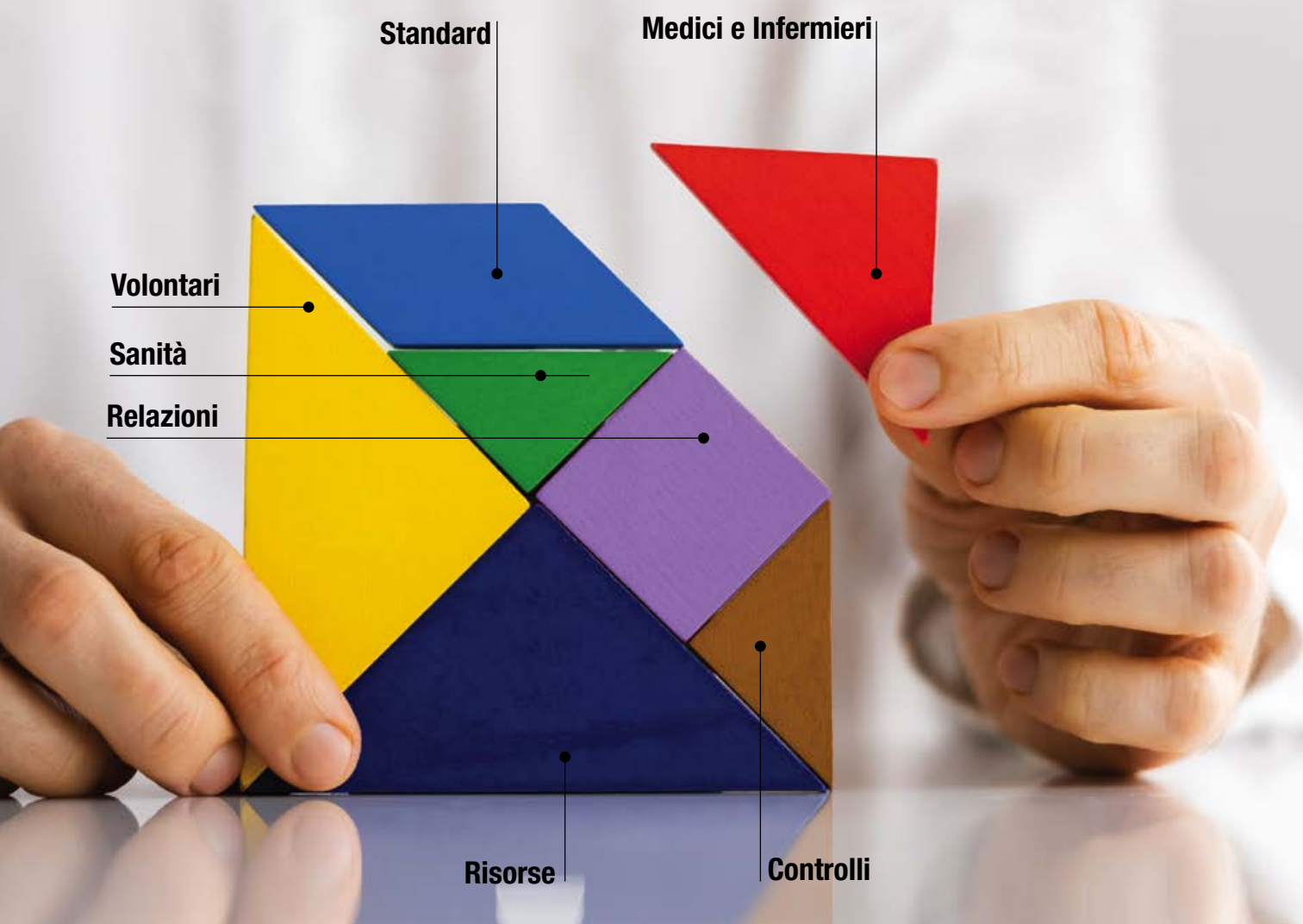


Il mito, purtroppo declinato in migliaia di posti letto, delle strutture post ospedaliere con copertura sanitaria minima è naufragato. Il sistema ha «fatto comodo» alla politica dei tagli alla tutela della salute dei cittadini e ai gestori privati senza scrupoli, ma le Rsa non garantiscono livelli di cura adeguati ai propri ricoverati. È necessaria una nuova organizzazione delle cure, con medici stabili e più infermieri, strutture aperte al territorio, più risorse sanitarie e *continuum* con gli altri percorsi di cura.



Il fallimento del modello Rsa: necessaria una riorganizzazione radicale delle strutture

Malati non autosufficienti le NUOVE cure residenziali

di Maria Grazia Breda

D

urante i mesi più critici della pandemia Covid-19 si è infiammato il dibattito sulla necessità di chiudere le Residenze sanitarie assistenziali (Rsa), nelle quali si stava consumando una strage di vaste proporzioni a causa del virus, ma anche (secondo alcuni osservatori, soprattutto) della scarsissima dotazione di personale sanitario a fronte di malati gravissimi. L'alternativa, dicevano quanti erano pronti alla chiusura immediata delle strutture, sarebbero state le cure domiciliari e, al massimo, convivenze guidate, gruppi appartamento o comunità di tipo familiare come risposta ai bisogni degli anziani malati cronici non autosufficienti. Passate le prime esternazioni, esagerate e irrealizzabili nella loro astratta radicalità («aboliamo le Rsa!»), è stata prospettata da più parti – non solo dai gestori privati, operanti sempre e comunque per conto del Servizio sanitario nazionale – la necessità che lo status, l'organizzazione, il finanziamento e la collocazione delle Rsa nella rete dei servizi fossero questioni cruciali per la tutela della salute dei malati non autosufficienti, da affrontare in un dibattito pubblico.

La Fondazione promozione sociale pubblicò su questa rivista (ancora *Prospettive assistenziali*, n. 210, 2020) il primo *Documento base per un'azione comune*: «un programma 'di minima' per ottenere concretamente il diritto alle cure sanitarie del Servizio sanitario nazionale a favore degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza».

Residenzialità, perché? La proposta sulle cure residenziali sanitarie e socio-sanitarie (con partecipazione dell'utente, ma sempre nell'ambito pienamente sanitario) che qui illustriamo è figlia di quel primo documento. Dimostra che la cura residenziale non può essere abbandonata, pur considerando prioritaria la presa in carico domiciliare che attualmente però non risponde ai bisogni sanitari degli utenti non autosufficienti. Perché non possiamo fare a meno delle cure residenziali? Primo: per dare una risposta agli oltre duecentomila sopravvissuti alla moria che si è consumata in Rsa, che sono tutt'ora ricoverati e che hanno diritto a ricevere cure adeguate. Non possiamo abbandonarli, oltretutto dopo averli tenuti segregati per mesi, proprio a causa della mancata sicurezza delle cure all'interno delle strutture. In seconda istanza, perché un malato

cronico non autosufficiente a causa della presenza di pluripatologie, ad un certo momento della vita, ha nella grande maggioranza dei casi, complicazioni tali da richiedere l'inserimento in una struttura sanitaria o socio-sanitaria residenziale. Ovviamente per chi, invece, è ancora sufficientemente autonomo, ma può avere problemi economici o di difficoltà di gestione della casa o vive in abitazioni disagiati o con barriere architettoniche, o non può contare sulla presenza di una rete familiare o amicale, è corretto puntare a soluzioni abitative inserite in normali contesti urbani, quali convivenze supportate, gruppi appartamenti o comunità di tipo familiare. Anche per queste soluzioni una buona rete di servizi sanitari e socio-sanitari territoriali può garantire a lungo la permanenza in soluzioni di tipo familiare, analogamente a quanto è previsto per le comunità socio-sanitarie per la disabilità con limitata o nulla autonomia, che sono collocate però pienamente nell'ambito delle prestazioni Lea (Dpcm 12 gennaio 2017, articolo 34).

Domicilio, ma con quali garanzie di cura?

Prima dell'esame della «nuova» residenzialità, occorre precisare, anche a rischio di non essere esaustivi, alcuni elementi sulle cure domiciliari. L'Accademia di Medicina di Torino, nel documento *La cura dei malati cronici non autosufficienti. Criticità e proposte* (*Prospettive*, n. 216, 2021), sostiene che «quando è possibile, è preferibile gestire il paziente anziano a domicilio, ma in condizioni organizzative tali da garantire elevati standard di sicurezza e di approccio clinico (...). La domiciliarità, rispetto alle risposte a carattere residenziale, dovrebbe essere considerata la scelta più economica e prioritaria per riorganizzare e migliorare il sistema e, pertanto, quando possibile nel rispetto della loro scelta, le persone si dovrebbero curare a casa con le soluzioni organizzative più idonee in relazione alle loro necessità specifiche, rendendo altrettanto esigibile il diritto alle cure domiciliari come quello oggi garantito per le cure ospedaliere in elezione e in urgenza».

Tuttavia, vi sono situazioni oggettive in cui oggi non è praticabile la cura domiciliare, anche perché non è organizzata in modo da rispondere alle effettive esigenze di un malato cronico non autosufficiente, né sono presenti contributi economici o assegni di cura a sostegno dei maggiori costi che si devono fronteggiare per la cura. L'attivazione di questi contributi sarebbe la solu-

zione migliore, non per niente ne caldeggiamo l'entrata nei Livelli essenziali delle prestazioni – Lea: permetterebbe l'erogazione di una quota sanitaria senza valutazione socio-economica dell'utente, a fronte della sottoscrizione di un patto di corresponsabilità tra utente/famigliare e l'Asl per la sua presa in carico domiciliare, che richiede prestazioni indifferibili nelle 24 ore e per 365 giorni all'anno. Ne abbiamo trattato diffusamente nel numero scorso, nell'articolo *Perché va fermata la legge sulla non autosufficienza* (*Prospettive*, n. 217, 2022).

Va quindi osservato che la strada delle cure domiciliari con un livello di intensità accettabile per i malati non autosufficienti pare al momento sbarrata. Mentre scriviamo, non c'è traccia nel Piano nazionale di ripresa e resilienza – Pnrr, Missione 6, di risposte alle esigenze di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie domiciliari a lungo termine (le cosiddette *long term care*) con quota sanitaria svincolata da valutazioni socio-economiche (assegno di cura), necessaria ai malati cronici non autosufficienti per sostenere i maggiori oneri che devono affrontare a casa propria. Non si tratta di ampliare le grandemente insufficienti ore Adi (meno di 20 ore all'anno), a tempo determinato, limitate a fasi di acuzie, ma di rispondere – da parte sanitaria, perché siamo senza dubbio nel campo della tutela della salute – al fabbisogno di chi dipende in tutto e per tutto dall'aiuto di altri per le funzioni vitali che devono essere soddisfatte nelle 24 ore e per 365 giorni all'anno.

Pertanto, il problema delle Rsa deve essere affrontato, parallelamente alle molteplici forme di domiciliarità. Per entrambe le situazioni il punto di partenza è avere ben presente a quali esigenze di cura devono saper rispondere le diverse opzioni in campo.

Trasformazione delle case di riposo. Neppure, per tornare al tema residenzialità, è applicabile alle Rsa, e in generale a strutture che ricoverano (anche impropriamente) malati non autosufficienti, la proposta prevista nel Pnrr, Missione 5, di riconversione in gruppi appartamenti o comunità di tipo familiare delle «case di riposo» (cioè, in termini più tecnici, delle «residenze alberghiere» o «residenze assistite», senza convenzione con il Servizio sanitario). A questo pro-

posito è significativo richiamare quanto osservato da Antonio Guaita (*Prospettive sociali e sanitarie*, 1/2022), direttore della Fondazione Golgi Cenci che si occupa di studi e ricerche sull'invecchiamento cerebrale e la demenza: «La mia esperienza anche dei mini-alloggi e delle case famiglie, laddove qualche volta sono stato chiamato a vedere qualche persona dai familiari per visite mediche, è assolutamente devastante, nel senso che ho visto situazioni di scarsa assistenza, di abbandono, di non autosufficienza, poiché a poco a poco le persone diventano non autosufficienti, magari anche gravi e con la demenza ma nessuno li ricovera».

Non va dimenticato che il Ministero della salute ha sottoscritto un Protocollo con i Carabinieri dei Nas per avviare una ispezione nelle residenze assistite o alberghiere (appunto, le «case di riposo») per persone anziane autonome (non nelle Rsa, che sono già sotto la vigilanza dell'Azienda sanitaria locale). L'assenza di una vigilanza attiva sulle strutture non convenzionate con l'Asl favorisce purtroppo il ricovero in situazioni inidonee di anziani malati cronici non autosufficienti, sovente con demenza (*Strutture sanitarie e assistenziali, i controlli delle Asl e dei Carabinieri. Protocollo con il ministero della salute, Prospettive assistenziali*, n. 214, 2021), che hanno bisogni sanitari molto elevati e che, privi delle cure sanitarie e socio-sanitarie indispensabili, denutriti e disidratati, sono spesso sottoposti a contenzione forzata per carenza di personale e, in ogni caso, non ricevono trattamenti adeguati al loro stato di salute compromesso.

Va infine ricordato che tanto la permanenza in situazioni abitative a carattere familiare (gruppi appartamento), quanto il ricovero in strutture residenziali assistenziali (non sanitarie) di anziani malati non autosufficienti è dovuto in molti casi al mancato riconoscimento da parte delle Aziende sanitarie locali del loro diritto ad un ricovero in convenzione con il Servizio sanitario in residenze sanitarie assistenziali, Rsa, peraltro previsto dalla normativa vigente quando non è praticabile la cura al domicilio (Dpcm 12 gennaio 2017, articolo 30).

Non è applicabile alle Rsa la conversione prospettata dal Pnrr in convivenze, gruppi appartamenti, comunità di tipo familiare. Troppo elevate le esigenze sanitarie degli utenti

La situazione attuale delle Rsa. Dall'esperienza quotidiana sviluppata nel campo della tutela e della promozione dei diritti degli anziani malati cronici non autosufficienti, con particolare riguardo al diritto alla continuità delle cure previsto dalle norme vigenti, abbiamo potuto notare come – a causa dell'ampio potere decisionale che la riforma del Titolo V della Costituzione (legge costituzionale 3 del 2001) ha posto in capo alle Regioni ed alle Province Autonome in materia di Sanità – di fatto si siano creati 20 (venti!) sistemi sanitari regionali che dovrebbero comunque applicare quanto stabilito dalle norme nazionali e, invece, ciascuna Regione ha approvato il suo modello di struttura residenziale socio-sanitaria per gli anziani malati cronici non autosufficienti e per i malati con esigenze similari.

Ogni Regione ha differenziato le tipologie di strutture e, in materia di contribuzione per la degenza del malato non autosufficiente, sovente non sono applicate le norme nazionali previste dai Lea (1). Ad esempio, nei casi di ricoveri definitivi di pazienti malati cronici non autosufficienti, è spesso disapplicata la norma che regola la definizione della tariffa dovuta dal Servizio sanitario e dal paziente/Comune: non sempre infatti viene rispettato il riparto dei costi al 50% previsto dall'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017.

Capita inoltre che lo stesso nome venga utilizzato per individuare tipologie di strutture anche molto differenti tra loro a seconda della Regione in cui ci si trova. Per fare un esempio pratico, il termine ormai tristemente noto di «Rsa» (Residenza sanitaria assistenziale), in Piemonte, viene utilizzato per indicare strutture residenziali socio-sanitarie per ricoveri definitivi di anziani malati cronici non autosufficienti, con il corretto riparto della retta di degenza al 50% tra Asl e paziente/Comune. In Umbria, al contrario, il termine «Rsa» indica strutture residenziali socio-sanitarie intermedie, quindi non definitive, a completo carico del Servizio sanitario e viene poi prevista, come in altre Regioni, la «Residenza protetta» che prevede livelli di prestazioni sanitarie molto basse per i ricoverati definitivi.

Il superamento delle Rsa deve portare a Strutture sanitarie residenziali inserite nel continuum dei servizi sanitari: indifferibile il potenziamento del personale medico e infermieristico

Tipi di struttura, tipi di cura? Per gli anziani malati cronici non autosufficienti, occorre anzitutto ricondurre le tipologie di strutture residenziali (Rsa, Rp, etc.) alla Rsa, che dovrebbe trasformarsi in «Struttura sanitaria residenziale», siglata SSR ed essere parte a pieno titolo della filiera del Servizio sanitario nazionale.

In Piemonte abbiamo raggiunto un primo obiettivo nel 2005 con la riunificazione di tutte le strutture di ricovero per malati cronici non autosufficienti nelle Rsa, con diversi livelli di intensità di prestazioni. Le case di riposo e le case famiglia per anziani non autosufficienti sono state trasformate in «Residenze assistenziali» (Ra) e, dal 2002, è stato vietato l'ingresso in queste strutture di anziani malati cronici non autosufficienti. Purtroppo, questo non ha impedito situazioni di abusivismo o di ricoveri di anziani malati di Alzheimer o con altre patologie croniche non autosufficienti. Nel periodo novembre 2020-gennaio 2021 i Carabinieri del Nas hanno chiuso numerose «case di riposo», una volta accertato che non erano a norma.

Appare quindi indispensabile mettere mano alle norme e prevedere un provvedimento di riordino emanato dal Ministero della salute, che stabilisca criteri organizzativi e standard uniformi in tutte le Regioni. Queste ultime potranno implementare i livelli delle prestazioni, ma non andare al di sotto dei livelli fissati dalla normativa nazionale.

Le nuove cure residenziali. Per quanto riguarda la Rsa, oggetto di questo approfondimento, è emerso chiaramente dalle prese di posizione pubblica e dai colloqui privati, che la riorganizzazione delle strutture sanitarie residenziali deve andare nella direzione di una riqualificazione in ambito sanitario. Il che non significa che non sia altresì importante implementare le valenze sociali (meglio ancora, relazionali) e del confort abitativo, considerando che per molti la Rsa diventa la propria «casa» a tutti gli effetti. Al riguardo molti hospice per malati oncologici hanno dimostrato che si può fare benissimo «casa» anche in un luogo altamente sanitario. La premessa è riconoscere però agli utenti (o «malati», non «ospiti» o genericamente «fragili») la loro condizione di persone non autosufficienti perché colpite da gravi malattie. Si tratta di un presupposto fondamentale affinché non siano negate loro le cure fondamentali, e anzi siano attivati percorsi oggi inesistenti di cure palliative e di accompagnamento al fine vita, delle quali c'è estremo bisogno.

Chi sono i malati ricoverati nelle Rsa

Gli evidenti effetti della malagestione della pandemia da Covid-19 hanno reso innegabile il «segreto di Puliccinella» delle Rsa (e, ancora di più, delle altre strutture residenziali assistenziali o alberghiere). I ricoverati non sono «ospiti» come in una locanda per villeggianti, in cerca di compagnia perché sono soli, ma sono «malati» talmente gravi da avere perso la propria autosufficienza e, spesso, anche la possibilità di manifestare le loro più elementari esigenze

Salvo rari casi, gli anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati in Rsa percepiscono l'indennità di accompagnamento, riconosciuta agli invalidi civili al 100% dipendenti in tutto e per tutto dall'aiuto di altri per soddisfare le funzioni vitali quotidiane. Con il documento del 15 ottobre 2017 l'Ordine dei medici di Torino, unico a nostra conoscenza in tutta Italia, aveva precisato che «gli anziani malati cronici non autosufficienti e le persone affette da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici».

Ancora prima, i clinici Fabrizio Fabris ed Ermanno Ferrario nell'articolo *Cronici: comparto sanitario o assistenziale?* pubblicato su *Prospettive assistenziali* n. 81 del 1988, avevano evidenziato che il problema di fondo è l'approccio della medicina centrato sulla curabilità della malattia. Se è applicato a un anziano malato cronico va riconsiderato, in quanto «una malattia curabile non sempre è guaribile». E la titolarità rimane sanitaria.

Il geriatra Pietro Landra nel suo articolo *Chi sono i malati non autosufficienti (con esigenze sanitarie indifferibili) degenti nelle Rsa*, pubblicato su *Prospettive assistenziali*, numero 208 del 2019, ha diffusamente dimostrato che «la natura sanitaria delle esigenze dei malati cronici non autosufficienti ha come componente fondamentale il fatto che esse sono indifferibili, cioè mai clinicamente e legittimamente rinviabili: una presa in carico non tempestiva potrebbe portare alla morte la persona malata o causare un ulteriore peggioramento delle condizioni di salute ed autonomia». Landra, che ha maturato esperienza sia come medico dell'Azienda sanitaria, e in particolar modo nell'Unità di valutazione geriatrica, e poi come direttore di struttura socio-sanitaria, descrive nell'articolo i tipi di malati ricoverati: «Le persone con **demenza in fase avanzata** sono il gruppo più nutrito, circa il 55% dei degenti. Sono malati con problemi a mantenere la stazione eretta, non sono più in grado di camminare, sono mobilizzati dal letto alla carrozzina e viceversa, sovente non si rendono conto della loro incapacità e tendono ad alzarsi e cadono, spesso invertono il sonno con la veglia». Inoltre, «sono totalmente dipendenti nelle attività della vita quotidiana, sono incontinenti, due malati su tre vanno imboccati e la possibilità di disfagia (incapacità di alimentarsi e di deglutire correttamente) è elevata per cui sovente vengono colpiti da polmonite 'ab ingestis'».

Poi ci sono «le **persone con demenza 'in fase florida'** e il **nucleo Alzheimer**». Si tratta di «pazienti con grave compromissione cognitiva, ma che conservano ancora buone competenze motorie (...). Camminano, spesso ininterrottamente, rischiano di allontanarsi dalla struttura. (...) rifiutano le pratiche igieniche, si urtano, cadono, urinano in luoghi incongrui, sono aggressivi verbalmente e fisicamente». Rappresentano circa il 10% dei pazienti.

E, ancora, ci sono i «**malati polipatologici non autosufficienti**, che rappresentano circa il 30% dei ricoverati, la cui condizione di limitata o nulla autonomia può essere dovuta ad una pluralità di patologie, i cui esiti rendono la persona malata non autosufficiente. I pazienti che appartengono a questa categoria sono eterogenei: soggetti affetti da varie malattie croniche invalidanti (gravi poliartrosi, esiti di incidenti vascolari cerebrali acuti, malattie neurodegenerative in fase avanzata, bronco pneumopatie croniche, cardiopatie ischemiche e/o ipertensive in compenso labile, ecc.) con comorbidità, tra cui importanti deficit sensoriali, demenza lieve, depressione dell'umore, diabete mellito, insufficienza renale cronica)».

Le decine di migliaia di decessi registrati in queste strutture durante le ondate di Covid-19 hanno fatto toccare con mano che l'organizzazione delle cure e gli standard del personale sono del tutto inadeguati per rispondere in modo soddisfacente alle esigenze dei degenti con polipatologie croniche.

Pertanto, oltre alla riorganizzazione delle cure sanitarie residenziali con l'imperativo di aumentarne il contenuto sanitario (si veda servizio in queste pagine, con la proposta della Fondazione promozione sociale) è urgente che gli stessi ospedali riaprano reparti dedicati alla cura dei malati cronici non autosufficienti, specie laddove, con prestazioni sanitarie domiciliari finalmente potenziate, sia presumibile il rientro al domicilio. In tal modo il settore sanitario potrebbe tornare ad avere la conoscenza diretta degli effetti delle cure e del loro costo, e promuovere una formazione continua del proprio personale rispetto alle patologie croniche che conducono alla limitazione o all'azzeramento della autosufficienza. Per contrastare il fenomeno del *burn out*, tutto il personale potrebbe ruotare tra i diversi *setting* di cura dei malati cronici non autosufficienti che possono avere necessità di interventi acuti o di cure di lunga durata, in ospedale, a casa, nei centri diurni, in Rsa, sempre sotto il coordinamento e la gestione del continuum garantito dall'Azienda ospedaliera o da quella sanitaria territoriale.

La proposta. Le organizzazioni aderenti al Csa e la Fondazione promozione sociale, già nel loro documento del 9 giugno 2020 (*Prospettive*, 210/2020) hanno avanzato proposte di riorganizzazione per nuclei, ma indicano anche i vincoli che dovrebbero essere inseriti nelle procedure di accreditamento tra Servizio sanitario ed Enti gestori privati. Norme che rendano obbligatorie:

- prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati non autosufficienti ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto e la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti;

Maggiori risorse, nuovi standard e aumento della quota sanitaria sul modello delle strutture residenziali per persone con disabilità: 70% Asl, 30% utente/Comune

- la presenza in tutte le Rsa di un Direttore sanitario, di medici, infermieri e personale socio-sanitario, che operino secondo i principi del lavoro di gruppo, assicurando una presenza medica nelle 24 ore e funzioni dirigenziali del Direttore sanitario e, come avviene in tutti i reparti ospedalieri e nelle strutture sanitarie, è da prevedere una visita medica quotidiana;
- le prestazioni riabilitative indispensabili per il recupero o il mantenimento delle autonomie e delle funzioni;
- le terapie del dolore e le cure palliative a tutti gli infermi che ne hanno diritto ai sensi della legge 38/2010;
- l'esclusione del ricovero nelle Rsa di degenti con patologie non stabilizzate e persone malate che hanno necessità di prestazioni ospedaliere continuative.

Le Rsa, la cui titolarità è in capo al Servizio sanitario nazionale e regionale e, in base al sistema di accreditamento, agiscono a nome e per conto di esso, hanno necessità di una riforma radicale con la loro trasformazione in strutture residen-

ziali sanitarie per rientrare a pieno titolo in tutta la filiera del Servizio sanitario regionale.

Dovranno essere in grado di assicurare prestazioni sanitarie in base ai diversi livelli di intensità delle cure e ai fini del mantenimento dei livelli di autonomia, anche se minimi, dei degenti. Con proposte di cure sanitarie transitorie e definitive, in continuità con l'ospedale e con i servizi sanitari territoriali.

Aumento del finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La ricaduta dei maggiori oneri che derivano dalla riorganizzazione delle cure, dovrà secondo le associazioni proponenti ricadere sul Servizio sanitario, affinché le rette alberghiere siano sostenibili dall'interessato. Se l'obiettivo è di aumentare le prestazioni sanitarie erogate e, pertanto, come hanno già stabilito numerose sentenze, ci si dovrà orientare verso la copertura al 100% dei costi da parte del Servizio sanitario nazionale per le prestazioni

sanitarie quali: riabilitazione, lungodegenza, terapie del dolore, situazioni di Alzheimer con alta intensità di prestazioni sanitarie. In ogni caso ogni incremento finalizzato all'aumento delle cure sanitarie e socio-sanitarie dovrà ricadere sul Servizio sanitario.

Eventualmente si potrà prevedere un ticket a carico dei soli utenti, in regime definitivo di ricovero.

Questo modello, seppur accennato, comporta sicuramente la revisione dell'attuale suddivisione dei costi, con un incremento della percentuale di risorse da parte della sanità, ora ferme al 50%. L'assessore alla sanità della Regione Piemonte, Luigi Icardi, in quel momento coordinatore degli assessori alla Sanità delle Regioni italiane, propose al Ministro della salute con una lettera ufficiale del 22 settembre 2020, un aumento della percentuale della quota sanitaria. Proposta rimasta lettera morta, ma il modello c'è: sono le strutture residenziali per le persone con grave disabilità – a nostro avviso accettabili solo nella forma della comunità alloggio di tipo familiare con 8 utenti e due posti per le emergenze – nel quale la retta complessiva è coperta per il 70% dalla sanità e per il restante 30% dall'utente/Comune.

Relazioni e visite. La riorganizzazione delle cure sanitarie residenziali, non può non prendere in considerazione soluzioni adeguate al soddisfacimento dei bisogni relazionali dei malati e alla sal-

vanguardia dei legami affettivi, che sono parte integrante della cura e della tutela della salute.

Luca Fazzi, Professore Ordinario del dipartimento di sociologia e ricerca sociale dell'Università di Trento, ha ribadito durante un incontro web dell'8 aprile 2021: «I bisogni degli anziani malati non autosufficienti sono percepiti solo per la parte che riguarda i bisogni primari: alimentazione, igiene, assistenza; non sono considerati altrettanto fondamentali i bisogni affettivi, relazionali, gli interessi personali, il diritto alla privacy; la struttura, istituzione totale che ci richiama a Goffman, impone i suoi tempi e scelte al posto delle persone ricoverate; tende a normalizzare la vita all'interno e a ridurre i bisogni delle persone; dobbiamo avere una visione che permetta di cambiare il presente, ma di lavorare per un cambiamento radicale in futuro. (...) I diritti delle persone anziane, specie se malati e non autosufficienti, sono presenti in moltissimi documenti che indicano quando i diritti umani sono violati: ad esempio in presenza di condizioni degradanti o di fronte a prescrizioni che non trovano ragione d'essere come oggi la chiusura alle visite, pur in presenza della vaccinazione. Il tema del rispetto dei diritti umani deve entrare nel dibattito delle Rsa, per stigmatizzare condotte che portano a sofferenza e a maltrattamento fisico, quando c'è contenzione (per carenza di personale) o psicologico perché sono proibite le visite dei familiari, che incide sulla salute e può portare anche alla morte».

In questi mesi di pandemia i malati sono stati privati del loro diritto alle relazioni umane, al pari dei detenuti chiusi in carcere e privati della libertà di uscire. Più volte è intervenuto sulla loro situazione proprio il Garante dei diritti delle persone private della libertà personale e numerose sono state le iniziative, anche a livello parlamentare, dei Comitati dei familiari e delle associazioni aderenti al Cdsa, Coordinamento nazionale per il diritto alla sanità per le persone anziane malate e non autosufficienti. Il 30 marzo 2022 il Coordinamento ha promosso e poi animato presidi a Torino, Milano, Firenze, davanti alle Prefetture, e a Roma, davanti alla sede del Ministero della salute, per richiamare l'urgenza

di riaprire le Rsa alle visite, garantendo la sicurezza dei malati non autosufficienti senza penalizzare il loro diritto alle relazioni affettive.

Si è data la colpa al Covid-19 e si è usata la scusa che si voleva proteggerli. In realtà hanno pagato duramente la grave disorganizzazione del lavoro, la carenza di personale medico, di infermieri e di operatori socio-sanitari.

Sorveglianza collettiva. Negli ultimi vent'anni, l'esperienza della Fondazione promozione sociale con i casi individuali e la raccolta di archivi di notizie in merito agli abusi compiuti in Rsa, rivela che in quasi tutti i casi, solo gli interventi dei Carabinieri del Nas hanno funzionato da supplenza alla scarsa vigilanza delle Asl per tutelare il diritto alla salute degli anziani ricoverati in strutture inadeguate, sovente denutriti e maltrattati e quasi sempre in condizioni sanitarie tali da richiedere interventi immediati di ricovero ospedaliero. A tale proposito è di illuminante lettura la sezione G - «Omicidi, suicidi e maltrattamenti» del volume *Memoriale delle vittime dell'emarginazione sociale* (scaricabile gratuitamente davwww.fondazionepromozionesociale.it).

Un ruolo fondamentale si sorveglianza attiva e di sentinelle della qualità delle prestazioni, potrebbe essere svolto dai parenti dei ricoverati e, più ampiamente, dai frequentatori della struttura, che dovrebbe essere aperta al territorio. A livello istituzionale, la sorveglianza sulla qualità del servizio e l'appropriatezza rispetto al fabbisogno dell'utente dovrebbe essere materia di attenzione da parte dei medici di medicina generale, dai componenti delle commissioni di vigilanza o di altri settori delle Asl. Anche i medici degli ospedali, specie quelli del pronto soccorso possono concorrere al miglioramento delle prestazioni a favore dei malati non autosufficienti: le loro denunce circostanziate sono indispensabili per sollevare il velo su situazioni di maltrattamento, abusi, violenze, ma anche per segnalare carenza di personale o personale inadeguato nella struttura Rsa dalla quale arriva il paziente, prima che ritorni in struttura e che si arrivi a contenimento o abusi e maltrattamenti.

NOTE

(1) L'articolo 30 del Dpcm 12 gennaio 2017, commi 1 e 2, prevede che «1. Nell'ambito dell'assistenza residenziale, il Servizio sanitario nazionale garantisce alle persone non autosufficienti, previa valutazione multidimensionale e presa in carico: a) trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore. (...) b) trattamenti di lungoassistenza, recupero e mantenimento funzionale, ivi compresi interventi di sollievo per chi assicura le cure, a persone non autosufficienti».