Il COVID-19 e le RSA: prime riflessioni e spunti per il futuro

Le policy e i media hanno sempre dimostrato scarso interesse al tema degli anziani; il COVID-19 è stato uno stress test che ha riportato in luce gli aspetti critici presenti nelle RSA già rilevati negli anni e mai affrontati pienamente, ed ha evidenziato la necessità di una riforma del sistema.

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

Sull'onda emotiva delle drammatiche morti in RSA si è accentuata una lettura che evocava le RSA come luoghi di abbandono, di incuria: la frase che spesso ha sintetizzato la situazione è stata "in RSA si muore", senza alcun approfondimento e lettura analitica di quanto stesse succedendo (Gori, Trabucchi, 2020).

Analizzando i dati della mortalità nelle residenze, rilevati attraverso una ricerca dell'Istituto Superiore di Sanità nel periodo 1/2/2020 – 5/5/2020, si evidenzia che su un campione di 1.356 strutture per un totale di 97.521 anziani, i deceduti con COVID 19 accertati con tampone sono stati il 7,4% di tutti i deceduti. Se invece si considerano i deceduti con sintomi simil-influenzali senza accertamento di positività, ma con possibile sospetto COVID-19 si raggiunge il 41,2% di tutti i deceduti nel periodo. Questi **dati sulla mortalità italiana sono in linea** -purtroppo – con i **dati dei morti collegati al COVID 19 nelle strutture per anziani nel mondo**, che oscillano da un 25% al 75% di tutti morti per COVID 19 (Pesaresi, 2020). Sarà necessario approfondire questi dati ancora incompleti e spesso confusi e scoordinati, e renderli più intellegibili per avere la reale entità dei decessi durante tutta la pandemia.

Per capire e avviare una riflessione seria sul tema dell'assistenza agli anziani è importante conoscere e ascoltare i protagonisti: i dirigenti, gli operatori e tutto il personale che con non meno abnegazione che negli ospedali hanno fatto di tutto per non far ammalare le persone ospiti delle loro strutture con molti meno mezzi degli ospedali, ma con la stessa se non maggiore determinazione. Anche a loro è dovuto il nostro ringraziamento, anche se la scena mediatica è stata presa dalle terapie intensive e dai Pronti soccorsi.

Le note che seguono sono una prima riflessione che parte dalle difficoltà indicate dai protagonisti della cura nelle RSA e si integra con i primi studi, nella consapevolezza che ci sarà molto da approfondire e conoscere per affrontare le criticità che il COVID 19 ha messo drammaticamente a nudo. Occorre anche accogliere la provocazione di alcuni autorevoli interlocutori che hanno sostenuto attraverso i media che occorre andare ad un superamento delle RSA, come è avvenuto per gli istituti per minori e per i manicomi. Chi lavora nel settore sa bene che è una posizione insostenibile, ma la provocazione va accolta per interrogarsi su cosa siano le Residenza Sanitarie Assistenziali, a che cosa servono e come sia possibile migliorarle.

Le RSA e le difficoltà incontrate nella prima fase dell'epidemia

Le definizioni più recente dell'assistenza sociosanitaria residenziale è contenuta all'art. 30 c. 1 lettera b) del DPCM 12 gennaio 2017 recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del D.lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992"[1].

In realtà non esiste una traduzione univoca della norma citata nelle regioni; **le residenze per anziani rappresentano un ampio contenitore di realtà diverse, che rispondono a tipologie di anziani diversi** e assumono definizioni diverse: RSA, residenze protette, case di riposo, case protette, ecc.[2].

Quando si parla di residenze, è necessario capire bene cosa si intenda concretamente con questo termine che include ospiti di diverse gravità. **La RSA ricovera anziani pluripatologici**, spesso con deficit cognitivi – in Italia circa il 50,7% ospiti hanno una diagnosi di demenza (Cherubini et al, 2012), gravemente non autosufficienti, con un'età media molto avanzata (il 74% ha almeno 80 anni e il 52% almeno 85 anni): costoro, proprio per la complessità della loro condizione non potrebbero essere adeguatamente assisiti a domicilio. Va detto però che nelle RSA esiste una residua fetta di anziani (tra il 10% e il 20% max.) che risultano inappropriatamente collocati e per i quali bisognerebbe valutare altre soluzioni. Il tema diventa quindi non "chiudiamo le RSA" ma "quali RSA e per chi?"

Per rispondere a queste domande è utile partire dalle criticità riscontrate dagli operatori delle RSA e riportati nel Report Finale del 5.5.2020 – Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali sociosanitarie a cura dell'Istituto Superiore di Sanità: queste criticità emerse così prepotentemente durante del COVID sono criticità già presenti nel sistema e riflettendo su queste è possibile forse proporre miglioramento per il futuro.

Le **criticità rilevate**[3]possono essere ricondotte sinteticamente a 4 questioni:

1. il posto che le RSA occupano nelle priorità del SSN
2. i problemi strutturali
3. il mancato collegamento delle RSA alla rete dei servizi territoriali
4. il personale e la sua formazione.

Per quanto riguarda ***il primo punto*****, il supporto del SSN alle RSA**, comunità per eccellenza di anziani, **è stato molto tardivo** pur avendo assistito a molte dichiarazioni in cui si ribadiva che le persone più colpite erano gli anziani. Non solo, queste strutture non hanno avuto accesso ai DPI ed hanno dovuto aspettare il 3 aprile 2020 per avere le prime indicazioni sui tamponi e il 18 aprile 2020 per avere indicazioni sulle azioni di prevenzione dell'infezione da COVID-19 nelle strutture da parte dell'Istituto Superiore di Sanità.

Tutte le strutture con grande senso di responsabilità si sono attivate molto prima di queste indicazioni e hanno adottato misure di contenimento dell'infezione da COVID – 19, che hanno contenuto l'impatto sulle strutture (non va dimenticato che molte di esse non hanno registrato morti per COVID – 19). Probabilmente nella concitazione dell'emergenza non si è fatto molto caso, ma nei fatti è emerso chiaramente che gli anziani "contano meno". Questo è il primo aspetto che la pandemia ha reso evidente: **da molti anni nell'agenda politica gli anziani non sono una priorità**. Eppure studi che evidenziavano la necessità di intervenire ci sono stati, come pure gli allarmi sulla evoluzione demografica, che vedrà un aumento importante della popolazione anziana che impatterà pesantemente sui servizi a lei dedicati. Il COVID -19 ha quindi fatto emergere questa cultura residuale nei confronti dei vecchi, che ha assunto in questi mesi anche la forma estrema nell'affermazione "ma chi muore è vecchio e con più patologie", quasi giustificando l'inerzia delle azioni di tutela. Per il futuro occorrerà mettere mano ad un nuovo patto generazionale che riconosca il patrimonio sociale e culturale rappresentato dai "vecchi", correlato al riconoscimento delle esigenze di futuro delle nuove generazioni.

La ***seconda criticità*** attiene all'**aspetto strutturale** evidenziato nella difficoltà di effettuare l'isolamento. Si ricorda che il DPCM del 22/12/1989 definiva le caratteristiche strutturali, organizzative e gestionali delle RSA. Prevedeva la suddivisone degli spazi con nuclei di 20 posti (per un massimo di 60 ospiti) e i diversi servizi comuni. Sostanzialmente si trattava di una tipologia strutturale che metteva insieme l'impostazione del reparto ospedaliero (quindi spazi funzionali agli operatori curanti), "ingentilito" con aspetti che ricordavano la casa (sala da pranzo, salottino ecc.). Negli anni questa impostazione è

stata un po' stravolta: si sono realizzate strutture più grandi, motivate da esigenze economico e gestionali di ottimizzare i costi sempre più crescenti (il *break-even* per la sostenibilità economica delle residenze è fissato a 120 posti letto). Tutto questo si è accentuato anche a seguito dell'ingresso nel settore di fondi d'investimento e soggetti multinazionali di assistenza che, a differenza del no-profit, si aspettano un ritorno remunerativo dell'investimento effettuato e quindi ampliano la capienza delle strutture.

Il cambio della tipologia di ospiti e la presenza di ospiti con demenza ha fortemente messo in discussione la strutturazione delle RSA obbligando ad interventi di compartimentazione, di chiusura, di governo dei varchi di uscita ecc. Non solo, considerata la gravità degli ospiti presenti nelle strutture, è prevalso il paradigma "sanitario" nell'impostazione delle attività. **Il COVID-19 ha accentuato la chiusura con l'esterno e potenziato l'esigenza di cure sanitarie**: per evitare il COVID-19 si sono correttamente isolati gli anziani, ma questa chiusura ha spesso provocato una flessione del tono dell'umore significativa e un peggioramento cognitivo. Nel dibattito attuale emergono orientamenti che spingono verso una ulteriore sanitarizzazione delle RSA, prevedendo requisiti strutturali che si avvicinano alla tipologia ospedaliera di un reparto malattie infettive.

Ma la domanda fondamentale è: come si coniuga la tutela sanitaria con le condizioni di vita, relazionali e affettive dell'anziano? Questa è la grande sfida del futuro, già presente nelle RSA, ma che il COVID-19 ha fatto esplodere. Occorre assumere la salute nel suo complesso e quindi il ben-essere dell'anziano, malgrado le patologie e le limitazioni funzionali che lo possono affliggere. Non ci sono per ora soluzioni definite, ci sono state delle riflessioni e sperimentazioni che possono essere riprese, approfondite, rivisitate e portate a sistema (Manoukian, Tarchini, 2020).

Per quanto riguarda il ***terzo punto***, **l'analisi dei servizi dedicati agli anziani in questi anni ha evidenziato** come spesso essi si siano collocati sui **due poli estremi**: la **domiciliarità**, supportata dall'Assistenza Domiciliare, e la **residenzialità**, prevalentemente focalizzata sulle RSA. Nel vuoto di queste due polarità si sono sperimentate forme di residenzialità leggere, che hanno provato a diversificare le risposte legandole all'evolversi dei bisogni dell'anziano che invecchia. Sinteticamente le due esperienze fondamentali sono state:

- Le abitazioni a supporto della vita indipendente: cioè abitazioni private arricchite di servizi a domanda, quali portierato sociale, assistenza domestica, servizi lavanderia ecc. Queste esperienze hanno evidenziato anche la necessità di mettere mano alla progettazione delle case, spesso non pensate per le persone che invecchiano, in modo da permettere all'anziano di rimanere presso il proprio domicilio il più a lungo possibile
- Le soluzioni di vita assistita: cioè abitazioni con supporti assistenziali capaci di sostenere un livello di non autosufficienza, in rete con i servizi territoriali sociosanitari (Giunco, 2014)

Ci sono anche altre forme di residenzialità leggera comunitarie, forme di co-housing, forme di adozione di anziani ed altre ancora, che sono da analizzare e verificare per valutare la loro riproposizione nella rete delle risposte ai bisogni degli anziani.

Quali prospettive future

È necessaria una *governance* della domanda che orienti l'anziano, con una corretta valutazione dimensionale, verso la soluzione che meglio risponde ai suoi bisogni. L'ottica è quella di una filiera di risposte graduate secondo l'evolversi del bisogno di assistenza che l'invecchiamento può determinare.

Se il sistema dei servizi per anziani si sviluppa in questa direzione, allora la RSA diventa una delle possibilità di cura dentro una rete di servizi più ampia e sarà dedicata prevalentemente alle situazioni più gravi. Sarà quindi comunque necessario potenziarle, se si considera che in Italia abbiamo 1,9% di posti letto ogni 100 persone con almeno 65 anni mentre in altri paesi ne abbiamo il 7,3% in Olanda, 6,4% in Svizzera, 5,4% in Francia, 4,6 in Austria (Gori, 2020). La tipologia di anziani che

le RSA continueranno ad assistere sarà quella di anziani gravemente compromessi, pluripatologici e con disturbi cognitivi complessi, per i quali le cure sanitarie saranno indispensabili. La sfida che dovranno affrontare sarà quella di non trasformarsi in *hospice* con degenze dilatate, ma di tutelare il ben–essere dell'anziano, che non può prescindere della necessità di mantenere una vita di relazione, per quanto possa essere limitata dalle patologie acquisite.

Inoltre, la situazione di isolamento dalla rete dei servizi che le RSA hanno vissuto va superata. Infatti le RSA sono strutture della rete sociosanitaria, come soprariportato, previste dai LEA e inserite a pieno titolo nel Servizio Sanitario Regionale e quindi parte integrante dei servizi del territorio. La pandemia ha rivelato infatti che in alcuni territori le RSA sono già parte integrante della comunità locale: molte amministrazioni comunali e aziende del territorio hanno dato il loro aiuto (fornendo DPI, finanziamenti e aiuti di vario genere) a molte di queste strutture perché le hanno sentite parte della storia, della loro comunità territoriale. Tutto questo, dove è emerso, va valorizzato e custodito come prezioso capitale sociale dei territori e dove è carente va propiziato. **Per il futuro occorre che le RSA siano in rete con tutti i servizi territoriali**: MMG, assistenza domiciliare, altre strutture residenziali leggere, ospedali, ambulatori specialistici, servizi sociali, associazioni di volontariato ecc., diventando a loro volta un centro servizi per la comunità circostante.

La **quarta criticità** emersa ed evidenziata dal Rapporto ISS è quella relativa al **personale**. Le strutture con più personale di assistenza hanno retto meglio all'impatto del COVID-19. Questo era palese anche prima: **un adeguato rapporto tra personale di assistenza e ospiti delle strutture residenziali permette di garantire un'assistenza migliore**. Occorre investire su una formazione più puntuale degli / delle ASA/OSS, operatori fondamentali dell'assistenza nelle RSA, che sia non solo focalizzata sulle tecniche assistenziali, ma completata con competenze relazionali fondamentali per l'assistenza agli anziani. La formazione è strettamente legata anche al riconoscimento professionale ed economico di tutti gli operatori che lavorano nel settore sociosanitario. Il COVID-19 ha evidenziato anche questa criticità: le strutture sanitarie hanno attratto moltissimi infermieri operanti nelle RSA creando gravi problemi di assistenza e le ragioni di questo esodo risiedono prevalentemente nelle retribuzioni mediamente significativamente più basse nel settore sociosanitario rispetto a quello sanitario. Questo aspetto attiene anch'esso alla cultura precedentemente citata che gli "anziani contano di meno".

Le risorse messe in campo nel settore sociosanitario ed in particolare nell'area anziani **sono insufficienti** e questo ha una ricaduta puntuale sulla qualità dell'assistenza erogata in tutti i servizi a loro dedicati. La pandemia ha reso ancora più critica la situazione economica nelle RSA: la riduzione della saturazione dei posti letto, il contingentamento degli ingressi, i posti letto per la quarantena, l'acquisto continuo dei DPI, la sostituzione degli operatori che si ammalano o finiscono in quarantena sta mettendo a dura prova i bilanci, soprattutto di quelle strutture più piccole, vicino alle comunità e gestite dal no-profit.

Oltre a quanto è emerso dalla ricerca, uno spunto di riflessione potrebbe essere che il COVID-19 ha anche portato in luce il **ruolo delle famiglie quali attori del processo di cura**. La soluzione "sanitaria" necessaria è stata quella di impedire ogni loro accesso per evitare l'ingresso dell'infezione nelle strutture. Ma se si riflette, anche in precedenza le famiglie erano spesso poco coinvolte nel percorso di cura: la loro posizione rischiava di radicalizzarsi su due poli opposti, la delega o la rivendicazione. In realtà, le famiglie sono attori del processo di cura e interlocutori fondamentali nella relazione con l'anziano e questo richiede una riflessione che valorizzi il loro ruolo di alleati nel perseguire il benessere dell'anziano. Il prodigarsi da parte di molte residenze di trovare modalità creative per garantire le visite dei parenti deve continuare anche quando passerà questa pandemia, inventando nuovi modi di coinvolgimento delle famiglie nel processo di cura. (Manoukian, Tarchini, 2020).

Conclusioni

Per progettare il futuro delle RSA occorre riprogettare tutta la rete dei servizi in una ottica di complementarietà ed integrazione: questo richiama i numerosi tentativi di riforma confluiti nelle proposte di legge sulla non autosufficienza depositati in Parlamento e fermi da molti anni. Esistono delle piste di riflessione, alcune delle quali richiamate in questo testo, che in questi anni hanno accompagnato il pensiero del cambiamento delle RSA che vanno verificate alla luce delle sfide che

il COVID-19 ha posto e continuerà a porre. La chiave che ci deve guidare è quella di come garantire non solo la salute, ma il benessere dell'anziano che invecchia e potrebbe aiutarci nella riflessione personale e collettiva la domanda: in quali luoghi di assistenza vorremmo vivere la nostra vecchiaia?

BIBLIOGRAFIA

Cherubini A., Ruggiero C., Dell'Aquila G., Eusebi P., Gasperini B., Zengarini E., Cerenzia A., Zuliani G., Guaita A., Lattanzio F., (2012), *Underrecognition and undertreatment of dementia*, in Italian nursing homes, vol. 13, n. 8.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 dicembre 1989, *Atto di indirizzo e coordinamento dell'attivitaà amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali*, Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.2 del 03-01-1990.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, "*Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502*", Gazzetta Ufficiale Serie Generale n.65 del 18-03-2017 – Suppl. Ordinario n. 15.

Giunco F., a cura di, (2014), *Abitare leggero, Verso una nuova generazione di servizi per anziani*, Fondazione Cariplo, Quaderni dell'osservatorio n. 17.

Gori C., (2020), *Dopo il Covid riformiamo le residenze per anziani invece che chiuderle*, in Domani, 22 ottobre 2020.

Gori C., Trabucchi M., (2020), *Che cosa abbiamo imparato dal Covid, in NNA L'Assistenza agli anziani non autosufficienti in Italia, 7° Rapporto 2020/2021 – Punto di non ritorno",* Maggioli, pp. 11- 33.

Istituto Superiore di Sanità (2020), *Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie*, Report finale, aggiornamento 05 maggio.

Manoukian F.O., Tarchini V., a cura di, (2020), *Vivere in RSA – Rielaborazioni di esperienze e indicazioni metodologiche per gestire servizi residenziali per anziani*, Maggioli.

Manoukian F.O., Tarchini V., (2020), *Sofferenze organizzative e intersoggettive nei servizi di cura per persone anziane*, in I Luoghi della cura online, n. 3.

Pesaresi F., (2020), *Il COVID – 19 nelle strutture residenziali per anziani*, in Luoghi della cura online, n. 2.