RSA e Covid-19, una drammatica realtà. Le narrazioni di questo periodo di emergenza

La situazione problematica vissuta da molte RSA lombarde durante l'emergenza Coronavirus è riscontrabile sin dall'inizio nei racconti, pur frammentati, degli operatori. In questo articolo Marco Noli guida i lettori attraverso le loro narrazioni e la lettura dei dati ufficiali.

Questo articolo è stato pubblicato anche su LombardiaSociale.it

Di Marco Noli *(Docente a contratto Facoltà di Scienze Politiche e Sociali Università Cattolica di Milano. Formatore e consulente organizzativo)*

È passato oltre un mese dall'ingresso del virus SARS – COV2 nelle nostre comunità. Siamo stati inondati di dati e informazioni quotidiani, all'inizio un po' sfilacciati, poi sempre più coordinati, dal Bollettino giornaliero della Protezione civile.

Dalle narrazioni abbiamo capito che poco si sa su questo virus, che la scienza, come è normale che sia, ha una "verità relativa" che si affina giorno per giorno sulla base di quello che succede. Ci siamo resi conto che gli stessi dati ufficiali sono incompleti e presentano un range di scostamento elevato, legato alla difficoltà della raccolta degli stessi e alla variabilità di diversi fattori (es. il numero dei tamponi effettuati, la non conoscenza del "sommerso"degli infettati asintomatici ecc.).

Di fronte ad un'epidemia, diventata poi pandemia, è normale arrivare impreparati[1] assistere al susseguirsi di decisioni in continuo aggiustamento in tempi rapidissimi. Anche se bisogna ricordare il vecchio proverbio "del senno del poi sono piene le fosse", questo non toglie che da quanto sta emergendo, dalle situazioni degli ospedali e di diverse RSA, si rilevano perplessità e possibili omissioni, anche da parte della Regione, tutte da accertare, non solo per identificare eventuali responsabilità, ma soprattutto perché da essi si può imparare.

Quanto riportano i giornali su alcune RSA già si poteva registrare dallo *storytelling* degli operatori dei servizi sociosanitari e in particolare delle RSA. Pur nell'inevitabile frammentazione dei loro racconti, emergeva un quadro dell'infezione molto problematico. Si registrava soprattutto la situazione di un totale abbandono delle strutture e dei servizi sociosanitarie da parte della Regione e delle ATS, a fronte di un grande impegno e sacrificio degli operatori di queste strutture nell'affrontare l'emergenza con i pochi mezzi disponibili.

Criticità nelle RSA

Una codificazione strutturata delle criticità riscontrate nelle RSA è stata rilevata dall'Istituto Superiore di Sanità nel suo Report *"Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie"*, frutto di una raccolta dati iniziata il 24 marzo, giunta oggi alla sua seconda edizione.

Il Report del 6 aprile 2020 presenta i dati emersi dal del 27% del campione delle RSA censite (577), di cui il 24% situate della

Lombardia. Le principali criticità riscontrate dagli operatori delle RSA sono:

- mancanza di Dispostivi di Protezione Individuale (85,9%);
- assenza di personale sanitario (35,1%);
- difficoltà nell'isolamento (24,9%);
- scarsità di informazioni sulle procedure da attuare per contenere le infezioni (17,7%);
- carenza di farmaci (11,9%);
- difficoltà di trasferire i pazienti Covid-19 in strutture ospedaliere (11,3%);
- altro (6,8%).Alla voce "altro" sono stati segnalati in particolare le difficoltà a reperire i DPI e l'impossibilità ad eseguire i tamponi.

Al di là dell'asetticità dei dati della ricerca, i racconti drammatici degli operatori riferiscono che le RSA hanno vissuto con una sostanziale mancanza di presidi di protezione individuale. Anche le strutture che hanno provato ad approvvigionarsi hanno avuto il blocco delle forniture perché tutte erano precettate dalla Protezione civile per gli ospedali. Alla richiesta di poter fare i tamponi alle persone sospette Covid-19, le ATS rispondevano che non era prevista per queste strutture l'effettuazione dei tamponi. Il 112 si rifiutava di trasferire i pazienti sospetti Covid-19 con sintomatologia grave nelle rianimazioni ospedaliere, come da indicazione regionale, per evitare di congestionare ulteriormente le terapie intensive. Purtroppo, nella realtà hanno trovato applicazione le *"Raccomandazioni di etica clinica per l'ammissione a trattamenti intensivi e per la loro sospensione, in condizioni eccezionali di squilibrio tra necessità e risorse disponibili"* secondo le quali nella sostanza, come denuncia Luca Degani, responsabile UNEBA Lombardia, gli anziani ospiti in RSA non venivano e non vengono ricoverati in rianimazione.

Le scelte di Regione Lombardia

Dentro questo quadro occorre leggere la scelta della Regione Lombardia che con Dgr XI/2906 del 8.3.2020 determinava sostanzialmente il blocco dell'accettazioni dei pazienti in RSA provenienti dal territorio e istituiva la Centrale Unica Regionale Dimissioni Post Ospedaliere, che aveva il compito di ricevere le richieste di dimissioni da parte degli ospedali e di individuare un'appropriata struttura sociosanitaria di destinazione,tra cui le RSA. Molte direzioni delle RSA si sono opposte a queste indicazioni, puntualmente eseguite dalle ATS che settimanalmente, verificando l'esistenza di posti letto vuoti, chiedevano alle RSA di accogliere i pazienti "guariti" dimessi dagli ospedali. Le verifiche in corso diranno se le strutture che hanno aderito a questa richiesta hanno avuto più ospiti malati di Covid-19. Intanto la citata Survey dell'ISS (vers. 6 aprile) disegna questa sintetica fotografia della situazione delle RSA Lombarde:

- su un campione di 572 strutture per complessivi 44.457 ospiti dal febbraio 2020 al 6 aprile 2020 sono deceduti 3859 ospiti, di cui il 47% (1822) in Lombardia (nel Veneto, la seconda regione dopo la Lombardia, i decessi sono il 19,7%). Di questi decessi lombardi il 51,3% è deceduto per Covid-19 (60) o sintomi simil-influenzali (874);
- il rapporto tra ospedalizzati / numero di strutture in Lombardia è pari a 1.6 mentre il dato medio complessivo del campione è 3.4, a conferma che gli anziani lombardi in RSA affetti da Covid-19 hanno potuto usufruire delle cure ospedaliere in modo limitato;
- la frequenza più alta di strutture con operatori risultati positivi al tampone è in Lombardia (34,6%).

La ricerca è ancora in corso e quando sarà completata potrà dare un'idea di quanto sia realmente successo nelle strutture per anziani del paese in generale e della Lombardia in particolare.

Il contrasto dell'infezione nelle strutture

Il contrasto all'infezione nelle RSA, al di là delle scarse indicazioni regionali, **si è articolato su due filoni**, come in tutti i servizi sociali e sociosanitari.

Il primo filone era finalizzato a colmare **il "distanziamento sociale" che, è bene non dimenticarlo, mina il fondamento dei servizi alla persona**, **ovvero la relazione.** Attraverso videochiamate, calendarizzate ad una prestabilita ora del giorno, o con modalità più flessibili si è tentato in tutti modi di garantire un rapporto tra l'anziano e i suoi familiari. Per chi non aveva un proprio telefonino si sono utilizzati tablet, con l'accortezza di evitare che potessero diventare diffusori del virus.
Gli ospiti, che si sentivano dire continuamente "state a casa", inevitabilmente hanno ancora di più percepito la mancanza della propria casa. La loro vita è cambiata: vivono lo spaesamento e la paura, non possono più uscire dai loro nuclei, vedono gli operatori dietro le mascherine e le visiere che indossano per proteggersi, vedono i propri amici ammalarsi e morire. Le loro giornate sono diventate terribilmente lunghe, scandite dalle attese telefonate con i propri cari o della disponibilità giornaliera dell'operatore a chiamare il parente.

Il secondo filone ha riguardato tutte quelle **modifiche organizzative finalizzate a contrastare la diffusione del virus** e a curare chi si ammala di Covid-19. Il contrasto della diffusione si è basato sulla costruzione di procedure da attuare e sulla relativa formazione degli operatori,. Contemporaneamente si è proceduto a informare gli ospiti sui comportamenti da tenere, con ripetizione periodica delle informazioni per favorire la memorizzazione di comportamenti corretti. La problematica più grave è quella relativa alla **cura degli anziani con Covid-19** perché alle indicazioni di non trasferire gli ospiti dalle RSA in Ospedale non è seguita coerentemente la possibilità per le RSA di avvalersi di adeguate consulenze specialistiche di infettivologi, di virologi, di pneumologici nonché la possibilità di reperire farmaci necessari per la cura.

Entrando più nel dettaglio, da una ricognizione, sia pur incompleta, emerge che i cambiamenti organizzativi più diffusi sono stati i seguenti:

- si è attuato il distanziamento sociale anche all'interno delle RSA per quanto possibile evitando l'utilizzo di luoghi comuni condivisi. Gli anziani sono rimasti nei propri nuclei di assegnazione e si è cercato, con tutte le difficoltà del caso, di fare delle attività all'interno di essi per evitare la solitudine;
- si sono attivate procedure molto puntuali sull'utilizzo dei dispostivi di protezione (utilizzando creativamente quello che era disponibile) e sull'attività di sanificazione specifica e ripetuta degli ambienti. In accordo con il Servizio di Sicurezza e Prevenzione nei luoghi di lavoro si è cercato di formare sul campo i lavoratori su come proteggersi dell'infezione;
- in caso di infezione di qualche ospite si è proceduto a isolare l'intero nucleo o la coorte coinvolta, considerando tutti potenzialmente infetti, anche perché **la maggior parte delle RSA non sono strutture idonee a garantire un adeguato isolamento. Questa situazione è fonte di molto stress** ed è tuttora in atto. I percorsi del cibo, della lavanderia, della pulizia ecc. hanno dovuto essere separati. Gli stessi operatori dedicati al nucleo in isolamento non possono prestare servizio in altri nuclei e quindi si è reso problematico garantire il personale nei diversi turni. Tutto ciò si accentua ulteriormente quando il virus si diffonde in tutta la struttura. Le testimonianze raccolte da chi scrive raccontano di turni massacranti aggravati dalla mancanza di operatori, soprattutto infermieri, perché molti si sono ammalati e sono in quarantena a casa, altri con patologie pregresse si sono messi in malattia e diversi altri ancora sono stati reclutati dagli ospedali. In varie RSA in questo momento sta succedendo, come nelle terapie intensive, che non si ha tempo di bere, di mangiare, si corre da un paziente all'altro, senza riuscire a dare l'assistenza dovuta, con grande affanno e **lavorando fino allo stremo delle forze**;
- ulteriori difficoltà si sono dovute affrontare per garantire il **distanziamento di anziani con disturbi del comportamento** che vagano nei nuclei e ai quali è arduo far indossare e tenere le mascherine protettive. Il citato Rapporto dell'ISS rileva le contenzioni fisiche e l'aumento dell'uso di psicofarmaci dal 1° febbraio, ma i dati riportati non appaiono ancora significativi, anche se evidenziano una attenzione a questa tematica.

Un enorme stress aggiuntivo per gli operatori è **l'attenzione da tenere per non contagiarsi e per non contagiare**,tenendo conto il carico di lavoro affidato a ognuno. La citata ricerca Survey dell'ISS segnala che, nel campione analizzato, mediamente ogni operatore sanitario – medico e infermiere – sovraintende 7 posti letto, ma la situazione che si rileva dai

racconti è molto diversificata perché **in alcune realtà il carico di lavoro è molto più alto per la mancanza personale**. La possibilità di infettarsi e di infettare ha portato alcuni operatori a "chiudersi" con gli anziani nella struttura per evitare un possibile contagio. Si riferisce anche di operatori che dormono in struttura o in camere di albergo per evitare di mettere a rischio propri familiari.

Tutte le strutture hanno introdotto la misurazione della temperatura degli ospiti e degli operatori a inizio e a fine turno, per monitorare il sorgere di eventuali sintomi dell'infezione.

In queste settimane le strutture sociosanitarie sono state oggetto dell'attenzione dei media per il numero dei morti che ci sono stati, ma abbastanza poco si è scritto dell'enorme lavoro, dedizione e spirito di sacrificio del personale, ancor più gravoso perché spesso accompagnato dalla mancanza dei mezzi adeguati.

Le narrazioni dei servizi territoriali

Sta emergendo dai giornali anche un'altra situazione, che da giorni i racconti degli operatori dei servizi territoriali delineano. L'isolamento domiciliare,obbligatorio e fiduciario, per molti anziani a casa si è tradotto prevalentemente in un **contatto telefonico con la centrale operativa e in una mancanza di cure**, salvo l'encomiabile impegno di alcuni MMG. Spesso si è assistito al rifiuto del ricovero ospedaliero, previsto solo in caso di grave peggioramento delle condizioni di salute, in alcuni casi per scelta volontaria di anziani preoccupati di morire soli in una stanza di ospedale. I dati dei morti elaborati dall'ISTAT sembrano confermare questo scenario, che andrà verificato e compreso. Anche nel contesto territoriale i MMG e gli operatori ADI Covid non avevano sistemi di protezioni individuale e molti sono morti.

Occorrerà fare tesoro di queste esperienze, delle modalità messe in campo per contrastare la diffusione del virus e introdurre ulteriori azioni con creatività e responsabilità, per continuare a tutelare le persone anziane o fragili da un possibile contagio futuro, visto che con il virus SARS-COV2 bisognerà convivere.

La fragilità del servizio sanitario lombardo

"I sistemi sanitari occidentali sono stati costruiti attorno al concetto di assistenza centrata sul paziente, ma un'epidemia richiede un cambiamento di prospettiva verso un concetto di assistenza centrata sulla comunità." Questo dicono i medici dell'ospedale di Bergamo nel loro articolo scritto per Catalyst, il media di approfondimento del New Enlgand Journal of Medicine.

Questo è ancora più vero per **il modello sociosanitario delle Lombardia, prevalentemente ospedale-centrico, che ha dimostrato le sue drammatiche fragilità**. Se si riflette sulle indicazioni date dalla Regione emerge come **il sociosanitario (RSA) e il territorio siano stati letti esclusivamente in funzione di "supporto" all'ospedale**. L'obiettivo era inevitabilmente quello di non congestionare le terapie intensive, ma nessuna riflessione è stata fatta su quanto succedeva nel frattempo sul territorio. Una sanità interpretata come prestazione da acquistare e non come bene pubblico da garantire ha, di fatto, creato un'organizzazione monca in cui il sociosanitario, l'igiene, la sanità pubblica e la medicina territoriale hanno sofferto drammaticamente. Sarà necessario anche capire se la suddivisione delle competenze e delle risorse tra ATS – dove sono collocati i Dipartimento di igiene e prevenzione, delle cure primarie e di Programmazione per l'Integrazione Sociosanitaria con quella Sanitarie con quelle Sociali (PIPSS) – e le ASST sia funzionale, considerata anche la vastità delle aree territoriali che sovraintendono, che probabilmente non ha favorito un monitoraggio puntuale della situazione pandemica.

Al di là della doverosa ricerca di eventuali responsabilità di questa situazione, doverosa per le migliaia di persone che sono morte, abbiamo tutti tanto su cui riflettere e tanto su cui lavorare per mettere al più presto in sicurezza le strutture sociosanitarie, per non trovarci più impreparati a questi eventi e per ripensare il modello sociosanitario lombardo, facendo

tesoro di ciò che il virus SARS – COV2 ci ha insegnato.

Gratitudine è dovuta a tutti gli operatori sociosanitari, a partire da chi fa le pulizie, i cuochi, i manutentori e gli operai, gli ASA, gli OSS, gli infermieri, gli animatori, gli educatori, i terapisti occupazionali, i medici, gli amministrativi, i religiosi, i coordinatori di struttura e di nucleo, i responsabili sanitari e i direttori che in questa emergenza hanno messo al centro la persona, la persona più fragile.

Foto di "The Rev" Deborah Windham da Pixabay