



LA STRAGE NASCOSTA. COSA È ACCADUTO NELLE RESIDENZE PER ANZIANI DURANTE LA PANDEMIA

Marco Arlotti, Costanzo Ranci
Laboratorio di Politiche Sociali. Politecnico di Milano

Unità di ricerca



Con il sostegno



Stakeholder sociale



Questo documento si colloca all'interno delle attività di ricerca svolte dai due autori nell'ambito del progetto IN-AGE (INclusive AGEing in place: Contrasting isolation and abandonment of frail older people living at home), finanziato da Fondazione Cariplo (grant n. 2017-0941). Per ulteriori informazioni e note di aggiornamento sul progetto si rimanda al sito: <http://www.lps.polimi.it/?p=2864>.

Introduzione

L'obiettivo di questo documento è quello di restituire all'opinione pubblica e alla comunità scientifica una ricostruzione, quanto più approfondita, dei processi e delle dinamiche che hanno condotto nel nostro paese (similmente ad altri), a quella che il direttore europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito come "una tragedia umana di proporzioni inimmaginabili" (WHO-Europe 2020).

Ci riferiamo alla questione dei contagi e dei decessi avvenuta all'interno delle strutture residenziali per anziani durante la fase acuta della pandemia da COVID-19.

La nostra attenzione volgerà sul caso italiano, sviluppando tuttavia anche un focus specifico sul caso della regione Lombardia: il contesto in cui gli effetti della pandemia sono stati più dirompenti e drammatici, con notevoli conseguenze anche sul sistema della residenzialità per anziani.

L'analisi muoverà su due piani principali. Nel paragrafo 2 presenteremo innanzitutto una rapida sintesi dei dati epidemiologici disponibili sulla mortalità nelle strutture residenziali durante il periodo di pieno dispiegamento della pandemia. Nel paragrafo 3, ci concentreremo invece sulle modalità con cui le politiche, sia a livello nazionale che a livello regionale, hanno gestito la fase di crisi pandemica nei confronti delle strutture residenziali: come hanno disposto la chiusura degli accessi, le misure di protezione, la gestione dei malati una volta che il COVID-19 è entrato nelle strutture. Lo faremo analizzando i principali dispositivi normativi e regolativi messi in campo dalle istituzioni, nonché contestualizzando l'analisi degli stessi all'interno della dinamica di sviluppo degli eventi ricostruita attraverso un'attenta disamina del dibattito e delle inchieste pubblicate in alcuni dei principali quotidiani di rilievo nazionale e locale durante il periodo di dispiegamento della pandemia.

I numeri della strage

Che la pandemia abbia colpito soprattutto le persone più anziane è ormai un dato assodato. L'ultimo report dell'Istituto Superiore di Sanità (d'ora in avanti ISS) (ISS 2020a), del 18 giugno 2020, calcola che l'età media dei pazienti deceduti e risultati positivi a SARS-CoV-2 è di 80 anni. L'età mediana dei deceduti (82 anni) supera di ben 20 anni l'età mediana (62 anni) di chi ha contratto l'infezione. Anche lo studio dell'ISTAT (2020) sugli eccessi di mortalità (una metodologia di calcolo più precisa) stima un aumento della mortalità sino al 50% per gli uomini in età 70-79 e 80-89 anni e del 35% per le donne di pari età: una misura almeno doppia (quasi tripla per le donne) rispetto all'incremento di mortalità degli individui d'età inferiore a 60 anni.

Non disponiamo al momento di dati altrettanto precisi sulla mortalità nelle residenze per anziani. Un'indagine ad hoc svolta dall'ISS (2020b), su 3.417 Residenze Sanitarie Assistenziali (pari al 41,2% di quelle censite a livello nazionale), ha stimato il decesso di 3.772 persone (tra febbraio ed aprile 2020) dovuto a Covid-19 oppure con sintomi simil-influenzali. Il dato, rapportato al totale delle Rsa del paese, condurrebbe ad una stima di circa 9.000 decessi. A questi andrebbero aggiunti i decessi avvenuti in quel vasto sistema di strutture residenziali sociali e para sanitarie esistenti nel nostro paese (stando anche agli esiti delle inchieste condotte da Nas) (Corriere della Sera, 12 Maggio), la cui attività si basa sul semplice rilascio di autorizzazioni da parte dei comuni, dunque con standard assistenziali decisamente più limitati e contenuti.

Secondo i dati dell'ISS il tasso di mortalità a livello nazionale nelle strutture analizzate è stimato al 3.8%, raggiungendo in Lombardia la punta del 7.5%. Nelle altre regioni maggiormente colpite dalla pandemia il tasso è rimasto a livelli sensibilmente più bassi (vedi tab.1). Si tratta di percentuali molto elevate, se collocate in ottica comparata. Infatti - seppur con tutte le cautele del caso a fronte di statistiche nazionali spesso difformi e non sempre facilmente comparabili - basti pensare che secondo uno studio della London School of Economics (ILPN 2020) il tasso di mortalità dovuto a Covid-19 nelle strutture di ricovero è variato in Europa dal 0.4% in Germania alla punta massima del 3.7% in Belgio, passando per dato intermedi in Francia (2.4%), Gran Bretagna (3.4%) e Svezia (2.0%). Nel complesso, è stato stimato che il numero di morti nelle case di riposo rappresenti il 34% delle morti per Covid-19 nel nostro paese (Pesaresi 2020): una quota enorme se si pensa che la quota di over 65 ricoverati in queste strutture è inferiore al 2% dell'intera popolazione italiana con la stessa età.

TABELLA 1

INCIDENZA PERCENTUALE DI DECEDUTI DA COVID-19, SIA POSITIVI CHE CON SINTOMI SIMILI-INFLUENZALI, SUL TOTALE DEI RICOVERATI IN RSA, FEBBRAIO-APRILE 2020, TASSO DI MORTALITÀ ESPRESSO PER 100 RESIDENTI NELLE STRUTTURE

	Tasso mortalità COVID-19 positivi	Tasso mortalità con sintomi	Tasso mortalità complessivo
Lombardia	1.0	6.5	7.5
Veneto	0.2	1.0	1.2
Emilia-Romagna	1.0	3.2	4.2
Italia	0.7	3.1	3.8

Fonte: ISS (2020b)

Sappiamo che l'età media dei ricoverati in strutture residenziali in Italia è pari ad 80 anni (Arlotti, Ranci 2020). Si potrebbe quindi concludere che questa strage sia semplicemente dovuta alla concentrazione nelle strutture di una popolazione che, per età e condizioni psico-fisiche, è ad alto rischio di mortalità da Covid-19. Lo stesso argomento potrebbe naturalmente essere utilizzato per evidenziare la grave assenza di misure a protezione di una popolazione di cui si conosceva bene l'elevata vulnerabilità. Che si tratti di una strage in buona parte evitabile emerge, in ogni caso, da un recente rapporto dell'INPS (2020), che rileva come i tassi di mortalità dovuti a Covid-19 per età sono stati significativamente inferiori per i soggetti percettori di Indennità di Accompagnamento rispetto ai non percettori di età uguale: un risultato solo apparentemente contro-intuitivo, che invece segnala come questi individui, più esposti degli altri al rischio di conseguenze letali, abbiano potuto godere di una rete efficace di protezione nelle loro dimore, che ne ha ridotto la mortalità in misura significativa. Una rete di prevenzione al virus che invece non è scattata nelle strutture residenziali.

I dati della tabella 1 segnalano un altro punto fondamentale della questione. Come si evince dal raffronto tra il tasso di mortalità dei soggetti diagnosticati come positivi e quello dei soggetti con sintomi simil-influenzali, la stragrande maggioranza dei decessi (l'82% a livello nazionale, l'87% in Lombardia) è avvenuta senza che venisse effettuata una diagnosi, ovvero senza che i soggetti venissero sottoposti al tampone.

Le implicazioni di questa assenza di controlli sono molteplici, come mostreremo anche successivamente. In estrema sintesi, tutto questo ha determinato l'impossibilità da parte delle strutture di poter distinguere con precisione i casi positivi da quelli non positivi, e la conseguenza messa in atto di strategie preventive di isolamento e separazione. Più in generale, si può sostenere che questa enormità dei decessi non diagnosticati segnala come per lungo tempo la questione Rsa sia completamente scomparsa dal radar delle statistiche ufficiali e, conseguentemente, non sia stata oggetto di politiche specificamente finalizzate a monitorarne la situazione e ad evitare un aumento ulteriore dei decessi. Per diverse set-

timane successive allo scoppio della pandemia, le morti nelle strutture di ricovero sono passate sotto silenzio e non sono state oggetto di alcun dispositivo specifico: invisibili al pubblico e alle statistiche quotidiane. La strage, in altri termini, si è compiuta in gran parte sotto traccia, nel silenzio e nell'inconsapevolezza dell'opinione pubblica, mettendo al riparo, per diverse settimane, le autorità pubbliche di qualsiasi critica.

I dati raccolti solo a posteriori dall'ISS, che comprendono sia deceduti diagnosticati come positivi che simili-influenzali, confermano questo andamento. Come mostra la tab. 2, gran parte dell'incremento nei decessi è avvenuto nel mese di marzo e soprattutto nella seconda metà del mese, quando la mortalità è aumentata sino a tre-quattro volte quella normale, per poi "normalizzarsi" in aprile, quando il tema è divenuto di dominio pubblico e sono state approntate misure di contenimento del danno.

TABELLA 2

■ DISTRIBUZIONE % DEI DECESSI DA COVID-19, SIA POSITIVI CHE CON SINTOMI SIMILI-INFLUENZALI, IN RSA, FEBBRAIO APRILE

	1-15 febbraio	16-29 febbraio	1-15 marzo	16-31 marzo	1-15 aprile	16-30 aprile
Lombardia	10.4	11.7	17.4	42.0	16.6	1.9
Veneto	18.9	18.2	23.4	31.4	7.7	0.5
Emilia Romagna	12.7	16.2	20.6	34.9	13.6	2.0
Italia	13.9	14.6	19.0	33.8	16.0	2.6

Fonte: ISS (2020b)

In sintesi, i dati oggi disponibili confermano che nelle strutture di ricovero del nostro paese si è compiuta, soprattutto nel mese di marzo, una vera e propria strage, che ha determinato la morte per Covid-19 di diverse migliaia di pazienti. Della stragrande maggioranza di questi decessi non è stata mai diagnosticata con certezza la causa, anche se l'evidenza è che si è trattato in larga parte di morti dovute al dilagare della pandemia in molte strutture. L'assenza di test e di un qualsiasi monitoraggio sanitario ha silenziato questi decessi. Essi sono emersi solo quando l'ondata pandemica era ormai passata, in conseguenza delle proteste dei familiari dei deceduti e del personale medico-assistenziale, nonché delle molteplici indagini giudiziarie partite allo scopo di indagare sulle responsabilità di questa situazione.

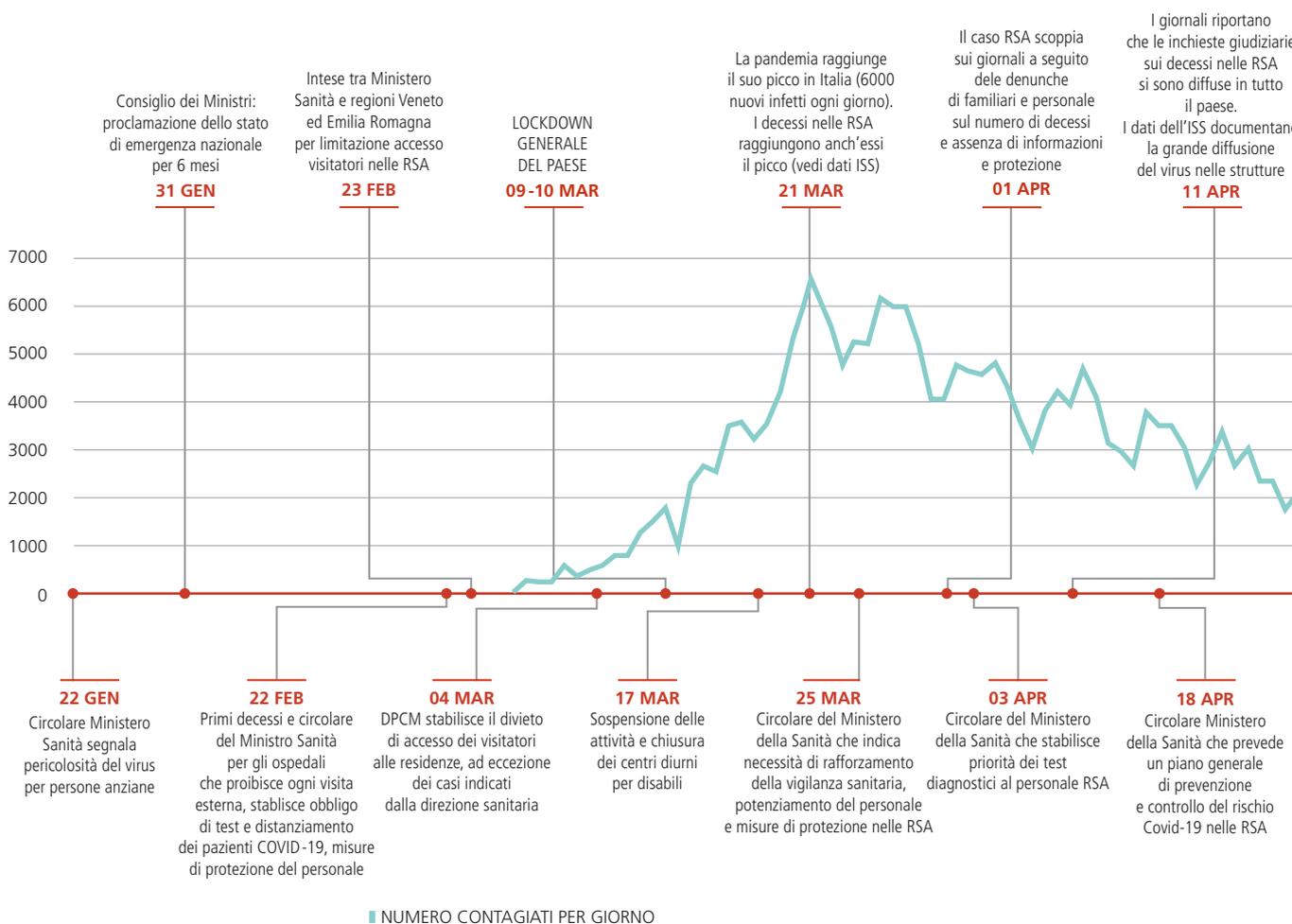
La gestione della crisi a livello nazionale

Questo estremo ritardo nel fronteggiamento delle conseguenze più pesanti della pandemia emerge chiaramente se si considera anche il timing di introduzione ed implementazione dei principali dispositivi normativi e regolativi di contrasto alla pandemia nelle Rsa.

Se consideriamo innanzitutto i dispositivi messi in campo dal livello nazionale, vediamo infatti come nel periodo intercorrente tra la fine di gennaio e la fine di aprile (per uno schema riassuntivo si veda la figura 1), emerge un forte ritardo del governo centrale sia nel prevenire l'entrata del virus nelle strutture residenziali, che nel fronteggiarne le conseguenze una volta che esso è entrato all'interno di questi contesti. L'attenzione del governo è stata, infatti, per larga parte del periodo di sviluppo della pandemia, concentrata esclusivamente sul sistema ospedaliero, trascurando di intervenire in modo preventivo a tutela di un settore in cui era ampiamente nota la presenza di una popolazione fragile, fortemente soggetta alle conseguenze più nefaste del virus.

FIGURA 1

■ PANDEMIA, QUESTIONE RSA E PRINCIPALI DISPOSITIVI/EVENTI, GENNAIO-APRILE 2020



Fonte: elaborazioni su analisi dispositivi normativi/regolativi, cronaca giornalistica

Già una circolare emanata il 22 gennaio dal Ministero della Salute segnalava, su indicazione dell'Oms, la diffusione in Cina di una polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) e i potenziali rischi ad essa connessi, inclusi una certa gravità per le persone più anziane: “Una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni cliniche croniche pre-esistenti, quali ipertensione, e altri problemicardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie; anche le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi.” La stessa circolare forniva indicazioni per il riconoscimento delle casistiche sospette di infezione e sull'effettuazione di test diagnostici.

A seguito di questo primo dispositivo, che rappresenta il punto “zero” nel fronteggiamento della crisi pandemica, vengono emanate altre tre circolari e due ordinanze del Ministero della Salute sulle misure profilattiche da adottare, sino a quando, il 31 gennaio, il Consiglio dei Ministri delibera lo Stato di emergenza nazionale per 6 mesi. Da quel momento in poi, e per tutto il mese di febbraio, né il Ministero della Salute, né il governo nazionale forniranno indicazioni specifiche relative al fronteggiamento dei rischi di diffusione del contagio del virus all'interno delle strutture per anziani. Tutti i dispositivi riguarderanno la gestione del rischio e le procedure da adottare sempre e soltanto a livello ospedaliero. Così avviene allo scoppio vero e proprio della pandemia, il 21 febbraio, in seguito all'accertamento dei primi casi e delle prime morti da Covid-19. In quello stesso giorno vengono disposti sia il blocco totale delle visite ospedaliere che misure importanti di distanziamento e separazione dei pazienti Covid-19 sempre in ambito ospedaliero.

Per le strutture di ricovero le prime indicazioni vengono fornite solo alla fine di febbraio e a livello generale solo agli inizi di marzo. Il 23 febbraio vengono firmate intese del Ministero della salute con le regioni Veneto ed Emilia-Romagna, recanti “Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da Covid-19”. Le intese prevedono, nel caso del Veneto, che “le RSA per non autosufficienti dovranno anch'esse limitare l'accesso dei visitatori agli ospiti”, mentre in Emilia-Romagna “le strutture socio-sanitarie residenziali per persone non autosufficienti dovranno anch'esse limitare l'accesso dei visitatori agli ospiti”. Con questi dispositivi le strutture per anziani “entrano” dunque, seppure limitatamente a queste due regioni, nell'agenda del governo.

Occorre tuttavia attendere oltre una settimana perché il tema dei rischi di contagio nelle strutture assuma una rilevanza nazionale. Infatti è solo con il DPCM del 4 Marzo (previsione poi confermata anche dal DPCM del 8 Marzo) che viene stabilita (art. 2) una limitazione degli accessi di parenti e visitatori alle strutture per anziani autosufficienti, ai “soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione”. Le limitazioni agli accessi vengono, dunque, estese su tutto il paese, seppure con la previsione di deroghe specifiche da parte delle direzioni sanitarie delle strutture poiché, nella sostanza, ciò che avviene è che: “molte Rsa

hanno bisogno dei familiari per imboccare gli anziani” (Corriere della Sera, 23 Aprile). A seguire, dopo oltre una settimana, è solo con il decreto legge n.18 del 17 Marzo che vengono sospese le attività dei centri diurni per disabili, molti dei quali collocati dentro strutture per anziani.

La considerazione tardiva del governo nazionale della “questione strutture” emerge anche dal fatto che è solo con la circolare del 25 marzo del Ministero della Salute –dopo circa un mese dallo scoppio conclamato della pandemia – che, per la prima volta, all’interno dell’ “Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19” si dedica un capitolo specifico al tema delle Rsa. A questo proposito la circolare indica che “Nell’ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio si segnala l’emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali”. Inoltre si segnala che “è necessario identificare prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale”. Infine la circolare menziona il fatto che per le Rsa: “è, comunque, indispensabile potenziare il personale in servizio presso queste strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero¹, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari. E’ indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell’infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale”.

¹ A questo proposito, occorre segnalare che sul versante ospedaliero era già intervenuto ad inizi marzo il decreto legge, n. 14, del 9 Marzo recante “Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all’emergenza COVID-19”, con il quale sono state stabilite una serie di misure straordinarie di potenziamento delle reti di assistenza territoriale (incluso il reclutamento di personale). Nessun riferimento è stato indicato rispetto al sostegno del settore delle strutture socio-sanitarie per anziani.

È dunque con un ritardo di diverse settimane che il tema delle Rsa entra nel campo dei dispositivi nazionali di prevenzione e trattamento della pandemia. Ormai purtroppo, come emerge dai dati analizzati sopra nel par. 2 il virus è già ampiamente penetrato nelle strutture e ha mietuto gran parte delle vittime. Solo una circolare del Ministero della Salute del 3 aprile, predisposta a valle degli allarmi suscitati dalla stampa e della partenza delle prime inchieste giudiziarie, prevede di sottoporre prioritariamente ai test “operatori, anche asintomatici, delle RSA e altre strutture residenziali per anziani”, nonché “le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani”.

Infine, a quasi due mesi dallo scoppio della pandemia, sempre il Ministero della Salute emana per la prima volta, il 18 aprile, una circolare ad hoc recante “Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell’infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie”, elaborate dall’Istituto Superiore di Sanità. La circolare riconosce la massima attenzione, nell’ambito delle strategie di prevenzione e controllo, verso gli anziani ricoverati nelle strutture residenziali e in tal senso fornisce indicazioni dettagliate che “permettano alle strutture residenziali sociosanitarie di fornire il servizio di assistenza riducendo il rischio di infezione da COVID-19 negli ospiti e negli operatori”. Fra queste vengono

indicate una serie di misure di carattere organizzativo, che riguardano la limitazione degli accessi alle strutture, la predisposizione di appositi spazi di isolamento per i nuovi ricoverati nelle strutture, i test da effettuare, le limitazioni di invio degli anziani in ospedale per visite specialistiche ed esami strumentali, l'utilizzo delle mascherine e igiene delle mani anche ai fornitori esterni, l'individuazione precoce di casi sospetti di infezione sia tra gli anziani che fra gli operatori. Si tratta di un vero e proprio piano generale, che tuttavia arriva quando ormai la strage si è compiuta.

I ritardi nell'implementazione di un'efficace strategia preventiva da parte della politica sanitaria nazionale possono essere stati, dunque, decisivi nella propagazione del virus all'interno delle strutture. A questo aspetto si aggiunge un secondo elemento che può essere ritenuto al pari presumibilmente cruciale nel determinare le condizioni di forte problematicità operativa in cui si sono trovate ad agire le strutture. Esso riguarda una certa assenza della politica nazionale per quanto riguarda la garanzia di approvvigionamento dei materiali e dei dispositivi di protezione a favore delle Rsa. Non a caso dalla survey sulle Rsa condotta dall'ISS (2020b) emerge come oltre il 77% delle strutture hanno indicato difficoltà nel reperimento dei dispositivi di protezione individuale (nella prima rilevazione, uscita ad inizi aprile seppur su un campione più limitato di strutture tale percentuale raggiungeva addirittura l'86%) (ISS 2020c). Nonostante, in base al d.lgs 81/2008, spettasse alle strutture la messa a disposizione dei dispositivi individuali di protezione, il dispiegarsi della pandemia ha trovato gran parte di esse, al pari degli ospedali, fortemente impreparate su questo versante. A tale difficoltà la politica nazionale non è tuttavia riuscita a dare risposta.

Le vicende che emergono anche dalla cronaca sono emblematiche. A fronte delle disperate grida di allarme dei gestori delle strutture, il governo non riuscì che a dare risposte laconiche. Vale per tutti la ricostruzione pubblicata sul Corriere della Sera del 25 aprile scorso di uno "scambio di mail drammatico che testimonia quanto sia stata disperata la ricerca di mascherine da parte delle Rsa della Lombardia, costrette a combattere disarmate contro il virus che fa strage di anziani. «Si rende improcrastinabile un intervento immediato della Protezione civile e del Governo» perché le strutture «stanno lavorando in condizioni difficilissime», scrivono le Rsa (NdR: tramite Roberto Costantini, commissario straordinario dell'ARIS, associazione religiosa istituti socio-sanitari) al capo del Dipartimento Angelo Borrelli. «Stiamo facendo di tutto», è la sconsolata risposta. Nei giorni successivi i messaggi alle autorità si infittiscono, denunciando una situazione definita a più riprese come «insostenibile». Si implora aiuto perché «diversi medici, operatori sanitari (...) si sono ammalati e si stanno ammalando per la scarsità di dpi. Stiamo tenendo duro, ma in alcune strutture che stanno nelle zone più contagiate, i dpi si esauriranno in 24 ore. Anche stavolta la risposta è laconica: «Stiamo provvedendo a reperire le mascherine e altri dispositivi. Appena avremo contezza ve la faremo avere. Comprendo la vostra esigenza e situazione e risolveremo». In questo contesto, le cronache raccontano anche di veri

e propri dirottamenti di materiali di protezione destinati alle strutture residenziali verso il sistema ospedaliero, con requisizione di carichi di mascherine destinate alle Rsa. Una circostanza che è stata addirittura prevista e legittimata dalle norme nazionali (si veda il decreto legge del 17 marzo) e che emerge anche in questo caso dalle cronache come denunciato da alcune delle principali associazioni di rappresentanza del mondo della residenzialità (la Repubblica, 8 Aprile).

Il caso lombardo

La Lombardia rappresenta, stando ai dati dell'ISS (2020b), la regione in cui il tasso di mortalità nelle Rsa risulta più che doppio della media nazionale (vedi tab. 1 sopra). Se da un lato questa regione è stata sicuramente colpita da un "incendio" pandemico di dimensioni ed intensità senza pari nel resto d'Italia, dall'altro stiamo parlando della regione "fiore all'occhiello" della residenzialità nel nostro paese.

Anche in questo caso la strategia di prevenzione e fronteggiamento della crisi sembra avere mostrato diverse lacune. Le questioni cruciali che emergono sono le seguenti:

- il ritardo iniziale nel blocco degli accessi alle strutture;
- lo spostamento di pazienti (inclusi pazienti Covid-19) dagli ospedali alle strutture residenziali;
- il ritardo nell'esecuzione dei tamponi;
- il mancato supporto alle RSA nel garantire livelli adeguati di assistenza sanitaria.

Ritardato blocco degli accessi

A differenza di quanto accaduto in altre regioni precocemente colpite dalla pandemia (vedi come indicato nel paragrafo precedente il caso del Veneto e dell'Emilia-Romagna), l'intesa stipulata fra Regione Lombardia e Ministero della Salute il 23 febbraio, cioè allo scoppio della crisi, non ha disposto per le strutture residenziali una chiusura degli accessi, indicando soltanto che "i parenti dei pazienti ricoverati devono attenersi alla regola di accesso alla struttura in numero non superiore ad 1 visitatore per paziente". Si è posta dunque una barriera molto debole alla diffusione del virus nelle strutture, tenendo conto che la dotazione di posti letto nelle Rsa, e conseguentemente la movimentazione di visitatori, è spesso assai significativa. A questa prima indicazione, subentra il 27 febbraio una seconda disposizione regionale, in base alla quale i visitatori esterni alle strutture dovranno confermare, per poter essere ammessi, l'assenza di "febbre e/o sintomi respiratori". Nel complesso, queste indicazioni non rendono il filtro sufficientemente forte. Fino al DPCM nazionale dell'8 Marzo, dunque, l'accesso alle Rsa non viene totalmente chiuso, permettendo di fatto, per alcune settimane dallo scoppio dell'epidemia, il contatto con potenziali portatori del virus.

In questa fase iniziale, diverse strutture adottano comunque iniziative preventive di chiusura, in anticipo rispetto alle indicazioni regionali e nazionali. Ad esempio, molte chiudono i centri diurni, finendo tuttavia per essere contestate dagli enti di vigilanza e controllo (le Ats), che esigono la riapertura delle strutture stesse. Sul punto la documentazione raccolta tramite servizi giornalistici ed interpellanze parlamentari è sterminata e univoca nel segnalare una sostanziale noncuranza della regione per questa problematica. I centri diurni vengono poi finalmente chiusi soltanto il 17 marzo su disposizione nazionale (vedi par 3 sopra).

Spostamento dei pazienti dagli ospedali alle Rsa

Un secondo aspetto particolarmente critico riguarda l'approvazione, l'8 marzo, di una delibera regionale (la n. XI/2906), in base alla quale si prevede e si incoraggia il trasferimento dei pazienti post acuti (inclusi quelli Covid) dagli ospedali alle Rsa. L'obiettivo della delibera è quello di alleggerire il pesantissimo carico sulla rete ospedaliera, trasferendo in Rsa i pazienti non necessitanti di particolare assistenza, previa la presenza di specifici requisiti quali esempio la presenza di reparti separati, la disponibilità di medici ed infermieri h24, nonché di strutture per esami di laboratorio, radiografie, terapie dell'ossigeno, ecc.

Se la delibera viene subito accesa criticata dalle organizzazioni sindacali e dalle organizzazioni di rappresentanza delle strutture (la delibera "è stata come un fuoco in un pagliaio") (la Repubblica 8 Aprile), la Regione ha invece sempre difeso la "bontà" della delibera stessa, ricordando – come indicato sopra - sia la presenza di requisiti specifici, sia la portata effettiva di implementazione della misura, che avrebbe riguardato un numero assai limitato di casi (solo 145 pazienti ricollocati in 15 strutture), non essendoci alcun obbligo per le strutture, ma solo una facoltà, ad operare in tal senso (e comunque, con un rimborso particolarmente "generoso" garantito dalla regione - 150 euro - pari a oltre tre volte il rimborso medio garantita alle strutture per i ricoveri ordinari di anziani) (delibera XI/3020 del 30 Marzo).

Secondo alcune ipotesi investigative, al momento al vaglio delle procure, il trasferimento di pazienti dagli ospedali alle Rsa avrebbe tuttavia contribuito alla diffusione del virus sia fra gli operatori che fra gli anziani all'interno delle strutture, diventate veri e propri "focolai" dell'epidemia. Ciò sarebbe avvenuto, innanzitutto, perché i pazienti in uscita dagli ospedali non sarebbero stati sottoposti a test in grado di garantire l'effettiva assenza del virus. In un duro documento, firmato dalle associazioni di rappresentanza degli enti gestori e inviato alla Regione il 20 aprile, il sistema di dimissione previsto dalla delibera regionale dell'8 marzo viene fortemente criticato proprio perché spesso è mancata, in fase di dimissione dei pazienti dagli ospedali, la diagnosi tramite tampone, necessaria per l'invio in sicurezza del paziente stesso in una Rsa (la Repubblica 25 Aprile). Lo stesso documento riporta casi in cui pazienti, segnalati come negativi e inviati nelle Rsa, avrebbero presto manifestato i sintomi tipici del Covid-19 (ibidem). In qualche modo, dunque, il virus è stato autorizzato ad entrare delle strutture.

Una volta dentro, il virus può diffondersi velocemente. Le strutture risultano infatti largamente impreparate a gestire i nuovi pazienti. Se da un lato mancano gli spazi per garantire l'isolamento di questi pazienti, dall'altro i medici e gli infermieri chiamati ad occuparsi di questi pazienti sono gli stessi che poi, spesso sprovvisti di protezioni, curano i ricoverati nelle strutture. "Mescolare così tanti sanitari e pazienti provenienti da strutture e reparti diversi ad epidemia scoppiata è come mettere il virus in un frullatore (Corriere della Sera, 8 Aprile).

Mancata esecuzione dei tamponi

Un terzo elemento critico riguarda l'effettuazione dei tamponi per individuare i casi affetti da Covid-19 sia tra gli operatori che gli anziani ricoverati. In questo caso la regolazione è stata ondivaga nel tempo.

In una prima fase (dal 23 febbraio al 10 marzo), la strategia regionale ha previsto di effettuare i test in modo "diffuso" anche nelle Rsa, interessando tutti i "soggetti con sintomi" (Corriere della Sera – Milano, 27 Aprile). In questo modo è emersa una quota di contagiati nelle Rsa pari a circa il 10% sul totale dei casi diagnosticati nella regione (vedi fig. 2). Contrariamente alle aspettative, tuttavia, nelle settimane successive la quota di infetti nelle Rsa cala a percentuali vicine al 2%.

Cosa è successo? Poiché sappiamo dai dati dell'ISS (2020b) (vedi tab.2 sopra) che le settimane di marzo sono state quelle in cui la mortalità nelle Rsa è aumentata esponenzialmente, la risposta non può che essere la seguente: è cambiata la politica regionale dei test. A partire dal 10 marzo, infatti, a fronte dell'incessante crescita nei numeri del contagio, la regione modifica la strategia dei test prevedendoli solo "ai soggetti con sintomatologia respiratoria meritevole di ricovero" (Corriere della Sera – Milano, 27 Aprile). Di fatto, i test verranno applicati, da quel giorno in poi per diverse settimane, soltanto ai pazienti ricoverati in ospedale.

L'esito è che le Rsa ricevono tamponi in quantità irrisoria, e non sono così in grado di sviluppare strategie né di prevenzione né di contenimento, per non parlare di cure adeguate ai ricoverati malati.

Con aprile la strategia regionale subisce un capovolgimento. Di fronte agli scandali giornalistici e alle indagini giudiziarie, la regione decide di far svolgere numerosi test nelle Rsa. Il che trova riscontro puntuale nelle statistiche (vedi fig. 1), con un aumento esponenziale dei casi diagnosticati nelle Rsa, che finiscono per rappresentare, intorno al 9 aprile, ben il 40% dei nuovi casi contagiati giornalieri. Non che tutti i problemi siano risolti: ancora a metà aprile sono diversi i sindaci e i gestori di strutture che mandano lettere di protesta, diffide, esigono ordinanze a fronte di richieste di test rimaste inascoltate.

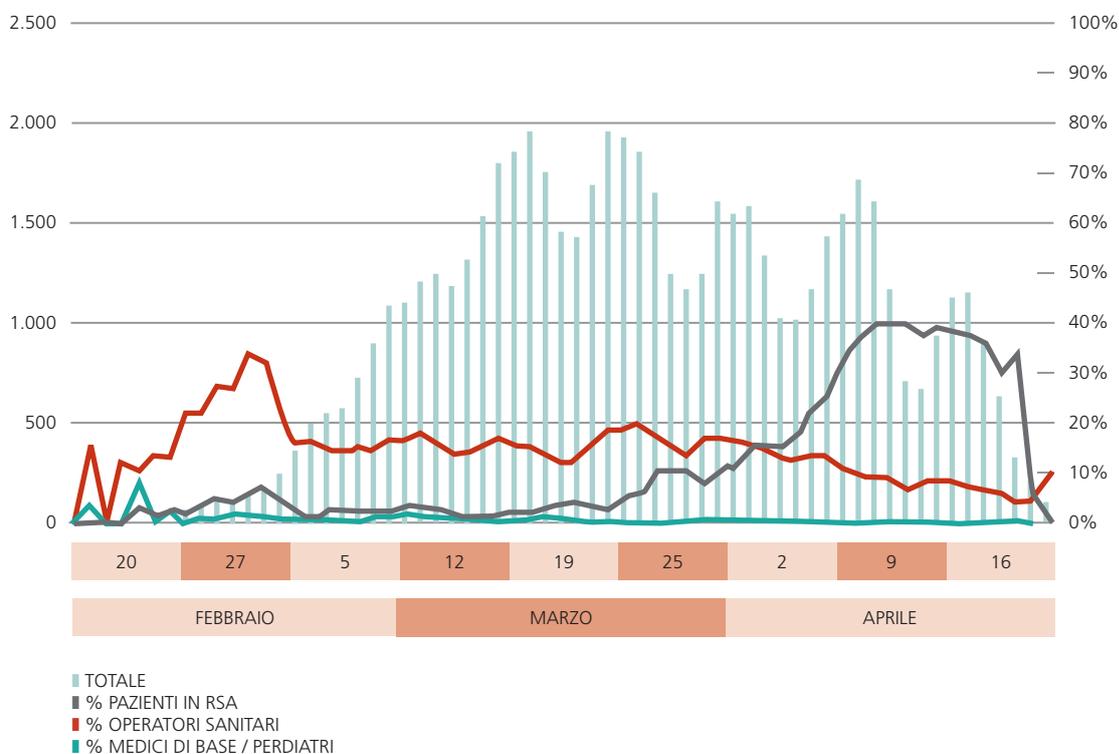
L'esito complessivo di questo processo è che, per circa un mese, la diffusione del virus nelle strutture di ricovero e i decessi conseguenti vengono ignorati, sia nelle statistiche che nelle politiche. L'epidemia si consuma in modo occulto, in un silenzio generalizzato che sommerge gli allarmi,

le richieste disperate di aiuto, le invocazioni e le (poche) proteste. Le strutture restano abbandonate e devono gestire la crisi, al buio, senza diagnosi, senza indicazioni e senza sostegno.

FIGURA 1

■ LOMBARDIA: I CASI POSITIVI

IL TREND IN LOMBARDIA. DISTRIBUZIONE PERCENTUALE DEI CASI POSITIVI



Fonte: Corriere della Sera – Milano, 27 Aprile.

Mancato supporto regionale nella garanzia dei livelli di assistenza sanitaria delle strutture

Il quarto fronte problematico concerne la mancanza di un adeguato supporto della Regione al sistema Rsa nella garanzia dei livelli di assistenza sanitaria dentro le strutture. I temi principali sono due.

Il primo tema riguarda la grave carenza - già menzionata in precedenza - nel rifornimento dei dispositivi di protezione individuale per il personale sanitario. Oltre al dirottamento dei dispositivi di protezione verso il sistema ospedaliero, è mancato anche il ruolo di coordinamento e supporto della regione e delle Ats nel sostenere nel suo complesso il sistema Rsa. La gestione del rischio Covid-19 avrebbe richiesto l'apporto di figure professionali quali infettivologi, pneumologi, igienisti, rianimatori: tutte figure già ordinariamente non presenti in queste strutture, e men che mai rintracciabili nelle fasi acute della pandemia. A ciò si aggiunge

la forte riduzione delle figure professionali e degli operatori “standard” fondamentali per il funzionamento ordinario delle strutture, come medici, infermieri, operatori socio-sanitari.

La gravità della situazione viene denunciata in più riprese da duri comunicati delle associazioni di rappresentanza degli enti gestori, che denunciano una riduzione sino al 40-50% del personale, determinata dal contagio ma anche –a detta degli enti gestori – “dalle assunzioni di urgenza di medici e infermieri da parte degli ospedali pubblici lombardi, che stanno svuotando i ranghi delle residenze private per anziani” (la Repubblica – Milano, 25 Aprile).

Infine, tutte queste difficoltà cozzano contro l’indirizzo regionale di non far affluire negli ospedali gli anziani over 75 bisognosi di cure sanitarie e provenienti dalle Rsa. La delibera regionale del 30 Marzo (XI/3018) stabilisce infatti che i ricoverati nelle Rsa con sintomi simil-influenzali o Covid positivi debbano essere curati all’interno delle strutture, anziché attraverso l’accesso agli ospedali “per evitare rischi dovuti a trasporti e attese di pronto soccorso” (Corriere della Sera Milano, 10 Aprile). L’esito di questo provvedimento, unitamente alle altre condizioni, è che molti ricoverati nelle case di riposo sono rimasti senza cure e assistenza.

Considerazioni conclusive

È difficile sottrarsi, al termine di questa ricostruzione, all’idea che quella delle Rsa sia stata una strage certo non annunciata, ma che anzi ha raggiunto proporzioni gigantesche, probabilmente evitabili, proprio perché non è stata rilevata e trattata in tempo, e con la dovuta attenzione, dalle politiche, sia nazionali che regionali.

I particolari profili di fragilità delle persone anziane ricoverate, così come il grado elevato di concentrazione all’interno delle strutture hanno indubbiamente determinato un terreno favorevole alla diffusione del contagio e alle sue conseguenze più nefaste.

Ciononostante, anche i ritardi e le mancanze nei dispositivi di chiusura, nelle misure di protezione del personale e dei ricoverati, i limiti stessi posti alle Rsa nel trattamento dei pazienti malati, hanno insieme congiurato per rendere il contagio dentro le strutture prima possibile, e poi drammaticamente invisibile. È soprattutto questa assenza di informazione, di conoscenza e di consapevolezza del dramma che si stava consumando nelle strutture, a colpire. Una trascuratezza che stride con la numerosità dei contagi e dei decessi. E che ha condotto a concepire le Rsa, nelle fasi più acute del contagio, come luoghi su cui fosse possibile, e per alcuni aspetti fosse ragionevole, scaricare l’immensa pressione di pazienti esercitata sugli ospedali.

Come è potuta avvenire questa tragica omissione delle politiche? Come è stato possibile che dirigenti sanitari, policy maker, l’opinione pubblica stessa, abbiano trascurato la situazione che, da diverse settimane, stava montando nelle Rsa? Al punto tale che il caso è poi emerso, suscitando

un tentativo tardivo di reazione anche nelle politiche, soltanto grazie all'intervento di soggetti terzi, come le associazioni spontanee dei familiari dei ricoverati e la magistratura?

In questo rapporto abbiamo ricostruito come si sono svolti i fatti, allo stato attuale delle nostre conoscenze. Abbiamo messo in evidenza che la strage ha trovato nei ritardi, nelle inadeguatezze e soprattutto nell'indifferenza delle politiche pubbliche, un fattore decisivo di moltiplicazione. Se un numero limitato di decessi in queste strutture può apparire inevitabile, è indubbio che la dimensione della strage appare il frutto di concatenazioni largamente evitabili. Se vogliamo evitare che questo si ripeta in futuro, crediamo sia necessario comprendere le ragioni che hanno mosso questo meccanismo.

Per capire, sarà necessaria un'attenta ricostruzione delle decisioni di policy e dei contesti entro cui le decisioni sono state prese. In questa sede possiamo solo evidenziare la diagnosi e collegarla ad alcuni fattori pre-esistenti.

La diagnosi: è mancata una considerazione della situazione reale in cui versavano le strutture di ricovero, e soprattutto della loro fragilità organizzativa. In larga parte, le Rsa costituivano, ancor prima che la pandemia si scatenasse, il fronte più indifeso, quello che doveva essere protetto per primo. Questo non è invece accaduto.

Tra le varie ragioni, una ci pare importante evidenziare. Come abbiamo evidenziato in un precedente rapporto (Arlotti, Ranci 2020), le strutture di ricovero costituivano già, ancora prima che COVID-19 sconvolgesse il mondo, un'emergenza. Si trattava di strutture che, pur facendo integralmente parte del Servizio Sanitario Nazionale (ricordiamo: i livelli essenziali di assistenza prevedono, fra le misure di integrazione socio-sanitaria, appunto anche i ricoveri degli anziani), sono state tradizionalmente collocate in una posizione marginale, dando per scontata la loro funzione "assistenziale". In questo quadro, le residenze si sono sempre più specializzate nell'offerta di servizi sanitari, con un'utenza in larga parte costituita da grandi anziani in condizioni di grave fragilità psico-fisica, pur non disponendo di risorse economiche, organizzative e di capitale umano, nemmeno lontanamente pari a quelle degli ospedali.

Si è così creata una sorta di sanità di serie B, già abbandonata ad una deriva che, di fronte all'irrompere del diluvio, è stata completamente travolta. Le politiche regionali si erano già mostrate particolarmente deboli: lo segnalavano il mancato aggiornamento delle tariffe di rimborso sanitario a carico del Servizio Sanitario Nazionale, la riduzione dei posti letto e del personale medico, a fronte dell'aumentare delle istituzioni ad elevata intensità sanitaria. Un quadro difficile e complesso per le strutture di ricovero, tanto più se si considera che, per quanto riguarda Italia i servizi residenziali long-term care, l'Italia è da diversi anni il fanalino di coda dell'Unione Europea.

Riferimenti bibliografici

- Arlotti, M., Ranci, C. (2020), *Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?*, Laboratorio di politiche sociali, Politecnico di Milano, http://www.lps.polimi.it/wp-content/uploads/2020/04/Impaginazione_image.pdf
- ILPN (2020), *Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence*, <https://ltccovid.org/wp-content/uploads/2020/06/Mortality-associated-with-COVID-21-May-1.pdf>
- ISS (2020a), *Report sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi all'infezione da SARS-CoV-2 in Italia*, 18 giugno 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-decessi-italia>
- ISS (2020b), *Survey nazionale sul contagio Covid -19 nelle strutture residenziali e socio nelle strutture residenziali*, Roma.
- ISTAT (2020), *Impatto dell'epidemia Covid-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Primo quadrimestre 2020*, 4 giugno 2020, https://www.istat.it/it/files/2020/06/Rapp_Istat_Iss_3Giugno.pdf
- INPS (2020), *Analisi della mortalità nel periodo di epidemia da Covid-19*, 20 maggio 2020, https://www.inps.it/docallegatiNP/Mig/Dati_analisi_bilanci/Nota_CGSA_mortal_Covid19_def.pdf
- Pesaresi, F. (2020), *Il Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani, "I luoghi della cura"*, <https://www.luoghicura.it/dati-e-tendenze/2020/05/il-covid-19-nelle-strutture-residenziali-per-anziani/>
- WHO-Europe (2020), *Statement – Invest in the overlooked and unsung: build sustainable people-centred long-term care in the wake of COVID-19*, <https://www.euro.who.int/en/media-centre/sections/statements/2020/statement-invest-in-the-overlooked-and-unsung-build-sustainable-people-centred-long-term-care-in-the-wake-of-covid-19>

Lista articoli quotidiani

- Corriere della Sera, *Le case di riposo come frullatori "Qui tutti mischiati e il virus è esploso"*, 8 Aprile.
- Corriere della Sera, *Tante visite, zero tamponi Tutti gli errori sulle Rsa*, 23 Aprile.
- Corriere della Sera, *Le Rsa chiedevano le mascherine E Roma rispose: noi non le abbiamo*, 25 Aprile.
- Corriere della Sera, *La vita negli ospizi abusivi*, 12 Maggio.
- Corriere della Sera - Milano, *Rsa, i tamponi arrivano a tempo scaduto, E dopo le mascherine emergenza camici*, 10 Aprile.
- Corriere della Sera – Milano, *Subito i tamponi, poi più nulla. I focolai "sconosciuti" nelle Rsa*, 27 Aprile
- la Repubblica, *Il Pio Albergo Trivulzio, al centro di tre diverse indagini, per la morte di alcuni ospiti a causa del coronavirus*, 8 Aprile.
- la Repubblica, *Pazienti smistati, accuse al Trivulzio "Non controllava se erano contagiati"*, 25 Aprile.
- la Repubblica - Milano, *Le case di riposo alla Regione " Il nostro caos è colpa vostra pochi tamponi e regole confuse*, 25 Aprile.

Elenco principali dispositivi regolativi e normativi nazionali/regionali in ordine cronologico

- 22/1/2020, Ministero Salute, Circolare, *Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina*
- 31/01/2020, Consiglio dei ministri, Delibera, *Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili*
- 23/2/2020, Ministero Salute, Ordinanza, *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Regione Veneto*
- 23/2/2020, Ministero Salute, Ordinanza, *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Regione Emilia-Romagna*
- 23/2/2020, Ministero Salute, Ordinanza, *Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Regione Lombardia*
- 4/3/2020, Presidente del Consiglio dei Ministri, Decreto, *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, applicabili sull'intero territorio nazionale*
- 8/3/2020, Presidente del Consiglio dei Ministri, Decreto, *Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 23 febbraio 2020, n. 6, recante misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19.*
- 8/3/2020, Regione Lombardia, deliberazione n. XI /2906, *Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da Covid – 19.*
- 9/3/2020, Decreto legge, n. 14, *Disposizioni urgenti per il potenziamento del Servizio sanitario nazionale in relazione all'emergenza COVID-19.*
- 17/3/2020, Decreto-legge n. 18, *Misure di potenziamento del Servizio sanitario nazionale e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19.*
- 25/3/2020, Ministero Salute, Circolare, *Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19.*
- 30/3/2020, Regione Lombardia, delibera XI/3020, *Ulteriori disposizioni per la gestione dell'emergenza sanitaria da Covid-19. Istituzione servizi di degenza per sorveglianza pazienti Covid-19 paucisintomatici.*
- 3/4/2020, Ministero Salute, Circolare, *Pandemia di COVID-19 Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità . Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio.*
- 18/4/2020, Ministero Salute, Circolare, *Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie.*

- 20/5/2020, Decreto-Legge 19 maggio 2020, n. 34, *Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali, connesse all'emergenza epidemiologica da Covid-19*
- 9/6/2020, Regione Lombardia, dgr XI/3226, *Atto di indirizzo in ambito socio-sanitario successivo alla "fase 1" dell'emergenza epidemiologica da Covid-19.*



INclusive AGEing in place (IN-AGE)

Il progetto “Inclusive ageing in place – IN-AGE” affronta il tema della condizione di fragilità delle persone anziane e i relativi rischi di isolamento sociale. L’innalzamento dell’età media, accompagnato da un aumento dei rischi di essere affetti da forme di disabilità e malattie croniche, pone l’obbligo di assumere una nuova attenzione alla problematica dell’invecchiamento ‘inclusivo’ e, in particolare ai rischi dell’invecchiamento a casa propria.

La finalità della ricerca è quella di proporre possibili azioni e strategie a sostegno del miglioramento della qualità della vita dell’anziano fragile e di un invecchiamento più sereno e sicuro nella propria abitazione. La ricerca si baserà sui dati risultanti dalle attività di rilevamento e analisi che saranno condotte in tre contesti regionali (Lombardia, Marche, Calabria) fortemente differenti sotto il profilo sociale, economico e culturale. Le tre unità di ricerca coinvolte nel progetto (Politecnico, INRCA e Università Mediterranea di Reggio Calabria, con la collaborazione di Auser) opereranno in diverse realtà urbane ed extra urbane dei rispettivi contesti geografici, individuando le condizioni degli abitanti più anziani (over 75 anni) attraverso l’analisi delle molteplici variabili che possono determinare emarginazione ed abbandono. Saranno poste a confronto le varie condizioni rilevate (diversità e analogie) e le specificità territoriali che contribuiscono alla differenziazione fra contesti locali e fra regioni.

Unità di ricerca



Con il sostegno



Stakeholder sociale

