la disponibilità anche per i periodi in cui, per qualsiasi motivo, il mercato non fosse in grado di assicurarne la fornitura.

Il controllo delle infezioni

La protezione delle persone e delle collettività dal contagio da SARS-CoV-2 è di carattere multifattoriale, pertanto le organizzazioni sanitarie e socio-sanitarie si devono attrezzare per presidiare con il massimo livello di attenzione ogni singolo fattore di rischio.

Innanzitutto, occorre che i **sistemi sanitari contemplino l'evenienza di possibili pandemie** nel prossimo futuro e che i modelli di valutazione dei rischi delle strutture sanitarie e sociosanitarie prendano in considerazione tale possibilità in relazione alla natura dell'assistenza erogata e alle loro caratteristiche strutturali e organizzative.

Indipendentemente dall'intervento delle Autorità sanitarie internazionali e nazionali cui spetta il compito di attivare la predisposizione dei Piani Pandemici, alcune azioni possono essere rapidamente realizzate direttamente dalle strutture (l'addestramento di tutto il personale, la disponibilità abbondante di DPI anche per gli ospiti e i visitatori esterni, una puntuale regolamentazione degli accessi in struttura, l'immediata attivazione del sistema interno di sorveglianza attiva). Occorre anche dare attuazione alle raccomandazioni di prevenzione contenute nel "Rapporto ISS SARS-COV-2 n. 4/2020 versione del 17 aprile. Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie", reperibile al link <https://www.iss.it/rapporti-covid-19>.

Piano pandemico regionale e RSA

E' necessario che le caratteristiche note di questa pandemia, e quelle che saranno identificate, diventino fattori di orientamento per la preparazione e l'aggiornamento dei **futuri Piani pandemici**. E' opportuno che sia dedicata specifica attenzione alla presenza di strutture sociosanitarie come le RSA che, per le caratteristiche delle persone ospitate e per la natura dell'assistenza prestata, si sono rivelate particolarmente esposte alle più gravi conseguenze dell'infezione. Oltre all'attenzione alla sicurezza degli operatori (che in queste circostanze coincide in gran parte con la sicurezza degli ospiti) assume particolare rilievo la previsione del potenziamento dei livelli di assistenza oltre alla possibilità di segmentare operativamente le strutture in modo da migliorare l'efficacia delle misure di isolamento.

E' raccomandabile la previsione di specifici richiami in proposito tra i requisiti autorizzativi e di accreditamento e negli impegni contrattuali che regolano i rapporti di queste strutture con gli ospiti e con il servizio sanitario regionale.

Considerazione conclusiva

A conclusione dei lavori si ritiene necessario evidenziare che l'analisi di quanto è avvenuto nel sistema dei servizi sanitari e sociosanitari nel corso dell'epidemia da SARS-CoV-2, benché fondata su una mole di documenti e segnalazioni raccolte, debba considerarsi ancora basata su informazioni iniziali e imperfette.

In accordo, anche, con le considerazioni presenti negli studi reperiti in letteratura pare necessario raccomandare che le verifiche proseguano per approfondire le analisi, avvalendosi di informazioni più complete e precise e con l'impiego di metodi scientificamente affidabili. Parimenti, è da rimarcare che anche i dati sull'eccesso di mortalità sono da ritenersi solo preliminari, poiché essi si debbono ponderare su un periodo di tempo più lungo, e dovranno essere, pertanto, rivalutati nei prossimi mesi.

Tra i temi su cui pare opportuno concentrare l'attenzione di prossime verifiche e valutazioni assume particolare rilievo l'identificazione puntuale di fattori determinanti su cui concentrare la ricerca delle più opportune azioni di prevenzione.