

# «Perché non possiamo immaginare la cure sanitarie senza Rsa»

**Lucida analisi sulle tante ombre delle Residenze sanitarie assistenziali: 15mila morti nella prima ondata Covid, ricoverati sempre più gravi e scarsa qualità delle prestazioni. Eppure, è impraticabile «chiudere le Rsa». Necessario, invece, migliorare il servizio e alzare gli standard sanitari**

Mauro Perino

«M i sono convinto al termine di questa analisi, che la chiusura delle Rsa – Residenze sanitarie assistenziali –, o anche un loro forte ridimensionamento, sarebbe in realtà un rimedio peggiore del male che si intende abolire. (...) Per gran parte delle persone che vi risiedono, in gran parte persone molto anziane afflitte da multi-morbilità o da disagio cognitivo, non esistono alternative reali. Perché la loro non autosufficienza è troppo grave, perché i familiari non ci sono e le alternative, inclusa la badante, non sono possibili. Perché le esigenze di cura richiedono sistemi esperti, specializzati nella gestione di una fase della vita complessa sul piano fisico e psicologico. Chi afferma la necessità di chiudere le Rsa, di fatto condanna molti ricoverati, attuali o futuri, ad un ricovero ospedaliero improprio, dentro strutture non idonee a gestire condizioni di salute destinate a protrarsi comunque nel tempo,

oppure ad una degenza domiciliare in condizioni di estrema necessità, in assenza di personale qualificato dedicato a loro e di presidi medici e assistenziali adeguati. Condanna le famiglie, quando ci sono, ad un surplus di cura e di sofferenza, nonché ad una precarietà economica, che non tutti riuscirebbero a gestire. Soprattutto aumenta le sofferenze degli anziani, esposti ad un'insicurezza e alla mancanza di un'adeguata tutela sanitaria». A queste condivisibili considerazioni giunge Costanzo Ranci, ordinario di Sociologia economica al Politecnico di Milano, dove coordina il Laboratorio di Politiche Sociali, nel capitolo conclusivo del libro **Cronaca di una strage**

*Chi sostiene la chiusura delle Rsa, condanna molti ricoverati ad una permanenza a domicilio in condizioni di estrema necessità, in assenza di personale qualificato e con un carico insostenibile per le famiglie*



**nascosta. La pandemia nelle case di riposo**, Mimesis edizioni, Milano 2023, nel quale si documenta quanto avvenuto nelle “case di riposo” nel periodo della prima ondata pandemica dal 21 febbraio al 5 aprile del 2020. Mesi nei quali si è verificata – secondo l’Autore – una vera e propria strage che ha riguardato oltre 15.000 degenti delle strutture residenziali, un terzo circa di tutti i decessi da Covid-19 avvenuti nel lasso di tempo preso in esame.

Sulla puntuale ricostruzione dei drammatici fatti che hanno dato luogo alla «strage nascosta» che si è consumata nelle Rsa non si può che rimandare alla lettura del testo ed in particolare al capitolo “Preparati alla pandemia?” nel quale si fa riferimento al “Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale” – redatto

nel lontano 2006 su indicazione dell’Organizzazione mondiale della sanità, mai aggiornato e poi neppure applicato – nel quale le Rsa vengono accomunate ai normali «servizi di comunità» – come le scuole e i luoghi di lavoro per i quali basta evitare un affollamento eccessivo – e non ai presidi sanitari, per i quali viene invece prevista la dotazione di dispositivi di protezione individuale al personale in servizio, l’identificazione di percorsi differenziati per i malati contagiati, il censimento dei posti letto in isolamento. Come viene denunciato nel testo, «per quanto riguarda le strutture residenziali il Piano ne decreta, già prima dell’inizio della pandemia, una marcata invisibilità pubblica. Le loro caratteristiche specifiche, a cominciare da quella costitutiva di concentrare in modo permanente un ampio numero di soggetti vulnerabili ad elevato rischio di mortalità in caso di pandemia respiratoria, non vengono neanche considerate».

Proprio con riferimento alla necessità di dare piena visibilità alle condizioni nelle quali versavano e versano tutt’ora le Rsa è opportuno evidenziare più puntualmente – in questa necessariamente breve presentazione del libro – le considerazioni sviluppate nel testo e le riflessio-



*Nella prima ondata pandemica si è verificata una strage nelle Rsa: sono morti 15mila degenti delle strutture residenziali accreditate con il Servizio sanitario, un terzo circa di tutti i decessi imputati al Covid-19 in quel periodo*

ni finali formulate da Costanzo Ranci, in quanto coincidenti con quelle da lungo tempo espresse sulle pagine di questa rivista. Ci accomuna in particolare, la conclusione, cui perviene l’Autore, che l’origine della strage risiede nelle condizioni in cui le strutture versavano prima che la pandemia scoppiasse: «Se i ricoverati in queste strutture, e il grande numero dei deceduti, sono stati invisibili per lunghe settimane, è perché queste persone erano già invisibili. Se la chiusura delle strutture non è stata repentina e completa; se l’approvvigionamento delle mascherine è stato a lungo subordinato alle esigenze della sanità ospedaliera; se è mancata così a lungo la diagnostica dei tamponi, fondamentale per monitorare il virus e curare gli ammalati, è perché le case di riposo non sono state considerate come veri e propri servizi sanitari. La loro marginalità era già iscritta nel ruolo secondario assegnato all’interno del Servizio Sanitario Nazionale, nei rapporti di potere sbilanciati all’interno della governance delle decisioni pubbliche».

Eppure, le Rsa vengono istituite nel 1989 proprio come strutture specializzate nell’offrire assistenza sanitaria, oltre che servizi infermieristici e di cura, agli anziani che hanno perso la propria

autosufficienza e non possono essere adeguatamente curati a casa propria. Nel 2001, le Rsa vengono fatte rientrare tra i Livelli Essenziali delle Prestazioni sanitarie o socio-sanitarie «ovvero le prestazioni sanitarie obbligatorie esigibili da tutti i cittadini che necessitano di assistenza socio-sanitaria. Sono quindi chiamate a svolgere una funzione cruciale, garantita dallo Stato in quasi tutti i paesi avanzati». Diversi studi internazionali, che mettono a confronto i ricoverati in residenza in molteplici paesi, segnalano inoltre che in Italia sono significativamente più elevati l'età media dei degenti, il loro grado di compromissione fisica e sanitaria, l'incidenza di pazienti multi-cronici e affetti da demenza. «Si stima che, dei circa 300 mila ricoverati in residenze del nostro paese, la quota di persone con scarsa o nulla autonomia nella gestione delle funzioni elementari della vita quotidiana sia pari al 79%, ovvero circa quattro su cinque. (...) E la tendenza degli ultimi anni, destinata a durare in futuro, è verso un aggravamento ulteriore delle condizioni di salute dei ricoverati». Infine, uno studio europeo citato nel libro di Ranci ha calcolato che in Italia ben il 75% dei decessi in struttura (in epoca precedente a quella pandemica) riguardava persone colpite da demenza. Ultimo, ma certo non meno importante, «nelle residenze del nostro paese il tempo medio di sopravvivenza al momento del ricovero risultava molto inferiore che negli altri paesi».

In sintesi, le Rsa attive su territorio nazionale offrono un numero complessivo di posti molto limitato e di gran lunga inferiore a quello di tutti gli altri paesi avanzati. In queste strutture si concen-

in un ospedale normale». Per questo avrebbero necessità di spazi meno congestionati ed adatti a favorire una soluzione alloggiativa permanente, garanzia di continuità nel tempo del personale, apertura alla collaborazione e alla presenza quotidiana dei familiari, adeguato sostegno allo svolgimento delle normali attività della vita quotidiana, attenzione generale alla qualità della vita dei degenti.

Ma se la risposta al quesito – come è potuta accadere la strage pandemica? – risiede nella storia recente di queste istituzioni e nel loro attuale assetto strutturale ed organizzativo, diventa allora inevitabile chiedersi, secondo l'Autore, se esista un possibile riscatto che, per esser tale, non può che passare attraverso il superamento dell'oblio e l'attribuzione a queste strutture di una maggiore visibilità. Le regole del finanziamento e le forme di regolazione pubblica sono infatti rimaste immutate rispetto al periodo precedente alla pandemia, così come non sono cambiate le condizioni organizzative del personale, gli spazi e le dotazioni. Ancora Ranci: «Una riforma complessiva del sistema di assistenza per gli anziani è in corso, ma quale sia il ruolo delle case di riposo in questo processo non è del tutto chiaro. Il Piano nazionale di ripresa e resilienza (Pnrr), da questo punto di vista, è un'occasione persa: il riferimento alle strutture residenziali appare infatti minimo, finalizzato semmai alla 'prevenzione dell'istituzionalizzazione degli anziani non autosufficienti' e alla 'ricomposizione delle RSA e delle case di riposo degli anziani in gruppi di appartamenti autonomi'. (...) La narrazione si è fondata sull'idea

sbagliata che sia stata proprio l'istituzionalizzazione degli anziani ad avere causato la strage, e che dunque la soluzione stia nel chiudere le case di riposo (...). Ha senso questa strategia? Si può immaginare un sistema sanitario e assistenziale senza

Rsa? Potremmo applicare, per analogia, anche a questo settore la nota indicazione di Basaglia di 'chiudere le istituzioni totali' e riconsegnare i residenti ad una esistenza maggiormente integrata nella società di 'normali'? E davvero questa auspicata re-integrazione deve passare attraverso l'abolizione delle Rsa?».

Costanzo Ranci segnala, in proposito, come sia ormai acclarato che il ricovero in strutture specializzate in grado di assicurare una qualità ade-

## *I ricoverati nelle Rsa italiane sono più anziani e più malati di quelli degli altri Paesi europei. Dei circa 300 mila ricoverati in residenze del nostro paese, il 79% ha scarsa o nulla autonomia per effetto di gravi malattie*

trano i casi più gravi, con un livello molto elevato di compromissione delle abilità ordinarie, e che necessitano di assistenza continuativa e di costanti cure mediche e infermieristiche. «Queste strutture svolgono quindi una funzione decisiva: assicurano una cura sanitaria di tipo specialistico e intensivo, svolta in modo continuativo nel tempo garantendo quindi la sorveglianza e il monitoraggio, e al tempo stesso dovrebbero assicurare condizioni di degenza migliori di quelle possibili

guata di servizi può migliorare lo stato di salute e la qualità della vita dei degenti ed è per queste ragioni che le Rsa esistono in tutti i paesi in cui è presente un servizio sanitario sviluppato. «E nei paesi più ricchi, o nei settori più ricchi delle nostre società (come accade nel nostro paese), è un settore in rapida e forte espansione, intorno al quale avvengono grandi investimenti immobiliari e finanziari. Un'espansione del settore privato che crea forti squilibri tra chi può permettersi di pagare rette di degenza molto care e chi non può permetterselo. Un taglio dell'offerta pubblica aumenterebbe ulteriormente questa forbice, scaricando la riduzione dell'offerta di servizi residenziali specializzati sulla popolazione anziana più indigente. Chiudere le Rsa, oppure augurarsi che si riducano tagliando le risorse a loro dedicate ed impedendo una qualsiasi forma di riqualificazione, equivale a condannare i più fragili, i più poveri, ad un isolamento ancora maggiore, ad una ulteriore perdita di dignità, ad una esistenza senza tutela».

Occorre invece imparare da quei paesi nei quali l'impatto della pandemia è stato sensibilmente meno traumatico proprio perché le strutture residenziali «sono considerate parti integranti del sistema sanitario, i cui utenti sono da tutelare e rispettare assegnando loro pari dignità e garanzie equivalenti a quelle attribuite agli utenti dei servizi sanitari. Nel nostro paese, le Rsa sono completamente regolate e finanziate dalle Regioni, in un quadro nazionale che si limita ad enunciare un principio, pur importante: le case di riposo sono riconosciute come un Livello Essenziale di Assistenza, garantito come un diritto a tutti i cittadini italiani. Ma a questo enunciato non seguono sinora, sempre a livello nazionale, una regolazione unitaria che definisca una classificazione omogenea di tali strutture (distinte per grado di intensità sanitaria), standard prestazionali e logistici equivalenti, un livello adeguato ed anch'esso equivalente di finanziamento pubblico. (...) L'oblio verrà superato, dunque, quando verrà fissata una responsabilità nazionale conseguente all'identificazione delle Rsa come Livello Essenziale di Assistenza. Da questo punto in poi, le riforme da introdurre saranno parecchie, e sarà opportuno che si moltiplichino il dibattito tra gli esperti, i gestori, gli amministratori e gli utenti stessi sui miglioramenti da introdurre. La sfida non è utile soltanto per onorare i morti. Serve soprattutto agli utenti attuali e futuri delle Rsa».

# Dopo Brizioli e Paglia serve una commissione che cambi le Rsa

Due gruppi di lavoro ministeriali distinti non sono venuti a capo dell'adeguamento strutturale e di organizzazione delle Rsa. Il nodo delle risorse, a fronte del diritto esigibile al ricovero in convenzione

Da giugno 2021 – come abbiamo raccontato sul numero 218, aprile-giugno 2022, di questa rivista – il Ministero della Salute aveva pronto un documento di riforma e potenziamento sanitario delle prestazioni residenziali e semi-residenziali per malati e persone con disabilità non autosufficienti, dopo il disastro della pandemia Covid-19.

Il documento era il risultato finale di un Gruppo di lavoro incaricato a giugno 2020 dalla Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, coordinato dal dott. Enrico Brizioli. La relazione, frutto di un anno di lavoro, non ha avuto alcun seguito ed è stata superata – nei tempi, non di certo nei contenuti, rivisti estremamente al ribasso – dalle strutture del Pnrr.

Per un altro verso, la Commissione per la riforma dell'assistenza agli anziani, presieduta da monsignor Vincenzo Paglia, non ha inciso sull'organizzazione delle cure socio-sanitarie residenziali, preferendo appiattirsi su una posizione di condanna delle strutture residenziali di per sé, proponendo l'alternativa della permanenza dei malati non autosufficienti a casa? Con chi? Con quale servizio erogato a domicilio del malato?

C'è poi da affrontare il nodo costi e ripartizione della retta. Questi i punti qualificanti secondo il Csa e la Fondazione promozione sociale: a) la garanzia che tutti i posti letto siano coperti dalla convenzione dell'Azienda sanitaria a riconoscimento delle esigenze di salute e della

condizione di malattia del malato non autosufficiente; b) la diversa ripartizione della partecipazione al costo totale del servizio. Al momento, il servizio viene pagato 50% dal Servizio sanitario (tralasciamo la "ghigliottina" dell'Unità di valutazione per negare le prestazioni) e 50% dall'utente, che può chiedere l'intervento dell'Assistenza sociale, se non riesce a coprire totalmente la retta. Dal modello 50 e 50, si potrebbe passare ad una quota sanitaria del 60-70%.

**PROSPETTIVE** 218 aprile 2022  
I nostri diritti sanitari e sociali

**Oltre le Rsa, le NUOVE cure sanitarie residenziali**  
La proposta della Fondazione promozione sociale: strutture aperte, più sanità, lavoro dei medici in équipe e familiari sentinelle della qualità.

<b>LUTTO</b> Sintassi addio	<b>DIRITTI</b> Lettera di opposizione	<b>SANITÀ</b> Chi siamo gli accuditori	<b>GIUSTIZIA</b> Dico: Comunità condannato	<b>MINORI</b> Spicchio Nero
-----------------------------------	---	--	--	-----------------------------------