

Azienda Provinciale **per i Servizi Sanitari**
Provincia Autonoma di Trento

Comitato Etico per le Attività Sanitarie

Via Degasperi 79 – 38123 Trento

tel. 0461/902341

pec: apss@pec.apss.tn.it

Class.2.14

Egr. Signor
dr. Pier Paolo Benetollo
Direttore generale

E p.c.

Gent. Signora
Dr. Rosa Magnoni
Direttore amministrativo

Egr. Sig.Dr. Enrico Nava
Direttore per l'Integrazione
Socio-sanitaria

Egr. Sig.
dr. Eugenio Gabardi
Direttore Dipartimento di
Governance

**Oggetto: Riflessioni e proposte del CEAS dopo la fase acuta del COVID-19
inerenti la cura dei pazienti e in particolare degli ospiti delle RSA**

Introduzione

Il Comitato Etico per le Attività Sanitarie (CEAS) dell'APSS di Trento ha pubblicato il 27 marzo scorso, su richiesta della direzione aziendale, le Considerazioni sulla gestione della fase acuta dell'epidemia. In esse si era affrontato in primo luogo il problema della possibile insufficienza dei posti letto in terapia intensiva (UTI) e della inevitabile necessità di decidere chi ricoverare. Si erano valutati i criteri proposti dalla SIAARTI (Società Italiana di Anestesia, Rianimazione e Terapia Intensiva) e si era proposto un approccio globale al problema, sostenendo che i pazienti che non potevano essere accolti in UTI non dovevano essere abbandonati, ma dovevano venir assistiti nel miglior modo possibile garantendo, ove indicato, la ventilazione non invasiva e/o le cure palliative. Tale assistenza doveva essere garantita a tutti, anche ai pazienti a domicilio o in strutture non ospedaliere, tra cui le RSA.



OHSAS 18001:2007

Considerato che nelle RSA, come sappiamo, si è consumata nel nostro Paese la più grave tragedia legata al COVID 19, il Comitato ha ritenuto opportuno esaminare in dettaglio la situazione delle RSA nella nostra provincia, analizzare le criticità prevalentemente di natura strutturale e organizzativa e proporre interventi atti a limitare i danni in caso di riacutizzazione dell'epidemia o di emergenze analoghe.

Premessa

Il Trentino è la realtà italiana con il maggior numero di posti letto nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) rispetto alla popolazione. Le 54 RSA, con oltre 5400 posti letto, sono distribuite in modo omogeneo nelle varie Comunità di valle;¹ le strutture sono in maggioranza di medio-piccola dimensione, le più grandi hanno una dotazione media compresa fra i 180 e i 200 posti letto. Queste caratteristiche “dimensionali” confermano un dato storico e socialmente rilevante, ossia che esse sono frutto di specifiche volontà espresse dalle varie comunità (le più grandi sono infatti concentrate nei comuni con maggior popolazione). La stragrande maggioranza (oltre l'80%) sono pubbliche (APSP - Aziende Pubbliche di Servizi alla Persona), 6 (11%) sono del privato sociale (SPES) e 3 sono private.

Il quadro normativo di riferimento e lo scenario del Trentino

Secondo la normativa vigente “le RSA garantiscono l'accoglienza di persone non autosufficienti che necessitano di trattamenti ed assistenza continui e non possono essere assistiti a domicilio. (...) La RSA garantisce una presa in carico globale e personalizzata dei bisogni della persona e organizza servizi socio-sanitari integrati a prevalente valenza sanitaria, graduando l'intensità assistenziale ai bisogni della persona. (...) Le RSA perseguono le seguenti finalità: mantenere/migliorare le capacità funzionali, comportamentali, cognitive, affettive-relazionali in coerenza con il Piano assistenziale individualizzato (PAI) elaborato dall'equipe multidisciplinare con l'apporto e la condivisione della persona e della famiglia, attraverso un'assistenza qualificata e personalizzata; sostenere i familiari dei residenti, assicurare la conoscenza del livello di assistenza garantito, la loro partecipazione all'organizzazione ed alla valutazione delle attività erogate.”²

Per quanto riguarda la parte strutturale si prescrive: “occorre evitare che tali strutture siano “trascinate” verso un modello ospedaliero, quasi fossero cioè dei piccoli ospedali. la qualità dei bisogni degli ospiti rende inapplicabili *sic et simpliciter* i modelli operativi ospedalieri. (...) Occorre allora pensare a un modello per così dire “coadiuvante” che non fa proprio il modello “casa di riposo”, né il modello clinico, né il modello fisiatrico, (...) la RSA deve essere vissuta come

¹Le comunità di valle rappresentano i territori nei quali è stata suddivisa la Provincia Autonoma di Trento, cfr. l'*Intesa tra la Provincia di Trento e il Consiglio delle Autonomie Locali*, approvata il 16 marzo 2007 e inerente l'individuazione dei territori delle Comunità, ai sensi dell'articolo 12 della Legge provinciale 16 giugno 2006, n. 3, *Norme in materia di governo dell'autonomia del Trentino*.

²Cfr. L.p. n. 6/1998 e succ. modifiche e L.p. n. 16/2010, D.G. PAT n. 2175/2019, *Direttive per le RSA per l'anno 2020*.



OHSAS 18001:2007

luogo di socialità e di riscoperta del valore della solidarietà e dello scambio intergenerazionale. Essa va vissuta dalla comunità con un profondo senso di appartenenza”.³

Patrimonio indiscusso delle RSA è il loro forte legame con la comunità, con l'ambito territoriale di riferimento e la “rivendicazione” di una conseguente autonomia; la dimensione socio-sanitaria in cui il termine “socio” caratterizza l'approccio della presa in carico e il valore sociale e terapeutico assegnato alla relazione interpersonale e alla vita di “piccole comunità”; la presenza al proprio interno di professionalità altamente motivate e specializzate nel trattamento della non autosufficienza sia fisica che cognitiva e della cronicità.

In ultima analisi il sistema RSA è una eccellenza del Trentino, è figlio della tradizione solidale delle nostre Comunità e ha una forte “vocazione sociale”. La qualità dei servizi garantiti all'utenza è mediamente di buon livello, in considerazione anche del mutare della tipologia di ospiti presenti. La loro non autosufficienza è divenuta sempre più complessa e legata quasi sempre alla concomitante presenza di una pluralità di patologie a carattere cronico a cui, in anni recenti, si è assommata un'alta percentuale di demenze. La permanenza media dell'anziano in RSA è via via diminuita passando da qualche anno a periodi inferiori all'anno stesso, con casi, non così rari, di ingresso di persone ormai in prossimità del fine vita.

A fronte di queste caratteristiche storiche e del considerevole cambiamento della tipologia di utenti sempre più fragili e complessi **l'evento Covid** ha reso evidenti alcune criticità, in parte già note, prevalentemente legate ad aspetti strutturali, organizzativi e di carenza di competenze (quali - quantitative), che hanno consentito lo svilupparsi di numerosi focolai accompagnati da altrettanto numerosi decessi di anziani ospiti (circa il 60% dei decessi totali causati dal Covid in Trentino).

Alcune proposte per il dopo Covid sviluppate a partire dalle criticità rilevate

1. Promuovere politiche/strategie integrate fra tutte le parti interessate per rispondere alla complessità dei bisogni dei residenti e delle loro famiglie

Gli anziani restano a pieno titolo nelle tutele del servizio sanitario nazionale (tema dei diritti e della dignità della persona).

Per poter affrontare tempestivamente, in modo coordinato e uniforme situazioni come l'emergenza Covid serve un'azione mirata e condivisa fra i soggetti responsabili delle strutture ai fini di ridefinire, da un lato una maggiore integrazione con la medicina del territorio e, ripensare dall'altro una sinergia più efficace con la sanità specialistica e ospedaliera.

E' importante definire linee di azioni comuni che consentano successivamente alla singola struttura la definizione e l'attuazione di piani COVID contestualizzati al fine di prevenire e contenere i contagi.

³Cfr. D.G. PAT n. 2419/2009, *Direttive per la progettazione delle RSA*.



2. **Ridurre le criticità strutturali**

Alcuni vincoli strutturali, retaggio “storico” delle RSA, non risultano adeguati a moderni criteri di comfort e sicurezza e andranno rapidamente superati (le stanze a tre letti, ad esempio). E’ necessario, in tempi brevi, definire e realizzare sistemi di isolamento, percorsi ben distinti, per tipologia di spazi interni e per tipologie di stanze. E’ necessario individuare, un numero minimo di stanza singole “compartimentabili”, da tenere costantemente vuote, a disposizione di eventuali anziani contagiati dal virus. In tali strutture andrebbero poi definiti percorsi “zone cuscinetto” e perimetri “aree compartimentabili” con accessi indipendenti; tutto questo garantendo la sostenibilità economico/finanziaria delle strutture

In accordo con la APSS andrebbe poi verificata la dotazione strumentale e impiantistica di tipo sanitario per un suo potenziamento implementando anche i canali di telemedicina fra il medico della struttura e gli specialisti ospedalieri.

3. **Aumentare la disponibilità di competenze**

Gli attuali numeri di personale, in particolare personale sanitario, e la ridotta presenza di competenze come quelle di carattere igienico-sanitario, hanno reso difficile la gestione di alcune situazioni.

Per questo sarebbe importante:

- rivedere gli standard sanitari delle strutture;
- implementare percorsi formativi adeguati (uso corretto dei DPI, percorsi dedicati e specifici di cura di pazienti affetti da Covid-19 o nel caso di eventuali altre forme di epidemia)
- potenziare e rafforzare sistemi informatici interni e implementare le tecnologie di telemedicina ai fini di supportare la figura del medico di struttura. Competenze esperte devono essere a disposizione delle strutture per affrontare situazioni di criticità

4. **Potenziare la rete RSA-APSS**

Le strutture sono frutto della solidarietà delle Comunità e ad esse sono intimamente legate. E’ mancata, nell’attuale contingenza, la capacità di fare squadra e questa è una assenza anacronistica. Allo scopo vanno individuate misure correttive molto incisive che non pregiudicano la storica autonomia delle singole RSA ma che superano la visione dogmatica della stessa:

- individuare eventuali strutture CoViD di supporto alle RSA;
- mettere a punto e realizzare una “solidarietà di sistema” tra RSA;
- rafforzare la collaborazione tra le RSA e le reti cliniche della APSS;
- addivenire ad un sistema di interscambio sinergico regolamentato anche attraverso forme di “consorziazione” alla luce di nuovi e utili rapporti con l'APSS.

Obiettivo primario di tale riorganizzazione è quello di rinforzare il “sistema trentino” di collaborazione e integrazione, superando ogni elemento di “separatezza” fra struttura



OHSAS 18001:2007

ospedaliera e RSA, rafforzando tutti gli elementi di messa in rete nel rispetto dei ruoli attesi da tutti gli attori.

Una rinnovata attenzione per le fragilità umane, ospitate e curate in RSA

Non si può dimenticare che una struttura di cura deve sempre saper accompagnare le persone che ad essa vengono affidate, in quanto ospiti o pazienti, in nome del rispetto della loro dignità e per realizzare forme di trattamento adeguate alla loro condizione, ai loro bisogni, alle loro capacità, nelle diverse fasi della loro vita.

Anche in una prospettiva di tutela dei diritti umani fondamentali, l'attenzione alla protezione delle persone e dei gruppi più vulnerabili – tra cui le persone anziane e le persone con disabilità e fragilità importanti, che sono quelle che più spesso rappresentano gli ospiti delle RSA – resta un impegno che deve riguardare tutti e ciascuno, a livello personale ed interpersonale, comunitario e sociale, ma anche su di un piano politico ed istituzionale.

L'emergenza sanitaria che abbiamo vissuto ha messo in luce situazioni che richiedono interventi adeguati ai fini di garantire la possibilità di rispondere a quello che il filosofo francese Paul Ricoeur ha definito come l'“auspicio di una vita compiuta, con e per gli altri, all'interno di istituzioni giuste”. Questo può rappresentare un monito e un richiamo a mantenere alte le finalità e gli obiettivi che le organizzazioni e le istituzioni di cura si pongono all'interno delle nostre società, sapendoli rivedere e riadattare lì dove essi si siano dimostrati non sufficienti nel garantire la tutela delle persone che in queste realtà si muovono, lavorano e abitano.

L'analisi del problema delle RSA è stata preparata da Renzo Dori e rivista prima da Gino Gobber e Lucia Galvagni, poi dall'intero comitato.

Distinti saluti.

Il Presidente
Dott. Edoardo Geat



OHSAS 18001:2007