

Collana CERGAS

Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale della SDA Bocconi School of Management

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano

Il rinnovamento dei sistemi sanitari è da tempo al centro del dibattito politico e scientifico nazionale e internazionale e la recente crisi sanitaria causata dall'epidemia da Covid-19 ne ha acuito rilevanza ed essenzialità. Con l'istituzione di OASI (Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano), il CERGAS ha voluto confermarci quale punto di riferimento per l'analisi dei cambiamenti in corso nel sistema sanitario italiano, adottando un approccio economico-aziendale. Ha inoltre creato un tavolo al quale mondo accademico e operatori del SSN possono interagire ed essere nel contempo promotori e fruitori di nuova conoscenza.

A partire dal 2000, l'attività di ricerca di OASI è stata sistematicamente raccolta in una serie di Rapporti Annuali. Il Rapporto 2020:

- presenta l'assetto complessivo del SSN (profili istituzionali, struttura, attività, spesa, esiti) e del settore sanitario italiano, inquadrandolo anche in ottica comparativa internazionale. Sono inclusi approfondimenti sui consumi privati di salute, sugli erogatori privati accreditati e sul sistema sociosanitario e sociale, con considerazioni legate anche alla crisi sanitaria da Covid-19;
- approfondisce questioni di *governance* e organizzazione dei servizi rilevanti per il sistema sanitario e le sue aziende. Tra queste, le possibili evoluzioni della relazione Regione-Azienda, le spinte al cambiamento nella rete ospedaliera indotte dal DM 70/2015 e il profilo dei piccoli ospedali, il contemperarsi di logiche di governo clinico e di gestione operativa nei percorsi ambulatoriali complessi, le possibili configurazioni organizzative delle unità specialistiche di patologia, le lezioni apprese dalla gestione del pronto soccorso nell'emergenza Covid-19;
- si focalizza su ruolo ed evoluzione di alcune funzioni strategiche aziendali, approfondendo le politiche di gestione del personale del SSN, le innovazioni nei sistemi di controllo aziendale, gli impatti generati dalla centralizzazione degli acquisti, l'efficacia e gli impatti organizzativi delle disposizioni anticorruzione e il ruolo delle tecnologie nell'innovare i servizi nel contesto imposto da Covid-19.

Il CERGAS (Centro di Ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale) dell'Università Bocconi, oggi parte della SDA Bocconi School of Management, è stato istituito nel 1978 con lo scopo di sviluppare studi e ricerche sul sistema sanitario. Le principali aree di studio e ricerca sono: confronto tra sistemi sanitari e di Welfare e analisi delle politiche pubbliche in tali ambiti; valutazioni economiche in sanità; logiche manageriali nelle organizzazioni sanitarie; modelli organizzativi e sistemi gestionali per aziende sanitarie pubbliche e private; impatto sui settori industriali e di servizi collegati (farmaceutico e tecnologie biomediche) e sul settore socio-assistenziale.

ISBN 978-88-238-5162-7



9 788823 851627

www.egeaeditore.it

Rapporto OASI 2020

CERGAS - Bocconi



a cura di
CERGAS - Bocconi

Rapporto OASI 2020

Osservatorio sulle Aziende e sul Sistema sanitario Italiano



Università Bocconi

CERGAS
Centro di ricerche sulla Gestione dell'Assistenza Sanitaria e Sociale

SDA Bocconi
SCHOOL OF MANAGEMENT





5 Il settore sociosanitario per gli anziani a un bivio dopo l'emergenza Covid-19: criticità consolidate e prospettive di cambiamento

di Sara Berloto, Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola, Eleonora Perobelli, Andrea Rotolo¹

5.1 Introduzione

La gestione dell'emergenza legata al diffondersi dell'epidemia di Covid-19 negli ultimi mesi ha portato in superficie alcune criticità consolidate che caratterizzano il settore sociosanitario italiano. Durante la pandemia, il settore è stato spesso protagonista delle prime pagine dei quotidiani e degli approfondimenti giornalistici, in particolare per quanto accaduto all'interno delle strutture residenziali per anziani. Tuttavia, queste strutture (le Residenze Sanitarie Assistenziali, RSA) di cui si è molto parlato negli ultimi mesi, sono solo uno dei tanti tasselli che compongono una fitta rete di servizi che accompagna i cittadini nella fase della vecchiaia e della perdita di autosufficienza (a cui si fa solitamente riferimento con l'espressione Long Term Care), ma esemplificano bene i problemi che attendono da tempo di essere affrontati e risolti nel settore.

Le RSA sono state tra i mesi di marzo e aprile 2020 protagoniste delle cronache a causa dell'elevato impatto in termini di contagi e morti causati da Covid-19 che ha riguardato in primo luogo gli ospiti delle RSA e, aspetto non meno importante, anche gli operatori delle strutture residenziali per anziani. La conta dei decessi, del numero di malati e delle difficoltà operative riscontrate dalle RSA ha reso evidente come queste strutture siano state sostanzialmente "dimenticate", soprattutto nella prima fase dell'emergenza. Tale dimenticanza non è altro che il risultato della grande frammentazione del sistema sociosanitario e delle persistenti difficoltà di comunicazione tra quest'ultimo e il sistema sanitario, nonché di una ormai consolidata assenza di dibattito pubblico e politico sul tema anziani. L'offerta di servizi risulta ormai insufficiente e non del tutto calibrata rispetto ai crescenti bisogni della popolazione. Nonostante ciò

¹ Nonostante il capitolo sia frutto del lavoro congiunto degli autori, il § 5.1 è da attribuirsi a Andrea Rotolo, il § 5.2 ad Eleonora Perobelli; il § 5.3 a Sara Berloto e Elisabetta Notarnicola; il § 5.4 a Francesco Longo, Elisabetta Notarnicola e Andrea Rotolo

le cronache e l'attenzione dei policy maker raramente si concentrano in modo strutturato sugli anziani e manca una seria riflessione circa l'evoluzione del sistema di welfare che tenga debitamente conto dell'evoluzione dei loro bisogni.

Questi problemi hanno radici profonde e si inseriscono in un contesto caratterizzato da alcuni elementi che testimoniano la crisi del settore. I servizi pubblici sono scarsi in tutto il territorio nazionale (con notevoli differenze tra le Regioni e le aree interne), con tassi di copertura del bisogno molto contenuti. Il mercato privato (ossia l'offerta di servizi sul canale out-of-pocket per le famiglie) fatica a decollare, ostacolato dalla difficoltà di competere con soluzioni come quella della cura informale ("badantato") o di altre iniziative fai-da-te da parte dei cittadini (prevalentemente auto-organizzazione delle famiglie). La normativa pubblica (in capo alle Regioni) è in molti contesti datata e irrealistica rispetto alle attuali esigenze degli anziani e il finanziamento risulta insufficiente a garantire gli standard assistenziali necessari con riferimento alle reali esigenze degli utenti. La gestione del personale è critica, con figure professionali qualificate difficili da reperire anche in funzione delle politiche non sempre tutelanti applicate da datori di lavoro o intermediari.

In sintesi, sono state individuate nel tempo (si vedano a proposito i Rapporti OASI dal 2016 in poi oltre che i Rapporti dell'Osservatorio Long Term Care del CERGAS SDA Bocconi) alcune rilevanti criticità che negli ultimi mesi sono emerse con ancora più forza e che ci aiutano a chiarire la diagnosi del malessere che il settore sociosanitario vive da molti anni:

- ▶ La frammentazione tra i nodi della rete del sociosanitario. L'esempio delle RSA, rimaste sole in periodo di pandemia nella gestione degli anziani contagiati e nella prevenzione di ulteriori contagi, praticamente scollegate dalla rete ospedaliera e da quella territoriale, non è diverso da altri casi che le famiglie si sono trovate ad affrontare anche in tempi pre-Covid-19, con la ricerca delle risposte ai propri bisogni spesso di difficile ricomposizione perché disseminate (se esistenti) nella complessa rete di servizi;
- ▶ Una maggiore attenzione sulla rete sanitaria da parte dei policy maker rispetto a quella sociosanitaria, che durante la pandemia ha avuto anche un impatto molto concreto sulle priorità di distribuzione degli insufficienti dispositivi di protezione individuale (DPI) e altri presidi fondamentali per la gestione dei casi, solo in un secondo momento indirizzati anche al settore sociosanitario. Anche l'attività di screening tramite tamponi non è stata per lungo tempo applicata sistematicamente e con criteri omogenei alle RSA da parte delle aziende sanitarie locali, impedendo di avere un quadro chiaro dei contagi avvenuti o in corso e dell'andamento di guarigioni e decessi. La scarsa conoscenza dell'andamento dell'epidemia rispetto ai servizi per anziani è l'ennesima conferma che non si può governare un settore senza avere un'attività strutturata di raccolta dati e dei sistemi informativi in grado di

restituire un quadro aggiornato di che cosa accade, tema che da anni viene posto rispetto al mondo sociosanitario.

- ▶ La gestione dei fattori produttivi, a cominciare dal personale assistenziale, è stata sfidante per molte aziende operanti nel settore durante la gestione dell'emergenza Covid-19. Il personale infatti si è rivelato una risorsa scarsa, sia perché è stato difficile se non impossibile formarlo o trasmettere le competenze mancanti (soprattutto di tipo sanitario) in un tempo così breve, sia perché si sono manifestati in alcuni contesti fenomeni di assenteismo legati alla paura degli operatori di contrarre la malattia (vista l'assenza di DPI ecc.) o trasferimenti di personale (in particolare, tra RSA e sanità pubblica legati alle assunzioni straordinarie fatte da parte delle Regioni). Il personale del settore sociosanitario risulta oggi reduce da molti anni in cui la pressione a ridurre i costi è stata di fatto tradotta in una compressione salariale a loro discapito (e di conseguenza anche una compressione professionale) che ha indebolito il corpus professionale e di conseguenza indebolisce le aziende erogatrici dei servizi.
- ▶ Incertezza del ruolo che il settore sociosanitario riveste all'interno del sistema e vocazione dei servizi. Tornando all'esempio delle RSA durante l'epidemia di Covid-19, è stato emblematico che alcune strutture, che non hanno tra il loro personale le stesse professionalità specialistiche che è possibile trovare nel settore sanitario, si siano trasformate (in presenza di contagi) in piccoli reparti Covid-19, senza possibilità di organizzare una assistenza sanitaria adeguata con conseguenze importanti in termini di rischio per la salute degli ospiti (appartenenti alla fascia più fragile e più colpita da questa tipologia di Coronavirus) e degli operatori stessi. L'incertezza sulla missione di molti setting sociosanitari è da anni rilevante, già in assenza di pandemia. In molte strutture RSA, ad esempio, siamo stati testimoni di un progressivo aggravarsi del profilo clinico assistenziale dei loro ospiti, di un aumento dell'età media degli ingressi, di una crescita esponenziale della prevalenza di gravi decadimenti cognitivi abbinati ad una drastica riduzione della speranza di vita degli ospiti. Questo propone la domanda di quale sia la reale missione delle RSA: piccoli ospedali di comunità a gestione infermieristica per patologie acute o riacutizzazioni degli anziani (come è successo in alcuni luoghi del Covid-19), case di riposo per persone fragili e semi-autonome il cui problema è la terapia occupazionale o strutture per persone di fragilità estrema cognitiva e fisica, con carichi assistenziali pesanti e speranze di vita brevi ("hospice geriatrici lunghi"). Le differenze tra le tre missioni sono rilevanti, da ogni punto di vista. L'incertezza della missione rende difficile rappresentare e valutare le strutture e le politiche dedicate, sia da parte dei professionisti, sia dall'opinione pubblica, e rende qualsiasi regolazione degli standard di servizio e tariffari privi di un realistico ancoraggio empirico.

Questo capitolo si pone l'obiettivo di passare in disamina le principali caratteristiche del settore sociosanitario per anziani, per discutere le criticità sopra proposte e arrivare a elencare le principali questioni aperte che operatori e policy makers dovranno affrontare nel prossimo futuro. Questa analisi viene condotta su tre livelli: fotografando il profilo del settore nel periodo di normalità, per mettere a fuoco le sue peculiarità e l'origine degli elementi di criticità; ricostruendo quanto accaduto nel comparto RSA nel periodo di emergenza Covid-19 al fine di valutare che ruolo abbiano giocato queste criticità pre-esistenti e come si siano acuite o evolute; analizzando le politiche regionali attivate in periodo di emergenza per comprendere la postura istituzionale dei principali enti preposti al settore sociosanitari, appunto le Regioni. Si presenteranno quindi dati su estensione e caratteristiche dei servizi a livello nazionale, dati su andamento dell'epidemia Covid-19 nella popolazione anziana italiana e nelle RSA, una mappatura riferita a nove Regioni di quanto promosso per il settore nella Fase 1 e Fase 2 dell'emergenza. In chiusura si passeranno in rassegna le criticità emerse e le questioni rimaste aperte per il prossimo futuro.

5.2 Il sistema sociosanitario per gli anziani in Italia e i suoi gap in epoca di “normalità”

La crisi Covid-19 si è innestata in un contesto altamente frammentato, sia nella rete di offerta, sia nella configurazione di policy, oggetto di scarso dibattito pubblico a livello nazionale e (talvolta) Regionale (Berloto e Notarnicola, 2019; Arlotti e Ranci, 2020). Per questo motivo, per approfondire come è stata gestita la pandemia nel settore sociosanitario e tracciare un'analisi puntuale che tenga conto delle caratteristiche dell'assistenza anziani Italia prima e dopo Covid-19, il punto di partenza è rappresentato dal richiamo delle caratteristiche salienti del settore, illustrate nel Capitolo 5 del Rapporto OASI 2019. Si rimanda a questa fonte per approfondimenti sul metodo utilizzato per le elaborazioni e le stime esposte².

5.2.1 Elementi di criticità pre-esistenti alla crisi sanitaria

Al 2016 la stima degli anziani non autosufficienti in Italia è pari a 2.907.438 (aggiornamento dato Capitolo 5 OASI 2019), ovvero circa un anziano residente ogni quattro. Il sistema di welfare pubblico esistente per rispondere alla non autosufficienza si articola principalmente in due rami: la rete di offerta socia-

² Si segnala che il dato sulla capacità produttiva e sugli utenti in carico delle strutture residenziali sociosanitarie presentato in questa sede è stato aggiornato al 2016 grazie alla pubblicazione di nuovi dati Istat sui Presidi Socio-Assistenziali e Sociosanitari. Tale aggiornamento impatta anche sulla stima degli anziani non autosufficienti che, come si vedrà, variano sensibilmente rispetto alla stima pubblicata nel 2019.

nitaria e quella sociale. A questi si affiancano altri sistemi paralleli che non vedono nessuna forma di coordinamento o regia da parte degli attori in campo su questa partita, ovvero il sistema dell'Indennità di Accompagnamento (INPS), il sistema dell'assistenza gestita dalle famiglie al domicilio tramite caregiving informale, l'attivazione di servizi privati o ricorso a badanti regolari o meno (Perobelli e Notarnicola, 2018).

Ai fini del presente Capitolo, l'attenzione verrà focalizzata sulla rete di servizi reali sociosanitari, anche detti *in kind*, che ad oggi rappresentano la risposta pubblica più estesa ai bisogni di non autosufficienza (Capitolo 5 OASI 2019) e che più delle altre è stata oggetto di dibattito e impatto nella gestione del Covid-19. Al 2016, la disponibilità di posti letto nella rete sociosanitaria era pari a 285.247 (Tabella 5.1) nelle strutture residenziali, in aumento del 5,6% rispetto al 2015, e a 15.666 in strutture semiresidenziali, per un totale complessivo di 300.913 posti.

Tabella 5.1 **Capacità produttiva complessiva del sistema per tipo di servizio erogato**

CAPACITÀ PRODUTTIVA COMPLESSIVA DEL SISTEMA	
Tipo di servizio	SOCIOSAN
Residenziale	285.247
Semiresidenziale	15.666
Domiciliare (ADI)	12.467.620*

* ore erogate

Fonte: Capitolo 5 Rapporto OASI 2019

I servizi sopracitati hanno accolto un totale di 295.926 utenti nel 2016, mentre l'assistenza domiciliare integrata (ADI) è stata erogata per quasi 780.000 pazienti anziani. Gli utenti di servizi residenziali sono in calo del 0,5% sul 2015.

Tabella 5.2 **Utenti anziani presi in carico dal sistema di offerta per tipo di servizio**

UTENTI IN CARICO	
Tipo di servizio	SOCIOSAN
Residenziale	271.972
Semiresidenziale	23.954
Domiciliare (ADI)	779.226

Fonte: Capitolo 5 Rapporto OASI 2019

Da questi dati si evince chiaramente come il servizio più esteso per numero di utenti raggiunti è il domiciliare. A questo proposito, vale la pena riprendere la distribuzione Regionale dell'erogazione del servizio ADI (Tabella 5.3), da

Tabella 5.3 **Assistenza domiciliare integrata per anziani over65, dettaglio Regionale. Anno 2016**

Regione	Totale casi over65 trattati	Casi ogni 100 over65	Casi ogni 100 over65 non autosufficienti	Media ore accesso per caso 65+	Totale ore erogate a over65
Abruzzo	17.571	5,71	29,74	26	456.858
Basilicata	5.630	4,43	22,49	38	213.955
Bolzano/Bozen	632	0,62	4,19	n.d.	nd
Calabria	9.994	2,43	10,66	21	209.880
Campania	41.000	3,86	15,31	27	1.106.995
Emilia-Romagna	114.127	10,80	60,34	15	1.711.907
Friuli-Venezia Giulia	18.567	5,92	34,05	14	259.937
Lazio	51.958	4,16	21,44	21	1.091.128
Liguria	15.657	3,53	23,52	24	375.771
Lombardia	136.712	6,15	39,18	12	1.640.541
Marche	10.703	2,86	14,91	28	299.671
Molise	6.504	8,74	42,44	19	123.575
Piemonte	45.240	4,11	27,98	10	452.401
Puglia	30.728	3,54	13,17	29	891.126
Sardegna	11.830	3,16	12,43	48	567.853
Sicilia	48.011	4,62	18,11	28	1.344.299
Toscana	104.575	11,13	63,23	7	732.023
Trento	4.101	3,55	22,50	19	77.913
Umbria	8.090	3,63	17,05	23	186.067
Valle d'Aosta	179	0,61	4,22	26	4.651
Veneto	97.237	8,87	47,43	5	486.184
ITALIA	779.226	5,76	29,09	16	12.467.620

Fonte: Capitolo 5 Rapporto OASI 2019

cui si evince che le ore dedicate in media a ciascun assistito anziano nel corso di un anno sono state 16 (con ampia variabilità Regionale), aprendo il campo a riflessioni sulla limitata intensità assistenziale del servizio. In assenza di ulteriori informazioni sui profili degli anziani raggiunti da ADI e sulla sua organizzazione (tipologia di prestazioni erogate, periodicità tra un accesso e l'altro, ...) è difficile immaginare sulla base di questo dato un processo intenso di presa in carico che appare molto contenuto negli standard assistenziali e limitato nel tempo. Inoltre, ADI è oggi concentrata esclusivamente sull'erogazione di specifiche prestazioni infermieristico-mediche, contrariamente alla vocazione per cui era nata, ovvero di "integrare" assistenza sanitaria e sociale per rispondere alle più ampie esigenze causate dalla non autosufficienza. In altre parole, ADI è guidata perlopiù dalla logica della cura clinico-ospedaliera (in inglese identificata come *cure*), relativa a singole patologie, e non da quella del sostegno alla non autosufficienza (in inglese identificata come *care*), fondata invece su uno

sguardo complessivo sulla condizione della persona e dei suoi molteplici fattori di fragilità (Gori, 2020).

Sulla base di questi primi dati è possibile calcolare il livello di copertura di questi servizi rispetto alla popolazione non autosufficiente over65 stimata per lo stesso anno (2016), illustrato in Tabella 5.4. Escludendo la rete domiciliare per i motivi precedentemente esposti, si arriva a calcolare che solo il 10,18% della popolazione non autosufficiente è stata accolta dai servizi di welfare pubblico nel 2016.

Tabella 5.4 **Tassi di copertura del bisogno dei servizi residenziali, semiresidenziali e domiciliari per anziani non autosufficienti**

Stima del bisogno potenziale	Servizio	Totale utenti in carico al servizio in oggetto	Tasso di copertura servizi sociosanitari
2.907.438	Residenziale	271.972	9,35%
	Semiresidenziale	23.954	0,82%
	Domiciliare (ADI e SAD)	779.226	26,80%
2.907.438	Totale	1.075.152	36,98%

Fonte: OASI 2019

Queste stesse percentuali, sia considerate da sole che aggregate, evidenziano come il sistema di welfare pubblico sia lontanissimo dall'offrire risposte alle famiglie e agli anziani.

A questa considerazione sono da aggiungersi altre ugualmente rilevanti. La rete dei servizi non solo è "debole" nella sua diffusione sul territorio, ma è anche altamente frammentata, mancando strumenti di coordinamento e di integrazione anche con la rete sanitaria per acuti e la filiera dei servizi territoriali. Il Capitolo 5 del Rapporto OASI 2019 esponeva due evidenze a riguardo:

1. Un trend costante nel tempo (dal 2013 al 2016 senza modifiche) di ricorso al ricovero ospedaliero come boa di salvataggio delle famiglie, che in risposta a una situazione clinica non così compromessa da essere acuta ma ingestibile al domicilio si rivolgono al Pronto Soccorso. Quest'ultimo diventa quindi una risposta assistenziale che solleva momentaneamente le famiglie, che vedono nell'SSN un servizio universale, gratuito e disponibile 24 ore su 24, a prescindere dalla natura del bisogno.
2. L'ascolto delle esperienze professionali di clinici e di manager sanitari e sociosanitari evidenziano cinque nodi critici nella presa in carico delle persone non autosufficienti: a) l'eccessivo ricorso al pronto soccorso, b) la difficile gestione dei non autosufficienti nei reparti ospedalieri, sia al momento dell'arrivo sia nel periodo di ricovero, c) la complessità del processo di dimissioni, mancando un raccordo strutturato con la rete dei servizi socio-

sanitari e di riabilitazione; d) il ruolo incerto degli MMG, che oscillano tra azione clinica limitata e circoscritta e presa in carico della LTC per la quale mancano oggettivamente delle necessarie risorse di supporto; e) la casa dell'anziano che è il luogo principali dell'assistenza sostanziale e informale ma che non viene utilizzato come setting assistenziale in grado di ricomporre la dei servizi.

Il settore è caratterizzato da ulteriori criticità strutturali: in primo luogo, le regole di accesso e di funzionamento sono variabili ed eterogenee nei territori anche a livello infra-Regionale e il sistema di finanziamento pubblico è inadeguato rispetto ai costi dei servizi per garantire gli standard richiesti dalle norme e dalle condizioni effettive degli ospiti. Strettamente legato a quest'ultimo punto, è utile ricordare il cambio della missione assistenziale che negli ultimi anni hanno assunto nei fatti le RSA, superando quanto definito dalle norme e dagli standard “teorici”. Un mix di fattori legati al costo delle rette, al modello di caregiving assistenziale delle famiglie e di evoluzione dei profili clinici degli anziani, hanno trasformato le RSA in servizi di fatto prevalentemente utilizzati come “fine vita lungo” per gli anziani, modificando la vocazione originaria del servizio. La maggior parte degli ospiti delle RSA, infatti, viene accolto per la prima volta in struttura in condizioni già molto compromesse, con incidenze di grave decadimento cognitivo fino al 70% (Notarnicola et al., 2020). Purtroppo, questo spiega mortalità medie in queste strutture molto elevate, con picchi durante i mesi influenzali e i mesi estivi, anche in periodi ordinari. Le RSA ospitano oggi quindi anziani particolarmente fragili ed esposti al rischio contagio.

Con queste premesse, la cura al domicilio gestita direttamente dalle famiglie diventa quindi il perno del sistema anziani in Italia. Data la scarsa diffusione di servizi di assistenza domiciliare *out of pocket*, questa è fondata sull'auto-organizzazione delle famiglie, supportate economicamente (in maniera indiretta) da Indennità di Accompagnamento e operativamente da badanti, regolari (40%) o irregolari (60%), stimate in oltre un milione nel 2018 (Berloto e Perobelli, 2019).

5.3 Il sistema sociosanitario per gli anziani e la tenuta di fronte all'emergenza Covid-19

L'analisi della risposta del settore sociosanitario al Covid-19 si basa sull'unica fonte nazionale ufficiale attualmente disponibile e attivata a riguardo, ovvero la Survey promossa dall'Istituto Superiore di Sanità (“Survey nazionale sul contagio Covid-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie”) il cui report finale è stato pubblicato il 18 giugno 2020, con dati di riferimento aggiornati al 5 mag-

gio³. Complessivamente le strutture rispondenti sono state 1.356 (circa il 40% delle RSA presenti sul territorio italiano), che al 1° febbraio 2020 ospitavano 97.521 pazienti, con una media di 72 residenti per struttura e di 74,8 posti letto.

Nel paragrafo seguente verranno richiamate e sistematizzate le informazioni sulle strutture rispondenti circa:

- ▶ La diffusione del contagio nelle strutture, la mortalità e i decessi;
- ▶ Le pratiche manageriali e gestionali attivate all'interno delle strutture per la gestione della crisi.

Questo approfondimento, unito agli spunti raccolti dai gestori dei servizi nel periodo emergenziale e dalle fonti di cronaca, mostrerà chiaramente come le difficoltà riscontrate siano in gran parte riconducibili alle già citate criticità pre-esistenti nel settore.

5.3.1 I numeri del contagio

I dati sull'emergenza in Italia aggiornati al bollettino del 2 luglio riportano 240.961 casi totali e 34.818 deceduti⁴. L'Istituto Superiore di Sanità (ISS), tramite il portale Epicentro⁵, riporta i dettagli sulle caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a Covid-19 in Italia. Al 25 giugno, ultima indagine ISS disponibile al momento in cui si scrive, si evince chiaramente come la fascia della popolazione più colpita sia quella degli anziani: l'età media dei decessi è 80 anni, a fronte di una mediana di 82 anni (più alta di quasi 20 anni rispetto a quella dei pazienti che hanno contratto l'infezione e la cui età mediana è di 62 anni). In prevalenza i decessi coinvolgono prevalentemente uomini, 58%, e nel 60,1% dei casi si trattava di pazienti con tre o più patologie croniche pre-esistenti. Sempre al 25 giugno, i deceduti over60 erano 31.985, pari a circa il 95,4% del totale. Se gli impatti di Covid-19 sulla popolazione anziana erano in qualche modo "prevedibili" dall'esperienza cinese (Zhou et al., 2020) conseguentemente alle caratteristiche e sintomatologia del virus (Liu et al., 2020), quello che non ci si poteva aspettare era invece l'effetto sulla popolazione italiana, i cui tassi di letalità e mortalità sono risultati essere ben superiori alle aspettative, in particolare in alcuni contesti geografici (Bayer e Kuhn, 2020; Cuppini, 2020; Remuzzi e Remuzzi, 2020). È tuttavia fondamentale ricordare che mortalità e

³ Survey sul contagio da COVID-19 nelle RSA <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-finale.pdf>

⁴ Ultimi dati disponibili alla data in cui si scrive, bollettino della Protezione Civile: <http://opendata-dpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>.

⁵ Ultimi dati disponibili alla data in cui si scrive, approfondimenti disponibili sul portale Epicentro dell'ISS al link "Caratteristiche dei pazienti deceduti positivi a Covid-19 in Italia" https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/bollettino/Report-COVID-2019_25_giugno.pdf

letalità sono fortemente influenzati dalle modalità con cui i diversi Paesi conteggiano i decessi, anche in relazione al numero di tamponi effettuati e alla casistica accertata (Comas-Herrera et al., 2020a).

Nel mese di marzo, già nel pieno dell'emergenza, la cronaca ha iniziato a interessarsi su quanto stesse avvenendo all'interno delle strutture per anziani. Un numero crescente di articoli segnalava come alcune RSA nelle Regioni maggiormente colpite (Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Piemonte) e non solo (ad esempio Marche, Sicilia, Trentino-Alto-Adige) abbiano registrato picchi di mortalità tra i propri ospiti, raggiungendo anche livelli doppi rispetto allo stesso mese in anni precedenti⁶.

La crescente richiesta dell'opinione pubblica di elementi informativi ufficiali circa la diffusione del virus nelle strutture ha portato all'avvio della già citata raccolta dati a livello nazionale promossa dall'Istituto Superiore di Sanità. Prima di questa iniziativa, non era stata resa pubblica alcuna fonte ufficiale circa l'andamento del contagio nelle strutture per anziani.

I dati presentati in questo report confermano l'ipotesi che l'emergenza Covid-19 nel contesto sociosanitario sia stata sottostimata. Nel periodo 1° febbraio – 5 maggio, si è registrato mediamente un tasso di mortalità del 9,1% tra i residenti per struttura. La percentuale maggiore di decessi è stata riportata in Lombardia (41,4%) e in Veneto (18,1%). Tra i 9.154 soggetti deceduti, solo 680 (il 7,4%) erano risultati positivi al tampone per Covid-19, mentre 3.092 (il 33,8%) avevano presentato sintomi simil-influenzali. ISS stesso suggerisce di considerare congiuntamente i decessi di soggetti accertati positivi e con sintomi simil-influenzali per stimare il tasso di mortalità complessivo legato al virus nelle strutture, che risulta quindi pari a 3,1% (sale fino al 6,5% in Lombardia).

La stessa indagine conferma che nello stesso periodo, 5.292 persone residenti nelle strutture rispondenti sono state ospedalizzate (il 5,4% degli ospiti). Il 18,2% degli ospedalizzati era costituito da pazienti con riscontro positivo da tampone, il 38,2% aveva sintomi simil-influenzali (Tabella 5.5): il 56,4% dei pazienti ospedalizzati era pertanto accertato positivo o con sintomi simil-influenzali. Mettendo in relazione la cifra in valore assoluto e il dato sulla mortalità precedentemente esposto, si evidenzia come la grande maggioranza dei casi Covid-19 più gravi siano stati gestiti in struttura, senza il ricorso al ricovero ospedaliero. Questo non significa che questi pazienti avrebbero dovuto ricevere

⁶ Ad esempio, alcuni articoli dalla stampa nazionale:

- <https://www.giornaledibrescia.it/storie/coronavirus-il-punto/indagine-sulle-rsa-i-morti-per-influenza-15-volte-i-covid-1.3471180>
- <https://www.lastampa.it/torino/2020/04/24/news/coronavirus-la-strage-nelle-rsa-in-piemonte-660-morti-in-piu-rispetto-al-2019-1.38757759>
- https://www.ansa.it/trentino/notizie/2020/04/03/coronavirus-altri-17-morti-in-trentino-204-nuovi-contagi_bd98b1e0-e10b-4830-92a9-b7ef4840aa25.html
<https://it.reuters.com/article/idITKBN2161IV>

Tabella 5.5 **Residenti ospedalizzati, totali, positivi e con sintomi simil-influenzali, per Regione**

Regione	Totale decessi	Positivi al Coronavirus, N (%)	Con sintomi, N (%)	Tasso di mortalità per Covid-19, %	Tasso di mortalità con sintomi, %
Abruzzo	47	1 (2,1)	0 (0)	0,2	0
Calabria	75	0 (0)	1 (1,3)	0	0,1
Campania	50	6 (12)	13 (26)	0,9	2
Emilia -Romagna	639	81 (12,7)	265 (41,5)	1	3,2
Friuli -Venezia Giulia	222	6 (2,7)	41 (18,5)	0,2	1,1
Lazio	158	1 (0,6)	28 (17,7)	0	0,6
Liguria	136	20 (14,7)	34 (25)	1,3	2,2
Lombardia	3793	281 (7,4)	1807 (47,6)	1	6,5
Marche	160	13 (8,1)	59 (36,9)	0,9	4,3
Molise	24	0 (0)	2 (8,3)	0	0,9
PA Bolzano	28	3 (10,7)	10 (35,7)	0,7	2,4
PA Trento	99	33 (33,3)	45 (45,5)	2,7	3,7
Piemonte	1658	161 (9,7)	410 (24,7)	0,9	2,4
Puglia	111	0 (0)	4 (3,6)	0	0,2
Sardegna	67	0 (0)	17 (25,4)	0	2,8
Sicilia	73	0 (0)	11 (15,1)	0	1
Toscana	640	36 (5,6)	154 (24,1)	0,4	1,6
Umbria	38	0 (0)	11 (28,9)	0	1,5
Veneto	1136	38 (3,3)	180 (15,8)	0,2	1
Totale	9154	680 (7,4)	3092 (33,8)	0,7	3,1

Fonte: rielaborazione degli autori da Survey ISS

assistenza ospedaliera a tutti i costi, quanto che vista l'impossibilità o il divieto di procedere al trasferimento, si sarebbe dovuto sollecitare la protezione massima delle strutture affinché rimanessero ambienti Covid-19 free. Questi dati vanno inoltre letti con la consapevolezza che le Regioni hanno dato indicazioni operative circa le modalità di somministrazione dei tamponi e più in generale sulla gestione dell'emergenza con tempistiche differenziate, come si discuterà ampiamente nel paragrafo 5.4.

Per dare una rappresentazione completa della diffusione del contagio sarebbero necessari almeno altri tre elementi che ad oggi rimangono oscuri e non rilevati a livello sistemico:

- Il numero di operatori contagiati (o sospetti positivi) e deceduti. Su questo la survey ISS dà unicamente conto di una generica "positività tra il personale"; registrata nel 21,1% delle strutture rispondenti⁷;

⁷ A questa domanda hanno risposto 1.320 strutture.

- ▶ Il numero complessivo di tamponi effettuati nelle strutture (somministrati sia a pazienti che al personale);
- ▶ La specifica della quota di decessi avvenuti in ospedale riferiti a pazienti provenienti da RSA. La rilevanza di questa informazione può essere apprezzata prendendo in esame i dati inglesi, dove i decessi nelle RSA rappresentano il 27 per cento del totale da Covid-19 registrato nel Paese, mentre i decessi di pazienti di RSA sono il 38 per cento del totale (Comas-Herrera et al., 2020b).

A questo si aggiunge una riflessione sull'assenza di una pronta rilevazione sistematica e complessiva dell'andamento della diffusione del virus nelle strutture sociosanitarie fin dall'inizio della pandemia, per impostare al meglio la fase di convivenza con il virus.

5.3.2 Pratiche manageriali per la gestione della crisi nelle RSA

Come anticipato, la crisi Covid-19 ha acuito le difficoltà di un contesto già sottoposto a forti pressioni da criticità preesistenti, riconducibili alla frammentazione del sistema sociosanitario, le criticità nel coordinamento con la rete sanitaria pura, la messa in discussione della vocazione dei servizi oggi esistenti e la poca attenzione alla dotazione delle risorse del settore.

Queste consapevolezze sono state confermate dagli esiti della sopra-citata Survey ISS, che includeva alcune domande sulle principali difficoltà riscontrate dalle residenze nel corso della pandemia, e che confermano le intuizioni raccolte in questo periodo dai gestori di servizi (Ravizza 2020):

1. Rispetto alle principali criticità la Survey evidenzia un ordine di priorità molto chiaro: mancanza di Dispositivi di Protezione Individuale (77,2%), seguita dall'impossibilità nell'eseguire i tamponi (52,1%); l'assenza di personale sanitario (33,8%); difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19 (26,2%); scarsità di informazioni ricevute circa le procedure da seguire per contenere l'infezione (20,9%); difficoltà nel trasferire i residenti affetti da Covid-19 in strutture ospedaliere (12,5%);
2. In tema di governo dell'emergenza clinica, all'interno delle strutture è il medico interno ad occuparsene da solo (41,2% dei casi) o con il coinvolgimento di MMG o altri professionisti (18,4% dei casi), o dal MMG da solo (26,6%). Solo nel 65% dei casi è stato possibile effettuare programmi di formazione specifici per il personale assistenziale. La percentuale sale al 93,3% rispetto alla sola formazione per l'uso corretto di DPI;
3. Rispetto all'isolamento, tutte le strutture tranne una dichiarano di aver vietato le visite di familiari o badanti ai familiari ricoverati, l'88,8% in modo tempestivo tra il 23 febbraio e il 9 marzo, e di aver attuato meccanismi alternativi per mantenere i rapporti sociali (chiamate e/o videochiamate) nel 68,6% dei

casi. Solo il 48,1% delle strutture, però, può isolare i casi in stanze singole, l'8% dei rispondenti dichiara di non avere la possibilità di isolare i pazienti. Nel 5,7% dei casi si è registrato un aumento nei consumi di psicofarmaci legati a situazioni di contenzione o isolamento.

La Survey ISS è uno sforzo molto apprezzabile di raccogliere dati omogenei e a tappeto circa l'impatto e la gestione della crisi nelle RSA. Ciò nonostante, non possiamo proiettare i dati sulla mortalità del campione di 1.356 strutture su tutto il territorio nazionale vista l'eterogeneità nella diffusione delle strutture rispondenti e dell'andamento della pandemia, oltre alle differenze regionali di diffusione delle RSA pre-crisi (Capitolo 5 OASI 2019) e di gestione del Covid-19 (cfr. paragrafo 5.4). Tenendo presente questo, è comunque possibile trarre alcune conclusioni preliminari di carattere generale:

- ▶ Covid-19 sembra aver avuto un impatto molto rilevante sulla mortalità registrata nelle strutture. I casi sono stati verosimilmente gestiti internamente alle strutture, senza possibilità di trasferimento in strutture ospedaliere o dedicate (azione peraltro vietata da disposizione specifiche in alcune Regioni, cfr. paragrafo 5.4);
- ▶ le strutture hanno dedicato energie e impegno ad attuare sistemi di gestione della crisi con limiti strutturali che ne hanno minato l'efficacia: l'impossibilità di ri-organizzare la gestione interna degli spazi e del personale, l'assenza di formazione dedicata (per tempo e risorse), l'inaccessibilità di strumenti e materiali necessari, la scarsità di personale medico. Questi fattori sono stati probabilmente determinanti nella prima fase dell'emergenza e dipendono, oltre che dall'impossibilità oggettiva di procedere, anche dall'assenza di linee guida e informazioni chiare;
- ▶ le strutture si sono mosse per questo motivo in modo autonomo, cercando giorno per giorno la soluzione migliore rispetto al problema in quel momento più critico e adattandosi alle tendenze in atto nel proprio territorio di riferimento;
- ▶ l'integrazione con il mondo sanitario non si è verificata con l'intensità sperata, né verso la rete ospedaliera né verso quella territoriale degli MMG. A questo si sono sommate le difficoltà legate anche alla disponibilità e formazione del personale assistenziale (OSS in primis), che necessariamente ha dovuto occuparsi di casi molto complessi e compromessi in situazioni di sotto-organico, assenza di dispositivi e tamponi e formazione diffusa. Questo potrebbe aver creato un circolo vizioso anche rispetto ai sentimenti di paura e incertezza di un comparto (quello assistenziale) che rispetto al tema della tutela del lavoro e dei propri diritti già in tempi pre-crisi evidenziava criticità.

Queste riflessioni sulla crisi Covid-19 nelle RSA ci confermano che le azioni manageriali e gestionali dei singoli possono compensare alcune mancanze nelle politiche di sistema, ma che l'assenza di coordinamento, programmazione e raccolta di evidenze certe e sistematiche continua a minare qualsiasi sforzo si possa fare a livello aziendale, come illustrato nei paragrafi seguenti.

5.4 La risposta delle Regioni di fronte a Covid-19

Il livello istituzionale che si occupa di definire le regole di funzionamento e gli indirizzi per il settore sociosanitario è (in modo preponderante anche se non totale) il livello Regionale. Questo è valso anche per la recente epoca di emergenza sanitaria, durante la quale sono state le Regioni (e le loro aziende sanitarie) a dare indicazioni, regolamenti e disposizioni alle strutture sociosanitarie per anziani e ai loro gestori, per la gestione dei casi di Covid-19 e il loro contenimento e prevenzione. I dati sopra esposti hanno già mostrato che la diffusione del virus nel settore è stata molto vasta, andando ad agire e impattare su un setting assistenziale con caratteristiche particolari e fruito da una popolazione particolarmente a rischio. La combinazione delle due cose ha portato alla necessità di definire piani di gestione dell'emergenza e del rischio differenziati tra settore sociosanitario e "resto del mondo", proprio per tenere conto di queste specificità e, in alcuni casi, garantire una protezione ulteriore alla popolazione anziana ospite delle diverse tipologie di strutture. I gestori, dal canto loro, hanno attivato seguendo modalità interne, proprie strategie di risk management, orientante a proteggere le loro strutture e garantire massima qualità dell'assistenza. Contemporaneamente però si sono rese necessarie anche indicazioni comuni di sistema, quindi regionali, che coordinassero tali azioni anche garantendo un trattamento omogeneo e coerente con le politiche sanitarie messe contemporaneamente in atto. In tempi diversi, le Regioni hanno quindi predisposto delle linee guida che sono state emanate sia con riferimento alla prima fase emergenziale (fornendo quindi le prime indicazioni e misure rivolte alla gestione dei servizi), sia per le fasi successive, andando a disciplinare le politiche di screening e di trattamento sanitario fino alla riapertura delle strutture. L'analisi che verrà presentata nei paragrafi che seguono mostra:

- i Che durante le diverse fasi dell'emergenza e con particolare riferimento alla prima fase emergenziale, le Regioni si sono mosse con tempi molto diversi tra loro e disallineati rispetto alla rapidità ed estensione della diffusione della pandemia;
- ii Che i diversi enti regionali hanno emanato e dato indicazioni molto differenziate rispetto a come procedere nella gestione dei servizi durante l'emergenza, sia per modalità che per estensione delle linee guida fornite.

Questa analisi, oltre a fornire importanti elementi circa i modelli messi in atto nei diversi contesti utili per estrapolare considerazioni sulla gestione dell'emergenza Covid-19, è anche utile a riprendere alcune considerazioni circa il settore nel suo complesso. L'analisi tocca e riprende infatti alcune caratteristiche tipiche del settore già emerse nei paragrafi precedenti (cfr paragrafo 5.2) che sono state enfatizzate ancora maggiormente nella situazione emergenziale della pandemia ovvero: la frammentazione del sistema sociosanitario, le criticità nel coordinamento con la rete sanitaria pura, la messa in discussione della vocazione dei servizi oggi esistenti e la poca attenzione alla dotazione delle risorse del settore.

Questi quattro elementi di criticità emergono anche dall'analisi delle politiche regionali che aprono ancora di più il campo alla discussione su come attrezzarsi per superarle in un prossimo futuro.

5.4.1 L'analisi delle politiche regionali in tempo di Covid-19

L'analisi di seguito proposta è basata sull'indagine di quanto posto in essere da nove Regioni italiane nel periodo 22 febbraio – 3 giugno 2020 con linee guida, ordinanze, regolamenti e indicazioni predisposte con riferimento specifico al settore sociosanitario ed in particolare alla gestione di Covid-19 nelle strutture residenziali per anziani. L'analisi si è concentrata su una selezione di nove Regioni (Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto, Trento, Liguria, Toscana, Marche, Lazio). La scelta delle Regioni è stata effettuata con un duplice criterio:

- i Avendo selezionato le Regioni che dai dati dell'Istituto Superiore della Sanità presentassero al 15 di giugno⁸ oltre 5.000 casi Covid-19 diagnosticati, in modo da selezionare contesti territoriali dove la pandemia è stata più intensa e diffusa.
- ii Avendo verificato che le stesse Regioni corrispondessero anche a quelle con una maggiore diffusione di strutture sociosanitarie per anziani nel territorio italiano (si veda Berloto et al. in Rapporto OASI 2019).

Per le nove Regioni così individuate (Lombardia, Piemonte, Emilia-Romagna, Veneto, Trento, Liguria, Toscana, Marche, Lazio) si sono passati in rassegna tutti i provvedimenti adottati a partire da fine febbraio 2020 poi classificati e analizzati secondo cinque distinte dimensioni:

1. Misure per la gestione dei servizi, analizzando tutto ciò che ha riguardato la gestione Covid-19 dentro alle strutture residenziali per anziani;

⁸ Dati reperibili alla pagina <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/sars-cov-2-sorveglianza-dati>.

2. Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario, analizzando se e come siano state predisposte delle modalità di integrazione tra rete ospedaliera, territoriale e sociosanitaria nell'ambito Covid-19;
3. Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi, con particolare riferimento a modalità di screening e individuazione dei casi sospetti, misure di sicurezza in struttura, gestione di nuovi accessi, dimissioni, (screening, accessi ecc.);
4. Misure rivolte al personale del settore sociosanitario, rispetto a gestione di casi sospetti e certi di Covid-19 ma anche per quanto riguarda formazione, procedure e protocolli adottati per la messa in sicurezza di tutto il personale delle strutture ecc.;
5. Misure di revisione dei servizi, per verificare se nel periodo di riferimento sono stati rivisti ad esempio gli standard assistenziali, le modalità di tariffazione ecc.

5.4.2 La risposta in Fase 1: su quali elementi del settore si sono concentrati gli interventi di policy regionali?

Il periodo relativo alla Fase 1 (fine febbraio – 4 maggio) si è caratterizzato per la focalizzazione del legislatore sul contenimento dell'emergenza, emersa, esplosa e gestita nella sua diffusione in quel periodo. È importante segnalare che in tutti i contesti regionali analizzati, le prime misure specificatamente riferite al settore sociosanitario e alle strutture per anziani (o comunque i primi atti di indirizzo che contemplan di esprimere indicazioni per questo settore) sono state prodotte a partire da metà marzo, con un differenziale temporale di tre settimane rispetto alle prime iniziative avviate nel settore sanitario. Questo tema non è indifferente rispetto all'efficacia delle misure successive e alla rilevanza che è stata attribuita al comparto anziani e al settore sociosanitario. Rispetto a quanto discusso nei paragrafi precedenti (cfr paragrafi 5.2 e 5.3) e al tema del coordinamento tra sanitario e sociosanitario, questa dinamica temporale è emblematica: la priorità iniziale ma anche l'attenzione della gestione in itinere dell'emergenza è stata catalizzata dal mondo sanitario e il tema del coordinamento con la rete anziani non si è posto affatto oppure è stato ritardato nel tempo.

Le tabelle presentate in appendice (da Tabella 5.8 a Tabella 5.16) esprimono il dettaglio per ognuna delle nove Regioni per cui è stata svolta l'analisi; la tabella 5.6 mostra una sintesi di questa indagine. Di seguito commentiamo, invece, i trend e le dinamiche comuni alle varie Regioni per ogni dimensione di analisi dopo aver presentato un quadro sinottico sintetico.

Rispetto alle misure per la gestione dei servizi, analizzando tutto ciò che ha riguardato la gestione dell'emergenza Covid-19 dentro alle strutture residenziali per anziani, le Regioni si sono nell'insieme orientate principalmente a disporre la chiusura dei servizi (sia in termini di cessazione delle attività che di

Tabella 5.6 **la risposta regionale in Fase 1 in sintesi**

Fase 1					
	Misure per la gestione dei servizi	Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario	Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Misure rivolte al personale del settore sociosanitario	Misure di revisione dei servizi
Lazio	✓		✓	✓	
Liguria	✓		✓	✓	
Lombardia	✓		✓	✓	
Marche	✓				
PA Trento	✓				
Piemonte	✓		✓	✓	
RER	✓		✓	✓	
Toscana	✓		✓	✓	
Veneto	✓		✓	✓	

limitazione fisica degli accessi) disciplinando in modo puntuale le modalità di ingresso. Il focus è stato sul contenimento “fisico” delle situazioni già esistenti e sulla prevenzione di nuovi focolai, dando indicazioni sugli obblighi di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale e sulle procedure di sicurezza di seguire. Questo è stato fatto però indicando standard e vincoli di obbligatorietà ma ponendo scarsa attenzione alle modalità operative e gestionali di implementazione. Una eccezione è quella della Regione Marche, che ha fornito checklist e linee guida operative pensate per le strutture per anziani. Sempre rispetto al tema operativo gestionale, è interessante rilevare come alcune Regioni (ad esempio Liguria e Toscana) abbiano attivato delle task force o unità operative dedicate alla gestione dei casi Covid-19 in continuità tra rete sociosanitaria e altri servizi, in modo da presidiare quanto avvenisse nelle singole strutture. In alcune Regioni (Lazio, Lombardia, Piemonte) sono stati previsti anche requisiti strutturali e operativi per la creazione di nuclei o centri Covid per la gestione di ospiti sintomatici o accertati. Rispetto all’assistenza domiciliare si sono riscontrati atteggiamenti opposti con Regioni che hanno bloccato il servizio e gli accessi al domicilio ed altre che invece li hanno incentivati.

Rispetto alle misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario, si è analizzato se e come siano state predisposte delle modalità di integrazione tra rete ospedaliera, territoriale e sociosanitaria nell’ambito dell’emergenza Covid-19. Su questo, nessuna Regione tra quelle analizzate ha adottato atti specificatamente rivolti a questo obiettivo. Anche nei casi menzionati sopra, Liguria e Toscana, eventuali unità operative deputate al coordinamento tra setting avevano come primo obiettivo quello della valutazione e gestione dei singoli casi e non il presidio organizzativo della rete nel suo complesso. Il tema è stato quindi indirettamente demandato al livello locale, nel rapporto diretto tra aziende sanitarie e strutture per anziani che, sulla base di indicazioni molto differenziate

anche frutto di relazioni e dinamiche storiche, si sono date modalità e regole operative. La gestione dei flussi di pazienti/utenti e dei professionisti tra i nodi della rete è stata in alcuni casi ostacolata se non bloccata (come mostrano i dati Istituto Superiore di Sanità presentati sopra) ad esempio con il divieto di trasferimento verso pronto soccorso o ospedali. L'obiettivo perseguito è stato quindi opposto a quello da noi indagato: invece che rinforzare il coordinamento tra setting si è puntato ad isolarli e a renderli autonomi.

Rispetto alle misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi, con particolare riferimento a modalità di screening e individuazione dei casi sospetti, misure di sicurezza in struttura, gestione di nuovi accessi, dimissioni, (screening, accessi ecc.) si riscontra una omogeneità tra le azioni intraprese dalle singole Regioni. Le prime misure sono state orientate a bloccare nuovi ingressi; successivamente (e non sempre tempestivamente) si è provveduto a fornire linee guida e raccomandazioni per individuare i casi Covid-19 e mettere in sicurezza gli altri ospiti in struttura; solo in ultima battuta, nei contesti in cui si è proceduto a riaprire gli accessi per situazioni specifiche, si sono introdotti anche meccanismi di triage e profilazione degli utenti. L'avvio di percorsi di screening e l'accesso ai tamponi come pratica preventiva sono partite solo in chiusura della Fase 1, come mostrano anche i dati Istituto Superiore di Sanità presentati sopra. Tra tutti, è interessante il caso toscano dove sono stati implementati flussi informativi dedicati, disciplinando in modo preciso i tempi e modi con cui agire in presenza di un caso sospetto.

Rispetto alle misure rivolte al personale del settore sociosanitario, si rileva che le Regioni si sono orientate principalmente a dare indicazioni molto operative e perentorie sull'utilizzo dei DPI senza dare invece spazio ai temi di formazione e di preparazione alla gestione dell'emergenza. Rispetto a questo si registra una variabilità tra indicazioni più generiche fornite al personale della struttura (es. Piemonte) e casi in cui le indicazioni sono state fornite in modo dettagliato per le singole figure professionali (es. Toscana). Il tema della formazione del personale assistenziale e non delle strutture per anziani ancora una volta è stato demandato al livello locale e gestito dalle singole strutture o in raccordo con le aziende sanitarie. Anche in questo caso l'attenzione è andata sui temi dell'isolamento e contenimento dei casi sia tramite limitazione degli spostamenti che tramite l'utilizzo dei dispositivi, senza però porre attenzione a quanto attivamente il personale delle strutture potesse e dovesse fare durante l'emergenza e alla eventuale necessità maggiore o diversa dotazione di personale.

Rispetto ad eventuali misure di revisione dei servizi (standard assistenziali, le modalità di tariffazione ecc.) non si è registrata nessuna iniziativa da parte delle Regioni indagate. Durante la Fase 1, le strutture sono state lasciate alle regole standard in vigore precedentemente a Covid-19 e non si è pensato alla necessità di rivederle per adattarle al contesto mutato e straordinario. Se da un lato questo può essere stato necessario nella fase di espansione iniziale dell'em-

genza, data l'incertezza e la necessità di rivolgere le prime attenzioni ad altre misure, dall'altro nel momento in cui l'epidemia ha avuto picco era irrealistico pensare che le strutture per anziani potessero operare "normalmente" secondo gli standard abituali. Nonostante ciò le modalità di tariffazione e gli standard richiesti non sono stati modificati. Si segnala la Regione Toscana che ha sospeso ufficialmente i controlli amministrativi e di qualità per tutto il periodo, unica ad aver promosso un provvedimento Regionale in tal senso.

Rispetto alle criticità emerse nella prima parte di questo Capitolo, ovvero la frammentazione del sistema sociosanitario, le criticità nel coordinamento con la rete sanitaria pura, la messa in discussione della vocazione dei servizi oggi esistenti e la poca attenzione alla dotazione delle risorse del settore, quanto accaduto nella Fase 1 e promosso da parte delle Regioni contribuisce a rinforzarne la rilevanza. In termini di frammentazione, si può dire che nel primo periodo Covid-19 questa caratteristica sia stata estremizzata: le strutture per anziani sono state completamente isolate da un punto di vista fisico (in virtù del contenimento dell'epidemia) ma anche rispetto all'accesso alle informazioni e al supporto che poteva arrivare dalla rete dei servizi sanitari e sociosanitari. I diversi nodi dell'SSN si sono trovati ad operare in piena solitudine senza che tentativi di coordinamento fossero istituzionalizzati o formalizzati. Le risorse dedicate al settore sono state scarse (se si pensa a DPI e personale) e non sono stati previsti investimenti di supporto. La mission dei servizi, già critica, è stata ulteriormente estremizzata: alcune strutture per anziani si sono trovate ad operare come veri e propri ospedali Covid-19 dovendo gestire numerosi casi al loro interno ma senza poter contare su professionalità specifiche o sul supporto di ospedali o centri specializzati.

5.4.3 La risposta in Fase 2: quali aspetti sono stati considerati per la ripartenza e il rilancio?

Nella cosiddetta Fase 2 (ovvero il periodo dal 4 maggio al 3 giugno) si è cercato di superare la fase di contenimento dell'emergenza e di orientarsi a meccanismi di prevenzione e di graduale ritorno al funzionamento dei servizi con modalità pre-Covid-19. Questo è accaduto anche nel settore sociosanitario ed è stato oggetto di analisi per le stesse nove Regioni per le quali sono stati approfonditi e discussi i provvedimenti adottati in Fase 1. L'analisi complessiva tarata su questo periodo ripropone tutti gli elementi già citati per il periodo precedente evidenziando ulteriormente la scarsa diffusione di politiche dedicate al settore residenzialità anziani. Dopo alcuni mesi in cui il tema Covid-19 è progressivamente sempre più stato collegato al comparto anziani, ci si aspettava che nel passaggio ad una fase successiva di programmazione delle attività questo avrebbe trovato più spazio di pensiero ed azione da parte delle Regioni. Al contrario invece le indicazioni espresse sono poche e nella maggior parte dei casi in assoluta continuità con quanto già emanato nel periodo precedente (Tabella 5.7).

Tabella 5.7 **La risposta regionale in Fase 2 in sintesi**

Fase 2					
	Misure per la gestione dei servizi	Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario	Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Misure rivolte al personale del settore sociosanitario	Misure di revisione dei servizi
Lazio			✓	✓	✓
Liguria			✓	✓	✓
Lombardia	✓				
Marche	✓		✓	✓	✓
PA Trento	✓		✓	✓	
Piemonte	✓		✓	✓	
RER	✓		✓	✓	✓
Toscana	✓		✓		
Veneto	✓		✓	✓	

Rispetto alle misure per la gestione di Covid-19 nelle strutture residenziali, l'attenzione maggiore è andata sul ripristino della "normalità" pre-Covid-19 dedicando regolamenti e indicazioni per la riapertura degli spazi, delle visite oltre che il controllo e prevenzione dell'emergere di nuovi casi in struttura. Questo è stato gestito rivedendo alcuni requisiti strutturali in termini di numerosità (ad esempio in Emilia-Romagna, prevedendo nuclei di minori dimensioni) o lavorando sulle procedure per screening e tamponi. In questo periodo si è proceduto alla riapertura degli altri servizi della rete (diurno e domiciliare). Interessante il caso del Lazio che avviato un percorso di revisione dei modelli di presa in carico non solo per le strutture residenziali, ma anche coniugando altri servizi sanitari e sociali nella logica di promuovere un'ottica integrata dei servizi per gli anziani per meglio gestire i casi Covid-19 e non.

Al netto di questa esperienza laziale, anche nella Fase 2 non sono state individuate linee guida o indicazioni specifiche rispetto al raccordo tra settore sanitario e sociosanitario. Anche in questa Fase 2 il tema non è stato messo nell'agenda "legislativa" delle Regioni e non sono state prodotte indicazioni supportate da iniziative strutturate e regolamenti. Si è proseguito piuttosto nel considerare in modo separato il mondo residenzialità anziani senza disciplinare elementi comuni con altri servizi.

Rispetto alla definizione di misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi in struttura, diverse Regioni si sono allineate agli standard di riferimento forniti da Istituto Superiore di Sanità per il mondo SSN; viceversa ISS si è occupato di raccogliere le indicazioni regionali tramite suo portale⁹. Il tema del coordinamento con il mondo sanità (che come detto non è stato oggetto di una riflessione esplicita) è individuabile in queste misure dal momento che le

⁹ <https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+n.+5+REV+2+%281%29.pdf/24759e93-69f7-2c38-902f-7962df52fc35?t=1590500751072>

Regioni si sono occupate di definire procedure e protocolli per la gestione dei casi sospetti o certi da servizi sociosanitari a servizi territoriali ed ospedalieri e viceversa, cosa che invece non era stata disciplinata o addirittura bloccata in Fase 1. Rispetto alle procedure interne da avviare nei servizi, alcune Regioni (Piemonte e Lombardia) hanno demandato il tema alla responsabilità delle singole strutture e aziende, chiamate a individuare figure ad hoc responsabili e a definire procedure proprie. Interessante il caso della Regione Veneto che ha previsto che ogni singola ULSS procedesse a valutazione dello stato delle strutture per anziani del territorio identificando criteri e procedure ad hoc per la riapertura da gestire in modo progressivo e differenziato per ogni distretto.

Con riferimento alle misure rivolte al personale si registra una ampia differenziazione. Positivo è in ogni caso il fatto che, a differenza di quanto avvenuto in Fase 1, sia stata dedicata maggiore attenzione alla formazione seppure con tendenze opposte. Alcune Regioni (Veneto, PA Trento ad esempio) hanno fornito indicazioni specifiche rispetto alla formazione del personale sociosanitario, equiparandolo al personale sanitario e rendendo obbligatori contenuti e numero di ore. Altre invece (come ad esempio la Lombardia) hanno invece assegnato la responsabilità della formazione alle singole strutture prevedendo in seconda battuta che le aziende sanitarie possano diventare promotrici di iniziative. Oltre alla formazione numerose indicazioni sono state date rispetto al corretto utilizzo di DPI e alle procedure interne di individuazione dei casi sospetti tra il personale, in continuità con la Fase 1.

Rispetto a possibili misure di revisione dei servizi, per standard assistenziali, modalità di tariffazione ecc., si registra un'unica Regione che ha attivamente promosso una iniziativa strutturata. L'Emilia-Romagna, infatti, ha previsto un meccanismo di remunerazione straordinaria e temporanea per tutti i costi sopportati dal 20 marzo in poi per posti vuoti e mancati inserimenti. Questo garantisce alle strutture e aziende di rientrare di parte dei costi fissi sostenuti in periodo di emergenza, agendo di fatto sulla possibilità delle strutture di raggiungere nonostante tutto l'equilibrio economico. Questa Regione prevede di corrispondere, in assenza dell'occupazione del posto, la quota assistenziale minima, garantendo un minimo di remunerazione. Anche nella Fase 2, le criticità tipiche del settore (frammentazione del sistema sociosanitario, criticità nel coordinamento con la rete sanitaria pura, messa in discussione della vocazione dei servizi oggi esistenti e poca attenzione alla dotazione delle risorse del settore) sono rimaste valide e non si sono registrati sforzi rispetto possibili soluzioni o azioni che potessero mitigarle. Alcuni segnali positivi si possono comunque registrare, relative a specifiche questioni quali:

- ▶ Il tema del coordinamento nel settore sociosanitario e con la rete sanitaria, con i primi tentativi di ipotizzare dei percorsi di presa in carico tra setting assistenziali diversi (come promosso da Lazio);

- ▶ Il tema della programmazione dei servizi in una logica di sistema e non più di frammentazione con il tentativo veneto di gestire la rete sociosanitaria post-Covid-19 sulla base di un monitoraggio territoriale;
- ▶ Il tema della sostenibilità e delle risorse in gioco promosso da Emilia-Romagna che ha introdotto un correttivo al sistema di finanziamento per sostenere il settore.

Queste sono solo tracce possibili di soluzioni più ampie che potrebbero trovare collocazione nelle fasi post Covid-19, in un periodo in cui ripensare il funzionamento del sistema SSN, sociosanitario e sociale.

5.5 Quali sfide per il settore rimangono aperte?

La rassegna proposta di dati e analisi riferiti al settore sociosanitario anziani con particolare riferimento al comparto residenziale e al periodo pre-Covid-19 e di emergenza sanitaria, mette ulteriormente in risalto e conferma le quattro aree di criticità già anticipate nel paragrafo 5.1, ovvero: la frammentazione esistente tra i nodi della rete del sociosanitario, la priorità e la maggiore attenzione data alla rete sanitaria rispetto a quella sociosanitaria da parte dei policy maker anche nella distribuzione di fattori produttivi contingentati nel periodo di emergenza (personale, DPI, tamponi), lo scarso sostegno disponibile per lo sviluppo dei fattori produttivi del settore, l'incertezza del ruolo che il settore sociosanitario riveste all'interno del sistema welfare e l'indefinita vocazione dei singoli servizi. Questi temi trovano origine nelle caratteristiche del settore e sono state esacerbati nei mesi appena trascorsi e che hanno caratterizzato le cosiddette "Fase 1" e "Fase 2", senza trovare risposta piena e omogenea negli interventi regionali attivati per l'emergenza Covid-19. Sebbene fossero già note, il periodo febbraio-giugno 2020 ha messo in risalto queste tematiche aggravandole con una crisi del settore su cui è pesato il blocco dei nuovi ospiti in ingresso nelle strutture residenziali e quindi la non sostituzione dei posti liberati, in aggiunta ai maggiori costi sostenuti per la gestione dell'emergenza e la revisione delle procedure interne, assistenziali e non. Questa crisi rischia di avere effetti duraturi sul funzionamento e sulla sostenibilità delle aziende del settore se non si avvierà una riflessione generale sul funzionamento del mondo sociosanitario.

Complessivamente i temi su cui stakeholder e policy maker dovrebbero riflettere per risolvere queste criticità e non perpetuarle toccano anche alcuni aspetti di funzionamento aziendale, ovvero:

- ▶ Il tema della sostenibilità economica delle aziende e delle strutture, anche considerando il modello di finanziamento della rete accreditata. La crisi ha messo in risalto come le diverse opzioni attuate nei sistemi regionali, che pre-

vedono budget o tariffe, non siano adeguate rispetto all'evoluzione dell'accesso ai servizi mettendo facilmente in difficoltà le strutture più deboli che vedono fluttuare gli ingressi nel tempo al di sotto del tasso di copertura minimo.

- ▶ Il tema della gestione del personale rispetto al quale emergono gli aspetti dell'aggiornamento delle competenze, delle modalità di gestione del comparto e del livello salariale garantito. La crisi ha mostrato come un comparto professionale debole, non supportato da garanzie e adeguati supporti contrattuali, non strutturato nell'acquisizione delle competenze necessarie rispetto alle diverse situazioni che possono manifestarsi, diventa facilmente elemento di profonda criticità nel funzionamento dei servizi per anziani. Il tutto è stato peggiorato dall'arruolamento dei migliori professionisti del settore sociosanitario da parte del settore sanitario a riprova delle priorità assunte.
- ▶ Il tema del raccordo tra servizi sociosanitari, tra rete sociosanitaria e sanitaria e tra mondo pubblico e mondo privato. L'isolamento della singola struttura, necessario rispetto a particolari momenti della pandemia, diventa invece problematico in tempi di "ordinaria amministrazione" perché impedisce di mettere a sistema le risorse e le competenze esistenti e ostacola la presa in carico degli anziani e delle loro famiglie. In epoca di risorse scarse, nessun settore, comparto o servizio può essere autosufficiente e indipendente.
- ▶ Il tema della *mission* della rete sociosanitaria e dei singoli servizi. Il settore, progettato per occuparsi dei bisogni assistenziali e sociali, sia in tempo di emergenza sanitaria che non, ha mostrato di essere molto spesso orientato a prendere in carico anziani con alta complessità assistenziale, quadri cognitivi compromessi e speranza di vita limitata. Questo è contraddittorio rispetto alle politiche dichiarate e agli standard fissati: sarà necessario riflettere sulla vocazione effettivamente desiderata di tali servizi e aggiornare, se necessario, le norme, le narrazioni e gli indicatori per valutare gli esiti attesi.

Rimane poi vero in modo trasversale quanto più volte ribadito: in assenza di dati e conoscenze sistematiche e dinamicamente aggiornate sul settore è impossibile e irrealistico progettare politiche efficaci. Con riferimento al settore sociosanitario e ai servizi per gli anziani questo è vero su più fronti: a livello nazionale è difficile ricostruire il quadro complessivo dell'offerta, della domanda e delle risorse allocate; a livello regionale l'assenza di dati puntuali sul funzionamento dei servizi e sul loro andamento nel tempo impedisce di valutarne l'efficacia e la capacità di effettiva risposta ai bisogni. Se si vorranno affrontare le criticità del sistema e i temi aperti dopo il periodo Covid-19 il primo passo dovrà necessariamente essere quello di ripartire dalla conoscenza e dalla raccolta di elementi oggettivi e completi circa lo stato del settore sociosanitario anziani in Italia.

Tabella 5.8 Regione Lazio: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE LAZIO		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Ordinanza n. Z00008 (13/03/2020): sospensione dell'attività dei centri residenziali sanitari e sociosanitari per persone anziane non autosufficienti Comunicazione 28/03/2020: mansiono e formazione DPI, aggiornamento regolamentari ecc. Definite anche le precauzioni to RSA per pazienti covid-19 positivi. Ordinanza n. Z00034 (18/04/2020): gestione dell'emergenza nelle strutture	Disciplina la necessità di auto-dichiarazione del gestore, del legale rappresentante e del medico delle decisioni e azioni effettuate in struttura tra cui: personale operante, utilizzo e formazione DPI, aggiornamento regolamentari ecc. Definite anche le precauzioni standard da adottare in struttura per ospiti, visitatori e personale			
Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Ordinanza n. Z00034 (18/04/2020): gestione dell'emergenza nelle strutture	Definisce raccomandazioni per pre-triage e identifica precauzioni aggiuntive da adottare in casi di positività da Covid (e.g. trasferimento in altro setting assistenziale). Nuovi ingressi consentiti e disciplinati ulteriormente rispetto a specifica ASL di competenza	Sulla gestione dei ospiti Regione Lazio ha recepito le indicazioni dell'ISS (indicazioni per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor)		
Misure rivolte al personale del settore sociosanitario	Ordinanza n. Z00034 (18/04/2020): gestione dell'emergenza nelle strutture	Tutti gli operatori devono: limitare al minimo i contatti con altre persone, operare in una singola struttura, dotarsi e formarsi sull'utilizzo di DPI	Sulla gestione dei ospiti Regione Lazio ha recepito le indicazioni dell'ISS (indicazioni per la prevenzione e gestione degli ambienti indoor)		
Misure di revisione dei servizi			Ordinanza N. Z00038 (02/05/2020) Mozione n.273 del 27/05/2020 - Nuovi modelli di presa in carico degli anziani, alternativi all'istituzionalizzazione	a) Ripensamento del sistema della presa in carico extra-ospedaliera rivolta ad anziani centrata sulla sola residenzialità in istituti; b) Riflessione su possibili modelli di presa in carico degli anziani anche alla luce degli sviluppi demografici e delle evidenze che l'attuale pandemia ha portato alla luce; c) nuovi modelli assistenziali per gli anziani che sappiano coniugare domiciliarità ed intensità di cura flessibili	

Tabella 5.9 Regione Lombardia: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE LOMBARDBIA		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Decreto n. 3353 (15/03/2020): garantire prestazioni sociosanitarie anche per i pazienti non affetti da COVID-19. Indicazioni operative DGR n. XI/2986 (23/03/2020): prestazioni domiciliari per monitoraggio persona affetta da covid-19 e per pazienti con sintomatologia simil-influenzale Delibera n. XI/3018 (30/03/2020): dettagli riguardo alla gestione della struttura Protocollo sanitario regionale RSA -RSD (20/04/2020)	Indicazioni per la gestione operativa degli ospiti, protezioni individuali per il personale e gestione clinica di eventuali casi covid-19 per le RSA e RSD.	DGR n. XI/3226 (9/06/2020) Alto di indirizzo in ambito sociosanitario successivo alla "Fase 1" dell'emergenza epidemiologica da COVID-19" Ulteriori indicazioni DGR n. XI/3226 del 9/06/2020	Ripristino degli accessi alle strutture residenziali per anziani. Ove possibile, rivalutare la programmazione degli interventi anche nel setting semiresidenziale e ambulatoriale con il ricorso ad attività a distanza, (telemonitoraggio) a domicilio. Le attività rese in sede dovranno avvenire gradualmente, su appuntamento assicurando il necessario distanziamento e/o l'uso di DPI	
Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Delibera n. XI/3018 (30/03/2020): indicazioni per la gestione operativa dei pazienti positivi e degli ospiti	Gli ospiti vengono suddivisi e descritti attraverso diverse tipologie. Ad ogni tipologia è associata una modalità specifica di intervento.	DGR n. XI/3226 (9/06/2020)	Le modalità di accesso dei familiari alle strutture devono sempre essere valutate dal responsabile medico, a tutela del paziente e degli altri ospiti. L'ingresso di nuovi ospiti considererà: 1) i criteri di priorità; 2) le modalità e i locali per la raccolta anamnestica e la visita medica prima dell'accesso in struttura; 3) l'allestimento di un modulo di accoglienza o l'adozione di misure per il distanziamento sociale fra gli ospiti/pazienti.	
Misure rivolte al personale del settore sociosanitario	Delibera n. XI/3018 (30/03/2020): protezioni individuali per il personale e gestione clinica di eventuali casi Covid19 per le RSA e RSA, formazione.	Sorveglianza sanitaria e scheda di dettaglio per l'utilizzo dei DPI	DGR n. XI/3226 (9/06/2020)	Adozione di un piano organizzativo-gestionale con relative istruzioni operative.	
Misure di revisione dei servizi			DGR n. XI/3226 del 9 giugno 2020	Valorizzazione di esperienze che hanno visto l'erogazione dei servizi a distanza e potenziamento dell'offerta domiciliare. Revisione della rendicontazione nei prossimi mesi (percorsi di accreditamento, controllo e di remunerazione)	

Tabella 5.10 Regione Liguria: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE LIGURIA		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Ordinanza n. 20 del 16/04/2020: attribuito all'Azienda Ligure Sanitaria (A.Li.Sa.) il potere di indirizzo e coordinamento di talune attività gestite dalle Aziende Socio Sanitarie Liguri.	Istituita una nuova struttura temporanea di assistenza medico-infermieristica continuativa sulle 24 ore per pazienti Covid positivi a bassa/media intensità assistenziale	<i>Da sito e portale Albo Pretorio di Alisa non figura nuova normativa in Fase 2 specifica per il settore socio-sanitario</i>		
Misure di raccordo tra settore sanitario e socio-sanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	27/03/2020 Linee Guida per il Covid in RSA: piano di prevenzione e intervento per pazienti positivi e ospiti della struttura (azioni per contrastare la diffusione).	Raccomandazioni e azioni da adottare per contrastare la diffusione Covid nelle strutture: individuazione e gestione dei casi sospetti Covid (criteri clinici per l'ospedalizzazione). Predisposto il blocco degli ingressi (dal 5/03)			
Misure rivolte al personale del settore socio-sanitario	Prot. 7802 del 24/03/2020: direttiva riguardante gli operatori sanitari 27/03/2020 Linee Guida per il Covid in RSA: piano di prevenzione e intervento per pazienti positivi e ospiti della struttura (azioni per contrastare la diffusione).	Informare tutto il personale che in presenza di sintomi compatibili con COVID-19 non ci si deve presentare in servizio dandone pronta comunicazione all'ufficio del personale e formare il personale per l'utilizzo del DPI. Limitare gli spostamenti degli ospiti all'interno della struttura e ridurre le occasioni (attività di gruppo) in cui non sia possibile garantire la distanza di almeno 1 metro tra un ospite e l'altro. Vietare, secondo quanto disposto dalle autorità competenti, l'accesso di parenti, visitatori e volontari alla struttura			
Misure di revisione dei servizi					

Tabella 5.11 Regione Marche: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE MARCHE	FASE 1		FASE 2	
	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi
Misure per la gestione dei servizi	<p>Circolare del Servizio Sanità n. 2567 del 27/02/2020 Infezione COVID-19- indicazioni operative strutture residenziali e semiresidenziali</p> <p>Circolare esplicativa del 10/03/2020: spesa attività centri semi residenziali</p> <p>Determina n. 162 del Direttore Generale ASUR del 03/04/2020 Emergenza sanitaria COVID-19- azioni straordinarie a supporto delle strutture residenziali extra ospedaliere sanitarie e sociosanitarie</p> <p>Ordinanza n. 19 del 03/04/2020 - Sospensione dell'attività dei centri semiresidenziali per anziani</p>	<p>Le misure sospendono l'attività in centri semiresidenziali per anziani e incentivano percorsi di domiciliarità e/o servizi di prossimità</p>	<p>DGR n. 685 del 8/06/2020: Linee di indirizzo regionali per la gestione delle strutture residenziali sanitarie, sociosanitarie e sociali nell'area extra ospedaliera nel graduale superamento dell'emergenza COVID-19</p> <p>DGR n. 600 del 18/05/2020: Piano territoriale della Regione Marche per la riapertura graduale dei centri semiresidenziali sanitari e sociosanitari nella fase 2 dell'emergenza COVID-19</p>	<p>DGR n. 600: riapertura graduale dell'attività dei centri semiresidenziali per anziani</p> <p>DGR n. 685: le indicazioni definite in questo documento vengono esposte per dotare di un indirizzo comune tutto il territorio regionale. Inoltre, esse sono rivolte ai ripristino dell'attività ordinarie presso le strutture residenziali tra cui figurano la riattivazione dei nuovi ingressi e la disciplina delle riammissioni</p>
Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario				
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi			<p>DGR n. 600 del 18/05/2020</p> <p>DGR n. 685 8/06/2020</p>	<p>DGR n. 600: disciplina delle misure di prevenzione del contagio da Covid</p> <p>DGR n. 685: il documento disciplina l'attivazione di nuovi ingressi o riammissioni da ricoveri ospedalieri/pronto soccorso, identifica regole per la disciplina dei casi positivi in struttura e invio in ospedale e infine disciplina gli accessi in struttura da parte dei familiari e visitatori</p>
Misure rivolte al personale del settore sociosanitario			DGR n. 685 del 8/06/2020	Disciplina delle misure di sicurezza da adottare nei confronti del personale delle strutture
Misure di revisione dei servizi			DGR n. 600 del 18/05/2020	Riorganizzazione dei servizi: rimodulazione accesso (micro-gruppi), rimodulazione della durata del trattamento, nuove modalità di funzionamento dei centri semiresidenziali. Allo stesso modo, incentivo per l'identificazione di servizi alternativi

Tabella 5.12 Regione Provincia Autonoma di Trento: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE PA TRENTO		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	9/03/2020: Circolare per la gestione dell'emergenza coronavirus presso i servizi socio-assistenziali e socio-sanitari della Provincia autonoma di Trento Determinazione n. 100 del 1/04/2020: istituzione Task Force RSA	Disciplinata la sospensione dei centri diurni per anziani, nelle altre strutture introdotto il questionario per tutti i visitatori delle strutture	Linee Guida RSA – versione 2° del 9/06/2020	Disciplina di nuovi ingressi e reingressi in RSA dopo la dimissione ospedaliera da Covid, modalità di accesso dei parenti e visitatori	
Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi			Linee Guida RSA – versione 2° del 9/06/2020	Misure da adottare per prevenire l'ingresso di casi sospetti/probabili/confirmati di Covid-19 in RSA. In parallelo, identificata sorveglianza attiva e identificazione precoce di casi sospetti/probabili/confirmati di Covid-19 tra residenti e operatori	
Misure rivolte al personale del settore sociosanitario			Linee Guida RSA – versione 2° del 9/06/2020	Definizione della formazione degli operatori: organizzazione di sessioni obbligatorie (in orario di servizio) di breve durata (massimo 3 ore), esercitazioni pratiche (pratiche corrette per l'igiene delle mani, vestizione e svestizione dei DPI), programmi di mantenimento della formazione nel tempo	
Misure di revisione dei servizi					

Tabella 5.13 Regione Piemonte: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE PIEMONTE		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Protocollo di intesa Regione – AOP e bozza contratto tra ASL e singole strutture: possibilità per le ASL di utilizzare i posti letto delle RSA accreditate e contrattualizzate - Indicazioni operative per la gestione nelle strutture socio-sanitarie Protocollo di intesa RSA (30/03/2020); programma di monitoraggio nelle strutture	Disciplina del monitoraggio continuo delle singole RSA su tutto il territorio regionale. Ove necessario reperimento del personale socio-sanitario necessario per le strutture.	Linee di Indirizzo per la Graduale Ripresa delle Attività in Strutture Residenziali Extra-ospedaliere (19755/A1400 del 17/05/2020 poi precisazioni il 18/06)	Linee di indirizzo per la riapertura delle strutture, ivi comprese la disciplina delle visite agli ospiti e l'accesso dei fornitori e manutentori integrazione post 18/06; creazione di un modulo di accoglienza dedicato ai nuovi ospiti della struttura	
Misure di raccordo tra settore sanitario e socio-sanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Indicazioni operative per la gestione nelle strutture socio sanitarie (7/03/2020); norma di sicurezza per pazienti. Protocollo di intesa RSA (30 marzo 2020); programma di monitoraggio nelle strutture	Adozione di tutte le misure necessarie nelle strutture in cui ci sono casi accertati o sospetti (misure igienico-sanitarie).	Linee di Indirizzo per la Graduale Ripresa delle Attività in Strutture Residenziali Extra-ospedaliere (19755/A1400 del 17/05/2020 poi precisazioni il 18/06)	Disciplina delle visite dei familiari e conoscenti degli ospiti che devono essere effettuate esclusivamente su appuntamento, con programmazione della Direzione della struttura	
Misure rivolte al personale del settore socio-sanitario	Protocollo di intesa RSA (30 marzo 2020); programma di monitoraggio nelle strutture	Il personale socio sanitario in quarantena potrà essere ricollocato all'interno di strutture di ricovero alternative (es. alberghi) situate nelle vicinanze.	Linee di Indirizzo per la Graduale Ripresa delle Attività in Strutture Residenziali Extra-ospedaliere (19755/A1400 del 17/05/2020 poi precisazioni il 18/06)	Il personale di tutte le strutture deve essere sottoposto al triage quotidiano e deve essere messo in sicurezza attraverso l'approvigionamento adeguato di DPI	
Misure di revisione dei servizi					

Tabella 5.14 **Regione Emilia-Romagna: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2**

REGIONE RER		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Distretto di Sassuolo (Comunicazione ai gestori delle strutture socio-sanitarie e disciplina degli accessi e inserimenti). Ordinanza n.29 dell'8/03/2020: sospensione dell'attività dei centri semiresidenziali per anziani. Scheda interventi regionali RSA (aggiornata al 23/04)	Disciplina della sospensione delle attività dei centri semiresidenziali per anziani e indicazioni di prevenzione, messa in sicurezza e monitoraggio in tutte le strutture residenziali regionali	Ordinanza 17/06/2020	Il documento disciplina che a decorrere dal 22 giugno sono consentite le attività dei centri diurni per anziani secondo le indicazioni operative per la riapertura in sicurezza. Il documento dettaglia inoltre l'accesso dei nuovi utenti in struttura e la necessità di definire un responsabile sanitario per struttura quale referente Covid	
Misure di accordo tra settore sanitario e socio-sanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Scheda interventi regionali RSA (aggiornata al 23/04)	Sospensione delle visite nelle strutture socio-sanitarie residenziali. Nella scheda interventi sono inoltre disciplinati: tempestività della diagnosi, sorveglianza, isolamento, trasferimento dell'ospite all'esterno.	Ordinanza 17/06/2020 Allegato 2: Indicazioni per l'accesso di visitatori ed operatori esterni alle strutture residenziali per anziani e disabili	Il documento fornisce indicazioni per la ripresa di nuovi inserimenti e il reinserimento di ospiti che provengono da un ricovero ospedaliero. Esposte anche le misure di prevenzione, vigilanza e supporto dei reingressi da ricovero e di tutte le situazioni che registrano casi di positività	
Misure rivolte al personale del settore socio-sanitario	Scheda interventi regionali RSA (aggiornata al 23/04)	Nella scheda interventi sono disciplinate misure per la prevenzione e la messa in sicurezza di tutti gli operatori che lavorano in struttura (dotazione DPI etc.)	Ordinanza 17/06/2020: Allegato 1	Indicazioni di carattere igienico-sanitario atte alla prevenzione del contagio e alla tutela della salute dei lavoratori: corretto e sistematico utilizzo di DPI, nei locali dove vengono svolte attività con gli utenti: accesso ai soli operatori, controllo della temperatura, utilizzo della mascherina prima di accedere nella struttura	
Misure di revisione dei servizi			Ordinanza 17/06/2020 Nota n.445743 indicazioni sulla remunerazione dei servizi socio-sanitari a seguito dell'emergenza Covid	L'Ente gestore propone agli utenti/famiglie una rimodulazione delle attività del centro, suddividendo gli utenti in piccoli gruppi stabili. La Nota disciplina che per i costi che i soggetti gestori dei servizi residenziali accreditati hanno sostenuto dal 20 marzo e continuano a sostenere (soprattutto per i posti vuoti e non occupabili), si dovrà adottare un meccanismo di remunerazione da applicare in via temporanea. Ad esclusione dei posti letto inoccupati per ricovero ospedaliero, ogni posto non occupato, valutata congiuntamente la situazione tra committenza (AUSL/Comuni) e soggetto gestore, viene remunerato con la quota FRNA per giornata di accoglienza	

Tabella 5.15 Regione Toscana: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE TOSCANA		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Disposizioni generali emergenza Coronavirus per RSA e Strutture Socio Sanitarie Residenziali - revisione 3 (17/04/2020)	Oltre alla Commissione di indagine e alla Task Force RSA, sono stati attivati gli strumenti operativi CIROT (Gruppo multidisciplinare di intervento rapido) e USCA che hanno girato per le varie strutture per la verifica degli stati clinici	Circolare riapertura 8/06/2020 e Linee di indirizzo	A seguito della riapertura di molte attività commerciali e industriali e all'andamento dell'epidemia si ritiene possibile da parte delle Direzioni delle strutture sociosanitarie (RSA, RSD e altre strutture) permettere, a far data dal 15/06/2020, le visite dei familiari agli ospiti delle strutture sociosanitarie.	
Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Disposizioni generali emergenza Coronavirus per RSA e Strutture Socio Sanitarie Residenziali - revisione 3 (17/04/2020)	Alla comparsa di sintomi – ospite sottoposto a quarantena in stanza singola con bagno privato (se possibile). Organizzazione strutturata dei tamponi e dei test sierologici con determinate priorità: flowchart del flusso informativo per test sierologici rapidi e tamponi ori-rinofaringei.	Linee di indirizzo alle strutture residenziali sociosanitarie (RSA, RSD, ecc.) per le modalità di accesso dei familiari fino al termine delle misure straordinarie sul Covid-19.	Valutazioni da fare all'ingresso e gestione degli accessi dei visitatori e degli spazi all'uso predisposti	
Misure rivolte al personale del settore sociosanitario	Disposizioni generali emergenza Coronavirus per RSA e Strutture Socio Sanitarie Residenziali - revisione 3 (17/04/2020)	Analisi dettagliata della protezione individuale degli operatori: cosa devono indossare le diverse figure professionali in quale contesto di lavoro			
Misure di revisione dei servizi		Regione tramite ASL ha comunicato la sospensione delle visite e dei controlli sugli standard di accreditamento.			

Tabella 5.16 Regione Veneto: la risposta regionale in Fase 1 e Fase 2

REGIONE VENETO		FASE 1		FASE 2	
Dimensione	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	Riferimento NORMATIVO	Sintesi	
Misure per la gestione dei servizi	Protocollo n. 109224 6/03/2020	Attivazione di procedure operative temporanee nelle strutture residenziali e semi-residenziali extra-ospedaliere per anziani. Chiusura temporanea delle unità di offerta semi-residenziali socio-sanitarie o sociali.	Linee di indirizzo RSA 25/05/2020	Documento che disciplina le misure generali di prevenzione in struttura, oltre a regolamentare i nuovi ingressi o riammissioni in struttura, accesso di visitatori e familiari, accesso di fornitori e altro personale esterno. Riattivazione dei servizi semiresidenziali (le cui attività sono state sospese lo scorso 6 marzo)	
Misure di raccordo tra settore sanitario e sociosanitario					
Misure per la gestione degli ospiti e dei casi positivi	Protocollo n. 109224 6/03/2020 Prot. 141750 (1/04/2020): Piano per pazienti sintomatici da assistere a domicilio e per gli anziani nelle case di riposo.	Gestione dell'utenza con sintomi gravi, gestione dell'utenza con influenza like-illness, utenze con febbre e sintomi respiratori brevi. Come le strutture devono attivarsi al manifestarsi di queste casistiche. Accoglimento di un nuovo utente in struttura ove vengono verificate alcune condizioni	Linee di indirizzo RSA 25/05/2020	Le Aziende ULSS hanno redatto un piano di sanità pubblica per le strutture residenziali per anziani (Nota Prot. n. 140650 del 01/04/2020) che, sulla base di un'attenta valutazione del rischio mirata per singola struttura, fornisce indicazioni in merito all'isolamento dei pazienti COVID-19 positivi, all'utilizzo razionale dei dispositivi di protezione individuale e alla gestione del personale. Regole per nuovi accoglimenti degli ospiti - modulo di accoglienza temporanea - modalità di accoglimento di un nuovo ospite	
Misure rivolte al personale del settore sociosanitario	Comunicazione n.441: iter di formazione di 400 operatori sociosanitari	Formazione del personale (nuovo e non) per l'adesione alle misure di sicurezza e nuove regole in struttura (utilizzo DPI ecc.)	Linee di indirizzo RSA 25/05/2020	Il personale che opera all'interno delle strutture così come i fornitori esterni devono applicare le stesse norme precauzionali contenute nei decreti emanati per l'intero personale sanitario e devono sempre utilizzare idonei dispositivi di protezione (soprattutto mascherina chirurgica) e DPI	
Misure di revisione dei servizi					

5.6 Bibliografia

- Arlotti M., Ranci C. (2020). Un'emergenza nell'emergenza. Cosa è accaduto alle case di riposo del nostro paese?, Politecnico di Milano, Laboratorio di Politica Sociale online.
- Bayer C., Kuhn M.M. (2020). Intergenerational ties and case fatality rates: A cross-country analysis, CEPR policy portal online.
- Berloto S., Fosti G., Longo F., Notarnicola E., Perobelli E., Rotolo A., 2019, La rete dei servizi di LTC e le connessioni con l'ospedale: quali soluzioni per la presa in carico degli anziani non autosufficienti? in (a cura di) CERGAS SDA Bocconi, Rapporto OASI 2019, Egea: Milano.
- Berloto S., Notarnicola E. (2019). La prospettiva dei policy makers: quali temi e innovazioni stanno promuovendo le Regioni? in (a cura di) Notarnicola E., Fosti G., 2019, Il Futuro del settore LTC: prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea: Milano.
- Berloto S., Perobelli E., 2019, Dalla Silver Economy al settore LTC in Italia: dati, sviluppi e tendenze in atto, in (a cura di) Notarnicola E., Fosti G., 2019, Il Futuro del settore LTC: prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea: Milano.
- Comas-Herrera A., Ashcroft E., Lorenz-Dant K., 2020, International examples of measures to prevent and manage COVID-19 outbreaks in residential care and nursing home settings. Report in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 11 May 2020.
- Comas-Herrera A., Zalakaín J., Litwin C., Hsu A.T., Lemmon E., Henderson D., Fernández J-L., 2020, Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes: early international evidence. Article in LTCcovid.org, International Long-Term Care Policy Network, CPEC-LSE, 26 June 2020.
- Cuppini L. (2020). È vero che in Lombardia si muore di più perché il virus è mutato?, Corriere della Sera, 21 marzo 2020.
- Gori, C., 2020, Voltiamo pagina sull'assistenza agli anziani in casa, Lavoce.info. Ultimo accesso: 4 luglio 2020. Disponibile al link: <https://www.lavoce.info/archives/67135/voltiamo-pagina-sullassistenza-agli-anziani-in-casa/>
- Liu K., Chen Y., Lin R., Han K. (2020). Clinical features of COVID-19 in elderly patients: A comparison with young and middle-aged patients. *Journal of Infection*.
- Notarnicola E., Berloto S., Longo F., Perobelli E., Rotolo A., 2020, L'emergenza Covid-19 e l'impatto sul sistema assistenza anziani in Italia, Special Issue Mecosan.
- Perobelli E., Notarnicola E. (2018) Il settore Long Term Care: bisogno, servizi, utenti e risorse tra pubblico e privato, in (a cura di) Notarnicola E., Fosti

- G., 2018, L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care, Egea: Milano.
- Ravizza, S., 2020, Coronavirus, la strage nelle Rsa: sette cose che non hanno funzionato», in Corriere della Sera, 23 aprile 2020. Ultimo accesso: 4 luglio 2020. Disponibile al link: https://www.corriere.it/esteri/20_aprile_23/coronavirus-strage-rsa-sette-cose-che-non-hanno-funzionato-8f5864c6-8594-11ea-b71d-7609e1287c32.shtml
- Remuzzi A., Remuzzi G. (2020). COVID-19 and Italy: what next?. The Lancet.
- Zhou F., Yu T., Du R., Fan G., Liu Y., Liu Z., Guan L. (2020). Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. The Lancet.