

La ripartenza delle attività sociosanitarie lombarde

Dgr n. 3226 del 9 giugno 2020, Atto d'indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla fase "1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19

L'articolo analizza la delibera regionale n. 3226 del 9/6/2020 nella quale si definiscono il ruolo delle ATS e degli Enti gestori fornendo indicazioni sulla prevenzione dell'epidemia da COVID-19 nella cosiddetta "Fase2".

a cura di Marco Noli - martedì, Giugno 16, 2020

<http://www.lombardiasociale.it/2020/06/16/la-ripartenza-delle-attivit%C3%A0-sociosanitarie-lombarde/>

La Regione Lombardia attraverso la [deliberazione n. 3226 del 9/6/2020](#) recante "Atto d'indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla fase "1" dell'emergenza epidemiologica da COVID – 19" ha definito il ruolo delle ATS e degli Enti gestori, fornendo le indicazioni per il ripristino delle attività sociosanitarie nella massima sicurezza per gli utenti e gli operatori. Le indicazioni attengono sia alla prevenzione dell'epidemia, sia al tempestivo riconoscimento di casi sospetti e la conseguente attivazione degli interventi di contenimento del contagio.

Di seguito, attesa la complessità dell'atto, si intende fornire una prima analisi sintetica, integrata con alcuni allegati, rinviando alla lettura integrale dell'atto per gli opportuni approfondimenti.

Ruolo ATS

L'atto d'indirizzo regionale assegna alle ATS i seguenti compiti:

- **effettuazione di controlli** (sopralluoghi, atti documentali, audit) per la verifica della conformità alle linee regionali del piano organizzativo – gestionale presentato da ciascuna struttura erogatrice, nonché delle specifiche procedure e della loro effettiva applicazione, compreso la nomina e le attività assegnate al referente COVID 19;
- **avvio di tavoli di Coordinamento** tra Rappresentanti degli Enti gestori, ASST e ospedali privati per:
 - condividere buone pratiche cliniche / assistenziali;
 - verificare eventuali bisogni formativi in riferimento al COVID – 19;
 - promuovere percorsi tra la rete sociosanitaria e sanitaria (es. accesso appropriato al PS, ridurre trasferimenti, privilegiando consulenze specialistiche accertamenti strumentali presso le U.d.O, o per via telematica, per evitare trasferimenti rischiosi ed inutili);
- **verifica** della predisposizione dei piani specifici di formazione, nonché l'effettivo apprendimento da parte degli operatori;
- **vigilanza** sul coinvolgimento attivo dei parenti nel PAI, malgrado la limitazione delle visite.

Enti gestori

Gli Enti gestori delle U.d.O sociosanitarie sono chiamati a:

- riattivare gradualmente le loro attività. La Regione riconosce, valorizza e chiede di continuare le esperienze di erogazione di servizi in modalità alternativa a distanza o presso il domicilio (come previsto agli art. 47-48 del DL 17.3.2020 convertito in L. 27 del 24.04.2020)
- nominare un **Responsabile aziendale COVID**;
- predisporre il **piano organizzativo – gestionale** con le relative procedure /istruzioni operative, da trasmettere ATS, in conformità a queste linee guida e che dovrà almeno riguardare i seguenti aspetti:

riguardo alle persone:

A) ospiti/utenti:

- criteri di presa in carico nuovi soggetti (priorità sui livelli di urgenza improcrastinabile commisurate risorse disponibili);
- precauzioni standard e specifici nell'assistenza a tutti e monitoraggio clinico / laboratoristico.

B) ospiti/utenti/operatori/ altri soggetti (visitatori)

- modalità di accoglienza;
- misure igienico sanitarie definite dal Ministero e l'uso dei DPI in base al profilo di rischio oltre ad eventuali misure alternative quali il distanziamento sociale, in caso di non applicabilità funzionale;
- gestione di eventuali “casi sospetti”, “casi probabili” o “casi confermati” di COVID-19;
- piano di formazione e informazione in merito al COVID -19.

C) operatori:

- adozione di procedure per la sorveglianza sanitaria per esposizione a SARS-CoV-2 in attuazione delle attuali e prossime normative nazionali e regionali;

riguardo agli ambienti:

- sanificazione ordinaria e straordinaria di ambienti, apparecchiature e eventuali mezzi di trasporto per operatori/utenti;
- verifica delle caratteristiche di areazione dei locali e degli impianti di ventilazione/ climatizzazione;

riguardo all'organizzazione:

- aggiornamento del Progetto struttura e di quelli individuali, ove previsti;
- aggiornamento della Valutazione del Rischio (D.lgs. 81/08).

Gestione dei pazienti COVID 19

Fermo restando che tutte le strutture devono essere attrezzate per l'eventuale gestione in sicurezza dei casi affetti da COVID-19 che potrebbero insorgere tra gli ospiti /pazienti, la Regione dispone:

per i casi COVID-19 di futura eventuale insorgenza si prevede il tempestivo trasferimento presso strutture di ricovero a carattere sanitario, appositamente individuate (di seguito strutture sanitarie COVID dedicate) con due specificazioni:

- **in via eccezionale: per ospiti / pazienti in stato terminale, o grave compromissione clinica**, e pertanto non trasferibili dalla struttura ospitante, si può procedere alla prosecuzione dell'assistenza in struttura, adottando tutte le misure di massima sicurezza per il contenimento del contagio SARS-CoV-2, previste dalle normative nazionali e regionali.
- **in via transitoria: per gli ospiti/pazienti attualmente risultati positivi alla ricerca molecolare SARS CoV2**, salvo evoluzione del quadro clinico che richieda il trasferimento presso ospedale attrezzato, è consentita la prosecuzione dell'assistenza in struttura adottando tutte le misura di sicurezza.

Formazione e informazione

La Regione ribadisce la necessità della formazione prevedendola obbligatoria (**da effettuarsi non oltre 31.08.2020**) per tutti gli operatori sanitari e sociosanitari indipendentemente della tipologia contrattuale, con riproposizione periodica sulla patologia COVID e prevenzione e contenimento dell'infezione da Sars – Co – V – 2. Questa opportunità è estesa anche agli ospiti e ai visitatori, volontari e caregiver, compreso genitori ragazzi disabili e assistenti familiari.

Principali attività coordinate dal Referente COVID – 19

Andrà individuato un **referente sanitario, preferibilmente il Responsabile sanitario (11)**, che dovrà collaborare con medico competente e l'RSPP per l'aggiornamento del Documento di Valutazione dei rischi con riferimento al SARS – CoV -2.

In particolare, il Referente COVID coordinerà:

- la gestione dei flussi informativi, la riorganizzazione degli ambienti e delle attività di lavoro, l'individuazione delle stanze d'isolamento per i casi sospetti / confermati e i relativi percorsi,
- l'aggiornamento delle procedure interne relative alla prevenzione delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), all'utilizzo e approvvigionamento dei DPI, alla definizione dell'attività diagnostica e di monitoraggio dell'infezione da SARS – Co-V-2, alla gestione dei casi sospetti o confermati, all'attivazione delle consulenze, al trasferimento dei pazienti confermati o sospetti COVID – 19, al rientro degli ospiti al domicilio e al piano di emergenza e di evacuazione per cause riconducibili a COVID – 19, ecc.

La Regione ribadisce l'indispensabilità di un **comitato multidisciplinare** di supporto nell'ambito delle ICA, più in generale, del risk management.

Regolamentazione degli accessi degli esterni, del personale, dei famigliari e degli utenti

La Regione prevede che il gestore implementi specifiche procedure differenziate per tipologia di soggetti che accedono alle strutture. Dando seguito alle indicazioni ministeriali e regionali, la Regione fornisce indicazioni distinte per l'ingresso / uscita di categorie di utenti: utenti provenienti dal domicilio vero e proprio, U.d.O. socio-sanitari, utenti che ritornano a domicilio e utenti che accedono ai servizi semiresidenziali e ambulatoriali sulla base dei risultati degli accertamenti di laboratorio (si prevede esecuzione del tampone naso – faringeo prioritariamente in presenza di sintomi; esecuzione dei test sierologici come screening rivolti a soggetti asintomatici, ma particolarmente vulnerabili). Al riguardo, nel dettaglio della regolamentazione si veda [l'allegato 1](#).

I costi degli accertamenti di laboratorio sono a carico del SSN.

U.d.O. Socio-sanitarie residenziali

Sono ricomprese: RSA; RSD; CSS; SRM; Cure intermedie; Hospice; Strutture residenziali NPIA; Strutture residenziali pediatriche, nonché le sperimentazioni socio-sanitarie di carattere residenziali quali Residenze per Minori gravemente disabili; Minori in Comunità, Residenzialità assistita per anziani.

L'ingresso di nuovi ospiti avverrà **secondo una procedura stabilita da ogni erogatore** che dovrà almeno esplicitare:

1. **i criteri di priorità** a favore dei casi urgenti e improcrastinabili;
2. **le modalità e i locali per la raccolta anamnestica e la visita medica** prima dell'accesso in struttura allo scopo di escludere condizioni di "caso sospetto", "caso probabile" o "caso confermato" di COVID-19 così come definiti dal Ministero della Salute;
3. **allestimento di un modulo di accoglienza o l'adozione di misure idonee per il distanziamento sociale** fra gli ospiti/pazienti,).

Gli ingressi per la Fase 2, soprattutto in RSA e RSD, sono limitati:

- **nei primi 14 gg:** non > a 1/3 dei posti letto liberi (a contratto o meno, conteggiati separatamente) quotidianamente disponibili;
- **nei successivi 14 gg,** incremento a 2/3 fino al ripristino delle regolari modalità d'ingresso.

Le U.d.O. residenziali **devono essere comunque in grado di effettuare un isolamento temporaneo** (anche funzionale) dei sospetti e degli esposti e in caso di **impossibilità per limiti:**

- **strutturali e impiantistici:** assenza di padiglione / struttura con percorsi separati per livello di rischio, assenza di impianto di ossigenoterapia;
- **organizzativi;** impossibilità di destinare personale esclusivamente dedicato a pazienti a rischio, assistenza infermieristica non presente;

effettuare trasferimento presso altra struttura più idonea.

Specifiche procedure devono essere previste per il rischio COVID – 19 per utenza atipica (stati vegetativi, SLA, nuclei Alzheimer ecc.)

Nell'intento di favorire, ove possibile, una presa in carico più orientata al setting domiciliare, oppure

orientata ad una progressiva ricerca di nuovi luoghi di cura e alla deistituzionalizzazione degli ospiti delle strutture residenziali, potranno essere sviluppati **modelli innovativi di assistenza**, alternativi a quelli già in essere.

Per le RSA e RSD si dovranno prevedere **procedure per il rientro anche temporaneo a domicilio** in base a:

- **criteri di igiene e sanità pubblica:** il Dipartimento Prevenzione ATS deve valutare i rischi per l'ospite e per la comunità (famigliari);
- **criteri clinico/assistenziali:** il medico di RSA/RSD insieme al MMG, che verrà eventualmente attivato, esprimono un parere circa sulla dimissibilità del paziente, ovvero un parere sulla sicurezza e appropriatezza clinica/assistenziale che verrà fornita a domicilio (es. profili ADI o, se possibile, anche direttamente del personale RSA/RSD, secondo modalità che verranno definiti in atti successivi) nonché sul trasporto sanitario programmato o con un mezzo privato da RSA / RSAD a domicilio;
- **criteri di spostamento** come da eventuali indicazioni nazionali e regionali;
- **criteri di libero arbitrio:** dopo una adeguata informazione sui rischi e benefici del rientro a domicilio, deve essere accolto il parere dell'utente (o del suo legale rappresentante) meglio per iscritto e prevedendo sempre il coinvolgimento del familiare/caregiver.

Devono essere implementate altresì **procedure relative all'invio in ospedale per eventi acuti non correlati al COVID-19, centrati su valutazioni multidimensionali e multi professionali, ispirate ai principi di proporzionalità e appropriatezza delle cure** oppure in base alle condizioni complessive (cliniche, funzionali e cognitive e pre-morbose), alla prognosi, ai realistici benefici attesi di un intervento intensivo.

La decisione deve essere condivisa con il paziente (o legale rappresentante), quando possibile con i familiari e in conformità con le eventuali Dichiarazioni Anticipate di Trattamento (DAT) [\[2\]](#) del paziente. **L'accesso alle terapie del dolore e alle cure palliative deve essere sempre assicurato nei casi necessari.**

U.d.O Sociosanitarie semiresidenziali e ambulatoriali

Nelle U.d.O semiresidenziali sono ricomprese: i CDI, i CDD, i CDC, i Servizi semiresidenziali per dipendenza, le strutture semiresidenziali NPIA e di psichiatria.

Nelle U.d.O ambulatoriali sono ricompresi: i consultori, i SERT/SMI; la riabilitazione, i servizi ambulatoriali di NPI e di psichiatria. Inoltre, sono ricomprese tutte le sperimentazioni sociosanitarie di carattere semiresidenziale e ambulatoriale.

Si prevede:

- ove possibile **il ricorso ad attività a distanza**, mediante telemonitoraggio o attività via telematiche o a domicilio, nel rispetto della libera scelta dell'utenza in ottemperanza alle norme nazionali e regionali in materia;
- **la ripresa** delle attività in sede, se non altrimenti erogabili, **gradualmente** (secondo procedure stabilite che indichino priorità a favore di casi urgenti e improcrastinabili) e **su appuntamento**,

previa misurazione della temperatura e l'esclusione di sintomi sospetti per COVID 19, assicurando il distanziamento e/o l'uso dei DPI. Se possibile queste attività andranno offerte in locali più ampi o all'aperto;

- la predisposizione delle **modalità di gestione di sintomi** di febbre durante l'erogazione delle prestazioni e per l'avvio della sorveglianza con le misure di isolamento verso gli esposti in accordo con il medico competente;
- **gruppi stabili con proporzionalità tra operatori e assistiti** per agevolare la tracciabilità dei contatti e deve tenere conto delle specificità di rischio;
- **l'esitamento di assembramenti** disponendo **distanziamento minimo di 2 metri** nelle prime settimane di riavvio;
- l'attività con rapporto 1:1 tra utente e operatore nei casi più complessi, con possibilità di riduzione del distanziamento sociale, nei casi previsti dall'art 9, comma 2 DPCM 17.5.2020;
- **la riprogrammazione dei servizi** in nuovi turni, commisurata alle problematiche sociali/organizzative del nucleo familiare.

Per le U.d.O sociali sociosanitarie semiresidenziali per disabili si rimanda alla d.g.r 3183 del 26.05.2020 recante *“Art. 8 DPCM 26 aprile 2020 come modificato dall'art.9 del DPCM del 17 maggio 2020: Avvio fase due servizi semiresidenziali per persone con disabilità (di concerto con l'Assessore Galera)”*.

U.d.O Sociosanitarie domiciliari

Nelle U.d.O sociosanitarie domiciliari sono ricomprese: ADI e ADI-COVID; UCPDom e CCF.Dom; RSA aperta e Assistenza ai religiosi in strutture residenziali.

Le ATS dovranno promuovere maggiormente la collaborazione con MMG/PLS, anche con i medici dell'USCA, favorendo il ricorso a sistemi di telemonitoraggio (vedi allegato 5 della d.g.r 2986/2020) evitando la sovrapposizione dei servizi.

Gli Enti gestori:

- dovranno prevedere percorsi di attività domiciliare con l'obiettivo di contenere il rischio di COVID-19;
- dovranno introdurre una procedura di **triage telefonico**, prima di ogni accesso, per escludere una sintomatologia sospetta di COVID -19 (si potrà dare indicazione affinché l'utente informi prima dell'accesso degli operatori lo sviluppo di sintomi sospetti COVID – 19);
- dovranno comunque adottare procedure standard e l'uso dei necessari DPI (se possibile anche gli utenti e familiari devono indossare mascherine o mantenere distanza di 1 metro);
- dovranno essere implementate **procedure di valutazione clinica/monitoraggio propedeutiche all'invio in ospedale, specificatamente per pazienti COVID -19, in accordo con MMG, ispirati al principio di proporzionalità e appropriatezza delle cure**, condividendo con il paziente, famigliari o legale rappresentante, in conformità alle DAT del paziente.

Per le **cure palliative** verrà predisposto dall'Organismo di coordinamento della rete regionale di cure palliative **un documento tecnico programmatico specifico**.

Per il consultorio si prevede le dimissioni precoci e la presa in carico domiciliare di puerpere e neonato da

parte delle ostetriche, previsione estesa anche in gravidanza, in presenza di fragilità che rendono difficoltoso l'accesso al consultorio.

Dovrà esser sviluppata l'offerta dell'infermerie di famiglia e di comunità già indicata nella d.g.r 2672 del 16.12.2019.

Revisione delle modalità rendicontative e relativi flussi

La Regione precisa che fornirà indicazioni in merito alle rendicontazioni alle prestazioni rese e delle relative tariffe aggiornate, in considerazione dei maggior sforzi sostenuti dagli Enti gestori nell'affrontare l'emergenza COVID 19. La Regione poi annuncia che si rivedranno i percorsi di accreditamento, controllo e di remunerazione delle UO della rete territoriale, si opererà per il superamento della frammentazione delle risposte ai bisogni a garanzia della continuità degli interventi per le attività erogate in regime residenziale, semiresidenziale e domiciliare. Si prevede un percorso sperimentale di revisione delle rendicontazioni e relativi flussi applicando un "sistema di codifica a DRG modificato" con superamento delle valorizzazioni per intensità di cura, classificazioni o profili di fragilità (CIA, Sosia, SIDI, ecc.).

Allegato B

Fase 2 Servizi dell'area della salute mentale (Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, sperimentazioni RIA Minori e Case Management, della psichiatria, delle dipendenze) e della sanità penitenziaria.

L'allegato B riporta il testo dell'art 8 del DPCM 26 aprile 2020 che recita specificatamente per la disabilità che la riattivazione dei servizi avvenga attraverso *"Piani Territoriali, adottati dalle Regioni, assicurando attraverso specifici protocolli il rispetto delle disposizioni per la prevenzione del contagio e la tutela della salute degli utenti e degli operatori"*

Specificatamente si dichiara che allegato B da attuazione a tale indicazione nei servizi che operano nella sperimentazione RIA minori e Case Management, ma anche estendendole ai servizi della Salute mentale delle Dipendenze.

L'allegato è composto da una parte generale e da quattro sub allegati:

- **Sub – allegato B1 – Fase 2: Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e riabilitazione;**
- **Sub – allegato B2 – Fase 2: Sperimentazione RIA Minori e Case Management**
- **Sub – allegato B3 – Fase 2: Psichiatria**
- **Sub – allegato B4 – Fase 2: Dipendenze**

Infine, c'è allegato un **Sub allegato B5 Fase 2: Sanità penitenziaria.**

Nell'economia di questo articolo si evidenziano alcuni aspetti significativi della parte generale mentre [nell'allegato 2](#) all'articolo si rubrica sinteticamente i richiami comuni dei 4 sub allegati, specificando solo alcune differenziazioni significative. Si rinvia ad una lettura integrale degli allegati in particolare il sub

allegato 5 sulla Sanità penitenziaria, attesa la specificità del tema.

La Regione precisa che i servizi dall'area della salute mentale (Psichiatria, Neuropsichiatria dell'infanzia, e dell'adolescenza) della disabilità e delle dipendenze, **costituiscono livelli Essenziali di Assistenza** e quindi si ribadisce che la continuità terapeutica è stata garantita anche nell'emergenza pandemica per ragioni etiche (popolazione con particolare fragilità), per non interrompere cure essenziali per i pazienti e per la rilevanza che i servizi svolgono in un'ottica di sanità pubblica.

La fase 2 è definita come periodo di transizione, ma essendo difficilmente definibile a priori la sua durata, le modalità operative che dovranno essere predisposte, sebbene temporanee, costituiscono **modalità di stabilità di funzionamento per operare in sicurezza nel tempo**.

Obiettivo di questo periodo è quello di rimodulare l'attività ordinaria dell'offerta sulla base di quattro presupposti fondamentali: **sicurezza, appropriatezza** (esecuzione dei trattamenti completi e appropriati che intervengano anche nell'ordinario e non solo nell'urgenza) , **innovazione** (capacità di riformulare l'organizzazione del lavoro e le modalità di offerta dei servizi) , **flessibilità** (capacità di modulare nel tempo, in relazione all'evolversi della situazione, l'organizzazione del lavoro, gli spazi disponibili, gli orari di apertura ecc.)

Alcune considerazioni finali

Di seguito si presentano alcune considerazioni che appaiono particolarmente significative, rinviando ad altri articoli eventuali approfondimenti.

Positivo è che la Regione preveda **il riconoscimento dei maggiori sforzi degli Enti erogatori** nell'affrontare l'emergenza epidemiologica da COVID – 19. Non è dato di capire con quali modalità ma è importante rilevare che c'è attenzione a quanto il COVID – 19 ha “messo in ginocchio” le U.d.O socio-sanitarie.

Pur riconoscendo lo sforzo regionale di formulare indicazioni operative utili all'avvio della fase 2 si può rilevare che la forma degli allegati alla delibera presentano numerose ridondanze a scapito di una lettura più efficace: è mancato un lavoro di sistematizzazione e di razionalizzazione degli elaborati probabilmente provenienti da diversi gruppi di lavoro.

Un'ulteriore differenziazione relativa alla forma, ma che incide sulla sostanza, è costituita dal fatto che l'allegato A assume la denominazione di atto di indirizzo, richiamando la titolazione della delibera, mentre l'allegato B, come esplicitamente dichiarato nella formula “ in ottemperanza a tale indicazione”, cioè l'art. 8 del DPCM 26 aprile 2020, assume, nella sostanza, la forma di “Piano Territoriale, adottato dalla regione” per l'avvio delle U.d.O dedicati alla disabilità, ma estese anche alla Psichiatria, Dipendenze e Sanità Penitenziaria.

Credo che non sfugga la differenza: l'allegato A fornisce indirizzi agli Enti gestori, sui quali grava la completa responsabilità di interpretare e applicare le indicazioni dell'atto d'indirizzo e di tutte le normative nazionali e regionali nello stesso continuamente richiamate. Nell'allegato B, invece, la responsabilità dei Piani territoriali è della Regione.

Questa sostanziale lettura del ruolo delle U.d.O socio-sanitarie attraversa tutto l'allegato A e sinteticamente si precisa che.

- 1. non viene riconosciuto pienamente alle U.d.O socio-sanitarie regionali di essere parte integrante del sistema dell'offerta del SSR.** Lo sono infatti in forza dell'autorizzazione, accreditamento, contrattualizzazione previste dalla Regione e in quanto erogatori di prestazioni

- sociosanitarie a persone non autosufficienti previste dai LEA (art. 20, 21, 22, 29, 30 e 31) ;
2. si mette “sottotraccia” che **tutti gli interventi di prevenzione, sorveglianza e monitoraggio dell’infezione da SARS CoV 2, sono interventi di sanità pubblica**, afferenti all’art. 2, allegati 1 e art 7 dei LEA, e come tali **di competenza delle ATS, in particolare dei Dipartimenti di Prevenzione**. Gli Enti gestori sono responsabili dell’erogazione gli interventi sociosanitari in conformità alle indicazioni di accreditamento e di contrattualizzazione che non ricomprendono attività di sanità pubblica. Conseguentemente, non posso essere responsabili dell’implementazione di tali interventi che competono al Dipartimento di prevenzione, il quale, in accordo con gli Enti gestori, è chiamato a dare precise indicazioni operative di sanità pubblica da rispettare e attuare nelle U.d.O sociosanitarie. In sintesi, **non può essere demandata agli Enti gestori la responsabilità di interpretare**, a seguito delle indicazioni generali di prevenzione, sorveglianza e monitoraggio dell’infezione da SARS CoV 2 fornite, quali iniziative specifiche mettere in atto nelle proprie strutture assumendone in toto la responsabilità;
 3. un’ultima annotazione riguarda la previsione di procedure di valutazione clinica / monitoraggio propedeutica dell’invio in ospedale previsto per le strutture residenziali e domiciliari. Chi scrive sa bene che l’invio di un ospite anziano particolarmente compromesso in ospedale è una tematica che ha sempre impegnato le strutture in ordine alla possibilità di configurare “un accanimento terapeutico”. Ma il **dispositivo della delibera, previsto per eventi acuti non correlabili al COVID 19, va ben oltre alla valutazione di accanimento terapeutico: si prevede una valutazione di proporzionalità e appropriatezza che tenga conto delle DAT del paziente**. Si tratta di una valutazione squisitamente sanitaria che **chiama in causa aspetti etici non demandabili alla determinazione della singola struttura**. È chiaro che si tratta di ragionare sul fine vita, previsto nei LEA a totale carico della sanità, e ci si chiede: per l’attivazione delle garanzie dei LEA è la condizione del paziente che deve essere considerata o il luogo dove tale condizione si realizza? **A parere dello scrivente è la condizione del paziente, ovunque si trovi, ad attivare la garanzia dei LEA** perché il trasferimento in un hospice per la gestione del fine vita di un anziano che in RSA ha costruito relazioni sociali non avrebbe alcun senso. **Quindi è ora di riconoscere alle RSA, per il tempo rapportato al fine vita, l’assistenza a totale carico della sanità, con tutte le implicazioni del caso.**

In conclusione, richiamando anche le indicazioni contenute nel paragrafo di Revisione delle modalità di rendicontazione e relativi flussi, i tempi erano maturi (e oggi dopo la pandemia la questione è ancora più urgente) per **definire che cosa debba essere una RSA e conseguentemente per declinarne la sua collocazione nella rete dei servizi** sanitari e sociosanitari del Servizio sanitario regionale.

[1] Se è presente, o comunque abbia uno specifico profilo di competenze per il coordinamento degli interventi di pianificazione e. monitoraggio delle soluzioni organizzative più appropriate e sensibili per la prevenzione e controllo di COVID-19). Interessante la previsione del possibile ricorso a consulente esterno in condivisione con differenti Enti gestori

[2] Le Dichiarazioni Anticipate di Trattamento sono comunemente definite “testamento biologico” o “biotestamento”, e sono regolamentate dall’[art. 4 della Legge 219 del 22 dicembre 2017](#), entrata in vigore il 31 gennaio 2018.

PDF generated by Kalin's PDF Creation Station