

vaccinazione di massa, devono trovare applicazione da parte di tutte le Amministrazioni coinvolte.

2.7 Anziani e RSA in tempo di pandemia: il Coronavirus quale acceleratore del processo di ripensamento del modello residenziale di assistenza agli anziani non autosufficienti.

Uno specifico paragrafo della Relazione del Difensore civico riferita all'anno 2019 era stato dedicato alle pratiche di *"istituzionalizzazione"* nella cura ed assistenza degli anziani non autosufficienti.

I dati del ricorso a modalità residenziali di assistenza socio-sanitaria degli anziani rispecchiavano, infatti, anche nel nostro Paese un andamento di progressiva crescita, in conseguenza del forte impatto prodotto dalle demenze in fase avanzata sullo stato funzionale dei soggetti colpiti. Ciò in corrispondenza della conseguente impossibilità dei rispettivi nuclei familiari (sempre più ristretti) di fronteggiare situazioni di estrema difficoltà.

In tali pagine, lo scrivente ebbe a citare scritti di autorevoli rappresentanti di diversa estrazione culturale (sanitaria, sociale, psicologica e psichiatrica), nelle quali, muovendo da un'analisi delle problematiche delle RSA dalla prospettiva dei soggetti ricoverati, venivano evidenziati rilievi sugli aspetti negativi delle pratiche di istituzionalizzazione e possibili nuove strategie di cura, ponendo il cambiamento di paradigma in tale ambito quale sfida ineludibile per i decisori politici.

Nel 2020, l'eccezionalità della minaccia alla salute degli individui e della collettività rappresentata dal COVID-19, ha acuito le condizioni di particolare vulnerabilità già esistenti.

Come sottolineato dal Comitato Nazionale per la Bioetica presso la Presidenza del Consiglio dei Ministri, nel parere del 28 maggio 2020, riguardante *"Covid-19: salute pubblica, libertà individuale, solidarietà sociale"*, tra i gruppi portatori di particolari vulnerabilità *"una considerazione speciale va riservata agli anziani e alle anziane, in primo luogo perché hanno pagato e stanno ancora pagando il*

prezzo più alto di vite umane. Ciò è vero soprattutto per quelli confinati nelle RSA, i più fragili”.

“Il fatto di essere ricoverati in istituzioni sociosanitarie, senza occasioni di uscita”, prosegue il CNB, “da fattore di potenziale protezione si è trasformato in ulteriore pericolo”.

Gli anziani e le anziane “hanno cioè pagato prima e più di altri il prezzo dell’impreparazione generale del sistema sanitario nell’individuare le filiere del contagio, nell’informare correttamente gli addetti all’assistenza sulle misure di prevenzione, infine nel fornire a questi ultimi gli strumenti di protezione individuale per impedire il contagio.

L’incapacità di fronteggiare il coronavirus nelle RSA si è innestata sulle precedenti inefficienze e storture dell’assistenza agli anziani...in particolare è emersa una cultura dell’abbandono, coniugata ad un’attitudine autoritaria nel gestire la vita delle persone fragili”.

Tali premesse hanno condotto il Comitato Nazionale per la Bioetica ad auspicare *“che questa dolorosa vicenda sia occasione per ripensare e ridisegnare il sistema di presa in carico degli anziani più fragili, con una scelta verso la domiciliarità, come luogo della cura e della protezione”*; precisando, peraltro, che *“ciò non significa che tutti gli anziani/e possano essere assistiti a casa, ma va inteso come raccomandazione affinché **la istituzionalizzazione sia considerata come soluzione estrema**”.*

L’argomento in questione ha formato oggetto di un dettagliato articolo di approfondimento comparso sul *“Quotidianosanità.it”* del 30 aprile 2020 (citato, tra gli altri, nel predetto parere del Comitato Nazionale per la Bioetica), a firma dei Professori Giuseppe Liotta e Leonardo Palombi, Docenti presso l’Università Tor Vergata di Roma e della prof.ssa Maria Cristina Marazzi, Docente presso l’Università LUMSA di Roma.

Di tale articolo, vengono qui di seguito riportati i passi più salienti, che evidenziano spunti di concreto ripensamento del sistema di presa in carico degli anziani non autosufficienti.

Icasticamente, nell’introduzione all’articolo, si afferma che *“invece che investire*

sui servizi di sostegno alla domiciliarità ci troviamo ancora una volta di fronte a programmi che puntano ulteriormente ad incrementare il numero di posti in RSA. La crisi Covid offre una chance di trasformazione per far maturare una svolta e dare finalmente sbocco ad una ricca riflessione sulla domiciliarità come luogo della cura e della protezione che matura da anni”.

L’approfondimento condotto dagli autori muove, innanzitutto dal considerare che *“la pandemia da COVID-19 ha messo in moto un’approfondita riflessione sul modello di cure extraospedaliere offerto soprattutto a soggetti anziani, per lo più con compromissioni più o meno gravi dell’autosufficienza. Il modello, come è noto, è articolato su un mix di assistenza domiciliare ed assistenza residenziale (Residenze Sanitarie Assistenziali e Case di Riposo) che varia da regione a regione, con una costante rappresentata dall’impressione di non riuscire a rispondere a tutte le persone che avrebbero bisogno di assistenza”.*

In tale contesto si fa cenno alla *“diffusione del fenomeno delle “badanti” (che aiutano al loro domicilio un numero di anziani quasi quattro volte superiore a quello assistito nelle RSA)”* che *“risponde sia ad una domanda di cura altrimenti inevasa che al diffuso desiderio, da tenere in attenta considerazione, di rimanere a casa propria anche quando si è non autosufficienti, conservando così un margine di gestione della propria vita che nelle istituzioni inevitabilmente si assottiglia con conseguenze spesso spiacevoli per la qualità della vita”*⁶⁵.

Venendo al tema della residenzialità nelle RSA, gli autori dell’articolo sottolineano che *“il dibattito di questi giorni nasce dal fatto che tali strutture, pensate per offrire una vita protetta a persone fragili, si sono rivelate contesti che hanno favorito la diffusione dell’epidemia tra le persone da proteggere come pure tra il personale dedicato alla loro all’assistenza.*

Le motivazioni per cui questo è successo sono ormai note: mancanza di protocolli atti a fronteggiare la diffusione di un virus quale il SARS-CoV- 2

65 Vedasi, al riguardo Miguel Benasayag *“Funzionare o esistere”*, Edizioni Vita e Pensiero, 2019, p.86: *“Certo, accade sovente che gli anziani che restano a casa loro si mettano in pericolo, ma in realtà si evocano soprattutto le difficoltà che quelle persone provano nel quotidiano. ‘Non immaginate quanto sia in difficoltà nel prepararsi un caffè!’. In effetti, è proprio per fare quel caffè complicato che bisogna restare a casa, perché tutte quelle difficoltà fanno parte del caffè, della mattinata, della vita. Quando quelle stesse persone sono, un po’ troppo frettolosamente, trasferite in una casa di riposo, il caffè è servito alla perfezione e tutto funziona bene...tutto tranne la persona stessa che, estrapolata da suo ambiente, deperisce – in pieno ‘buon funzionamento’”.*

associata alla mancanza di Dispositivi di Protezione Personale.

Inoltre è molto difficile garantire il distanziamento fisico in luoghi dove vi sono tante persone che hanno bisogno di assistenza personale ripetutamente durante la giornata.

Si aggiunga a questo la rotazione del personale (inevitabile se non con un aggravio di costi per le strutture) che agisce come potente fattore di rischio per la diffusione di un'epidemia.

Infine luoghi pensati nella maggior parte dei casi per avere almeno due persone per stanza difficilmente possono rapidamente riconvertirsi in strutture che garantiscano un efficace isolamento in caso di necessità".

Si aggiunga che l'"inadeguatezza 'strutturale' delle RSA a gestire pazienti altamente infettivi è stata accompagnata da provvedimenti" che, secondo gli autori dell'articolo, "si sono rivelati altrettanto inadeguati".

Dopo aver delineato il quadro della situazione, allo scopo di proporre nel concreto "un ripensamento del sistema delle cure extraospedaliere centrato sul coniugare domiciliarietà ed intensità di cura flessibili", vengono sottolineati "rilevanti elementi di contesto. Il primo è che in Italia una famiglia su tre è costituita da una persona sola e più del 50% degli ultraottantenni a Roma ed a Milano vive solo. Si tratta di una popolazione che esprime già oggi una domanda di assistenza mentre si trova in una condizione di rarefazione delle relazioni sociali. La carenza di risorse sociali, dal vivere soli fino all'isolamento sociale vero e proprio, sono un fattore di rischio sia per la mortalità sia per l'uso dei servizi ospedalieri, dal ricovero all'accesso al Pronto Soccorso" (viene citato nell'articolo il "problema dei frequent users presso i Dipartimenti di Emergenza degli ospedali, rappresentati spesso da anziani poveri privi di qualunque sostegno a livello territoriale, senza famiglia, con redditi inadeguati").

Proseguono gli autori indicando che "un intervento in grado di sostenere le famiglie ed i singoli nel desiderio di rimanere a casa deve porsi come obiettivo il mantenimento e la generazione di reti sociali che rinforzino le appartenenze e l'attenzione agli isolati."

Tali reti, si afferma con spirito propositivo, avrebbero "un fortissimo significato nell'ostacolare il dilagante fenomeno della trasformazione di una domanda

sociale in sanitaria, con tutte le conseguenze del caso”.

Il secondo elemento di contesto rilevato dagli autori dell'articolo, *“è la separazione tra sociale e sanitario che ancora caratterizza il nostro sistema dell'assistenza. Ne è testimonianza l'abitudine ad affrontare i problemi di assistenza socio-sanitaria partendo dalle patologie. Se è vero che esiste una specificità della clinica per ogni patologia, ed è bene che sia così, non è altrettanto vero che questa specificità si riverberi immediatamente in una particolarità assistenziale, soprattutto quando si tratta di persone anziane nella stragrande maggioranza dei casi affette da complesse multimorbilità. La domanda assistenziale si genera nel complesso interagire di condizioni psico-fisiche con la disponibilità o meno di risorse sociali ed economiche che possono permettere di fare fronte alle necessità assistenziali. La possibilità di rimanere al proprio domicilio è sempre il frutto di un equilibrio individuale tra deficit psico-fisici e risorse socio-economiche; tale possibilità si è rivelata ancora una volta durante l'epidemia attuale un potente fattore di protezione se si considera che, a detta dell'ISS, nel mese di aprile il 44% dei contagi si è verificato nelle RSA e solo il 24% in ambito familiare. Il drammatico aumento del rischio è evidenziato dal fatto che solo il 3% circa degli ultrasessantacinquenni italiani è ospite di tali strutture ma ha generato quasi la metà di tutti i casi di malattia”.*

L'articolo del *“Quotidianosanità.it”*, nel volgere alla conclusione, *“per superare la separazione tra sociale e sanitario”*, porta ad esempio *“esperienze che hanno dimostrato di funzionare”* ed indica quattro elementi tratti dalla letteratura internazionale:

- “- l'infermiere di comunità,*
- un robusto servizio sociale che provveda a garantire lo svolgimento delle attività della vita quotidiana,*
- un servizio di telemedicina in grado di limitare l'accesso ai servizi ospedalieri senza compromettere la qualità delle cure,*
- un sostegno informatico in grado di facilitare i processi di integrazione tra i diversi servizi ed il dialogo tra i diversi attori come pure con gli utenti stessi”.*

Gli autori, infine, rivolgono un appello ad *“investire sui servizi di sostegno alla domiciliarità”*, come *“luogo della cura e della protezione, mentre in realtà ci*

troviamo ancora una volta di fronte a programmi che puntano ulteriormente ad incrementare il numero dei posti in RSA. L'inadeguatezza di questa soluzione, anche sul piano economico, in termini di costi per le Regioni, gli utenti ed i Comuni, è sotto gli occhi di tutti e pensare di rispondere con le residenze alla vertiginosa crescita delle cronicità (si pensi solo all'incremento del burden of disease dell'Alzheimer, cresciuto del 79% negli ultimi 20 anni) significa costruire un futuro insostenibile per la nostra sanità".

Nel segno di questo processo di ripensamento del modello residenziale di presa in carico degli anziani non autosufficienti, lo scrivente Difensore civico nella Newsletter n.4 del 4 novembre 2020 ha evidenziato che l'avvio nel nostro Paese di una discussione prospettica su tale argomento ha ad oggetto non solo il tema di come riuscire a migliorare le RSA ma anche e soprattutto di come e dove vogliamo assistere gli anziani non autosufficienti.

Ed in tal senso, nella Newsletter si è dato conto di alcuni significativi interventi, che qui seguito vengono prospettati.

Relazionando ad un convegno sulla situazione degli anziani nell'emergenza sanitaria promosso recentemente a Bologna dai sindacati dei pensionati⁶⁶, il Cardinale Zuppi ha osservato che la norma, e non l'eccezione, dovrebbe essere che gli anziani stiano a casa e lì vengano protetti: con l'assistenza domiciliare, forme di cohousing e case famiglia.

La riflessione del Cardinale Zuppi è sovrapponibile a quella proposta da Enzo Bianchi in un articolo intitolato "*Chiudiamo le RSA. Ma per sempre*"⁶⁷ in cui ci invita a scandagliare "*un dramma vissuto da molti, benché sia il più possibile occultato...Un dramma carico di dolore e sofferenza*" che ha coinvolto personalmente l'ex Priore di Bose, avendo riguardato una persona a lui cara che, affetta da demenza ingravescente e per questo istituzionalizzata, si era ribellata al ricovero, rifiutando il cibo fino a morire.

Enzo Bianchi si interroga sul rischio più intenso prodotto dal processo di istituzionalizzazione, quello di trattare i vecchi come se fossero scarti; ed osserva

66 Cfr. La Repubblica, cronaca di Bologna, 14.10.2020, pagina 3

67 Cfr., La Repubblica, 26.10.2020, pagina 24

che *“gli anziani sono ritenute persone che stanno per uscire dalla vita, ad essi non solo non si riconosce più la saggezza dell’esperienza ma vengono considerati unicamente dal punto di vista demografico: quanto pesa la loro percentuale sulla società a livello medico, quale impegno comporta la loro assistenza, quale costo rappresentano per la società”*. L’invocazione finale appare netta ed assai poco diplomatica: *“Abbiamo chiuso le case per malati mentali, abbiamo chiuso gli orfanotrofi, cerchiamo di chiudere presto anche le RSA! Contrastiamo la follia che ci conduce a una vecchiaia artificiale di solitudine e non di vita, impegnandoci a percorrere vie diverse, come in altri Paesi: convivenze, condomini protetti, comunità, domiciliarità.”*

A queste voci si affianca anche un ulteriore approfondimento del già citato prof. Giuseppe Liotta, attento studioso di questa complessa problematica⁶⁸ che, ricordando uno studio del 2016 sulle RSA della Lombardia, indicava significativamente come la drastica insufficienza del *“minutaggio”* medio settimanale di assistenza medico-infermieristica-fisioterapica nelle strutture, associata alla segregazione in atto ormai da diversi mesi nelle case di riposo, vada a comporre *“un quadro che solleva più di un interrogativo sul futuro di queste strutture”*. Potendosi prefigurare, in prospettiva, un modello di cura *“orientato al domicilio (o forse sarebbe meglio dire alle diverse tipologie di domicilio da sviluppare)”* che, assorbendo *“il patrimonio di professionalità imprenditoriale, clinica, assistenziale racchiuso nelle RSA”* lo utilizzi, coinvolgendo correttamente le famiglie, per fornire risposte personalizzate alle esigenze dei pazienti non autosufficienti.

Dunque una *“terza via”*⁶⁹, sull’esempio di alcune esperienze già sperimentate in altri Paesi.

Particolare rilievo nel processo di ripensamento del modello di presa in carico degli anziani più fragili, di cui la pandemia, come si è detto, ha costituito un importante fattore di accelerazione, ha assunto un’iniziativa del Ministro alla Salute, Roberto Speranza: l’istituzione di una Commissione per la riforma

68 cfr. Giuseppe Liotta, Il problema non è migliorare le RSA ma come vogliamo assistere gli anziani, Domani, 28 ottobre 2020

69 Relazione annuale 2019 di questo Ufficio, pag. 153 e ss

dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana.

Commissione presieduta da Monsignor Vincenzo Paglia, attento conoscitore della problematica, cui è stato affidato il compito di aiutare il Governo nel disegnare le basi di una proposta di riforma intesa a favorire una transizione dalla residenzialità all'assistenza domiciliare attraverso il sostegno alle famiglie.

Conseguentemente allo sviluppo delle riflessioni sopra descritto, appare oltremodo significativo menzionare, per la compiuta sintesi dei vari profili trattati, alcune delle premesse citate nel Decreto del Ministero della Salute 08/09/2020, che ha istituito la predetta Commissione *“con il compito di coordinare l'attività del Ministero in relazione all'assistenza della citata popolazione in particolare con riferimento all'assistenza domiciliare”*.

Testualmente, si legge quanto segue:

“CONSIDERATO che la recente pandemia da SARS COV 2 ha colpito prevalentemente gli anziani e, in modo particolarmente severo, gli assistiti in Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e Case di Riposo, che secondo stime prudenziali costituiscono circa il 50% di tutte le vittime della pandemia;

RILEVATO che la letteratura scientifica unanimemente concorda sul fatto che le cosiddette Long Term Care Facilities (LTFC) siano state, in tutto il mondo, un importante fattore di rischio e di contagio e di decesso nell'ambito del COVID 19 confermando così le fragilità intrinseche delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie;

RILEVATO l'importanza protettiva per la popolazione anziana della permanenza presso la propria dimora e di conseguenza la strategica necessità di rafforzare il territorio e l'erogazione di servizi domiciliari, a fini di monitoraggio, valutazione, prevenzione ed assistenza;

CONSIDERATO che i servizi sul territorio, sono stati già oggetto di alcune decisioni importanti di questa compagine ministeriale come ad esempio la creazione o il rafforzamento, laddove esistente, della figura dell'infermiere di quartiere;

RILEVATO che si impone un cambio di paradigma dell'assistenza agli anziani, anche in considerazione all'emergere, con tutta evidenza ma non esclusivamente, in relazione al COVID 19, di una questione dei diritti e libertà

degli over 65, non di rado messe in discussione dalla pandemia in lungodegenze e residenze;

RITENUTO che è necessario ripensare in toto un nuovo modello assistenziale in grado di articolare un continuum di servizi in setting diversi, primariamente presso le dimore degli assistiti, nel loro habitat, nel tessuto familiare e sociale attraverso interventi e tecnologie innovative rappresenta un obiettivo di primaria importanza per il Paese”.

A tali premesse consegue, pertanto, la precisa individuazione di compiti della Commissione, che vengono così indicati:

“a) formulare proposte per la riorganizzazione del modello assistenziale sanitario e sociosanitario dedicato alla popolazione anziana, al fine di favorire una transizione dalla residenzialità a servizi erogati sul territorio e di ridefinire il continuum assistenziale, suggerendo servizi, modalità, strumento innovativi e digitali;

b) formulare proposte per l’efficientamento dei percorsi diagnostici e terapeutici del paziente cronico, garantendo continuità assistenziale nel passaggio dalla struttura ospedaliera al trattamento ambulatoriale e domiciliare;

c) formulare proposte per accrescere la qualità dell’assistenza, nonché per l’accessibilità alle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, fornendo una risposta di prossimità ai bisogni assistenziali anche attraverso lo sviluppo della sanità digitale”.

Non si può, d’altro canto, omettere che sono pervenute a questo Ufficio da Amministratori di Residenze Sanitarie Assistenziali e Case di Riposo riflessioni, proposte e segnalazioni connesse all’acclarata necessità di revisione dell’attuale sistema della presa in carico residenziale degli anziani non autosufficienti.

Si ritiene opportuno citare in questa sede le articolate “*proposte operative*” formulate dall’Associazione provinciale cuneese Case di Riposo pubbliche e private con nota del 12 agosto 2020, trasmessa oltre che allo scrivente Difensore civico, al Presidente della Giunta regionale, al Presidente del Consiglio regionale, all’Assessore alla Sanità, all’Assessore alle Politiche della Famiglia, al Responsabile

della Direzione regionale Sanità e Welfare, al Responsabile del Settore regionale Programmazione socio assistenziale e socio sanitaria ed al Presidente della IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte.

Tali proposte, ritenute *"inderogabili alla luce delle criticità evidenziate dalla pandemia Covid-19"*, riguardano *"il modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti"*, quale delineato in particolare dalle DD.GG.RR. n.45-4248 del 30 luglio 2012, relativa al *"Nuovo modello integrato di assistenza residenziale e semiresidenziale socio-sanitaria a favore delle persone anziane non autosufficienti"* e n. 85-6287 del 2 agosto 2013, di *"Approvazione del piano tariffario delle prestazioni di assistenza residenziale per anziani non autosufficienti come previsto dalla D.G.R. 45-4248 del 30 luglio 2012"*.

"Oggi", si afferma nel documento dell'Associazione provinciale cuneese Case di Riposo, *"a quasi otto anni dalla sua emanazione, si ritiene necessario un aggiornamento della D.G.R. 45-4248/2012, che non può essere ulteriormente rinviato, anche perché nel frattempo sono cambiati in modo radicale i bisogni delle persone anziane non autosufficienti e la conseguente erogazione di una risposta assistenziale efficace, efficiente, appropriata e personalizzata."*

D'altra parte, la Giunta Regionale stessa, con Deliberazione del 23 maggio 2016, n. 21-3331 (con la quale prorogava, in sanatoria, il piano tariffario previsto dalla D.G.R. 85-6287/2013 che è comunque scaduto il 31 dicembre 2017), dava espresso mandato alle Direzioni Sanità e Coesione Sociale di avviare congiuntamente «uno studio di fattibilità per la revisione del modello della D.G.R. 45-4248/2012».

La revisione era di per sé già necessaria alla luce del fatto che i settori sanitari e socio assistenziali, il terzo settore e il privato profit e no profit, hanno nel tempo subito un'evoluzione di non facile lettura, ma è stata soprattutto la pandemia Covid-19 a portare drammaticamente in evidenza carenze organizzative che devono essere immediatamente risolte"

I sottoscrittori del documento, ritenendo *"che tra i tanti problemi da discutere, sia urgente e non procrastinabile ripensare in primis ad alcuni aspetti"*, provvedono quindi a formulare *"proposte tecnico-operative"*, tra le quali, di

seguito, si sintetizzano le più rilevanti, alla luce degli argomenti e delle riflessioni trattate.

In primo luogo viene proposta la *"revisione dei livelli di intensità assistenziale e dei parametri di cui alla tabella 1 della D.G.R. 45-4248/2012"*

Al riguardo, si prospetta *"l'opportunità di ridurre le attuali sei fasce di intensità assistenziale, eliminando, ad esempio, la "bassa", perché non consente di garantire un servizio adeguato. Basti pensare che la D.G.R. 29 giugno 1992, n. 38-16335, per l'anziano in condizioni psicofisiche di parziale autosufficienza inserito in Ra, prevede 60/70 minuti e per la Rsa - fascia "bassa" i minuti richiesti sono appena 72.*

In generale, è comunque accertata l'insufficienza dei minuti minimi assistenziali, soprattutto di tipo tutelare, e dovrebbero, pertanto, essere tutti ragionevolmente incrementati. Contestualmente alla riparametrazione dei minuti assistenziali, occorre definire un sistema di valutazione condiviso, non soltanto basato su dati numerici risultanti dalle varie schede della cartella geriatrica, ma anche capace di fotografare esattamente la complessità della situazione, in tutti i suoi aspetti sanitari e gestionali".

Segue la formulazione di proposte riguardanti *"l'assistenza medica e revisione del sistema di attribuzione dei medici di medicina generale"*

Segnatamente viene specificato che *"attualmente, gli ospiti delle Rsa e dei Nat mantengono il proprio medico di medicina generale (Mmg)... In alcune Regioni (Emilia Romagna, Lombardia e Veneto, ad esempio) è la struttura stessa che designa il medico responsabile, al quale viene solitamente attribuita la funzione di coordinamento, con particolare riferimento agli aspetti igienico-sanitari, alla gestione dei farmaci e all'assistenza sanitaria degli ospiti e altresì alla cura.*

In Piemonte simile indirizzo è stato dato per il Nat e i Centri diurni Alzheimer dove è stata espressamente prevista la figura del "medico responsabile di nucleo", al quale sono state assegnate anche le funzioni di diagnosi e di cura. Nell'ottica della revisione della norma, si pensa che le scelte da intraprendere potrebbero essere, in alternativa: a) concedere all'attuale direttore sanitario (che non ha compiti di diagnosi e cura) anche la possibilità di assumere in carico gli ospiti delle Rsa, sospendendone l'affidamento al proprio Mmg;

b) istituire la figura del "medico responsabile di struttura", affidandogli compiti di diagnosi e cura nei confronti degli ospiti della Rsa e stabilendo il rapporto minuti di presenza/ospiti".

Per quanto concerne l'"assistenza infermieristica" i sottoscrittori del documento evidenziano che *"il reperimento di infermieri è reso particolarmente critico dal fatto che sia le Aziende sanitarie locali, sia le Aziende ospedaliere hanno effettuato assunzioni urgenti per affrontare la pandemia, sottraendoli, in alcuni casi, alle Rsa e ai Nat. Si pensi che, per effetto di questa situazione, alcuni servizi sono stati temporaneamente chiusi".*

In tale contesto, *"sarebbe, tra l'altro, necessario:- stabilire un congruo aumento dei tempi giornalieri di presenza dell'infermiere, indicati nella Tabella 1, allegata alla DGR 45-4248/2012, con riferimento a ciascuna fascia di intensità e livello di complessità, soprattutto al fine di poter garantire un'adeguata e puntuale risposta assistenziale nei momenti critici;- precisare chiaramente quando l'infermiere debba essere presente o reperibile, anche in relazione alle dimensioni organizzative delle piccole Rsa...".*

E così ancora si sottolinea che *"la cronica carenza di personale qualificato OSS si è acuita ulteriormente durante la pandemia", sollecitando "l'avvio di corsi di formazione per OSS con formazione complementare in assistenza sanitaria, in numero adeguato alla domanda proveniente dal territorio, sia finanziati dalla Regione, sia con la compartecipazione delle imprese".*

Gran parte delle proposte rappresentate dall'Associazione provinciale cuneese Case di Riposo erano già state in precedenza esposte allo scrivente Difensore civico dal Presidente regionale dell'Associazione Nazionale Strutture Terza Età (ANASTE), che, tra l'altro, nel maggio dello scorso 2020, riferiva in ordine a sondaggio regionale effettuato dall'Associazione, *"che ha raggiunto il 50% delle RSA piemontesi"* e che ha evidenziato *"la situazione di fragilità, non solo sanitaria, ma anche economica, in cui si trovano le strutture"*.

"Sui 12.032 posti letto autorizzati che hanno inviato i loro dati, abbiamo una media regionale di 1.643 posti letto liberi (-15%), e nei 10.389 posti letto occupati abbiamo 1.021 anziani che sono ancora positivi al Covid 19 (l'11%):

questi numeri mettono in evidenza che all'interno delle nostre RSA è ancora in pieno corso l'emergenza sanitaria, dovuta alla presenza di 1.021 anziani non autosufficienti positivi al Covid 19, il cui stato di salute potrebbe precipitare da un momento all'altro, considerato il loro alto livello di comorbilità".

Da ultimo va segnalato che assumono un ancor più rilevante significato, alla luce dell'emergenza, le riflessioni e le proposte contenute nel Manifesto per "prendersi cura delle persone non autosufficienti. Verso un'alleanza per la tutela della non autosufficienza", presentato, nel settembre 2018, al Consiglio regionale del Piemonte dal Comitato promotore (costituito da La Bottega del Possibile, Acli Torino, Acli Piemonte Fondazione Promozione Sociale onlus e Forum 3° settore del Piemonte, altre Associazioni e singoli partecipanti).

In tale Manifesto, tra l'altro si leggeva, tra l'altro, "non è immaginabile che il welfare pubblico regga il crescente impatto delle persone non autosufficienti predisponendo soprattutto strutture di ricovero, perché sono la risposta più costosa in termini di impatto e gestione.

L'offerta di posti letto residenziali deve certo essere adeguata alla relativa richiesta ed ai bisogni appropriati, ma l'assistenza a domicilio (purché sia consistente) non solo è più gradita a utenti e famiglie (come dimostra inequivocabilmente il boom della spesa privata per le assistenti familiari), ma è anche più efficace per evitare decadimenti e consentire buona vita, ed è economicamente più efficiente.

Potenziare la tutela al domicilio deve dunque essere la priorità nell'offerta pubblica per la non autosufficienza".

2.8 L'attività del Difensore civico quale Garante del diritto alla salute nel periodo della pandemia

"I flagelli, invero, sono una cosa comune, ma si crede difficilmente ai flagelli quando ti piombano sulla testa. Nel mondo ci sono state, in egual numero, pestilenze e guerre; e tuttavia pestilenze e guerre colgono gli uomini sempre impreparati.

*Il flagello non è commisurato all'uomo, ci si dice quindi che il flagello è irrealista, è un brutto sogno che passerà. Ma non passa sempre, e di cattivo sogno in cattivo sogno sono gli uomini che passano, in primo luogo, in quanto non hanno preso le loro precauzioni*⁷⁰.

- **I primi mesi di emergenza pandemica: le segnalazioni, le richieste d'intervento e la conseguente attività svolta dall'Ufficio del Difensore civico.**

L'Organizzazione mondiale della sanità il 30 gennaio 2020 dichiarava l'epidemia da COVID-19 un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale.

In data 23 febbraio 2020, *"preso atto dell'evolversi della situazione epidemiologica, del carattere particolarmente diffusivo dell'epidemia e dell'incremento dei casi e dei decessi notificati all'Organizzazione mondiale della sanità"* e *"ritenuta la straordinaria necessità ed urgenza di emanare disposizioni per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, adottando misure di contrasto e contenimento alla diffusione del predetto virus"*, il Presidente della Repubblica emanava il Decreto Legge 6/2020.

Con tale Decreto Legge, *"allo scopo di evitare il diffondersi del COVID-19, nei comuni o nelle aree nei quali risulta positiva almeno una persona per la quale non si conosce la fonte di trasmissione o comunque nei quali vi è un caso non riconducibile ad una persona proveniente da un'area già interessata dal contagio del menzionato virus"*, veniva disposto che *"le autorità competenti sono tenute ad adottare ogni misura di contenimento e gestione adeguata e proporzionata all'evolversi della situazione epidemiologica"*. All'uopo venivano indicate una serie specifica di misure adottabili.

A tale Decreto Legge faceva seguito l'adozione, da parte del Presidente del Consiglio dei Ministri di successivi Decreti (DPCM) e l'emanazione di un nuovo D.L. (D.L.9/2020), *"ritenuta la straordinaria necessità e urgenza di emanare ulteriori disposizioni per contrastare l'emergenza epidemiologica da COVID-19, adottando misure non solo di contrasto alla diffusione del predetto virus ma"*

70 Da Albert Camus "La peste", 1947

anche di contenimento degli effetti negativi che sta producendo sul tessuto socio-economico nazionale”.

In ragione del progressivo, inarrestabile, aggravarsi della pandemia da Coronavirus-19, con il D.P.C.M. 9 marzo 2020, pubblicato sulla G.U. ed entrato in vigore in pari data, venivano dettate ulteriori disposizioni in attuazione del D.L. n. 6/2020, estendendo a tutta la penisola le misure già contemplate dal DPCM 8 marzo 2020, art. 1, in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.

Aveva in tal modo inizio il primo periodo di così detto *“lockdown”* su tutto il territorio nazionale, con conseguente applicazione di omogenee misure restrittive delle libertà personali.

In tale contesto, per la prima volta nella storia dell'Istituto di garanzia, l'attività dell'Ufficio del Difensore civico della Regione Piemonte, in ossequio a seguito alle disposizioni emergenziali, non veniva più svolta presso la propria sede, ma in modalità agile.

- **Le segnalazioni provenienti da cittadini e strutture riguardanti la situazione di emergenza delle RSA**

Il 26 marzo 2020, perveniva all'Ufficio della Difesa civica regionale, mediante pec, una nota inviata al Commissario straordinario per il Coronavirus, all'Unità di crisi della Regione Piemonte ed a tutte le Autorità competenti, mediante la quale l'Amministrazione di una RSA della Provincia di Alessandria richiedeva un *“immediato e urgente intervento volto a scongiurare la gravissima situazione che si sta verificando all'interno della Struttura”.*

Al riguardo veniva evidenziato che la RSA era stata *“colpita dal virus Covid-19”* e che, *“nonostante il personale abbia già proceduto a porre in isolamento gli ospiti che presentano stati febbrili 'sospetti', il numero di pazienti con sintomi riconducibili al COVID-19 sta notevolmente aumentando”.*

Tutto ciò, ulteriormente segnalando che *“sta precipitosamente aumentando anche il numero degli operatori in malattia, in mancanza dei quali si va riducendo*

anche l'efficienza in termini di assistenza da poter assicurare agli ospiti tutti".

Veniva quindi richiesta una "tempestiva attivazione di un monitoraggio sanitario mediante l'esecuzione dei tamponi a tutti i nostri ospiti, operatori e medici di base, volto a scongiurare il continuo diffondersi del contagio dell'epidemia che creerebbe non pochi risvolti drammatici".

"Facendo", significativamente, "presente che ad oggi ci troviamo a dover porre rimedio alla sopra descritta situazione con mezzi non più pienamente rispondenti a risolvere, o quantomeno rallentare, la diffusione del contagio del virus"

Lo scrivente Difensore civico provvedeva quindi a contattare il Responsabile di tale Struttura, che, peraltro, informava sui primi positivi riscontri già pervenuti dalle Autorità competenti.

In tale contatto veniva comunque rappresentata la disponibilità dell'Ufficio della Difesa civica regionale ad attivare una specifica iniziativa nel caso in cui i predetti riscontri non fossero seguiti dall'attivazione delle misure necessarie.

Il 6 aprile 2020, veniva recapitata all'indirizzo mail di questo Ufficio da familiari di anziani ospiti di RSA di Torino una segnalazione in cui venivano rappresentati profili di criticità e di conseguente apprensione per la situazione di incertezza sulle misure effettivamente adottate nella struttura a tutela dei ricoverati.

Testualmente, in tale nota, evidenziando la situazione di *"pesante ansia"* dei *familiari di anziani ospiti di una Rsa sita nel comune di Torino*", si leggeva quanto segue:

"Dal giorno 6 marzo 2020 i nostri cari sono blindati nella struttura in applicazione delle direttive regionali a tutela della loro salute. Possiamo vederli grazie a delle videochiamate ma ciò non è sufficiente a tranquillizzarci sulla gestione di questa emergenza.

In queste settimane da un lato la direzione ha genericamente rassicurato sulla gestione attenta ed accurata degli ospiti dall'altro in modo frammentario mi sono giunti segnali di difficoltà e di criticità non risolte.

Come ormai sappiamo da giornali e tv le case di riposo sono nell'occhio del ciclone dopo gli ospedali si susseguono notizie di decessi e quarantene in molte strutture Piemontesi.