VOLUME 01 — APRILE 2020

RSA

Perché è successo?

Al di là dello scandalismo, contributi per capire ragioni e cause del corto circuito che ha causato tante morti nelle residenze per anziani

VITA

INSTANT MAGAZINE

vita.it

Indice

LA NECESSITÀ DI CAPIRE

di Stefano Arduini **pag 4**

RSA, UN CAPRO ESPIATORIO PERFETTO

di Riccardo Bonacina **pag 5**

SOLI DAVANTI AD UNA GRANDE EMERGENZA

di Rosaria Bonacina

vicepresidente dell'Rsa Airoldi e Muzzi di Lecco **pag 9**

IL TERZO SETTORE, NON UN J'ACCUSE MA UN APPELLO

di Sara De Carli **pag 13**

NON SI PUÒ FARE CHIAREZZA CON 60 TAMPONI FATTI

L'interpellanza urgente alla Camera di Elena Carnevali sul caso delle Rsa lombarde **pag 18**

CAPIRE DOVE IL SISTEMA NON HA FUNZIONATO

Intervista a Luca Degani

Uneba Lombardia **pag 23**

QUESTA ERA UNA TRAGEDIA ANNUNCIATA

Il punto di vista di FISH, Federazione italiana per il superamento dell'handicap **pag 28**

I NUMERI DEL DRAMMA

Il rapporto dell'Istituto superiore della sanità del 6 aprile **pag 31**

UNA VOCE DA DENTRO

Intervista a Paolo Pigni

Direttore generale di Sacra Famiglia **pag 34**

TROPPE LATITANZE DIETRO UNA TRAGEDIA

Di Paola Pessina

Presidente della Casa di cura Ambrosiana **pag 38**

Supplemento a Vita non profit
Direttore Stefano Arduini
Progetto a cura di Giuseppe Frangi
Progetto grafico Matteo Riva

Tutti i diritti sono riservati
© Vita spa Aprile 2020

LA NECESSITÀ DI CAPIRE

Stefano Arduini

Il coronavirus è stato un ciclone che si è abbattuto su migliaia di case di riposo, in particolare quelle della Lombardia, dove è concentrato oltre il 20% delle 4.629 residenze e dei 300mila ospiti, che nella regione epicentro della pandemia in Italia, sono per il 94% non autosufficienti.

Vita.it ha seguito in queste settimane il caso delle Rsa lombarde, non per cercare capri espiatori ma per capire cosa stava accadendo, dando voce a chi conosce e vive queste delicatissime realtà. Al di là degli scandalismi e degli isterismi politici e mediatici di questi giorni ci è sembrato utile fornire ai lettori questo "instant magazine" che raccoglie una selezione degli articoli pubblicati sul sito e che nel loro insieme sono un contributo di riflessione sulle ragioni e le cause del corto circuito che ha causato tante morti nelle residenze per anziani.

In conclusione pubblichiamo un articolo inedito di Paola Pessina, vicepresidente di Fondazione Cariplo e presidente della Casa di cura Ambrosiana, un intervento che rappresenta un punto di sintesi e di chiarezza cruciale per ripartire e, come scrive Pessina, per «non darla vinta a un virus diabolico e divisivo».

RSA, UN CAPRO ESPIATORIO PERFETTO

Riccardo Bonacina

Dopo le prime esternazioni di esperti secondo cui il Covid 19 era poco più di un'influenza, dal 27 febbraio si cominciò a tranquillizzare anche dicendo che sì, qualcuno moriva ma che il coronavirus che non è così letale perché a morire erano solo i vecchi che sarebbero morti comunque perché già colpiti da altre patologie e ormai ultra ottantenni. "Se ne sarebbero andati comunque", era il ritornello di virologi, editorialisti e professoroni intervistati. Ci fu anche una certa reazione a questo disprezzo per le persone e per il dolore di chi stava perdendo i propri cari e all'idea mostruosa che gli anziani come tutti quelli che sono deboli non vadano nemmeno curati troppo né assistiti, tanto sono vicini alla fine (The Economist dixit).

Ricordo questo irrispettoso mantra di fine febbraio perché nel breve volgere di poco più di un mese gli stessi esperti, professori, editorialisti e oggi magistrati, si scandalizzano perché a morire siano tanti anziani. Nelle Rsa o nelle case, si suppone, perché tamponi e dati certi sino al 7 aprile non è stato dato di avere (leggi qui).

13,4% indice di mortalità Covid19 per gli over 80

Al 9 aprile un'analisi dell'Istituto Superiore di Sanità su un campione di 16.654 pazienti deceduti e positivi a COVID-19 in Italia, ha stabilito che l'età media dei pazienti deceduti e positivi a COVID-19 è di 78 anni per gli uomini e di 83 per le donne. Insomma, cinquanta giorni dopo lo scoppio dell'epidemia italiana, un dato era ed è certo: muoiono soprattutto gli anziani. E una ricercapubblicata su The Lancet Infectious Diseases il 30 marzo ci dice che il tasso di m ortalità (non di letalità) del Covid19 sui casi accertati, più alto, è stimato come segue: 1,25% tra 50-59; 3,99% tra 60-69; 8,61% tra 70-79; 13,4% sopra 80 anni.

Ora, le 4629 case di riposo e Rsa italiane hanno una popolazione di 300.000 ospiti (più di un quinto dei quali in Lombardia) al 75% over 80 e al 78% non autosufficienti (in Lombardia al 94%!). Insomma, era prevedibile che proprio in queste strutture le morti si sarebbero moltiplicate (ne abbiamo scritto in tempi non sospetti e senza isterismi, semplicemente raccontando). Non c'è bisogno di essere amanti (come il sottoscritto) di film di genere catastrofico per immaginare gli effetti dirompenti e devastanti di una pandemia che colpisce in particolare la popolazione anziana, per prevedere che laddove questi erano raggruppati in strutture, tra l'altro non segreganti, ma aperte al territorio, il virus avrebbe colpito di più.

→ Il nulla delle autorità nazionali e regionali

Eppure, sia a livello nazionale che regionale si è dovuto constatare che non esisteva nessuna linea guida per emergenze di questo tipo nonostante le indicazioni e le promesse del dopo Sars. E in più proprio le strutture dedicate agli anziani sono state lasciate sole, senza indicazioni sino al 4 marzo e senza Dispositivi di protezione individuale per i suoi operatori socio-sanitari ancora sino

a pochi giorni fa. La Protezione Civile che in altre situazioni aveva dato buona prova di sé, di fronte a questo tipo di emergenza ha messo in campo scarsa preparazione e ancor meno risorse preordinate oltre, però, a una sciagurata volontà di centralizzazione che ha impedito anche l'autoproduzione, se non clandestinamente, di protezioni per il personale. In questo contesto il punto che fa scalpore: la sciagurata delibera dell'8 marzo che in Lombardia che chiede alle RSA di farsi carico di pazienti Covid "lievi" per alleggerire gli ospedali sotto pressione di cui abbiamo già scritto (qui).

Se non si è riusciti ad avere strategie rigorose per circoscrivere il rischio nemmeno tra operatori ospedalieri (oltre 100 i medici morti e decine di infermieri) - se non nei pochi ospedali già altamente specializzati per episodi infettivi su piccole porzioni di popolazione - meno che mai ci si poteva aspettare di riuscirci nelle realtà socio-sanitarie residenziali per persone anziane e ancor più per quelle disabili.

La drammatica decisione di vietare gli accessi dall'esterno a familiari, volontari, visitatori, sapendo bene che questo avrebbe destabilizzato emotivamente gli ospiti anziani o disabili, e richiesto perciò al personale un carico doppio di accudimento e vicinanza è stata presa, nella gran parte dei casi, prima di ogni indicazione delle autorità preposte. E la chiusura ha comportato il rischio che fosse intesa come un voler occultare "fuori" ciò che accadeva "dentro". Chiusura per molte Rsa già disposta responsabilmente nei giorni seguenti il 23 febbraio in assenza di precise indicazioni regionali (si veda l'allegato sull'ordinanza Regione Lombardia del 23 febbraio) e senza aspettare il Dpcm del 4 marzo dove alla lettera m) si vietava "l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (RSA) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta

ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione".

→ Capro espiatorio per Pm e coscienza sociale

Ora le Rsa sono diventate il capro espiatorio perfetto e decine di Pm si sono lanciati lancia in resta ponendosi l'epocale domanda: "a marzo 2020 sono morti più anziani che a marzo 2019?". Bastava che leggessero uno straccio di giornale o mi telefonassero per avere una risposta! E, come spiegano, cercano il «nesso di causalità» tra morti e Coronavirus, forse non sapendo che a marzo non è stato né fornito né fatto un tampone che sia uno e che perciò, a parte i pochi ospedalizzati nessuno saprà ma quanto il coronavirus abbia pesato nel portare alla morte pazienti che già soffrivano di patologie gravi, visto che non è stato fatto nemmeno il tampone, né prima né dopo la morte. Chissà se i magistrati in corso d'opera capiranno che devono alzare un poco lo sguardo, che devono guardare un po' più in alto se vogliono colpire i veri responsabili della diffusione del virus nelle strutture per anziani.

Ma le Rsa sono un capro espiatorio perfetto perché addossare su di loro la colpa lava anche una cattiva coscienza sociale, quella di chi ha affidato i suoi anziani già da mesi o da anni a coloro che potevano e dovevano occuparsi di loro e dovevano continuare a farlo al posto nostro. Abbiamo chiesto alle case di riposo di sostituirci con i nostri parenti anziani al 100 % e lo hanno fatto.

Si può immaginare un altro modello dalle Rsa? Certo, ma invece di processi occorre mettere in campo risorse per assistenza domiciliare e medicina di territorio dove anche il Terzo settore sia sempre più protagonista.

Pubblicato il 15 aprile

SOLI DAVANTI AD UNA GRANDE EMERGENZA

di Rosaria Bonacina

vicepresidente dell'Rsa Airoldi e Muzzi di Lecco

La vita di una Rsa e di chi al suo interno vive e lavora, non ha mai avuto tanta attenzione da parte della stampa e di tutti i media come in questi giorni di emergenza Covid-19. Attenzione però tutta concentrata sul numero dei morti, numero certamente troppo elevato, soprattutto in certi territori, e che sicuramente genera spaesamento in chi ne ascolta il racconto, e nello stesso tempo favorisce accuse ai gestori di incapacità ad offrire una assistenza adeguata. Probabilmente a poco sono servite tutte le attenzioni, i protocolli e le procedure messe in atto fin dai primi in giorni, rendendole poi sempre più rigorose, per evitare di esporre ospiti e lavoratori al rischio di contagio.

Uno sforzo che le Rsa si sono trovate a fare in totale solitudine, senza ricevere Dpi, aiuti e supporti, cercando di interpretare al

meglio le indicazioni non chiare dell'ISS, dei vari DPCM e delibere Regionali spesso in contraddizione tra loro; improvvisandosi esperti in gestione delle emergenze. Per contenere il contagio si è scelto da subito di limitare al massimo le occasioni di contatto con l'esterno, impedendo l'accesso dei familiari e dei volontari. E questo ha creato per gli ospiti e per le loro famiglie una situazione di grave carenza di relazioni e di affetto di cui oggi forse non siamo in grado di valutare le conseguenze e gli effetti. Difficilmente potranno essere sufficienti a superare il disagio della lontananza dai familiari, le attenzioni del personale o lo sforzo delle strutture per favorire le videochiamate, la comunicazione con posta elettronica o altro che la fantasia degli operatori ha saputo inventarsi.

Ormai è passato più di un mese dall'inizio dell'emergenza e il personale che ogni giorno si prende cura degli ospiti, vive in una situazione di rischio in continua crescita e fonte di grande preoccupazione. Molti sono gli operatori assenti per malattia. Solo da pochissimi giorni si è iniziato a effettuare i tamponi che quasi sicuramente daranno esiti positivi.

Il contagio intano sembra aver cominciato a rallentare la sua corsa, ma presumibilmente nei prossimi giorni continueremo a sentire notizie di decessi degli ospiti delle Rsa, anche in quelle strutture che nei primi giorni sono riuscite a "difendersi".

Ma per chi dirige e lavora, come la sottoscritta, all'interno di queste strutture, sa che è possibile anche un'altra narrazione della vita di questi luoghi, sente l'esigenza di una narrazione più positiva. Le Rsa dei nostri territori custodiscono la storia di anni, e per qualcuna anche di secoli, dedicati alla "cura" di chi, in situazione di non autosufficienza (non dimentichiamolo), necessita di trovare accoglienza in strutture in grado di offrire risposte assistenziali e sanitarie adeguate.

Chi oggi viene accolto in una Rsa spesso proviene direttamente

dall'ospedale ed è in condizioni tali da non poter essere accudito al proprio domicilio sia per la presenza di pluripatologie sia per la necessità di assistenza di tipo quasi esclusivamente sanitario.

Tante sono le persone in condizioni di "terminalità" che trovano nelle RSA un luogo dove concludere la propria vita in modo dignitoso, accompagnati da cure palliative.

La morte è una "visitatrice" frequente delle RSA e il personale di cura è allenato a fronteggiarla e ad accoglierla quando non si può fare altrimenti, quando gli anni e l'evolversi delle malattie stanno facendo il loro corso e nessun trattamento sanitario le può debellare, quando l'unica cosa che si può fare è lenire la sofferenza ed attenderne insieme il compimento.

Sono delicati e difficili gli atti di cura che le equipe delle Rsa portano avanti nei confronti dei propri ospiti; sono richieste una consapevolezza ed una responsabilità professionale molto alte, frutto di esperienza, formazione ed esercizio continuo.

È l'attività di "cura" che caratterizza e qualifica la quotidianità delle Rsa: c'è tanto impegno e professionalità da parte degli operatori e ci sono ospiti che grazie a trattamenti sanitari adeguati, cicli intensi di fisioterapia, di stimolazione cognitiva o di musicoterapia, riescono a recuperare una discreta autonomia che consente loro di continuare una vita serena, degna di essere vissuta, di coltivare interessi e affetti. E' stata molto dolorosa la morte di alcune di queste persone, forse colpite dal contagio (in assenza di tamponi non può esserci certezza); la loro morte è avvenuta troppo in fretta, senza lasciare spazio ad un ultimo saluto ai familiari, agli amici e agli operatori stessi.

Allora, se è vero che il grado di sviluppo di una civiltà si misura in base a come ci si prende cura delle persone più fragili, chi ha la responsabilità di una RSA ha bisogno di essere sostenuto a "custodire" questa attività di cura, non solo, e magari un po' meglio, duran-

te l'emergenza Covi-19, ma anche per il prossimo futuro.

Occorre trovare spazi in cui le Rsa (molto spesso realtà Non Profit), possano condividere le riflessioni che nasceranno dall'esperienza di questi giorni, per certi versi molto dolorosa, con chi, territorio, Welfare regionale..., dovrà aiutare a riprendere le attività ordinarie e nello stesso tempo pensare anche a modalità innovative di erogazione dei servizi territoriali e residenziali per gli anziani, servizi che possano rispondere alle sfide che tutti dovremo affrontare , anche, e non solo in termini di sostenibilità dei costi.

Pubblicato il 7 aprile

IL TERZO SETTORE, NON UN J'ACCUSE MA UN APPELLO

di Sara De Carli

Nessun j'accuse, ma un appello forte perché nell'emergenza Coronavirus e nella distribuzione dei dispositivi di protezione individuale si tenga conto anche delle RSA e dei centri residenziali per le persone con disabilità. Perché quello che si è fatto finora, non è sufficiente: mancano ancora le mascherine chirurgiche ma soprattutto tute, guanti, occhiali, copricapi, ffp2... tutte quelle protezioni indispensabili nel momento in cui un ospite di queste strutture risulti positivo al Covid-19. Tutte quelle protezioni indispensabili per arginare il contagio ed evitare che questi luoghi si trasformino in bombe esplosive. È quanto emerso nel corso del Comitato Editoriale di Vita tenutosi il 4 aprile.

Rossano Bartoli è il Presidente della Lega del Filo d'Oro. Il distanziamento sociale di un metro, loro, non possono rispettarlo: le persone che seguono sono sordocieche o pluriminorate psicosensoriali, il tatto per loro è l'unico modo per avere un contatto con il mondo e per comunicare. A seguito delle disposizioni governative le attività dei servizi territoriali sono state sospese, mentre prosegue l'attività dei cinque centri residenziali (in Lombardia, Emilia Romagna, Marche, Puglia e Sicilia). «Abbiamo preparato alcune stanze per l'isolamento, abbiamo DPI per gestire qualche giorno di emergenza vera. Come strutture sanitarie o sociosanitarie abbiamo bisogno di avere garanzie rispetto alla possibilità di operare in sicurezza, a tutela di tutti», dice. Le strade le hanno percorse tutte: quella delle richieste alla Protezione Civile, come pure quella di mettersi insieme con altre organizzazioni per fare ordini collettivi, «ma c'è tanta difficoltà, alcuni ordini sono stati bloccati alle frontiere», dice Bartoli. Le mascherine ora ci sono, più difficile invece è ancora reperire DPI quali ffp2 e ffp3, tute, guanti, copricapi... La seconda riflessione riguarda i tamponi: «per averlo bisogna segnalare, insistere, non è detto che venga fatto subito e comunque il risultato sappiamo che non è veloce, nel frattempo cosa fai? Abbiamo bisogno di essere aiutati a capire se c'è o no il problema, essere messi nelle condizioni di agire correttamente e tempestivamente. Stiamo vivendo tutti un'emergenza eccezionale, capiamo benissimo che ci sono fronti oggettivamente prioritari... Vedo la Protezione civile qui ad Ancona, ci sono persone che non tornano a casa da settimane... Il nostro è un appello: tenere conto che anche le nostre strutture e servizi sono essenziali ed è importante intervenire in modo adeguato, soprattutto in termini di prevenzione».

La drammaticità della situazione è confermata da Fondazione Sacra Famiglia - 23 sedi in Lombardia, Piemonte e Liguria - che nelle sue varie strutture conta complessivamente circa 150 persone po-

sitive al test. In Sacra Famiglia si sono procurati i tamponi e hanno iniziato a testare i pazienti e gli ospiti con sintomi similinfluenzali già dal 18 marzo; in seguito sono stati testati anche ospiti e operatori che erano venuti in contatto con loro, pur in assenza di sintomi specifici. «I dispositivi di protezione individuale? Li abbiamo ma con grande fatica, teniamo conto che fra ospiti residenti e operatori abbiamo bisogno di circa 1.800 mascherine al giorno e 7mila guanti... anche per le ffp2 e ffp3 sta aumentando la necessità, perché sta aumentando il numero delle persone positive», dice Mara Garbellini, responsabile della Comunicazione e Raccolta fondi.

Il kit completo per gestire sospetti positivi e positivi conclamati, questo è adesso il materiale mancante. Roberto Speziale è il presidente nazionale di Anffas, una rete di 167 associazioni locali e 49 enti a marchio, che dà servizi e assistenza a oltre 30.000 persone con disabilità intellettive e alle loro famiglie. «La situazione dei DPI è leggermente migliorata rispetto a dieci giorni fa, ma non risolta. Per le mascherine aspettiamo di avere qualcosa fra oggi e domani, ci siamo approvvigionati con nostre risorse. Settimana scorsa è successo che alcuni ordini sono stati bloccati e dirottati sulle strutture sanitarie. Ora stiamo cercando soprattutto di avere kit completi, che sono molto costosi», afferma. La mancanza di DPI è un ostacolo non indifferente per organizzare interventi a domicilio, sostitutivi delle attività che sono venute a mancare con la chiusura dei Centri diurni: «Nessuna delle nostre famiglie è stata lasciata sola, tutto ciò che si può fare a distanza è stato attivato subito, portiamo farmaci e spesa, offriamo supporto psicologico», spiega Speziale. «Però al domicilio è difficile andarci senza DPI, non è possibile, non solo per la tutela degli operatori quanto per la sicurezza delle persone con disabilità: ricordiamoci che spesso queste persone hanno condizioni tali per cui contrarre il Covid19 significa davvero rischiare la vita. Man mano che i DPI ci sono, si può or-

ganizzare il servizio».

Il socio-sanitario compare per la prima volta nei decreti con il #CuraItalia, che all'art. 5, Comma 5 dice che «i dispositivi di protezione individuale sono forniti in via prioritaria ai medici e agli operatori sanitari e sociosanitari», annunciato il 17 marzo. Secondo l'analisi dell'Unità di Crisi di Anffas l'articolo va inteso «nel senso che devono essere forniti i dispositivi di protezione individuale anche ai medici e agli operatori sanitari e socio-sanitari dei servizi privati, accreditati e non. Infatti i medici ed operatori di tali servizi svolgono compiti di alto rischio e devono anche garantire la possibilità di poter operare a garanzia dell'intera utenza». Ma cooperative ed enti gestori di strutture e servizi sociosanitari, socioassistenziali e sociali denunciava da giorni la mancanza di DPI. Già il 23 marzo scrivevamo di come in Lombardia le mascherine ffp3 ordinate per le strutture sociosanitarie venissero requisite dalla Protezione civile per gli ospedali. E di un ordine da un milione di mascherine destinate alle cooperative lombarde bloccato. Tanto che il Forum Terzo Settore Lombardia quel giorno aveva chiesto di attivare un'unità di crisi per il sistema socio-sanitario e l'approvvigionamento di DPI per gli enti del terzo settore lombardo, ancora inesistente a un mese di distanza dal primo caso: «È indispensabile invece che queste realtà possano aver accesso in modo sistematico e continuativo ai DPI o, se in grado di rifornirsi autonomamente, i loro ordini non vengano intercettati e sequestrati. Questo anche in considerazione del fatto che con alcune cooperative di produzione stiamo tentando di avviare una produzione di mascherine. Capiamo l'emergenza, ma senza DPI non possiamo svolgere quella preziosa funzione preventiva di arginare il contagio e quindi i ricoveri», diceva Valeria Negrini, la portavoce. La situazione poi è cambiata: «Da qualche giorno pare esserci un esubero di offerta di mascherine. Ricevo proposte di 100mila, 200mila, 1 milione

di pezzi di mascherine, fino a qualche giorno fa introvabili. Credo che adesso il mercato si sia mosso, con le sue regole: serve vigilare perché non si crei un mercato parallelo».

Pubblicato il 9 aprile

NON SI PUÒ FARE CHIAREZZA CON 60 TAMPONI FATTI

L'interpellanza urgente alla Camera di Elena Carnevali sul caso delle Rsa lombarde

«Abbiamo dovuto sentire che le Rsa, come è vero, sono strutture che hanno una forma giuridica da ente privato e sono fondazioni e che, quindi, la responsabilità dell'acquisizione dei presidi, degli strumenti e delle attrezzature era in capo a loro e che alla regione aspettava esclusivamente il compito della vigilanza e della sorveglianza. Però, vedete, le Rsa, come gli ospedali privati convenzionati e contrattualizzati, agiscono come offerta di servizio delle regioni e, come tali, sono soggette a delle regole di standard gestionali, di standard strutturali, per le modalità di natura organizzativa, per gli accessi, per le liste d'attesa, operano per conto di re-

gione e per questo credo che un'operazione di totale scaricabarile non sia stata un'operazione, come dire, egregia.

A dispetto del crescente numero delle infezioni dei ricoverati nelle Rsa, dei numerosi casi, anche tra gli operatori, non è stato e non è avvenuto nessun accertamento tramite tampone sanitario. Li abbiamo finalmente avuti, pochissimi giorni fa, solo dopo cinquanta giorni dall'epidemia, con il rischio che queste persone sono diventate vettori non solo per gli ospiti, ma anche per le infezioni intrafamiliari e per le comunità. A fronte di questa scelta politica, quella del 4 di marzo di chiudere le Rsa alle visite dei parenti, a fronte del numero dei contagi, una scelta che è stata una scelta politica, non di certo una scelta tecnica, altrettanta scelta politica è stata quella della deliberazione della regione dell'8 marzo, con cui si è chiesto le RSA di ampliare la ricettività dei pazienti per ospitare i casi meno gravi di persone infettate e liberare così alcuni posti letto negli ospedali. Questa richiesta a nostro giudizio è tuttora, noi pensiamo, inadeguata ed è stata una scelta imprudente, anche per il tempismo con cui è stata chiesta - parliamo dell'8 di marzo - soprattutto per la necessità e per le condizioni in cui le Rsa in quel momento operavano e per la difficoltà anche di garantire gli standard di sicurezza che devono essere garantiti. Parallelamente all'emergenza ospedaliera bisognava, infatti, sostenere e controllare le strutture, senza rimandare a circolari burocratiche che si limitavano a dire che bisognava seguire i protocolli. Se si ritiene che le Rsa devono accogliere i pazienti COVID, che devono curare i propri pazienti COVID già presenti senza poterli ospedalizzare, allora devono essere dotate del personale medico, assistenziale, di dispositivi di protezione, attrezzature terapeutiche, farmaci adeguati ai pazienti fragili e con comorbilità, oltre alla certezza di poter operare nella rigorosa separatezza fisica, strutturale e tra gli operatori, tra quelli dedicati esclusivamente ai pazienti con CO-

VID e ai pazienti, invece, senza COVID».

Sono alcuni passaggi dell'intervento svolto ieri alla Camera da Elena Carnevali, deputata Pd. Presentava l'interpellanza urgente "Elementi e iniziative in ordine alla situazione delle residenze sanitarie assistite in Lombardia in relazione all'emergenza COVID-19" (la n. 2-00734, qui il testo). Ha risposto Sandra Zampa, Sottosegretaria di Stato per la Salute, che ha fatto riferimento alla surveynazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie curata dall'Istituto superiore di sanità che conta nelle RSA lombarde, dal 1° febbraio 2020 alla data di stesura del questionario (26 marzo-6 aprile), 1.822 decessi su un totale di 13.287 residenti. Il totale dei decessi accertati con tampone e risultati positivi al tampone è pari a 60. Il totale dei decessi con sintomi simil-influenzali o simili a COVID-19 è pari a 874. I deceduti accertati positivi al COVID-19, conferma da tampone, più i deceduti con sintomi appunto simil-influenzali sono pari a 934, cioè il 51,3 per cento del totale dei decessi nelle RSA lombarde, ovviamente di quelle che hanno risposto al questionario (164 strutture, pari al 24,2 per cento del totale).

Lia Quartapelle, un'altra firmataria dell'interpellanza, ha replicato a questa risposta. «Questa è una sede politica, non è una sede giudiziaria. Ci sono già le inchieste e la Guardia di finanza ieri è già stata al palazzo della regione per acquisire tutti i documenti; c'è l'ispezione del Ministero. Su tutto questo parlerà la magistratura e chi dovrà pagare pagherà, ma noi siamo qui per parlare delle responsabilità politiche e noi, come Partito Democratico, come opposizione in regione, andremo fino in fondo. Non accettiamo le spiegazioni della regione, non accettiamo i tentativi di nascondere i dati, che ci vengono finalmente forniti oggi, per la prima volta, in un'altra sede, e non accettiamo di ascoltare parlare di montatura giornalistica. Troviamo scandalosa l'affermazione dell'assesso-

re Foroni che ha detto: "in Lombardia, modestamente, noi le abbiamo azzeccate tutte". È un insulto alle famiglie di tutti coloro che hanno perso delle persone, in particolare alle famiglie di coloro che hanno perso delle persone nelle residenze per anziani. Noi abbiamo chiesto una commissione d'inchiesta regionale sulle RSA e lì, in sede politica, andremo fino in fondo; lo dobbiamo ai familiari, ai lavoratori, a tutti coloro che sono morti».

E ancora: «Che cosa ha fatto, anzi, che cosa non ha fatto la regione? Prima di tutto, ci ha messo molto tempo a chiudere alle visite dall'esterno le residenze sanitarie per anziani. Nonostante che lo avesse iniziato già a fare il Veneto, il 24 febbraio, nonostante che l'Emilia-Romagna lo avesse fatto il 1° marzo, la Lombardia, la regione con il focolaio più esteso, ha aspettato il 4 marzo per iniziare a limitare le visite dall'esterno nelle residenze per anziani. Poi ha concluso la questione l'8 di marzo, insieme al decreto del Governo. Lo stesso giorno, però, l'assessore Gallera proponeva ai colleghi della giunta una cosa inspiegabile, che ha avuto, purtroppo, gli esiti criminali di cui sopra. L'8 marzo la giunta Fontana, su proposta dell'assessore Gallera, decideva di chiedere alle residenze sanitarie per anziani di ampliare la ricettività dei pazienti per ospitare i casi meno gravi di persone infettate con il COVID e liberare, così, alcuni posti letto negli ospedali. Lo diceva la collega Carnevali: le Rsa fanno parte del sistema sanitario nazionale; non possono rifiutare, se la regione chiede. Per rendere più persuasiva la proposta della regione, il 30 di marzo si è aggiunta una retta giornaliera di 150 euro a ogni RSA che accettava i pazienti COVID, pagata dalla regione. Di fatto, quello che è successo è che la regione pagava le Rsa per favorire il contagio, compiendo quello che è stato un atto gravissimo e irresponsabile.

Non basta dire, come prova a raccontare l'assessore Gallera, che la regione ha dato indicazioni di come trattare i malati COVID. La

responsabilità della regione non è solo quella di dare indicazioni; la regione ha una responsabilità di sorveglianza, controllo e sanzione, che troppe volte nella storia della sanità lombarda è venuta meno. Soprattutto, in questo caso, la regione Lombardia è venuta meno a quella responsabilità e non ha esercitato la propria funzione di sorveglianza, controllo e sanzione. E non basta - no, non basta - che ora, con le morti sospette, la regione disponga una commissione d'inchiesta, provando a scaricare i problemi sulla gestione delle Rsa. Il problema è a monte: è in quelle due delibere, dell'8 di marzo e del 30 di marzo, in cui Fontana, Gallera e tutti gli altri assessori della giunta predisponevano il trasferimento dei malati COVID nelle residenze per anziani. L'emergenza - è stato detto da tutti gli infettivologi in modo molto chiaro - doveva essere trattata come una crisi sanitaria, cioè, doveva essere fatto tutto il possibile per evitare i contagi. Mentre tutta Italia si fermava per attuare il distanziamento sociale, che cosa decidevano l'assessore Gallera e il presidente Fontana? Loro decidevano di portare i malati contagiosi nei luoghi dove più si sarebbe dovuto evitare il contagio, proprio dove ci sono i pazienti più fragili e più esposti. Il problema è tutto qui: chi doveva gestire l'emergenza in realtà non ha fatto altro che rinfocolare il contagio e questa è una precisa responsabilità della politica».

Pubblicato il 17 aprile

CAPIRE DOVE IL SISTEMA NON HA FUNZIONATO

Intervista a Luca Degani

Uneba Lombardia

Luca Degani da presidente della sezione lombarda di Uneba (l'organizzazione di categoria del settore sociosanitario, assistenziale ed educativo che associa oltre mille realtà quasi tutti non profit e di ispirazione cristiana) aveva espresso fin da subito alcuni dubbi sulla ormai celebre delibera della giunta Lombarda – la numero XI/2906, 8 marzo 2020. Delibera che chiedeva alle Ats, le aziende territoriali della sanità, di individuare nelle case di riposo dedicate agli anziani strutture autonome per assistere pazienti Covid 19 a bassa intensità. Un j'accuse che alzato un polverone che sta tuttora investendo sia la Giunta lombarda che tutto il mondo delle residenze per anziani con particolare attenzione sul Pio Albergo Trivulzio. «Il tema oggi», spiega a Vita, «non è però quello di individuare il capro espiatorio, ma di capire dove il sistema ha pro-

babilmente avuto i maggiori limiti e come fare meglio». Ovvero usciamo dalla logica del giudizio anticipato, ospedale contro territorio, politica contro tecnici e proviamo, invece, a costruire un sistema più saldo a partire da un punto: «Va spostata l'attenzione dalla struttura alla persona».

Iniziamo dall'analisi di cosa non ha funzionato, partendo dalla delibera in cui si parlava di pazienti Covid a bassa intensità?

Dopo un piccolo sbandamento iniziale hanno chiarito: i Covid positivi dovevano andare in un reparto autonomo, mentre i posti letto liberi sarebbero stati eventualmente destinati ai Covid negativi. Ma questo è il meno, il tema vero è che quella impostazione di azioni ordinamentali evoca una forma mentis che pensa che l'ospedale sia il centro e che tutte le altre strutture territoriali gli siano ancellari. E questo vale anche per le Rsa, che diventano luoghi di supporto all'ospedale dove si cura il Covid.

Cosa non funziona in questo ragionamento?

Se in una Rsa arriva un Covid, la cosa che mi devo chiedere è che effetto ha sulla struttura. Fin da subito sia l'istituto superiore della sanità che l'Oms hanno specificato che il rischio di letalità sale al crescere dell'età e del numero delle patologie croniche delle quali la persona infetta sia portatrice. Se sai che nelle Rsa sono ricoverati esattamente questi soggetti, non chiedere a queste di mettersi al servizio degli ospedali, semmai fai esattamente il contrario.

Ovvero?

In altri termini in un momento emergenziale comprendo non aver ritenuto di poter utilizzare facilmente gli ospedali per prendersi carico della popolazione anziana presente in Rsa che non ha potuto quindi accedere ai servizi per ottenere immediati tamponi e ricoveri ospedalieri laddove manifestasse problemi di salute

Covid correlati. Questo perché per la prima volta ci siamo trovati in una situazione di forte stress del sistema ospedaliero in particolare delle terapie intensive. Si è determinata una situazione che ha costretto i sanitari a decidere di dare la precedenza, per quanto concerne l'accesso alla terapia intensiva, alla fascia di popolazione più giovane e con maggior possibilità di sopravvivenza. Su tali scelte personalmente ritengo che si possa non concordare ma ne comprendo la logica sottesa. Quando però si decide di utilizzare le Rsa per deflazionare il sistema ospedaliero da un eccesso di ricoveri ritengo che si debba contemporaneamente pensare a potenziare l'offerta di prestazioni sanitarie per acuti delle Rsa stesse. Quindi insieme ai malati, sottolineo necessariamente Covid negativi previamente tamponati e verificati, si dovrebbero mandare specialisti infettivologi e specialisti polmonari in Rsa. Tanto più si dovrebbero prima effettuare i tamponi a tutti gli ospiti e lavoratori delle rsa per verificare lo stato di sicurezza di queste realtà, anche a tutela dei soggetti potenzialmente immunodepressi dei quali si chiede il trasferimento. Oltre che per la tutela dei lavoratori e per l'effettiva possibilità di una presa in carico degli ospiti con le opportune azioni di ridefinizione dei posti nei reparti per minimizzare il rischio infettivo. In altre parole "ospedalizzare" l'Rsa per il tempo necessario, fornendo un supporto adeguato alla eccezionalità dell'evento.

Questo perché le case di riposo non hanno gli strumenti e le competenze giuste?

Le Rsa sono strutture dedicate a persone anziane non autosufficienti portatori di patologie croniche che toccano prevalentemente le tematiche della cognitività, della capacità di deambulazione e mediamente sono persone portatrici di significativi stati di commorbilità. le Rsa sono luoghi assistenziali pensati per ricreare o ricordare gli ambienti della casa di provenienza degli anziani. In Rsa

si trattano patologie croniche e non acute. Se viene un infarto a un ospite, a titolo di esempio, ha a sua tutela il pieno diritto di essere portato in ospedale. Si può comprendere che durante una pandemia non si sia ritenuto opportuno da parte di chi governa di garantire l'accesso alla persona anziana in un pronto soccorso o in una terapia intensiva, poiché eccessivamente oberati da un numero pesantissimo di accessi. Se però così è stato e potenzialmente ancora così potrebbe essere in altre parti d'Italia, è necessario "portare l'ospedale" nella Rsa. Le persone anziane e disabili hanno diritto alla tutela della loro salute in termini di presa in carico tanto quanto gli altri cittadini ed allo stesso modo i lavoratori che si occupano di loro.

In che senso?

Le faccio un esempio sui Dispositivi di Protezione Individuale, ossia le mascherine, i camici monouso, i guanti e quant'altro necessario a prevenire possibili infezioni da contatto. Fino a poco tempo fa la Protezione Civile aveva un protocollo che prevedeva che se arrivavano mascherine dalla Cina per una struttura socio-sanitaria venivano requisite e distribuite alle sole strutture ospedaliere o comunque del comparto sanitario. Ma veniamo all'oggi. Adesso il nodo non è essere buoni o cattivi, ma comprendere che non si parte dal luogo, ovvero l'ospedale, ma dalle persone. Allora se valutiamo che la pandemia mette a rischio la popolazione più anziana, bisogna che attrezziamo adeguatamente e ci preoccupiamo in primis dei luoghi vivono queste persone.

Avete fatto richiesta di avere strumentazioni e personale "da ospedale"?

Sì e le cose piano piano stanno migliorando. Torno sul punto però ora è necessario togliere spazio alle polemiche e non è adesso il tempo delle "commissioni di inchiesta". E' ancora il tempo di assistere ed aiutare. Ora potrebbe servire definire un percorso di pre-

sa in carico più idoneo per le persone anziane che vivono in strutture di ricovero e garantire a loro ed ai lavoratori di questi luoghi innanzitutto tamponi e dispositivi di protezione. Se si ritiene che in queste strutture si debba prendersi carico di tutto il percorso infettivo è necessario sapere chi è infetto e chi no, al di là dell'insorgere della sintomatologia. Poi occorre supportare questi luoghi, come effettivamente in maniera non omogenea alcune Agenzie di tutela della salute sui territori hanno già iniziato a fare, fornendo da parte della Sanità per acuti consulenze in termini infettivologiche, pneumologiche ed anche supportare sulla disponibilità ed uso dei farmaci antivirali. In linea generale bisogna creare una dimensione più collaborativa. La lezione è questa. E abbiamo ancora tutto il tempo per migliorare la volontà comune di prendersi carico della generazione più fragile.

intervista a cura di Stefano Arduni, pubblicata il 15 aprile

QUESTA ERA UNA TRAGEDIA ANNUNCIATA

Il punto di vista di FISH

Federazione italiana per il superamento dell'handicap

Le richieste di FISH sono «secche e chiare»: una commissione di indagine parlamentare subito e con il coinvolgimento del Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale; la revisione dell'intero sistema di accreditamento istituzionale delle strutture residenziali con l'adozione delle norme UNI 11010 sui requisiti dei "Servizi per l'abitare e servizi per l'inclusione sociale delle persone con disabilità"; il confronto con le Regioni per la definizione di un piano per l'abitare sociale adulto e autonomo delle persone con disabilità nello spirito della Convezione ONU (art. 19, vita indipendente). «Questo affinché questa tragedia non sia avvenuta invano. Affinché quelle morti silenziose non siano state inutili».La «tragedia annunciata», così la definisce la Fish, è quella che si sta consumando nelle RSA e nelle strutture italiane che accolgono disabili e non autosufficienti. Quali siano le responsabilità individuali di ciò che è accaduto «lo dirà la Magistratura, lo dirà magari una commissione di indagine parlamenta-

re, lo diranno le opportune indagini. Di certo è ora di mettere in discussione un intero sistema di strutture segreganti, di "luoghi speciali" o spacciati per tali in funzione di pseudo-specialità riabilitative perché indirizzati a questa o a quella condizione patologica», scrive la Fish. «Oggi leggiamo con orrore i report del Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale su quanto è accaduto nelle RSA, senza tuttavia stupirci che questa ecatombe si sia consumata proprio in quelle strutture che da anni segnaliamo come segreganti, come umilianti della dignità personale, come espressione lontanissima a qualsiasi logica di abitare sociale, di inclusione, di prossimità e di trasparenza rispetto al territorio. Da anni ripetiamo che lo Stato e le Istituzioni territoriali debbano compiere ogni sforzo mirato alla deistituzionalizzazione delle persone con disabilità che vivono in strutture segreganti, intervenendo sia nella direzione di garantire adeguate dimissioni da quei luoghi di detenzione, sia nel divieto alla realizzazione di nuove strutture che riproducano situazioni segreganti vietandone l'accreditamento istituzionale e, conseguentemente, qualsivoglia finanziamento diretto o indiretto».In Italia sono circa 300.000 le persone con disabilità o non autosufficienti vivono in strutture potenzialmente segreganti. «Nelle prime fasi dell'emergenza COVID 19 queste strutture sono state blindate verso l'esterno con l'intento di proteggerle dal contagio. Strutture talvolta già non permeabili al territorio e alle famiglie si sono così isolate anche rispetto a controlli, attenzioni, "occhi indiscreti". Il risultato – purtroppo ancora parziale – è all'attenzione di tutti. Ma non sono solo le lacune o gli errori di profilassi ad avere causato il disastro, ma stessa logica di coabitazione, di aggregazione forzata, che troppo spesso contraddistinguono queste strutture e questi modelli. Le eccezioni, le buone prassi che non mancano rendono ancora più grave tutto ciò che non funziona».

Fish ha ripetuto inutilmente in questi anni il diritto delle persone con disabilità a vivere ognuno dove, come e con chi gli pare, come dice la Convenzione Onu. Concetto inserito anche neI Programma d'azione per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità (dicembre 2017), dimenticato nel cassetto da ben tre Governi. «Al contrario, in questi anni hanno continuato a fiorire strutture sempre più grandi, sempre meno rispondenti a criteri di inclusione sociale, a nascere e ad essere finanziate strutture residenziali indicate come "eccellenze", situate a decine di chilometri dall'abitato più vicino. Con il prevalere di questi modelli, le persone anziane non autosufficienti e le persone con disabilità continueranno a vivere – e a morire – nel loro isolamento e nella loro segregazione, quando non nelle molestie, abusi, eccessi di sedazione, deprivazione... cioè proprio in quel brodo di coltura in cui è maturata la tragedia di questi giorni».

pubblicata l'11 aprile

I NUMERI DEL DRAMMA

Il rapporto dell'Istituto superiore della sanità del 6 aprile

1.550 telefonate fra il 25 marzo e il 6 aprile, coinvolgendo 2.166 Rsa. 577 strutture che hanno risposto al questionario, pari al 27% delle strutture contattate: poche rispetto al totale delle Rsa in Italia, che sono 4.629 ed includono sia quelle pubbliche che quelle convenzionate con il pubblico e le private. Comunque un campione, ufficiale. È questo il perimetro della survey sul contagio da Covid-19 nelle RSA, realizzata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) in collaborazione con il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale. L'indagine ha l'obiettivo di coinvolgere circa 2.500 strutture pubbliche o convenzionate come parte significativa delle complessive 4.629, includendo tra esse anche quelle private.

Le strutture che hanno risposto hanno riportato un totale di 44.457 residenti alla data del 1° febbraio 2020, con una media di 78 residenti per struttura (range 8-632), di cui 13.287 in Lombardia. In totale, 3.859 residenti sono deceduti dal 1° febbraio alla data della compilazione del questionario (nel periodo 26 marzo-6 aprile). La percentuale maggiore di decessi, sul totale dei decessi riportati, è stata registrata in Lombardia (1.822, pari al 47,2%) e in Veneto (760,

pari al 19,7%). Il tasso di mortalità, calcolato come numero di deceduti sul totale dei residenti è complessivamente pari al 8,4%. Ecco il primo dato: in questi due mesi è morto l'8,4% degli anziani ricoverati in Rsa. In Lombardia, la percentuale sale al 13,7%.

Quanti di essi erano positivi al Covid-19? Difficile dirlo perché i tamponi ancora oggi non vengono fatti nella stragrande maggioranza dei casi. In ogni caso dei 3.859 soggetti deceduti, 133 erano risultati positivi al tampone e, genericamente, 1.310 avevano presentato sintomi simil-influenzali. In sintesi, il 37,4% del totale dei decessi (1.443 su 3.859) ha interessato residenti con riscontro di infezione da SARS-CoV-2 o, la grandissima parte, con manifestazioni simil-influenzali. La variabile dei tamponi risente ovviamente delle politiche adottate da ciascuna Regione, a volte da ciascuna ASL o distretto sanitario, sull'indicazione ad eseguire i tamponi. In ogni caso il tasso di mortalità fra i residenti, considerando i decessi di persone risultate positive o con sintomi simil-influenzali, è in media del 3,1% ma in Lombardia praticamente raddoppia, arrivando al 6,8%. Qui infatti dei 1.822 deceduti, 60 erano positivi al tampone ma altri 874 avevano sintomi simil-influenzali: complessivamente 934 persone, pari al 51,3% dei deceduti. Da un ulteriore approfondimento, risulta che in Lombardia e in Liguria circa un quarto delle strutture (rispettivamente il 23% e il 25%), presenta un tasso di mortalità maggiore o uguale al 10%. Quanto alla positività del personale, su 560 strutture che hanno risposto a questa domanda, il 17,3% hanno dichiarato una positività per SARS-CoV-2 del personale della struttura: la regione con più strutture con personale riscontrato positivo è la Lombardia (34,6%), seguita dalla provincia di Trento e Liguria (entrambe 25%), Marche (16.7%), Toscana (15,8%), Veneto (14,6%), Friuli Venezia Giulia (13,3%) e valori inferiori al 10% o uguali a zero per le altre regioni.

Le persone residenti nelle Rsa rispondenti che sono state ospeda-

lizzate sono state 1.969: il 48% di esse presentava sintomi simil-influenzali, respiratori (per esempio febbre, tosse o dispnea) o polmonite (indipendentemente dall'esecuzione del test per Covid-19).

Quali sono le principali difficoltà nel corso dell'epidemia di coronavirus? La survey lo ha chiesto direttamente alle RSA. Delle 547 strutture che hanno risposto alla domanda, 470 (85,9%) hanno riportato la mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale. Le altre voci sono più distanti, ma significative: 192 (il 35,1%) cita l'assenza di personale sanitario, 136 strutture (il 24,9%) dichiarano di avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19, 97 strutture (il 17.7%) hanno riportato una scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da svolgere per contenere l'infezione. Seguono la carenza di farmaci (11,9% delle strutture) e le difficoltà nel trasferire i residenti affetti da Covid-19 in strutture ospedaliere (11,3%). Nella voce altro, tornano fra le principali difficoltà quelle di reperire i Dpi e l'impossibilità di eseguire tamponi. Un totale di 269 Rsa (47%) hanno dichiarato di poter disporre di una stanza singola per i residenti con infezione confermata o sospetta.

a cura di Sara De Carli, pubblicato l'8 aprile

UNA VOCE DA DENTRO

Intervista a Paolo Pigni

Direttore generale di Sacra Famiglia

«Stiamo facendo ogni sforzo per tenere il virus fuori dalla porta», spiega il Paolo Pigni Direttore generale di Sacra Famiglia, una delle più importanti strutture del welfare lombardo. «Ma lo sforzo è immane. Stiamo istruendo i nostri dipendenti e adeguando la struttura per continuare ad assistere migliaia di persone fragili. Ci atteniamo scrupolosamente a tutte le disposizioni che arrivano dalle istituzioni e abbiamo chiuso tutto ai parenti ai volontari: dall'esterno non arriva nessuno». Al tempo stesso, racconta, «stiamo rivoluzionando parecchi reparti per creare aree di isolamento, in caso dovessero servire». Il problema, oggi, si presenta in tutte le strutture della Lombardia, regione dove più grande il rischio di contagio».

A che punto siamo per quanto riguarda le residenze?

Il problema più grosso riguarda le Rsa, che occupano 60mila posti soltanto in Lombardia. Ma per quanto riguarda Sacra Famiglia, c'è un tema di residenze socio sanitarie per disabili, le Rsd.

Gli ospiti di una Rsd richiedono attenzioni particolari...

Prenda il caso di persone con disturbi di comportamento, la cui

gestione anche nella fase meno aggressiva del Coronavirus è impegnativa. Mettere in isolamento un giovane autistico non è uno scherzo. Per cui dobbiamo accendere anche un faro su questo mondo, perché i media giustamente parlano di RSA e anziani, ma non dobbiamo dimenticarci dei disabili.

A parte le mascherine e i presidi protettivi, qual è dunque il problema?

Ci sono tre aree in cui questa battaglia si sta combattendo. La principale è quella legata al mondo ospedaliero. Poi c'è un mondo domiciliare, gente che è a casa e viene assistita. E c'è, poi, una terza area enorme che è il mondo delle residenze per anziani e disabili. Un mondo che riguarda centinaia di migliaia di persone fragili che vivono in posti dove non possono valere le medesime regole che valgono in casa, servono approcci diversi e più strutturati. Il tema è che per condurre questi approcci strutturati servono risorse sanitarie dedicate (tutto il tema dei presidii, e non parliamo solo di mascherine chirurgiche ma di tutta la filiera della protezione) e serve personale...

Che cosa sta accadendo al personale?

Comincia a essere affaticato, in certi casi malato. Oltretutto gli Ospedali stanno assumendo e nelle Rsa e nelle Rsd serve personale sanitario...

Cosa comporta questo?

In questa fase servono infermieri, non solo educatori. Gli infermieri, ovviamente, ci sono sempre stati ma in questa fase l'impatto sanitario è diversissimo rispetto a quello di due mesi fa. Andando allora al cuore del problema: dobbiamo prendere in mano in maniera strutturata questo problema, dedicando risorse specifiche e una specifica unità di crisi al tema delle fragilità. Considerando i tempi lunghi e difficili che ci attendono, la partita nelle Rsa e nelle Rsd andrà gestita con estrema attenzione. Dico questo senza spiri-

to di polemica, ho massima fiducia nelle autorità lombarde.

Una visione strategica serve proprio per uscire da logiche apocalittiche...

Credo che realtà come le nostre sono disponibili a dare il proprio contributo in termini di competenza e conoscenza per organizzarsi. Una cosa però deve essere chiara: l'azione regionale non può concretizzarsi in una serie di tabelle da riempire...

Il grande tema della burocrazia, che affiora da più parti, rischia di essere un ostacolo dunque?

Ora più che mai. Non dobbiamo creare burocrazia, servono azioni di coordinamento che abbiano tutto un aspetto di raccolta dati ma che poi diano dei riscontri in termini di operatività: presidii che arrivano, soldi che vengono riconosciuti e messi a disposizione di competenze professionali. Se invece ci limitiamo alla modulistica, finiamo male.

Le strutture del welfare lombardo, oggi, sono tutte sotto pressione...

Non oso immaginare cosa stia accadendo in una piccola RSA da cinquanta, sessanta posti, che ha una strutturazione del lavoro legata alla vita quotidiana, un bilancio che è quello che è e un cash flow che si riduce. Si trovano sicuramente in condizioni di affaticamento economico pesantissimo, con il personale che arranca... Tutti sperano che non capiti loro un caso.

Anche perché la gestione di un caso positivo in un piccola RSA o in una RSD è doppiamente drammatico perché si lega all'impossibilità di ricoverare in Ospedale alcune persone problematiche...

Per questo dobbiamo pensare ora come agire e intervenire affinché le strutture non diventino focolai. I casi vanno gestiti lì, ma con le risorse personali, l'operatività e una formazione nuova.

La formazione del personale è un tema di cui si parla

poco...

Invece è fondamentale. Serve subito investire in competenze, affinché le persone che non riusciamo a portare in Ospedale possano essere gestite nelle strutture che non solo abbiano mascherine o presidii, ma sappiano gestirli al meglio. Ma anche qui: non basta scaricare il problema stilando una circolare in cui si dice "fate formazione. Cerchiamo di fare tutto il possibile, ma in situazione di questo tipo servono idee creative. Ad esempio una piccola e agile unità di crisi, accanto alle unità di crisi già formate, in tal senso sarebbe utile alle realtà dele RSA e delle RSD.

Agilità, oggi, è sinonimo di efficacia...

Lo ripeto per l'ennesima volta: non ci servono sovrastrutture burocratiche, ma unità agili che diano quelle risposte che oggi chiediamo.

l tema dei costi è da portare all'attenzione di tutti...

Realtà come la nostra stanno perdendo centinaia di migliaia di euro perché ci sono costi aggiuntivi e ricavi che vengono meno. Sono problemi che vanno affrontati perché sul breve dobbiamo garantire a tutti un po' di cassa, ma poi non possiamo affidare tutto al caso altrimenti avremo, oltre alle morti, decine di strutture e cooperative che andranno in default. L'operatività è il primo punto, ma dobbiamo ricordarci dell'aspetto economico: per molte strutture c'è un tema di liquidità di cassa, un tema di pagamenti, un tema di fragilità economiche che potrebbe anche mettere in crisi i rapporti con i fornitori.

intervista a cura di Marco Dotti, pubblicata il 25 marzo

TROPPE LATITANZE DIETRO UNA TRAGEDIA

Di Paola Pessina

Presidente della Casa di cura Ambrosiana

Che "le abbiamo azzeccate tutte" in Lombardia (come altrove), nel gestire l'epidemia Covid 19 nelle Rsa e nelle Rsd - le residenze per persone disabili, ad oggi le meno citate – lo può sostenere soltanto chi è preoccupato di salvare la propria faccia e la propria posizione più che la salute di coloro che gli sono affidati. E infatti l'affermazione è venuta da mondi che si reggono su immagine e consenso; ma nessuno - proprio nessuno - dei gestori di strutture socio-sanitarie investite dal contagio l'ha fatta propria: perché loro la faccia ce la mettono davvero, davanti alle famiglie degli ospiti e davanti ai loro dipendenti, con cui stanno condividendo rischi, tensioni e risposte all'emergenza. Lo fanno da due interminabili mesi: e sono ben lontani dall'esserne usciti. I gestori sanno bene che non hanno potuto azzeccarle tutte: ma che l'assurdo è proprio quello dell'es-

sere tutt'ora costretti ad "azzeccare", in una specie di non dichiarato "ognuno per sé e Dio per tutti", di fronte a un tornado da tutti prevedibile ma di fatto neanche minimamente previsto.

Prevedibile: non c'è bisogno di essere cultori di romanzi o film di genere catastrofico per immaginare gli effetti dirompenti e devastanti di una pandemia. Eppure si è dovuto constatare sbigottiti che i piani di emergenza - pure abbozzati a livello nazionale e regionale nel caso di precedenti contagi da virus influenzali (almeno dalla SARS del 2003) – non sono più stati aggiornati né definiti. Nessuna linea guida dedicata alle comunità per persone fragili è arrivata tempestivamente: nero su bianco solo scarse indicazioni da interpretare nei commi di coda in documenti centrati sull'emergenza ospedaliera. E ci si è resi conto altrettanto sbigottiti che una organizzazione di Protezione Civile in altre situazioni ammirevole, allenata a traumi sismici o idrogeologici frequenti nel nostro Paese, di fronte a questo tipo di emergenza ha messo in campo buona volontà ma – drammaticamente - scarsa preparazione e ancor meno risorse preordinate. Con l'aggravante di una frammentazione territoriale delle competenze che – unita alla insopportabile diatriba di appartenenza politica – si è rivelata addirittura di ostacolo a una gestione coordinata di risorse già scarse. Disarmante la scelta di centralizzare l'acquisizione di dispositivi di protezione, farmaci, attrezzature: funzionale solo nel caso che avesse come corrispettivo capillarità e tempestività nella loro distribuzione. E invece si è tradotta nell'accaparramento del poco che un mercato già scarso offriva, generando meccanismi da borsa nera e blocco anche dell'agilità di chi grazie a consolidate relazioni internazionali commerciali, filantropiche o di altra natura era in grado di far affluire risorse da canali non direttamente istituzionali. Nella mia struttura di riferimento – per altro una casa di cura accreditata, di profilo sanitario - la prima modestissima fornitura di DPI

dalla Protezione Civile è tracciata lunedì 23. Marzo, non febbraio: ovvero dopo un mese di frenetico fai-da-te nella ricerca di mascherine e guanti, una specie di sacro graal inafferrabile in grado di porre una barriera tra il virus e gli operatori, tra loro e le persone fragili loro affidate giorno e notte. La seconda, una settimana dopo, comprendeva la sconcertante disponibilità di 384 flaconi di ipoclorito di sodio al 14% (trattamento acque piscine) e qualche altra mascherina in omaggio.

Un tornado non previsto nelle Rsa e in generale non previsto nei territori. Convinti come siamo, tutti, che oggi la medicina sia onnipotente nei sistemi di cura. Con un filo di delirio di onnipotenza in più in Lombardia, dove l'eccellenza delle strutture sanitarie ha cullato i decisori nell'illusione che in ospedale ci sia rimedio efficace sempre e per tutte le patologie. Qui lo schiaffo del Covid 19 ha colpito più forte, imponendo un'umiltà che si sarebbe fatto bene a coltivare per tempo: perché il ciclo ospedalocentrico "malessere - pronto soccorso – ricovero – cura avanzata – dimissioni" in caso di contagio fa proprio dell'ospedale una formidabile macchina di attrazione e poi di propagazione del contagio, che paradossalmente investe gli stessi sanitari che vi operano. È una dinamica diabolica (letteralmente: divisiva) che richiede logiche di protezione dal rischio del tutto inedite, a volte inconciliabili. A soccorrere le vittime del crollo delle Torri Gemelle sono andati i vigili del fuoco, con il pericolo che il crollo potesse travolgere anche loro: ma esaurito il crollo il rischio cessa per tutti. A soccorrere i contagiati da un virus vanno operatori sanitari con il pericolo di diventare vittime se non protetti adeguatamente: e il rischio del contagio poi si moltiplica per tutti.

Se non si è riusciti ad avere strategie rigorose per circoscrivere il rischio nemmeno tra operatori ospedalieri - se non nei pochi ospedali già altamente specializzati per episodi infettivi su picco-

le porzioni di popolazione - meno che mai ci si poteva aspettare di riuscirci nelle realtà socio-sanitarie residenziali per persone anziane e ancor più per quelle disabili, dove i requisiti di accreditamento delle strutture non vanno nella direzione della segregazione, ma se mai della permeabilità all'interno e all'esterno; e dove il profilo sanitario delle Rsa italiane, pur indispensabile per gestire una popolazione di 300mila ospiti (più di un quinto dei quali in Lombardia) al 75% over-80 e al 78% non autosufficienti (in Lombardia al 94%!) non è certo orientato alla cura dell'acuzie, ma se mai a una gestione della cronicità e del declino - quello cognitivo rende la maggior parte degli ospiti nulla o poco collaboranti - che unisca alla terapia possibile la qualità della relazione di cura.

La qualità della relazione di cura, già: drammatica la decisione – per altro inevitabile – di vietare gli accessi dall'esterno a familiari, volontari, visitatori, sapendo bene che questo avrebbe destabilizzato emotivamente gli ospiti anziani o disabili, e richiesto perciò al personale un carico doppio di accudimento e vicinanza. I volti degli anziani smarriti "in castigo", l'agitazione dei disabili sottratti alla loro routine, il tentativo di tenerli in contatto con le persone care grazie a fantasiosi accrocchi di dispositivi digitali con cui la maggior parte di loro non ha familiarità, il sorriso con gli occhi e la voce a surrogare il riconoscimento visivo degli operatori dietro la mascherina, sono la cifra di una quotidianità sempre più difficile, con la necessità - che via via si è imposta - di isolare le persone. E la chiusura ha comportato il rischio che fosse intesa come un voler occultare "fuori" ciò che accadeva "dentro". Alcuni gestori hanno scelto di mettersi in sicurezza velocemente, a volte bypassando le stesse indicazioni regionali; altri hanno tentato di mantenere una normalità che salvaguardasse equilibri sempre più precari, compreso il caso dell'improvvido divieto dell'uso di mascherine. La meglio l'hanno avuta probabilmente quelli che hanno scelto di

giocare da subito in trasparenza: assumendosi il rischio delle scelte e comunicandole alle autorità, al proprio personale e alle famiglie. Anche a Sindaci che, allarmati dal focolaio, hanno toccato con mano la vanità di ogni appello: dai piani alti nessun soccorso possibile per Rsa e Rsd, fino alla deflagrazione. Visto che il dito puntato in queste situazioni non te lo leva nessuno, tanto vale raccontare lo scatenarsi del tornado e la resistenza messa in campo al meglio delle proprie capacità. E qualcuno ci provi, a dimostrare come si poteva fare di più.

In questo contesto il punto che fa scalpore: la delibera dell'8 marzo che in Lombardia prevede che le RSA possano farsi carico di pazienti Covid "lievi" per alleggerire gli ospedali sotto pressione. Due considerazioni: oggettive. 1. la difficoltà a decidere come dovesse essere letta: come un dovere di solidarietà (testimonio personalmente l'interrogativo etico che soprattutto i medici si sono posti); come una sottile provocazione della Regione (testimonio la perplessità dei gestori sfidati a candidarsi nella fila degli "accreditati buoni" o in quella dei "privati cattivi"); come unica modalità per entrare nell'elenco dei fortunati degni di ricevere finalmente DPI e strumenti minimamente adeguati alla patologia (ho ascoltato amministratori disperati ipotizzare questa scommessa). O come un rischio improponibile: vedi la lettera di Uneba e altri enti di Terzo Settore che si sono esposti reagendo contro il cerino nel pagliaio. 2. l'incredibile disinvoltura con cui le autorità sanitarie - che esigono ordinariamente quintali di carta e tre sopralluoghi prima di accreditare in RSA la ristrutturazione di un bagno – proponevano di accettare malati nelle strutture esistenti senza assumersi impegni di certificazione sulle condizioni di isolamento, di dotazione di personale competente aggiuntivo, di potenziamento delle risorse strumentali (a partire dalle critiche forniture di ossigeno).

Con la certezza progressiva che - anche senza andarselo a cercare - il Covid avrebbe bussato alla porta comunque, portato da un qualunque fornitore, manutentore, operatore asintomatico ma infetto, i gestori hanno percorso come potevano, e più o meno tempestivamente, l'unica via rimasta, cioè quella di individuare al meglio in casa zone isolabili: alcuni avevano già casi accertati, altri li temevano anche senza l'evidenza dei tamponi, altro mitico oggetto del desiderio vietato alle RSA dalla penuria di laboratori pubblici in grado di processarli. E hanno cercato di formare in un battibaleno alle prassi severe di trattamento ospedaliero di pazienti infettivi un personale abilitato invece professionalmente a un contatto quotidiano con i "nonni" o con i "ragazzi" fatto anche della prossimità fisica ed emotiva indispensabile a una comunicazione che non può contare sulla razionalità e l'autocontrollo. Un dramma per infermieri, Asa e Oss cui aggiungere l'ansia di sapersi potenzialmente contagiosi nella propria cerchia di relazioni e – se positivi – allontanati dalla struttura.

Lasciando in mano ai colleghi superstiti – e ai responsabili della gestione – davvero un cerino, ma di quelli buoni solo a scottarti le dita senza più riuscire ad accendere la candela, consegnando tutti al buio. Dal quale si uscirà solo a un patto: che la si smetta di "azzeccare" e ci si sostenga tutti reciprocamente, tenacemente e senza scaricabarile. Se no, l'avremo data vinta al virus diabolico: divisivo.

OFFERTA ABBONAMENTI

INVESTI **25 EURO** SUL FUTURO.
VITA, INFORMARE PER RICOSTRUIRE!

25 €

VITA Magazine per un anno a casa tua
a soli 25 euro anziché 50.

Oggi puoi ricevere VITA per un anno
a un prezzo straordinario, in edizione carta + digitale.
Vai su store.vita.it, clicca su ABBONATI, scegli VITA
Tutto Compreso e inserisci il codice VITA 25.

L'offerta è valida fino al 30 aprile 2020

vai su store.vita.it

VITA

VITA

INSTANT MAGAZINE

vita.it