

Aziende Servizi alla Persona

dell'Emilia-Romagna

**Reazione alla crisi, criticità, effetti e nuove necessità legate
all'emergenza Covid-19**

Giugno 2020

INDICE

Premessa

1. Le criticità e le inadeguatezze emerse
2. La reazione alla crisi
 - a) Case Residenza per Anziani
 - i. Ospiti
 - ii. Dipendenti
 - iii. Familiari
 - iv. Fornitori
 - v. Dispositivi di protezione individuale e documenti di sicurezza
 - vi. Tamponi e test sierologici
 - vii. Monitoraggi
 - viii. Creazione zone rosse
 - ix. Pulizia e sanificazione
 - b) Centri diurni per anziani e disabili
 - c) SAD
 - d) Servizi amministrativi
3. Gli effetti della pandemia
 - a) L'organizzazione delle strutture
 - b) Il personale
 - c) Gli effetti economici
 - i. Maggiori spese
 - ii. Minori entrate
 - iii. Prospettive future
4. Le nuove necessità emerse

PREMESSA

Obiettivo del presente documento, redatto di concerto tra le ASP dell'Emilia-Romagna, é quello di analizzare l'esperienza vissuta durante l'emergenza Covid e presentare alcune proposte di carattere operativo, in un'ottica di medio-lungo periodo, da condividere con la Regione Emilia-Romagna, per contribuire a migliorare sempre di più i nostri servizi, e quindi la vita dei nostri utenti più fragili. Il documento presenta una sintesi delle diverse esperienze territoriali che hanno caratterizzato la gestione delle ASP, in ambiti diversi ma prioritariamente riferiti all'assistenza alle persone anziane e disabili.

1) Le criticità e le inadeguatezze emerse

Come in tutta Italia anche nella nostra Regione la comparsa del COVID ha trovato tutti impreparati e per quanto riguarda l'esperienza vissuta le criticità che si sono evidenziate, suddivise per periodo, sono state le seguenti:

Nella prima fase (da metà febbraio fino al 10 marzo):

- Mancanza di adeguamento della modalità di ingresso in CRA degli anziani attraverso solamente un preventivo triage telefonico o colloquio con i familiari;
- Mancanza di linee guida chiare e univoche dal parte delle autorità sanitarie;
- Decisione tardiva in merito alla chiusura dei Centri Diurni (ordinanza regionale del 08/03/2020); nella prima fase, addirittura, non é stata lasciata libertà di chiusura nei diversi territori o nelle diverse realtà, che potendo avere specificità (come ad esempio la vicinanza del CD alla CRA), avrebbero potuto prevenire situazioni di contagi attraverso una chiusura preventiva;
- Decisione tardiva in merito al divieto, e non alla sola limitazione, degli accessi dei familiari (ordinanza regionale del 08/03/2020);
- Mancanza di chiarezza su uso da parte degli operatori socio-sanitari delle mascherine chirurgiche. Sino ai primi di marzo non si capiva se erano o meno un DPI e venivano indicate come non obbligatorie in assenza di sintomi, sottolineando sempre come prioritario l'utilizzo in ospedale e non nelle CRA.

Dal momento in cui si sono manifestati i primi ospiti con sintomi positivi (marzo/aprile), anche se questa fattispecie non ha per fortuna interessato tutte le realtà della Regione, sono risultati evidenti nella maggioranza delle realtà:

- Scarsità di collaborazione del Medico di continuità assistenziale attivato durante la notte nelle strutture sprovviste di assistenza infermieristica H24; è stato quindi attivato il 118 che ha disposto il trasferimento in ospedale degli ospiti senza una preventiva valutazione dell'effettiva necessità, soprattutto nella prima fase dell'emergenza, oppure ha disposto il mantenimento in struttura anche di casi sintomatici (specie nella seconda metà del mese di marzo); in alcuni contesti l'attivazione del 118 è stata evidenziata come impropria additando le strutture come incapaci di gestire l'emergenza;
- Difficoltà di comunicazione con gli operatori del 118 che intervenivano in struttura soprattutto all'inizio dell'emergenza;
- Necessità di formazione degli OSS e degli Infermieri rispetto all'emergenza, e più in generale non adeguata preparazione professionale degli OSS a una situazione di emergenza sanitaria come quella vissuta;
- Inadeguatezza del livello di coscienza del rischio di contagio per sé e per gli altri da parte di molti operatori;
- Fragilità, anche psicologica, di molti OSS/Infermieri: si sono registrate molte malattie con causali di assenza non legate al Covid;
- Necessità di miglior coordinamento con l'AUSL rispetto alle comunicazioni su tempistiche di effettuazioni tamponi ospiti e su relativi risultati;
- Ritardo delle AUSL, in alcuni territori, nell'avvio dei controlli tramite tampone o test sierologico al personale delle strutture, unici soggetti che da marzo accedevano dall'esterno nelle strutture interdette ai parenti;

- Effettuazione dei tamponi agli ospiti delle CRA solo se ricoverati in ospedale e solo se sintomatici (in alcuni casi addirittura mancata effettuazione dei tamponi anche in tali condizioni) con tempi dilatati rispetto al percorso richiesta/effettuazione/esito particolarmente critici nel mese di marzo;
- Mancanza di dialogo con l'igiene pubblica in merito ai risultati dei tamponi, oltrepassando le 48 ore previste arrivando in alcuni territori a 10 giorni di attesa;
- Necessità di miglior coordinamento tra AUSL e Medico competente su comunicazioni e tempistiche tamponi ed esiti sierologici su dipendenti;
- Difficoltà a rispettare i tempi tra i due test sierologici effettuati agli operatori delle CRA (primo controllo ad Aprile, secondo controllo a Giugno) o addirittura mancanza di kit sierologici per effettuare sia il primo che il secondo screening degli operatori come da protocolli AUSL;
- Necessità di un controllo e monitoraggio da parte di un preposto delle sequenze vestizione/svestizione e/o dei passaggi Zona Rossa/Zona Bianca da parte degli OSS e degli Infermieri.

Per tutto il periodo, si sono rilevati i seguenti aspetti di criticità:

- Difficoltà di approvvigionamento sia di DPI (mascherine, camici, guanti etc..) sia di attrezzature sanitarie (concentratori, termometri digitali, saturimetri etc..);
- Inaffidabilità dei fornitori che promettevano consegne di DPI e attrezzature sanitarie che poi non avvenivano o avvenivano con quantitativi inferiori alle richieste, con un aumento dei prezzo anche del 300% (mascherine chirurgiche e guanti);
- Difficoltà nell'avere contezza delle forniture assicurate a livello regionale ,della loro durata e/o della regolarità o meno di tali forniture: ad esempio sono pervenute comunicazioni di disponibilità di materiali forniti dalla Protezione Civile e poi da AUSL e successive comunicazioni in cui si comunicava che alcuni presidi erano terminati e si invitano i gestori ad un approvvigionamento autonomo; la fornitura diretta da parte della Regione alle ASP delle sole mascherine chirurgiche è avvenuta a decorrere dal 27 marzo;
- Difficoltà nel coordinamento con le imprese esterne aggiudicatarie del servizio pulizia: le procedure e le metodologie che sulla carta sono perfette, ai controlli manifestano carenza di prodotti e/o attrezzature che le medesime procedure prevedono, e/o mancata o inadeguata formazione/informazione dei lavoratori;
- Difficoltà di avere un coordinamento sanitario in particolare rispetto alle azioni da mettere in campo, spesso in tempi brevissimi, vista la mancanza di una "Direzione Sanitaria" all'interno delle strutture; e se anche si volesse individuare nel Medico di Struttura la Direzione Sanitaria della struttura i problemi che discendono dallo scarso numero di ore di presenza, dal fatto che si tratta di MMG e non di geriatri e dal fatto che non vi è, in molti casi, una dipendenza diretta del medico in capo al soggetto gestore (problemi già evidenziati in passato) hanno aumentato le difficoltà, soprattutto nella prima fase, di gestione dell'emergenza sanitaria, senza dimenticare la criticità rappresentata, in molte strutture, dalla presenza di personale infermieristico solo durante le ore della giornata e non durante la notte;
- Il parametro previsto dall'accreditamento per il servizio infermieristico, già insufficiente considerato lo stato di gravità degli ospiti presenti nelle varie strutture, è risultato palesemente sottodimensionato durante la gestione dell'emergenza Covid, non solo per l'aumento delle prestazioni da svolgere dal punto di vista

sanitario ma soprattutto per il fatto che gli infermieri si sono trovati ad essere, in una situazione di emergenza, le uniche figure sanitarie presenti in struttura (addirittura, nelle strutture senza l'infermiere di notte, presenti solo durante il giorno) viste le poche ore di presenza dei medici di struttura.

2) La reazione alla crisi

CASA RESIDENZA PER ANZIANI

Ospiti

Dal 24 febbraio sono iniziati gli isolamenti funzionali per 14 giorni per gli ospiti dimessi dall'ospedale, anche in presenza di eventuale tampone negativo. Gli ingressi dei nuovi ospiti sono stati sospesi tra il 10 e il 20 marzo, ad eccezione di alcuni territori, es. Piacenza, dal 22 febbraio. La prime sintomatologie correlabile al Covid sono comparse a partire da metà marzo e, a seguito dell'esecuzione dei tamponi che hanno dato esito positivo, è stato richiesto ad AUSL e ottenuto di fare il tampone a tutti gli ospiti, anche se asintomatici, anche se i tempi di tale realizzazione sono stati piuttosto lunghi (di fatto a tappeto solo dopo la metà di aprile e in alcuni territori da fine aprile/inizi maggio). Tale procedura non è comunque stata applicata in tutti i territori e i tamponi a tappeto su tutti gli ospiti non sono stati eseguiti ovunque.

Dipendenti

Sono state fornite le informazioni su:

- obbligo di rimanere al proprio domicilio in presenza di febbre o altri sintomi influenzali e di chiamare il proprio Medico di famiglia;
- divieto di ingresso in struttura in caso di sintomi di influenza, contatto con persone positive al virus nei 14 giorni precedenti;
- disposizioni in materia di igiene mani, utilizzo DPI e distanze di sicurezza, vestizione e svestizione.

Sono state effettuate formazioni specifiche sulla prevenzione e il controllo della trasmissione in ambito assistenziale, l'utilizzo di dispositivi e sulle norme da attuare per gestire emergenza e contenere contagio e, attraverso Fad e webinar, ulteriori momenti formativi sull'utilizzo dei DPI.

E' stata introdotta all'ingresso del lavoro la misurazione temperatura corporea per tutto il personale dipendente prima dell'inizio del turno di lavoro; è stato previsto che, negli spazi comuni (guardiole, spogliatoi, timbratore ecc), si rispettasse il distanziamento di 1 metro tra gli operatori.

Si sono inoltre realizzate modifiche sia di carattere logistico che organizzativo rispetto all'ingresso e all'uscita degli operatori nelle strutture e all'utilizzo di spogliatoi e bagni, che hanno prodotto ulteriori costi in capo ad alcune ASP.

Familiari

Dal 24/02/2020 si è limitato l'accesso a familiari e volontari. Si sono affisse apposite informative dove si è raccomandato l'ingresso di un solo familiare e il divieto assoluto alle persone con sintomi da raffreddamento influenzali.

In alcune strutture è stato messo un operatore all'ingresso per far rispettare le regole sull'ingresso, far sanificare le mani e consegnare le mascherine.

Nelle giornate tra il 5 e il 7 marzo (in alcuni casi anche qualche giorno prima) in tutte le strutture è stato vietato completamente l'accesso a familiari e volontari con limitate autorizzazioni, in accordo con il Coordinatore Sanitario, comunicate direttamente ai familiari interessati e nei soli casi di decessi e/o condizioni sanitarie molto critiche dell'ospite.

Da metà marzo si sono introdotte le videochiamate. I familiari degli ospiti hanno avuto la possibilità di telefonare in determinate fasce orarie per effettuare le videochiamate con il proprio congiunto. E' stata data apposita informativa dei numeri dedicati e dell'organizzazione delle videochiamate.

Fornitori

Sono stati ammessi, limitatamente al percorso per raggiungere il magazzino, ovvero il luogo dell'intervento necessario e urgente, con una procedura specificata in ogni ordine di acquisto/intervento, che prevede in tutti i casi la telefonata per indicare giorno e orario di consegna/intervento, obbligo di indossare la mascherina, igienizzazione delle mani con apposito disinfettante e misurazione della temperatura prima di accedere ai locali.

Dispositivi di protezione individuale e documenti di sicurezza

In CRA gli operatori sono stati dotati di prodotti igienizzanti e di DPI anche se in taluni casi vi è stata grande difficoltà nell'approvvigionamento; quando sono emersi i primi casi di positività di ospiti al Covid-19 sono stati dotati di mascherine FFP2 di ancor più difficile reperimento. Sono state anticipate e poi seguite le indicazioni della Regione con le prime indicazioni formali emanate il 20 marzo (comprehensive delle indicazioni sull'uso dei DPI).

Si è proceduto già dal mese di marzo alla modifica del Documento di Valutazione del Rischio con la valutazione del Rischio biologico correlato all'emergenza Covid-19 e a redigere una procedura informativa per i lavoratori per la gestione del rischio di contagi.

Sono stati affissi cartelli informativi su igiene mani nei bagni, su distanze di sicurezza negli spazi comuni, su vestizione/svestizione nelle diverse Zone della struttura.

Tamponi e test sierologici

Contemporaneamente ai primi test positivi sugli ospiti si è richiesto all'AUSL di poter svolgere i tamponi, per tutti i dipendenti di Asp e per i dipendenti degli appaltatori operanti in CRA nei servizi di pulizia e ristorazione, anche se asintomatici. I tamponi non sono però stati effettuati da AUSL che ha invece fornito i test sierologici solo da metà aprile e sono state le ASP ad effettuare, tramite proprio personale infermieristico, sotto supervisione medica, i test ai dipendenti. In caso di positività si è seguito il Protocollo con prelievo ematico e consegna da parte del dipendente stesso al laboratorio indicato da AUSL e una volta giunto l'esito eventuale sottoposizione al tampone.

In alcuni casi si è affidato il servizio di test sierologico ai laboratori accreditati con risorse delle ASP pur di permettere un controllo sul personale con cadenze temporali utili ad evitare il possibile dilagare di un contagio.

In alcuni casi, i tamponi per gli ospiti e per gli operatori sono stati acquistati sul mercato privato (da laboratori accreditati e previa autorizzazione regionale). Questo ha sicuramente permesso una tempestiva diagnosi, e successiva messa in sicurezza di ospiti e operatori, ma ha ulteriormente aggravato la già critica situazione di carenza di personale, data la necessità di mettere in quarantena i casi positivi tra gli operatori.

Monitoraggi

Dai primi giorni di aprile vengono inviati quotidianamente al Direttore del Distretto i dati per il monitoraggio dell'evoluzione del contagio (dati distinti per CRA/nuclei e contenenti: numero ospiti, numero ospiti positivi, numero ospiti ricoverati in Ospedale, numero decessi Covid e numero decessi non Covid, numero ospiti con sintomatologie, numero operatori positivi).

Creazione zone rosse

Nelle CRA in cui si sono verificati casi di positività sono state allestite "zone rosse" con procedure e personale dedicati. Mano a mano che gli ospiti si negativizzano si ritrasformano parti delle zone rosse in zone gialle e poi bianche con grande difficoltà non solo per operatori e ospiti per i trasferimenti, ma perché ogni volta vanno riviste le procedure, modificati i gruppi di lavoro e piani di lavoro oltre a dover essere realizzate procedure di sanificazione speciali.

Pulizia e sanificazione

Nelle CRA è stato chiesto alle Ditte appaltatrici del servizio di pulizia di applicare le specifiche procedure per l'igienizzazione dei locali a rischio infettivo, richiedendo di fornire ai propri addetti i DPI e i prodotti necessari, nonché di informare e formare i dipendenti stessi. Molto spesso ciò è avvenuto solo grazie a fornitura dei DPI da parte del soggetto gestore (come da indicazioni successive della protezione civile)

Sono state redatte apposite istruzioni operative per il controllo delle pulizie.

Sono stati attribuiti compiti di pulizia aggiuntiva in capo al personale interno (manutentori/ personale di supporto) quali disinfezione delle tastiere dei telecomandi dei letti elettrici, dei maniglioni delle porte, delle maniglie delle porte di guardiole, bagni comuni e uffici, dei corrimano, delle tastiere dei distributori di bevande e snack, telecomandi TV ecc.

In molti casi tutto ciò si è tradotto anche nell'inevitabile necessità di dover aumentare sensibilmente le ore del personale addetto alle pulizie.

CENTRI DIURNI PER ANZIANI E DISABILI

Sospensione attività dal 9 marzo.

Riconversione di parte del personale addetto impiegato sui Centri Diurni in CRA per attività socio-assistenziale e/o di supporto pasti (considerata anche la sospensione della presenza del volontariato); vi sono state delle difficoltà rispetto ai giudizi di idoneità di alcuni operatori del Centri Diurni rispetto ai compiti che dovevano svolgere in CRA.

Sono stati attivati degli interventi personalizzati per gli utenti più fragili frequentanti i Centri Diurni anche qui utilizzando il personale del Centri Diurni.

In alcuni territori si sono attivati servizi di consegna farmaci a domicilio e consegna spesa a domicilio, con il reimpiego di parte del personale del Diurno e l'apporto delle associazioni di volontariato del territorio.

Il personale educativo dei centri diurni disabili è stato destinato al supporto educativo a distanza delle famiglie e dei disabili stessi là dove compatibile con le risorse dell'utente, in alcuni casi sono stati attivati progetti di educativa domiciliare nel rispetto delle regole del distanziamento sociale e con ampio utilizzo di dispositivi di sicurezza forniti agli operatori e ai familiari.

SAD

Il Servizio di Assistenza domiciliare ha continuato la propria attività durante tutto il periodo dell'emergenza, subendo un importante calo delle richieste di interventi (con invece un aumento della richiesta di pasti a domicilio) fin dai primi giorni di marzo.

Gli operatori hanno manifestato fin da subito una grande preoccupazione nel doversi recare a casa degli utenti non conoscendo la situazione che avrebbero trovato; per questo motivo sono state informate le famiglie che alla presenza di un qualsiasi sintomo correlabile al Covid presente in qualsiasi dei familiari sarebbe stato necessario informare tempestivamente il servizio.

Gli operatori, fin da subito, sono stati dotati di tutti i DPI necessari per poter lavorare in sicurezza e mentre in alcune realtà tutti gli operatori hanno continuato il proprio lavoro in altre realtà alcuni operatori sono risultati assenti per malattia non riconducibile a Covid.

SERVIZI AMMINISTRATIVI

Per gli operatori amministrativi è stato previsto, in ottemperanza alla normativa sia lo smaltimento delle ferie residue che attivazione dello Smart Working, in modo da minimizzare la presenza contemporanea del personale negli uffici.

3) Gli effetti della pandemia

Allo scopo di affrontare in modo organico la tematica degli effetti risulta necessario suddividerli in ambiti diversi, in particolare:

L'ORGANIZZAZIONE DELLE STRUTTURE:

In tutte le strutture, indipendentemente dal fatto che vi fossero o meno casi Covid, sono state modificati i piani di lavoro, i turni, i ritmi e le abitudini di vita degli anziani, rendendo le CRA servizi diversi da quelli che originariamente erano stati pensati e cioè servizi di cura dove la componente sanitaria doveva essere residuale rispetto a quelle sociale e assistenziale (tant'è che diversamente gli anziani vengono inviati nelle RSA oppure vengono creati posti ad alta valenza sanitaria); tale cambiamento peraltro, senza che nel corso del tempo venissero aggiornati i case mix degli anziani – la cui evoluzione mostra una linea di crescita piatta anno dopo anno - nonostante il palese peggioramento delle loro condizioni dal punto di vista sanitario, dell'età sempre più avanzata, della crescita esponenziale della demenza; tale cambiamento, molto lontano dalla tipologia degli ospiti presente nel momento dell'approvazione delle norme e dei parametri dell'accreditamento oltre 10 anni fa, è già in essere da tempo e l'emergenza Covid non ha fatto altro che acuire drammaticamente questa situazione, soprattutto per quanto riguarda appunto l'assistenza sanitaria, comprensiva non solo della parte infermieristica ma anche di quella medica e più in generale della "Direzione sanitaria" delle strutture.

Ovviamente le strutture con casi Covid hanno dovuto affrontare le situazioni più difficili, suddividendo gli spazi della CRA in zone rosse, rivedendo completamente i piani di lavoro degli operatori, i turni, le modalità di somministrazione dei pasti, l'interfaccia con il personale di cucina e delle pulizie, le procedure di smaltimento dei rifiuti.

E anche una volta avvenuta la negativizzazione (in genere oltre le 4 settimane successive) degli ospiti restano in piedi numerose domande per le quali sarebbe necessario che venissero coprogettati insieme i percorsi per arrivare alle risposte:

- Quali le modalità e le tempistiche dei nuovi ingressi?
- Come gestire un ospite affetto da Alzheimer in isolamento funzionale?
- Come tornare a una vita comunitaria pur applicando il distanziamento fisico a persone che spesso fanno fatica a comprendere l'importanza di tale distanziamento?
- Come riorganizzare il lavoro dell'animazione/socializzazione tenendo conto che andrebbero realizzate attività il più possibile individualizzate o a piccoli gruppi?
- A quali condizioni far ripartire le attività dei volontari?
- Quando e a che condizioni riaprire i Centri Diurni senza trascurare il problema dei trasporti?

Si sottolinea come la questione che riguarda i nuovi ingressi sia fondamentale anche per effettuare le scelte assunzionali che dipendono da quando le strutture potranno riaccogliere gli anziani (nelle strutture colpite più duramente dal Covid si registrano percentuali di scopertura dei posti tra il 20 e il 40%).

IL PERSONALE

Tutto il personale delle strutture ha affrontato una situazione senza precedenti e la professionalità di tutti si è talvolta incrociata con le paure per se stessi e per le proprie famiglie, creando fragilità indipendentemente anche dalla presenza effettiva del Covid nelle strutture. Vi è stata una fortissima pressione sul personale in servizio che ha dovuto talvolta coprire i turni dei colleghi assenti in condizioni di forte stress e preoccupazione; ha certamente contribuito a peggiorare il clima il mancato riconoscimento economico da parte della Regione degli sforzi sostenuti dagli operatori, riconoscimento economico invece previsto per tutto il comparto della sanità ed ora anche per i volontari delle ambulanze o i medici specializzandi delle Università: a questo proposito si ricorda la formale richiesta avanzata dalle ASP e da CISPEL di estendere tale riconoscimento anche al personale assistenziale operante nelle strutture per anziani e disabili.

Per la maggior parte delle strutture si è dovuta affrontare l'assenza del personale (non solo per malattie dovute o meno al Covid ma anche per i congedi/permessi straordinari Covid riconosciuti alle famiglie) e la necessità di reperire le relative sostituzioni, adottando anche, ove necessario, il blocco delle ferie; in questo senso ha pesato ancora di più rispetto all'ordinario il reclutamento da parte dell'AUSL, attraverso lo scorrimento delle graduatorie, sia di OSS che di infermieri, e solo in alcuni territori vi è stata la disponibilità di lasciare gli operatori nelle rispettive strutture in comando temporaneo fino alla fine dell'emergenza.

L'AUSL, soprattutto nella seconda fase dell'emergenza, ha aiutato le strutture maggiormente in difficoltà fornendo infermieri con esperienza in strutture/reparti Covid in affiancamento al personale sanitario e socio-sanitario, per consulenze su creazione zone rosse e bianche, isolamenti, allestimento percorsi sporchi e puliti, utilizzo DPI, procedure di vestizione e svestizione, ecc.; inoltre l'AUSL ha inserito alcuni tutor infermieristici del corso di laurea in scienze infermieristiche con compiti di supervisione dell'attività infermieristica. In alcuni casi sono stati comandati per alcune settimane medici infermieri e OSS del contingente della Protezione Civile.

In alcuni casi si è dovuto ricorrere al reclutamento di personale infermieristico e OSS da fuori Regione, sostenendo anche i costi per la permanenza in albergo. Allo stesso modo, si sono dovuti reclutare medici (laddove contrattualizzati direttamente con ASP), in sostituzione di malattie e assenze per quarantena.

In qualche caso si è anche fatto fronte al fortissimo disagio dei familiari e degli ospiti anziani, reclutando psicologi esperti in gestione delle situazioni di crisi.

Per prevenire i potenziali esiti negativi sulla salute degli ospiti derivanti dal prolungato allettamento, anche alla luce degli organici ridotti, sono stati reclutati nuovi fisioterapisti per sostenere i pochi OSS presenti in reparto nella mobilitazione degli anziani.

In generale, a partire da fine marzo/inizio aprile, a Reggio Emilia ma non così in altre province, sono state aumentate le ore di medici di struttura, specie per garantire una funzione di coordinamento ed è stata prevista tale figura anche in alcune Case di Riposo, dove tale presenza non è prevista dalle norme sull'autorizzazione al funzionamento, una scelta che, seppur tardiva, è stata determinante per fronteggiare l'emergenza sanitaria in queste strutture spesso più diffusa che nelle CRA. Sono state inoltre messe a disposizione, dalla prime decadi di aprile, pool di medici specialisti a servizio anche delle CRA (infettivologi, palliativisti etc)

GLI EFFETTI ECONOMICI

Gli effetti economici della pandemia si possono suddividere in tre categorie, quella delle maggiori spese, quella delle minori entrate e quella delle prospettive future.

Maggiori spese:

A questa categoria appartengono tutte le spese che sono state affrontate a seguito dell'emergenza e che ovviamente non erano state preventivate, in particolare:

- Acquisto di DPI in grandi quantità e in molti casi a prezzi più alti rispetto al normale
- Acquisto di macchinari per la sanificazione delle strutture
- Acquisto di servizi per la sanificazione delle strutture e per l'accensione degli impianti di climatizzazione
- Potenziamento servizio per pulizie e igienizzazione;
- Acquisto mobili e attrezzatura per evitarne l'uso da più persone o per garantirne il giusto distanziamento (es tavoli per consumare i pasti in modo singolo, o pannelli di plexiglass)
- Maggiorazione costo pasti per monoporzioni termosaldate per nuclei in osservazione;
- Reperimento, nei casi in cui questo è stato possibile, di OSS e infermieri per le sostituzioni del personale assente a vario titolo o per garantire i livelli assistenziali evitando la promiscuità tra nuclei (es un infermiere notturno per nucleo e non un infermiere su tutta la struttura)
- Effettuazione, in alcune strutture, dei test sierologici a tutto il personale per garantire una tempistica di monitoraggio ogni 15/20 giorni in alternanza, nelle situazioni migliori, con i test effettuati da AUSL
- Acquisto dei tamponi e loro refertazione
- Consulenze da parte di agenzie per la sicurezza sul lavoro e medici competenti

Minori entrate:

A questa categoria appartengono tutte le minori entrate dovute alle conseguenze dell'emergenza, in particolare:

- Scopertura dei posti di CRA dovuti al blocco degli ingressi che ha impedito l'occupazione dei posti liberi dovuti a decessi in generale, Covid e non
- Perdita di giornate per il trasferimento in ospedale di tutti gli anziani sintomatici
- Chiusura dei Centri Diurni
- Sospensione da parte di alcuni utenti dei servizi del SAD
- Chiusura di servizi collaterali che ogni realtà ha attivato nel corso degli anni (trasporti, sportello assistenti familiari, tutoring etc..)

Prospettive future:

Per prospettive future si intende porre l'attenzione su alcuni aspetti che, terminata la prima fase emergenziale, condizioneranno comunque i bilanci delle ASP, in particolare:

- Anche nel momento in cui si potranno riprendere gli ingressi in CRA questo verrà fatto in modo graduale e comunque non potendo più tornare al numero di ospiti precedenti per la necessità di mantenere alcune stanze libere – o dedicare singole strutture allo scopo - nel caso di necessità di isolamenti per insorgenza di sintomi Covid, rientri dall'ospedale, creazione di zone rosse
- Stesso problema riguarda i Centri Diurni che, anche quando verranno riaperti, dovranno garantire le distanze di sicurezza e rapporti operatori/anziani più elevati che in passato ovvero in alcuni casi una diminuzione del numero massimo di ospiti autorizzati

Sul tema degli effetti economici, pur apprezzando l'interesse dimostrato dalla Regione, restano alcune domande a cui dare risposta, in particolare:

- Il mancato ingresso di ospiti in CRA e la conseguente scopertura dei posti viene remunerata dal FRNA e in quale misura?
- Per i Centri Diurni chiusi dai primi di marzo viene riconosciuto un rimborso del FRNA e in quale misura, in ragione delle attività a distanza comunque garantite?
- La quota a carico dell'utente sarà in qualche modo riconosciuta?
- I maggiori costi in DPI, attrezzature e servizi di sanificazione rientreranno nei costi di riferimento dell'accreditamento? O verranno fatti rientrare come spese sanitarie?

4) Le nuove necessità emerse

Questa emergenza da una parte ha acuito alcune criticità rispetto in particolare a CRA e Centri Diurni già da tempo segnalate e dall'altra ha messo in luce alcuni aspetti dell'organizzazione dei servizi che non sono compatibili con la possibilità di affrontare situazioni di emergenza sanitaria; tutto questo ha portato ad individuare alcune tematiche, di seguito brevemente elencate, che sarebbe opportuno affrontare in modo approfondito attraverso tavoli operativi tra Regione e soggetti gestori, in particolare:

- Ridefinizione dell'assistenza medica all'interno delle CRA allo scopo di rendere effettiva la responsabilità gestionale unitaria del soggetto gestore modificando l'attuale modello in termini di presenza, di tempo dedicato e riconosciuto, di competenze e di dipendenza gerarchica;
- Necessità di potenziare le consulenze specialistiche: oltre al palliativista, è importante avere consulenze di pneumologi e infettivologi, nonché intervento degli stessi a supporto del Medico di struttura con strumenti per la diagnostica;
- Importanza di una figura di raccordo e di tutoring dell'Azienda Sanitaria, con ruolo di consulenza, di impulso, di confronto e di suggerimento; è stata infatti molto utile e apprezzata l'iniziativa dei tutor infermieristico inviati dall'AUSL che in alcune realtà della Regione hanno affiancato gli operatori delle strutture e dato consulenza su temi di carattere sanitario;
- Presenza nelle strutture dell'infermiere di notte; tale previsione permetterebbe di poter gestire al meglio sia la quotidianità evitando ricoveri impropri in Pronto Soccorso, che chiamate alla Continuità Assistenziale, sia le situazioni di emergenza nelle quali la presenza di una figura sanitaria, opportunamente formata, serve a gestire le situazioni critiche direttamente in struttura;
- Necessità di una formazione degli OSS e degli Infermieri su modalità di lavoro in situazioni di emergenza;
- Necessità di una più approfondita formazione professionale degli OSS;
- Ripensamento del case mix come reale fotografia della condizione degli anziani in CRA;
- Superamento di un modello di confronto con i soggetti gestori pubblici orientato esclusivamente alla razionalizzazione dei costi ma teso a ricercarne la collaborazione per l'analisi e la sperimentazione, senza conflitti d'interesse, di modelli gestionali ovvero definizione di protocolli e indirizzi operativi;
- Necessità che i gestori pubblici siano presenti nei luoghi della programmazione, in particolare nel Comitato di Distretto e nella CTSS;
- Possibilità, per i servizi amministrativi, di ricorrere allo Smart Working come modalità dell'attività ordinaria.

In conclusione questa emergenza ha messo in evidenza i limiti dell'attuale sistema: partendo da questa considerazione esiste la concreta opportunità di poterlo ripensare anche rivedendo i servizi che stanno a monte della CRA e cioè SAD e Centri Diurni, il primo sempre più incentrato sulla prestazione e la tempistica da rispettare e i secondi su un modello che andrebbe ripensato sia in termini di servizi offerti che di remunerazione.

Analogo ripensamento deve essere effettuato per la casa di Riposo, per rafforzare anche in questo caso l'integrazione socio sanitaria e per consentire un passaggio automatico in CRA di ospiti che diventino nel tempo non autosufficienti

Oltre a questi aspetti, occorre ragionare su un sistema della formazione degli OSS che ci consenta di poter poi attingere ad un bacino più ampio di queste figure professionali. L'epidemia ci ha messi di fronte a una carenza strutturale di questi operatori sul mercato, probabilmente in relazione a corsi dai costi difficilmente sostenibili.

Si potrebbe avviare un confronto con l'Assessorato regionale competente per fare sì che le ASP, anche assieme alle AUSL, diventino partner della formazione, nella logica dell'abbassamento dei costi, ma anche dei contenuti della formazione, più appropriati ai contesti e maggiormente capacitanti, al fine di "iniettare" un numero congruo di operatori sul mercato, da cui poter attingere per selezioni/concorsi o per il mercato del lavoro interinale (in subordine).