CRA accreditate in Emilia-Romagna e Covid-19

L'analisi delle drammatiche esperienze vissute nelle RSA durante gli scorsi mesi può e deve essere occasione di riflessione per migliorare il sistema della residenzialità in Italia. L'autore propone un approfondimento su quanto avvenuto nelle strutture per anziani della regione Emilia-Romagna mettendo a fuoco i nodi critici ed evidenziando la necessità di avviare un profondo ripensamento delle politiche e dei servizi per gli anziani in Italia.

Di Raffaele Fabrizio *(esperto in programmazione dei servizi socio-sanitari per anziani e disabili, già dirigente della Regione Emilia-Romagna)*

"Voglio trovare un senso a questa storia, anche se questa storia un senso non ne ha.
Domani è un altro giorno, arriverà lo stesso."
Vasco Rossi

Questo contributo è focalizzato sulle strutture per anziani della regione Emilia-Romagna CRA[1] accreditate. Propone una riflessione su ciò che accaduto in queste strutture durante l'emergenza Covid-19 rielaborando i dati del rapporto della Regione Emilia-Romagna del 3 giugno 2020 e delle settimane precedenti. I dati possono non essere del tutto precisi. Vanno presi con un minimo di beneficio di inventario, comunque forniscono un'idea chiara dell'andamento tendenziale dentro le strutture e permettono prime importanti considerazioni nell'analisi di ciò che è realmente avvenuto nei mesi della pandemia, ma anche negli anni precedenti.

"I numerosi decessi all'interno delle strutture per anziani costituiscono un esito inevitabile" (Gori e Trabucchi, 2020) avvenuti non nel vuoto, ma all'interno di sistemi e relazioni che hanno mostrato, non da oggi, debolezza e perdita di attenzione e capacità di governo. E' corretto fare delle strutture "**un capro espiatorio perfetto per l'accaduto**"? I dati raccolti nelle CRA accreditate attestano una realtà molto più complessa e contraddicono in larga parte questa narrazione prevalente.

La sintesi complessiva al 3 giugno 2020 del Report regionale sulla diffusione COVID-19 nelle strutture residenziali[2](tutte le tipologie) per anziani e disabili è illustrata nella tabella 1:

TIPOLOGIA SERVIZI RESIDENZIALI	N. strutture	N. p.l.	N. totale contagiati	% totale contagiati	N. deceduti	% deceduti
Casa Residenza anziani non autosufficienti (CRA)	414	22.642	3.545	80,9	1.076	82,6
Casa di riposo/Casa Albergo/Albergo per anziani	188	6.252	501	11,4	170	13,1
Comunità alloggio per anziani	138	1.827	94	2,2	20	1,5
Casa Famiglia e gruppo appartamento anziani	397	2.285	59	1,3	16	1,2
Alloggi con servizi e appartamenti residenze protette	59	633	8	0,2	3	0,2
Centro socio-riabilitativo residenziale per persone con disabilità (CSRR)	106	1.651	139	3,2	11	0,9
Gruppo appartamento Casa Famiglia per persone con disabilità	126	688	1	0,0	0	0,0
Altro			36	0,8	6	0,5
Totale complessivo RER	**1.428**	**35.978**	**4.383**	**100**	**1.302**	**100**

Fonte: Regione Emilia-Romagna

Tabella 1 – Strutture, posti complessivi, contagiati e deceduti nei servizi residenziali in Emilia-Romagna, al 3 giugno 2020

Nella notte tutte le vacche sono nere?

Mischiare le diverse realtà comunque denominate per anziani e per anziani e disabili, come hanno fatto diversi report (ISS, 2020), è fuorviante. Se non altro perché le condizioni degli anziani ospiti sono molto diverse. Pur riportando dati oggettivi ed inoppugnabili, un simile approccio favorisce una non comprensione superficiale. Più correttamente qualcuno ha evitato il riferimento alle RSA, preferendo riferirsi alle “strutture residenziali per anziani” (Pesaresi, 2020).

Le profonde diversità (non solo nominalistiche) delle strutture residenziali e la carenza di dati omogenei, aggiornati e confrontabili, sono “limiti che ogni analisi scientifica del settore della residenzialità sconta nel nostro paese” (Arlotti e Ranci, 2020). L’analisi di Marco Arlotti e Costanzo Ranci è fondamentale per “comprendere quali sono le condizioni organizzative e finanziarie in cui queste strutture operano”, ed operavano da anni ben prima della pandemia, e mette in risalto i nodi critici[3] già presenti nello sviluppo degli ultimi anni, nodi che la pandemia ha evidenziato, non provocato.

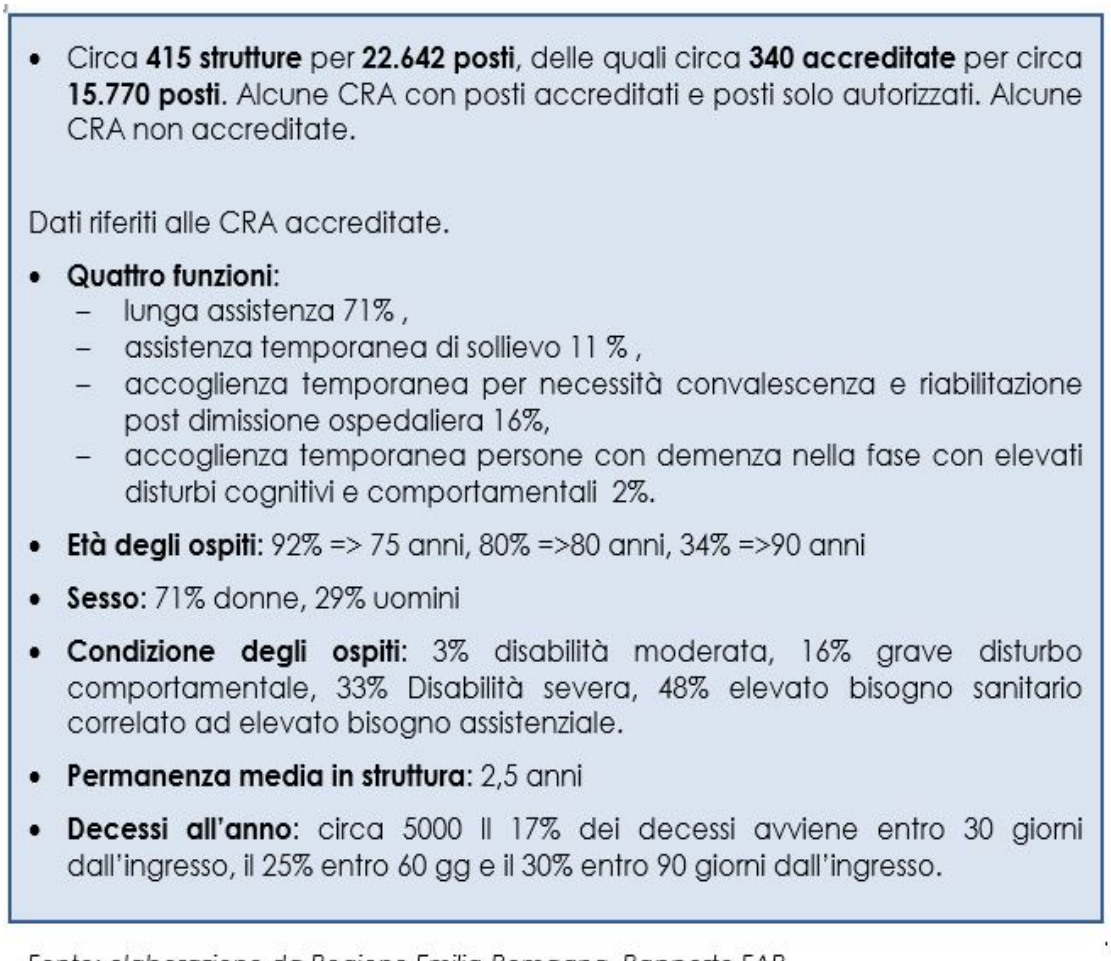
Possiamo attenderci e pretendere la stessa professionalità e lo stesso impegno da strutture accreditate, con un percorso pluriennale di qualità verificato e riconosciuto e con rapporti stabili con i servizi del territorio e da case famiglie lasciate riprodursi silenziosamente come offerta *low cost* alternativa alle residenze più strutturate, regolamentate alla meno peggio, senza alcun serio controllo, ma soprattutto senza percorsi di sostegno, crescita e professionalizzazione e verifica della qualità?

Inoltre, risulta del tutto inopportuno sommare i servizi per disabili in una unica analisi. Per questi servizi è necessario un approccio specifico in relazione alle condizioni ed alle esigenze proprie dei disabili adulti, che meriterebbe un successivo approfondimento. Da queste considerazione è derivata una scelta metodologica nell’analisi dei dati.

Delimitare il campo: le CRA accreditate in Emilia-Romagna

La delimitazione del campo di analisi nella RER alle sole CRA accreditate è motivata dall’azione di governo del processo di accreditamento e qualificazione dei servizi socio-sanitari sviluppatasi dal 2008 al 2015[4]. Nel box 1 sono riportati alcuni dati

che descrivono funzioni e condizione degli ospiti delle CRA, contenuti nell'ultimo Rapporto FAR della Regione Emilia-Romagna pubblicato sul sito regionale.



Box 1 – Le CRA in Emilia-Romagna

Il contesto nel quale si è sviluppata la pandemia nelle CRA

Le CRA, è bene ricordarlo, sono luoghi di vita e di cura, non pensati, costruiti e gestiti come luoghi idonei a garantire un adeguato isolamento. Al contrario luoghi deputati a mantenere e sviluppare gli interessi, le abilità residue e le relazioni.

Durante la pandemia hanno mostrato limiti altri setting assistenziali, ben più strutturati per gestire la situazione critica. La pratica del distanziamento e dell'isolamento mina alle fondamenta la relazione assistenziale, personale e di cura, che è alla base della vita quotidiana nelle CRA e del "prendersi cura" della persona anziana (Noli, 2020).

Alcuni elementi essenziali ma non esaurienti del **contesto** generale di quei giorni:

- l'indisponibilità di adeguati e sufficienti dispositivi di sicurezza individuale;
- l'inadeguata preparazione del personale assistenziale all'uso corretto dei presidi, **là dove disponibili**;
- i ritardi, soprattutto nelle prime settimane, nella messa a disposizione tempestiva di tamponi per i casi sospetti, costretti spesso a rimanere in struttura;
- a volte l'indisponibilità di ricoveri ospedalieri per anziani ospiti delle CRA in condizioni critiche;

- comunicazioni non sempre tempestive e a volte omesse verso le CRA da strutture ospedaliere, unità addette alla gestione dell'emergenza, dipartimenti sanità pubblica;
- assenza di indicazioni tempestive operative regionali (le prime indicazioni sono partite dalla Regione soltanto il 20 marzo 2020, quando ormai il tempo dell'azione tempestiva e preventiva era già passato) ed il ritardo di qualche giorno nella chiusura dei centri diurni;
- assistenza medica non sempre adeguata e a volte pare presente a singhiozzo da parte di alcuni medici di struttura;
- l'assenza nelle decisive settimane iniziali, in molti ambiti distrettuali, di indicazioni, sostegno, supporto da parte di dei competenti servizi territoriali dell'AUSL, lasciando di fatto soli i gestori, i responsabili e gli operatori delle CRA nell'affrontare "a mani nude" la tempesta.

Buone strutture solo quelle COVID-19 free?: "Catch it before it spreads"

Nella narrazione e nella rappresentazione mediatica viene implicitamente creato un idealtipo della "buona" struttura residenziale per anziani: quella capace sempre e comunque di tener il virus lontano da sé. Il timore, comprensibile tra gli anziani e i loro parenti, si estende al giudizio ed alle attese collettive. Basta leggere i comunicati stampa anche recenti di amministratori locali per comprendere come questo approccio si sia radicato anche in ambito istituzionale.

Si possono bloccare le visite di parenti ed esterni, con tutte le conseguenze devastanti messe in risalto da molti, già prodotte e future sulla salute, il benessere ed anche sui decessi degli anziani (Gori e Trabucchi, 2020) . Ma le strutture per anziani vivono di relazioni dentro fuori, hanno operatori, addetti ai servizi che escono, tornano in famiglia, vivono. E' auspicabile che il virus non entri in struttura ed è indispensabile fare prevenzione affinché non entri.

Ma è ancora più importante essere in grado di contenere e limitare il contagio, gestendo adeguatamente eventuali situazioni di ospiti, operatori, addetti, volontari contagiati: "*catch it before it spreads*". E' ottima una struttura che è riuscita ad evitare il contagio, così come va considerata di buona qualità anche una struttura che **nel contesto descritto** è riuscita a tenere limitato il contagio ad alcuni casi, anche eventualmente dovendo registrare il fallimento del decesso di un ospite[5].

In E-R una realtà contraddittoria: castelli assediati e isolati, concentrazione di morti, presidi a tutela degli anziani

Nelle CRA accreditate in E-R hanno convissuto due realtà, sintetizzate nella tabella 2. La maggioranza delle CRA accreditate (68% corrispondente al 62% dei posti), **pur nel contesto di difficoltà descritto sopra**, è riuscita ad assicurare comportamenti adeguati e ad evitare o limitare al massimo gli effetti del contagio quando avvenuto.

I risultati complessivi, senza dimenticare il dolore per la perdita di ogni persona, vanno analizzati nel confronto con altre realtà regionali e internazionali: in E-R è deceduto positivo al COVID-19 il 5,7% del totale ospiti del totale delle CRA accreditate (al 3 giugno 1053 persone), il 14,4% se rapportato al totale degli ospiti delle sole CRA contagiate. E' risultato positivo e contagiato il 18,8% del totale degli ospiti delle CRA accreditate (al 3 giugno 3847 persone), che sale al 44,44% se riferito agli ospiti delle sole CRA contagiate.

AUSL	% CRA contagiate	% CRA senza contagio	% CRA contagiate ma che hanno gestito bene limitati casi di contagio (8)	% totale CRA che hanno evitato o gestito bene piccolo contagio	% totale posti letto in CRA che hanno evitato o gestito bene piccolo contagio	% CRA con alto livello contagio	% deceduti sul totale ospiti CRA contagiate	% deceduti su totale ospiti stimati presenti al 20 febbraio 2020 in tutte le CRA accreditate	% contagiati su totale ospiti CRA contagiate	% contagiati su totale ospiti stimati presenti al 20 febbraio 2020 in tutte le CRA accreditate
Piacenza	90,9	9,1	18,2	27,3	17,5	68,2	7,5	7,1	27,3	25,9
Parma	66,7	33,3	9,8	43,2	40,2	55,6	9.4	7,3	28,1	22,0
Reggio Emilia	55,1	44,9	17,6	62,5	48,7	36,7	15,2	9,4	58,0	36,0
Modena	43,5	56,5	8,7	65,2	76,7	30,4	17,9	7,2	54,2	21,6
Bologna	30,4	69,6	5,4	75,0	57,8	21,4	14,6	7,3	41,7	21,4
Imola	0,0	100,0	0,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0.0	0,0
Ferrara	41,4	58,6	28,5	87,1	92,6	6,9	4,5	1,6	17,0	6,1
ROMAGNA	29,3	70,7	13,3	84,0	75,5	15,9	7,1	3,0	24,5	10,2
Amb. Ravenna	6,5	93,5	3,2	96,8	96,2	3,2	6,5	0,6	21,4	2,0
Amb. Forlì	43,8	56,3	12,5	68,8	49,2	25,0	5,1	4,1	23,2	18,7
Amb. Cesena	43,8	56,3	18,8	75,0	70.7	25,0	7,6	4,1	18,7	10,4
Amb. Rimini	42,3	57,9	21,1	78,9	78,3	21,1	11,3	4,9	35,0	15,2
TOTALE RER	**44,1**	**55,9**	**12,4**	**68,2**	**62,1**	**29,1**	**14,4**	**5,7**	**44,4**	**18,8**

Fonte: elaborazione sulla base dei reports regionali 3 giugno e precedenti

Tabella 2 – Diffusione contagio e decessi COVID-19 nelle CRA accreditate (solo ospiti con tampone positivo)

In contrasto con la narrazione prevalente che ormai descrive in modo generalizzato le strutture per anziani come “luoghi pericolosi, focolai di malattia e di morte” (Gori e Trabucchi, 2020), si può affermare su base documentale che accanto al “progressivo inevitabile e immodificabile spegnersi di molte vite” (Trabucchi e De Leo, 2020) diffuso in circa il 30% delle CRA accreditate, **la maggioranza delle CRA accreditate sono state un presidio di tutela della salute e della vita** per molti

anziani, pagato con costi piscologici ed emotivi enormi per gli anziani, gli operatori, gli addetti e per tutti i loro familiari. Va ricordato anche il sacrifico della vita di operatori, addetti e volontari delle CRA. “La salute psichica degli operatori dopo lo stress prolungato” (Gori e Trabucchi, 2020) rappresenterà anche nel prossimo futuro un fattore critico del quale tener conto adeguatamente.

Per il tipo di diffusione della pandemia debbono farsi considerazioni diverse tra le province di Piacenza e Parma (che non hanno avuto tempo per predisporre una linea difensiva) e tutto il resto della Regione. I risultati positivi assicurati da circa il 70% delle CRA accreditate vanno ascritti ad uno sforzo straordinario di tutti gli operatori: OSS, infermieri, terapisti, coordinatori, animatori, addetti alle pulizie, al guardaroba, alla cucina, a tutti i servizi dentro le strutture, volontari ma anche infermieri, medici e coordinatori di unità operative, direttori delle attività socio-sanitarie delle AUSL, operatori sociali degli uffici di piano e dei Comuni.

La capacità di integrarsi tra dentro e fuori appresa e praticata negli anni (**là dove è stata praticata…**) è stata la vera chiave di volta, anche per condividere il poco che si aveva in base alle diverse necessità emergenti giornalmente in ogni struttura. Per condividere anche le informazioni e le esperienze di chi per primo si è trovato sul fronte (Piacenza) senza avere il tempo per prepararsi. Anche questa collaborazione a distanza ha permesso ad alcuni di evitare effetti devastanti nel proprio territorio.

Purtroppo l’attiva collaborazione dei servizi territoriali dell’AUSL sembra **non aver contraddistinto** la realtà di tutti gli ambiti distrettuali. In alcune realtà i responsabili delle CRA, gli operatori, gli addetti ai servizi sono stati lasciati soli per settimane ad affrontare l’emergenza. Pochi hanno ricordato questo enorme sforzo silenzioso. Per quanto può valere questo contributo vuole essere anche un **documentato e sommesso riconoscimento alla verità dei fatti ed all’impegno di molti operatori** e addetti ai servizi del settore socio-sanitario, purtroppo meno considerati di altri perché operanti negli scantinati poco conosciuti del nostro sistema di cure. Nessuno di coloro che porta responsabilità glielo ha detto (anzi…..) riferendosi esplicitamente alle strutture per anziani e per disabili e forse nessuno glielo dirà.

E’ del tutto evidente che se in Emilia-Romagna la strage nelle CRA pur grande e dolorosa è stata fortemente limitata (e ciò va riconosciuto anche ai territori per primi hanno subito la pandemia senza aver tempo per reagire come Piacenza e Parma) **il merito è soltanto di tutti loro**, senza distinzioni professionali. Una comunità consapevole, pensante e riconoscente, pronuncerebbe un **grazie** e di lì partirebbe per tradurlo in azioni ed interventi per qualificare un settore da troppo tempo lasciato a se stesso. Senza per questo unirsi al coro sull’eroismo degli operatori: “l’enfasi sul coraggio dei singoli oscura i problemi strutturali” (Gori e Trabucchi, 2020). Continuo a pensare che sia “beato il popolo che non ha bisogno di eroi”.

E’ triste, in tempi di flessibilità e creatività amministrativa, vedere che non si sia stati capaci di garantire a tutti gli operatori, a prescindere dal tipo di contratto, quel piccolo riconoscimento economico che (peraltro senza che siano state previste possibili e opportune riduzione della tassazione) è stato riconosciuto o sta per essere riconosciuto ai dipendenti pubblici, anche amministrativi, con contratto di sanità pubblica. Purtroppo rende l’idea della disattenzione strutturale al “lavoro di cura”.

Ma il dato più significativo sul quale riflettere è un altro: l’estrema differenza di risultato nei singoli territori e di più nei singoli distretti ovviamente escludendo Piacenza e Parma. In 6 dei 38 distretti la totalità delle CRA accreditate è valutabile positivamente (vedi criterio indicato alla nota 4). In soli 2 distretti (Parma e Piacenza) più dei due terzi delle CRA accreditate è comprensibilmente con alto contagio (Piacenza e Parma). Negli altri 30 distretti il dato percentuale delle CRA ad alto contagio non è elemento significativo. Le situazioni complesse risultano concentrate in poche strutture all’interno dei singoli distretti e sono limitate a specifiche CRA. Nelle 99 CRA ad alto contagio è concentrato il 98% dei decessi in CRA. Se escludiamo Piacenza e Parma, le 59 CRA ad alto contagio rappresentano il 21% delle CRA accreditate con il 97% del totale dei decessi.

L'incidenza dei decessi in CRA sul totale dei decessi di persone Covid-19 positive

Un ulteriore elemento utile alla localizzazione delle situazioni critiche emerge dal confronto tra i decessi in CRA ed il totale dei decessi nella popolazione di riferimento, alla stessa data. Come emerge dalla tabella 3, a parte Piacenza e Parma nei territori che presentano un'incidenza intorno o superiore al 30% sono concentrate alcune CRA ad alto contagio.

AUSL	% contagiati in CRA accreditate sui contagiati del totale popolazione	% decessi in CRA accreditate sui decessi del totale popolazione
Piacenza	9,1	11,9 (15)
Parma	13,9	21,5 (25)
Reggio Emilia	17,4	38,5 (18)
Modena	10,9	29,0 (14)
Bologna	15,3	37,2 (12)
Imola	0,0	0,0 (0)
Ferrara	11,8	18,3 (2)
ROMAGNA	9,5	26,4 (13)
Ambito Ravenna	*3,1*	*13,2 (1)*
Ambito Forlì	*21,8*	*40,5 (4)*
Ambito Cesena	*11,6*	*42,9 (4)*
Ambito Rimini	*6,4*	*18,4 (4)*
Totale E-R	**12,5**	**25,4 (99)**

(*) Il confronto è meramente indicativo in quanto i dati di contagio e mortalità sono stati raccolti facendo riferimento al luogo nel quale è stata effettuata la diagnosi e non a quello di residenza.

Tabella 3 – Confronto al 3 giugno 2020 contagiati e deceduti con tampone positivo nelle CRA accreditate rispetto il totale di contagiati e deceduti con tampone positivo. Tra parantesi numero CRA ad alto contagio (*)

Il caso emblematico del distretto di Imola

Quanto realizzato ad Imola rappresenta un caso di approfondire. Benché all'interno del territorio sia stata delimitata una zona rossa (Medicina), con all'interno strutture per anziani e disabili, grazie alla tempestiva ed intensa azione di varie unità dell'AUSL e del Comune, all'attivazione dei tavoli di collaborazione operanti da anni con i soggetti gestori dei servizi accreditati (ma anche di quelli soltanto autorizzati o nemmeno autorizzati come le Case famiglia), grazie all'impegno dei responsabili e degli operatori ed addetti dei servizi **è stato possibile evitare anche solo un contagio** non solo nelle CRA accreditate, ma in tutte le 33 strutture delle diverse tipologie di accoglienza residenziale per anziani e disabili.

E' utile comprendere ciò che è stato messo in campo, con quale tempestività e cosa ha prodotto. Quali sono state le azioni, i comportamenti, le relazioni che hanno messo a valore il sistema e protetto gli anziani ospiti? Ed al contrario, cosa ha favorito la debacle nelle CRA ad alto contagio (59 se escludiamo Piacenza e Parma)? Non solo nei mesi della pandemia ma anche

negli anni passati, non solo dentro le strutture ma anche fuori nel territorio e negli ospedali[6], nel mancato completamento del percorso di qualificazione avviato con l'accreditamento e nell'affievolirsi della governance regionale su tutto il settore dell'integrazione socio-sanitaria.

Nella tabella 4 sono elencati ulteriori elementi favorenti e nodi critici rilevati durante le settimane più dure della pandemia nelle CRA.

Fattori favorenti	Fattori critici
Sperimentata e già praticata integrazione e condivisione della governance territoriale con i soggetti gestori	**Condizioni strutturali:** non articolazione per nuclei, difficoltà a compartimentare la struttura, scarsa presenza di camere singole per isolamento, presenza di camere a tre letti
Reale integrazione nella gestione della struttura tra tutte le componenti	**Alta presenza di rapporti di lavoro interinale** soprattutto per le attività sanitarie, in contrasto con la normativa vigente
Tempestività dell'intervento (uno/due giorni) di chiusura e attuazione programma di tutela	Comunicazione e collaborazione carente con assistenza ospedaliera (nelle settimane decisive)
Realizzazione immediata di interventi formativi su tutti gli operatori della struttura	Compresenza di più tipologie di servizi senza la disponibilità di percorsi autonomi e differenziati
Individuazione referente rischio infettivo (facilitate le CRA che avevano partecipato ad un progetto dell'Agenzia sanitaria regionale sulla riduzione del rischio infettivo)	Bassa qualità assistenza medica non integrata con la gestione complessiva della struttura
Adeguata qualificazione degli operatori e forte competenza da parte del team assistenziale del rischio infettivo	Scarsa chiarezza nella individuazione delle responsabilità in alcune CRA gestite da Associazioni Temporanee di Impresa e conseguente ritardi operativi
Stabilità del personale assistenziale e sanitario, nulla presenza di lavoro interinale o contratti a prestazione professionale	Continua erosione del personale infermieristico e assistenziale (OSS) da AUSL
Assistenza medica effettivamente integrata con tutto il resto della gestione della struttura e collegata a operatori dell'AUSl sia in ambito territoriale che ospedaliero	Assistenza medica: – Senza adeguata preparazione geriatrica – senza disponibilità – bassa qualità della presenza in struttura

Tabella 4 – Ulteriori elementi rilevanti emersi in E-R dalle esperienze territoriali dove è stata realizzata maggiore integrazione interna alle CRA e tra CRA e territorio

Allargare lo sguardo e la comprensione, prima di decidere

Urge definire le azioni per prevenire e gestire il rischio di una seconda ondata. Per modificazioni e innovazioni strutturali del sistema regionale è consigliabile prima cercare di capire. La giustizia sta procedendo a verificare responsabilità individuali. La risposta non potrà essere quella di un tumulto giudiziario (Terranova e Terranova, 2020) né l'intempestiva assunzione di decisioni basate su sensazioni e narrazioni non verificate e contraddittorie[7].

Occorre **rapidamente** analizzare e capire quanto avvenuto per "prepararsi al dopo", considerando quanto avvenuto "come una lente di ingrandimento sulla normalità" (Gori e Trabucchi, 2020) o meglio sarebbe dire sull'anormalità della realtà dei servizi per anziani.

Al momento manca la disponibilità di alcuni dati fondamentali:

- una stima più oggettiva della mortalità nelle CRA attribuibile al Covid-19, realizzando un confronto **tra i decessi** del primo semestre del quinquennio precedente ed i decessi del primo semestre 2020 replicando il metodo usato dall''Agenzia Sanitaria e sociale regionale E-R nella recente indagine sulla stima della mortalità totale legata al COVID-19 (Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale E-R, 2020) tenendo però ben presente due considerazioni ivi contenute:
  a) "eventi inattesi come la pandemia o virus influenzali particolarmente virulenti oppure ondate di calore durante l'estate, possono contribuire ad 'anticipare' la morte di persone particolarmente anziane o defedate, che sarebbero morte comunque nel breve periodo";
  b) "i decessi indirettamente attribuibili a Covid-19 sono quelli avvenuti in persone senza infezione da SARS-CovV-2, conseguenti all'impossibilità del sistema sanitario di farsi carico della domanda di cura per patologie acute o croniche ad alta letalità nel breve termine".
- una valutazione globale dell'andamento anche temporale dei contagi e dei decessi da Covid-19 non solo tra gli ospiti, ma anche tra operatori, addetti, frequentatori, volontari;
- una **rapida** analisi delle azioni e dei tempi di realizzazione delle stesse nelle forme di integrazione e collaborazione garantite a livello territoriale, **là dove esistevano relazioni costruite nel tempo**, approfondendo con interviste alcuni casi delle situazioni più problematiche e di quelle più virtuose (ad esempio Imola).

"Il futuro comincia oggi"

Su quali elementi concentrare l'attenzione e l'innovazione ? Alcuni riguardano la realtà regionale, altri invece non possono che essere affrontati e risolti a livello nazionale. Su tutto un imperativo urgente: nel rispetto della sicurezza, **ripristinare la vita**, i tempi, le relazioni all'interno delle strutture. Il Covid-19 non può diventare il termine di paragone di un rinnovato sistema integrato di cure per gli anziani.

I nodi da affrontare urgentemente

A livello regionale

1. **Quale sistema di governance del settore socio-sanitario?** Tra il 2005 e il 2015 in E-R è stata costruita, a partire dai servizi integrati socio-sanitari per anziani e disabili, un'esperienza significativa di gestione corresponsabile tra Regione e Comuni, centrata sulla dimensione del distretto. Il rapporto tra amministrazioni regionali e le realtà territoriali è stato ovunque un punto critico dell'emergenza (Gori e Trabucchi, 2020). Anche in E-R. Occorre ridefinire questo nodo nel nuovo contesto istituzionale e sociale.
2. Confermare e qualificare, nel nuovo contesto, la scelta della qualificazione e responsabilizzazione dei soggetti gestori, estendendo la **responsabilità gestionale unitaria** dei soggetti gestori a tutto il percorso assistenziale, anche quello medico, garantendo però condizioni contrattuali e retributive per tutti i profili professionali che consentano la

permanenza degli operatori nelle CRA. Il lavoro interinale e i contratti libero professionali non possono costituire la modalità ordinaria di gestione delle CRA. In questo quadro è opportuno anche superare progressivamente le Associazioni temporanee di impresa (ATI) come possibile forma di gestione dei servizi socio-sanitari accreditati per i problemi emersi in questi anni (amplificati dall'emergenza conseguente alla pandemia): individuazione non chiara delle responsabilità e conseguente gestione non sempre efficiente e rapida.

3. Utilizzare le procedure già previste per espellere dal sistema coloro che hanno dimostrato negli anni, non solo nel 2020, una **incapacità gestionale**, a prescindere dalla natura del soggetto gestore.
4. **Qualificare tutto il sistema ed in particolare**:
   o **formazione e aggiornamento**: con l'accreditamento erano stati ipotizzati percorsi e strumenti non attivati. Il progressivo definanziamento regionale dei corsi OSS ha portato alla carenza di operatori. Occorre valutare risultati e fallimenti di quanto previsto nel 2009 e garantire una maggiore qualificazione (non certo l'abbassamento del livello) di tutti gli operatori e l'immissione nel mercato del lavoro di un numero adeguato di OSS e infermieri. All'interno di questo quadro va anche rivisto il tema della adeguata formazione ed aggiornamento **dei responsabili delle CRA**, anche arricchendo e rivedendo il profilo;
   o **le forme di erogazione dell'assistenza medica** (alle dipendenze dei soggetti gestori o dell'AUSL, al fine di garantire la totale integrazione con la gestione complessiva della CRA e con la rete dei servizi sanitari) e il **potenziamento e qualificazione dell'assistenza infermieristica e riabilitativa**[8];
   o **le modalità di integrazione tra CRA e sistema dei servizi territoriali ed ospedalieri (tutti!)** realizzando in tempi brevi un sistema unitario (o almeno la comunicazione e la interoperabilità tra sistemi) di trasferimento delle informazioni e di interventi di medicina a distanza;
   o **le forme di gestione delle CRA**, superando le gestioni di singole strutture di piccole dimensioni e prospettando per le gestioni pubbliche (ASP) nuove forme e aggregazioni che consentano di superare attuali vincoli normativi, contrattuali e fiscali da un lato e di addivenire a economie di scala nei servizi generali e di supporto, non certo in quelli assistenziali e di cura;o **le strutture, attraverso programma un straordinario** di investimenti (richiamato successivamente per il livello nazionale) che garantisca maggiore comfort e sostenibilità ambientale delle CRA ottimizzando consumi energetici e ambientali;
   o **il ruolo delle CRA**, superando in un tempo definito tutte le **situazioni miste e spurie multiutenza** che, con scelte locali, hanno trasformato parte di alcune CRA in contenitori (depositi?) assistenziali multiscopo per altri tipi di bisogni e di utenze, creando situazioni spesso esplosive e comunque non più sostenibili dopo l'esperienza del Covid. "Il ruolo delle residenze per anziani: è necessario definirlo in modo più preciso" (Gori e Trabucchi, 2020);
   o **il superamento dell'isolamento tecnico professionale, psicologico e organizzativo dei professionisti** che operano nelle CRA, assicurando stabili strumenti ed occasioni di aggiornamento, scambio e confronto sulla base delle evidenze scientifiche e assistenziali.

A livello nazionale

1. **Ridefinizione del profilo dell'OSS**[9]**La figura dell'OSS è la reale architrave dei servizi socio-sanitari per anziani, in costante rapporto con gli anzia**

BIBLIOGRAFIA

Agenzia Sanitaria e Sociale Regionale E-R (2020), *Sorveglianza della mortalità durante la pandemia COVID-19* in regione Emilia-Romagna, 22 giugno.

Arlotti M., Ranci C. (2020), *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo nel nostro paese?*, inAGE, aprile.

Istituto Superiore Sanità – ISS (2020), *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale*, aggiornamento 5 maggio 2020.

Gori C., Trabucchi M. (2020), *Uno stress-test estremo sui servizi per gli anziani. Taccuino sul mondo nuovo. Uno / 31 marzo*, I luoghi della cura online, 31 marzo.

Gori C., Trabucchi M. (2020), *Residenze per anziani e Covid-19: come non parlarne a sproposito. Taccuino sul mondo nuovo. Tre / 17 aprile 2020*, I luoghi delle cura online, 17 aprile.

Gori C., Trabucchi M. (2020), *Residenze per anziani: il futuro comincia oggi. Taccuino sul mondo nuovo. Quattro / 30 aprile*, I luoghi della cura online, 30 aprile.

Noli M. (2020), *RSA e Covid-19, una drammatica realtà. Le narrazioni di questo periodo di emergenza*, I luoghi della cura online, 25 maggio.

Pesaresi F. (2020), *Il Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani*, I luoghi della cura online, 4 maggio (aggiornato il 27 giugno).

Regione Emilia-Romagna (2017), *Rapporto FAR 2015. Assistenza residenziale e semi-residenziale anziani.*

Terranova C., Terranova O. (2020), *COVID19 and death in Italy's rest homes. Is a judical turmoil the answer?*, The Lancet Psichiatry, vol 7/ july, pp. e46.

Trabucchi M., De Leo D. (2020), *Nursing homes or Besieged castles: COVID-19 in northern Italy*, The Lancet Psichiatry, vol 7/ may, pp. 387-388.