



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI ECONOMIA “GIORGIO FUÀ”

---

Corso di Laurea triennale in

LE POLITICHE DI LONG-TERM CARE:  
LE RSA AI TEMPI DEL COVID-19

LONG-TERM CARE POLICIES:  
THE HEALTH CARE RESIDENCES AT THE  
TIME OF THE COVID-19

Relatore:  
Prof.ssa Elena Spina

Rapporto Finale di:  
Laura Chiaravallotti

Anno Accademico 2019/2020

## INDICE

INTRODUZIONE.....	3
CAPITOLO 1: LE POLITICHE DI LONG-TERM CARE.....	5
1.1. Il welfare state.....	5
1.2. Le politiche di long-term care.....	6
1.3. Gli strumenti di policy.....	9
1.3.1. Cash for care.....	9
1.3.2. Istituzionalizzazione.....	11
1.3.3. Assistenza domiciliare.....	12
1.3.4. Assunzione di assistenti di cura individuali.....	13
1.4. Modelli di policy: evoluzione nel tempo nei diversi contesti nazionali.....	15
CAPITOLO 2: LE RSA.....	21
2.1. Le politiche di long-term care in Italia.....	21
2.2. Le RSA.....	23
2.3. Le criticità relative alle RSA. ....	26
CAPITOLO 3: LE RSA AI TEMPI DEL COVID-19.....	29
3.1. La strage nascosta in seguito al Covid-19.....	29
3.2. La gestione del Covid-19.....	32
3.3. Il caso lombardo.....	35
CONCLUSIONI.....	39
BIBLIOGRAFIA.....	41
RINGRAZIAMENTI.....	43

## INTRODUZIONE

Oggi la popolazione, a seguito del miglioramento delle tecniche mediche e del conseguente allungamento della vita media, tende sempre più all'invecchiamento. Tra gli effetti di tale fenomeno vi è la necessità di maggiori cure e attenzioni, che, tuttavia, talvolta non riescono ad essere garantite. L'invecchiamento della popolazione rientra tra quelli che sono stati definiti nuovi rischi sociali. Le politiche di welfare si sono rivelate spesso inefficienti di fronte alle conseguenze legate ai nuovi rischi sociali e ciò, come si andrà ad analizzare nelle pagine seguenti, ha mostrato la posizione di inferiorità ricoperta dall'Italia rispetto a molti altri Paesi Europei, ai quali, nonostante abbiano adottato con tardività le misure necessarie, viene riconosciuta la maggior capacità di fronteggiare le nuove situazioni che si sono create. Questi temi ricorrono anche in tempi recenti e soprattutto in questo periodo in cui si è manifestata la pandemia da Covid-19: i non autosufficienti, infatti, sono spesso obbligati ad abbandonare le RSA presso cui risiedono poiché non vi sono i parametri di sicurezza necessari per affrontare il virus. Perciò, in un momento in cui tutti, specialmente queste persone più esposte al virus, hanno maggiormente bisogno di attenzioni, le istituzioni preposte non si trovano sempre nelle condizioni di poter adempiere a tale compito e si dimostrano inadeguate.

La redazione di questo lavoro è stata indotta dalla volontà di indagare riguardo la fragilità del sistema italiano nell'affrontare i problemi che possono crearsi in determinate situazioni (come questa recente relativa alla diffusione del Covid-19), sebbene ciò non sia sempre riportato alla conoscenza dell'opinione pubblica. Un'ulteriore motivazione si basa sull'intenzione di ricercare le cause per cui la parte più fragile della popolazione, ma anche la più importante probabilmente poiché rappresenta le radici di questa società, è stata in qualche modo trascurata nel periodo in cui aveva maggior bisogno di aiuto.

All'interno del capitolo 1 si andrà ad analizzare brevemente il Welfare state, per poi focalizzarsi sulle politiche di long-term care e sugli strumenti di policy che queste forniscono in aiuto alla popolazione anziana, facendo una comparazione dei modelli tra le varie nazioni e nel tempo. Nel capitolo 2 l'attenzione sarà rivolta alle politiche di long-term care in Italia, al sistema delle RSA e alle sue criticità. Nel terzo capitolo, infine, verranno trattati gli effetti che il Covid-19 ha avuto sulle RSA e le misure attuate dallo Stato per fronteggiare il virus, con un particolare focus sul caso lombardo, essendo la regione maggiormente colpita dalla pandemia.

## **CAPITOLO 1: LE POLITICHE DI LONG-TERM CARE**

### **1.1. IL WELFARE STATE.**

Per poter analizzare le politiche di long-term care, è necessario prima definire l'insieme di quegli interventi statali in cui esse rientrano, il c.d. "welfare state". Come preannuncia il nome stesso, il welfare state è un complesso di politiche adottate dallo Stato con l'obiettivo di conseguire il benessere dei cittadini, non solo proteggendoli dai rischi derivanti da malattie, povertà e vecchiaia, ma anche garantendo loro le migliori condizioni di vita possibili e le pari opportunità attraverso servizi educativi, sanitari e sociali.

Tale istituzione, mentre nei Trenta anni seguenti la fine della Seconda guerra mondiale vive la sua epoca d'oro, successivamente inizia a rilevare dei problemi nel suo modello consolidato a causa, soprattutto, dei cambiamenti in ambito sociale e politico che cominciano a far emergere dei nuovi rischi sociali, ovvero delle nuove esigenze di protezione da parte dei cittadini. Non vi è più, infatti, ad esempio il regime di piena occupazione, sostituito dalla presenza dei cosiddetti "disoccupati di lunga durata" e dall'aumento del lavoro temporaneo. Un cambiamento in quest'ambito si inizia a vedere nell'impennata dell'occupazione femminile, grazie anche allo sviluppo del settore terziario, che, però, porta alla creazione di problemi nella conciliazione tra lavoro e cura, connessi quindi all'esigenza di trovare soluzioni di accudimento dei figli e/o dei genitori anziani

non autosufficienti, sempre più presenti in seguito all'aumento del tasso di invecchiamento della popolazione [Ranci e Pavolini 2015].

Nuovi rischi sociali, perciò, iniziano ad affiancarsi ai vecchi e sono rappresentati dalle c.d. nuove povertà, dai problemi collegati alla conciliazione di cura-lavoro e dalla vecchiaia sempre più lunga; contro ognuno di questi il welfare state inizia a concentrare le sue politiche, adottando i vari metodi di approccio necessari. Nelle pagine seguenti si andranno a definire in particolar modo le politiche poste in essere per affrontare le conseguenze derivanti dall'invecchiamento della popolazione, anche dette di long-term care.

## **1.2. LE POLITICHE DI LONG-TERM CARE.**

Le misure di questo tipo vengono adottate per proteggere i non autosufficienti e quindi coloro che hanno <<una situazione di vita caratterizzata da limitazioni croniche (ovvero di lunga durata) nello svolgimento autonomo delle funzioni quotidiane fondamentali. Tale stato può essere il risultato di malattie pregresse o croniche, oppure l'esito di una perdita progressiva di autonomia dovuta all'età oppure ad altre forme di disabilità fisica o psichica>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 237].

Solo dagli anni Novanta tale situazione viene vista come un problema pubblico, poiché precedentemente gli individui in questa condizione venivano gestiti in

ambito domestico, senza poter fare appello a un diritto sociale di cittadinanza che garantisse loro l'assistenza domiciliare o l'accesso a una struttura di ricovero. In quegli anni, poi, l'aumento dell'età della popolazione, derivante dal miglioramento negli stili di vita e nelle cure mediche, va ad incrementare velocemente il numero di persone con malattie o invalidità croniche, bisognose di quelle cure che divengono sempre più onerose e che, per i maggiori costi, potrebbero come conseguenza deprimere la qualità dei servizi offerti.

Vi sono, inoltre, varie interpretazioni di studiosi che analizzano come l'incremento di persone anziane può essere connesso ad un possibile aumento o, al contrario, calo tra le stesse della disabilità e dell'aspettativa di vita libera da malattie croniche invalidanti. Secondo alcuni l'aumento della longevità produrrebbe un parallelo prolungamento del periodo di vita caratterizzato da disabilità e le terapie mediche garantirebbero maggiormente la sopravvivenza di tali persone affette da malattie [Gruenberg 1977]. Altri esperti propongono uno scenario più favorevole, prevedendo dei periodi nel tempo sempre più brevi di disabilità grazie al miglioramento delle tecniche di prevenzione e di cura [Fries 1980]; altri ancora ipotizzano una riduzione nell'incidenza delle invalidità di tipo leggero, compensata, però, da un aumento delle disabilità gravi come conseguenza del continuo allungamento della vita [Manton 1982]. «Lo studio più autorevole, condotto da Lafortune e Balestat, ha riscontrato un aumento costante dell'incidenza delle disabilità tra i grandi anziani (gli over 80) e soprattutto un

aumento nel numero delle persone colpite da disabilità gravi. Si può quindi ipotizzare che nei prossimi anni i costi dell'assistenza long-term care siano destinati ad aumentare notevolmente>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 240].

Tra gli altri cambiamenti sociali vi è la questione dei caregivers. In tutti i paesi europei c'è sempre stata una quota di popolazione definita, appunto, "caregivers informali", andando con questo termine a identificare coloro che costituiscono la fonte principale di cura per i propri familiari o amici; tuttavia il numero di queste persone si è progressivamente ridotto e il loro compito è sempre più stato assolto o completato da strutture residenziali (RSA), agenzie professionali o assistenti specializzati. Alla base di tutto ciò, vi è innanzitutto la presenza di uno squilibrio demografico costituito dall'invecchiamento della popolazione da un lato, e dalla progressiva riduzione di giovani, a seguito del calo delle nascite, dall'altro. Un altro motivo è rinvenibile nella maggior occupazione femminile; le donne, infatti, sono meno propense che in passato ad abbandonare il proprio lavoro per adempiere ai compiti dei caregivers, preferendo conseguire degli obiettivi di carriera e soprattutto dovendo fronteggiare le spese per il mantenimento della famiglia che diventano sempre più gravose e per cui un solo reddito non è più sufficiente. In riferimento a quest'ultimo aspetto, infine, bisogna dire che, anche a seguito della diffusione di valori individualistici, si preferisce rimettere la cura dei non autosufficienti alle politiche pubbliche, investendo maggiormente su di queste



e sollevando quindi le famiglie da responsabilità talvolta eccessive [Ranci e Pavolini 2015].

### **1.3. GLI STRUMENTI DI POLICY.**

#### **1.3.1. Cash for care.**

Andando ora ad analizzare le modalità con cui le politiche di long-term care forniscono aiuto ai non autosufficienti, uno degli strumenti di policy più utilizzati negli ultimi vent'anni è il “cash for care”, ovvero una misura che <<identifica, in generale, un sostegno finanziario dato ai soggetti disabili per sostenere i costi connessi alla cura e all'assistenza>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 248]. Questa modalità è stata sempre più utilizzata a partire dagli anni Novanta, per merito della facilità di applicazione e della capacità di rivolgersi a un'ampia platea di beneficiari che siano invalidi anche solo parzialmente o che restino notevolmente autonomi nell'organizzare il loro sistema di cura.

Le prestazioni cash, inoltre, possono essere suddivisibili in base alla presenza o meno di un vincolo, imposto ai beneficiari, sull'uso delle risorse monetarie per determinati scopi o funzioni. Nel caso del cosiddetto “unconditional cash”, si tratta di un trasferimento monetario mensile, di ammontare medio-basso e concesso in seguito a un controllo medico, ma senza alcun tipo di vincolo riguardo all'utilizzo. Ciò però può comportare dei rischi ricollegati, per esempio,

alla possibilità che i soggetti non riescano, a causa della loro autonomia, a utilizzare il beneficio in modo adeguato per assicurarsi una cura di buona qualità, o al fatto che la rete familiare sia interamente onerata a fornire le cure necessarie e che quindi essa sia disincentivata nella ricerca o nel mantenimento del lavoro per provvedervi.

L'altra tipologia di questo strumento di policy è il "conditional cash", che consta in trasferimenti costituiti da <<somme di denaro, definite in base al grado di disabilità, che possono essere utilizzate solo per acquistare servizi di cura prestabiliti, oppure per organizzare la cura componendo insieme uno specifico pacchetto di servizi. In molti casi questa misura equivale a un voucher, ovvero a un titolo che può essere speso scegliendo tra diversi fornitori dello stesso servizio di cura>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 249]. Il cittadino è quindi libero di scegliere il proprio fornitore, rientrando in un albo di agenzie certificate dall'amministrazione pubblica; in alcuni Paesi però, ritenendo limitata tale capacità di decisione a causa dell'anzianità o della disabilità, il voucher è reso disponibile solo una volta steso un piano assistenziale che riguarda i servizi di cui si necessita e che viene orientato ed approvato da un operatore pubblico, il quale quindi supervisiona l'operare del soggetto. Il vantaggio di tale misura è costituito dalla possibilità di evitare il rischio di un utilizzo improprio, consentendo allo stesso tempo un'organizzazione libera e variabile della cura del beneficiario. I fornitori, inoltre, saranno in competizione tra loro per poter fornire il servizio, che

in tal senso sarà di qualità maggiore rispetto al caso di cash non vincolato. Vi possono essere, tuttavia, dei problemi da ricollegare principalmente alla scarsa informazione in capo ai cittadini riguardo ai vari servizi e alla professionalità di coloro che li prestano, oltre che alla necessità di controlli pubblici che ne verificano direttamente la qualità [Ranci e Pavolini 2015].

### 1.3.2. Istituzionalizzazione.

Lo strumento di policy più tradizionale in termini di assistenza long-term è l'istituzionalizzazione, ovvero <<il ricovero della persona presso una struttura residenziale>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 244]. Originariamente, ovvero intorno agli anni Ottanta, l'istituzionalizzazione è un tipo di misura basato su protocolli e standard molto esigenti, su criteri precisi; nel tempo però le strutture residenziali, ad elevata intensità sanitaria e rivolte a non autosufficienti gravi, iniziano a differenziarsi da quelle più simili ad alberghi, che prestano meno attenzione agli aspetti sanitari privilegiando il comfort dei soggetti e gli aspetti relazionali.

Dagli anni Novanta, visti i costi sempre più onerosi dei servizi forniti, si riduce la presenza di questi strumenti di policy, in seguito anche alla crescente domanda di molti disabili di restare nelle loro abitazioni per non isolarsi dalla società e perdere totalmente la propria indipendenza. Per diminuire le spese riservate a tali misure, si inizia a ripensare all'istituzionalizzazione e si nota che talvolta i non

autosufficienti vengono ricoverati per tempi superiori alle loro esigenze effettive, che invece possono essere soddisfatte anche presso il proprio domicilio, e ciò per poter raggiungere un certo risultato di bilancio. L'assistenza domiciliare, tra i vari vantaggi, avrebbe anche quello di andare a ridurre i costi di servizio grazie all'eventuale contemporanea presenza dei caregivers informali, come si andrà ora a spiegare [Ranci e Pavolini 2015].

### 1.3.3. Assistenza domiciliare.

Come si è appena visto, soprattutto a partire dagli anni Novanta, si inizia a focalizzare l'attenzione sull'*ageing in place* e quindi sulla deistituzionalizzazione degli anziani, al fine di poterli mantenere autonomi all'interno dei loro contesti, riducendo inoltre i costi dei servizi di cura. <<L'implicazione di questo orientamento fu lo sviluppo di politiche abitative per gli anziani e soprattutto la promozione estensiva di servizi di assistenza domiciliare. L'home care prevede standard professionali e prestazionali meno elevati che l'assistenza istituzionale, in modo da consentire una maggiore flessibilità per servizi che nascono con l'obiettivo esplicito di mantenere la persona non autosufficiente nel suo domicilio, rimandandone quanto più possibile l'istituzionalizzazione. Anche i contratti di impiego per gli operatori domiciliari sono spesso impostati su base temporanea e con pochi riconoscimenti di carriera>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 246].

Tuttavia nel tempo si nota come anche tale servizio sta diventando sempre più oneroso, perciò iniziano a essere intraprese delle politiche rivolte alla riduzione dei costi: si va a concentrare l'attenzione e le ore di assistenza solo sui casi più gravi; l'offerta si pluralizza e la competizione che si crea è vista come un modo per ridurre le spese; i cittadini più poveri cominciano ad avere priorità di accesso ai servizi e per tutti gli altri viene introdotto il co-payment (contribuzione parziale ai costi), commisurato al reddito.

Se, da un lato, tale strumento di policy apporta dei vantaggi come la permanenza a casa del non autosufficiente e la maggiore flessibilità e adeguatezza della prestazione del servizio, dall'altro mostra dei problemi, rinvenibili, per esempio, nell'impossibilità di sostituire completamente l'istituzionalizzazione a causa delle ore limitate di home care offerte [Ranci e Pavolini 2015].

#### 1.3.4. Assunzione di assistenti di cura individuali.

Un ultimo strumento di policy nasce dallo <<sviluppo di forme di regolazione nel mercato del lavoro e in materia di immigrazione che consentono la diffusione di servizi di cura forniti da assistenti domiciliari privati, in maggioranza lavoratori stranieri assunti direttamente dalle persone disabili. Gran parte di questi lavoratori sono donne straniere, chiamate genericamente “badanti” nel contesto italiano>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 250]. È un lavoro che viene solitamente svolto quotidianamente e lungo l'intera giornata, presso la residenza del non

autosufficiente; il lavoratore domiciliato viene inserito all'interno della rete familiare, se non addirittura in sostituzione di questa.

Qui vi rientra poi il principio della mutua convenienza economica, secondo cui l'assistente di cura (generalmente un immigrato) fornisce la propria prestazione nell'abitazione in cui il non autosufficiente risiede e a basso prezzo, vista la mancanza di un titolo professionale o di un potere contrattuale, ottenendo in cambio delle condizioni di vita, in ambito residenziale e lavorativo, sicuramente più favorevoli rispetto a quelle del suo Paese d'origine.

Se si vuole parlare, infine, della regolazione del contratto stipulato tra lavoratore straniero e anziano o disabile, è necessario soffermarsi su due aspetti: da un lato, si può notare come quasi in tutti i Paesi questo non sia previsto o, meglio, aggirando le norme e basandosi sulla difficoltà di controllo nelle abitazioni private, vengono a formarsi dei casi in cui si riconoscono formalmente un numero di ore inferiore a quelle realmente svolte; dall'altro lato, a causa delle leggi sull'immigrazione, non sempre vi è l'ottenimento del permesso di soggiorno da parte di questi assistenti di cura, che quindi vanno a costituire la parte debole e ricattabile del rapporto [Ranci e Pavolini 2015].

#### **1.4. MODELLI DI POLICY: EVOLUZIONE NEL TEMPO NEI DIVERSI CONTESTI NAZIONALI.**

Le politiche di long-term care presentano delle caratteristiche differenti in base ai paesi in cui sono state adottate, essendo inserite all'interno di quadri di welfare differenti che risentono della path dependency: il sentiero istituzionale dei vari Paesi ha contribuito, quindi, a distinguere le modalità di approccio dei modelli di policy. Sono diversi gli schemi interpretativi proposti per analizzare tali discostamenti.

A riguardo si può partire dall'analisi di Esping-Andersen che, nel 1990, introduce il concetto di regimi di welfare e cerca di ricondurre i vari modelli presenti all'interno di tre tipologie (socialdemocratico, conservatore-corporativo, liberale). Tale proposta, che resta ad oggi valida e ampiamente condivisa, viene però aspramente criticata specialmente dalle studiose femministe. Queste, infatti, fanno notare che <<il modello dei welfare regimes è costruito intorno al rapporto tra stato e mercato, e non attribuisce importanza al ruolo giocato dalle famiglie e dalla divisione sessuale del lavoro nel fornire servizi di welfare>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 252].

A partire da questa critica, vengono elaborate delle tipologie diverse di care regimes, che vanno a incorporare il nesso famiglia-welfare nell'analisi comparata tra paesi e ad analizzare la responsabilità pubblica (alternativa a quella familiare appunto) nel fornire i servizi di cura. In base a questo approccio i paesi

scandinavi, che prevedono una cura garantita dallo stato sulla base di diritti universalistici, sono distinti dai paesi dell'Europa continentale e meridionale, dove ci si basa maggiormente sui caregivers informali e sulla privatizzazione del servizio assistenziale.

Altri due studiosi, Anttonen e Sipila, rilevano che, dal rapporto tra i regimi di cura fondati sull'intervento pubblico e quelli supportati dai caregivers informali, dipende anche la maggiore o minore partecipazione delle donne al mercato del lavoro come alternativa ai compiti di accudimento. Essi, inoltre, fanno emergere un modello intermedio, fondato sulla famiglia ma anche su un intervento pubblico piuttosto presente; grazie a ciò poi vengono sviluppate delle analisi che, per l'appunto, riducono il contrasto originario tra sistemi statali e familistici.

Successivamente, nel 1999, Esping-Andersen tenta di racchiudere il nesso welfare-famiglia nel concetto di "defamilizzazione", indicando che questa avviene <<ogni volta che una responsabilità sociale in carico alle famiglie viene spostata, sulla base di interventi pubblici o di iniziative private, al di fuori di esse. I regimi di welfare, e dunque anche quelli di cura, possono essere identificati in base alla loro capacità di creare sistemi di diritti e/o di prestazioni in grado di liberare le famiglie da obbligazioni specifiche>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 253].

Si può vedere, parallelamente, come i primi passi verso i moderni sistemi di long-term care vengono compiuti nei Paesi scandinavi e nei Paesi Bassi intorno agli anni Cinquanta. In una prima fase i servizi sono soprattutto di tipo residenziale,



sostenuti dall'idea generale che essi dovrebbero essere pubblici e non forniti dalle famiglie, mentre dagli anni Ottanta si espandono i servizi domiciliari.

Nel resto d'Europa i servizi di long-term care vengono sviluppati, fino agli anni Novanta, soprattutto dagli enti locali e con un approccio residuale, che fa in modo che solo gli individui più poveri e con dei mezzi limitati possano usufruirne. Dove le politiche di cura hanno uno sviluppo solo residuale, vengono introdotti maggiormente dei programmi di sostegno monetario non condizionato ai disabili, i quali sono principalmente delle persone adulte e il loro numero è limitato; ciò avviene specialmente in Italia, con l'indennità di accompagnamento (una prestazione economica, erogata su domanda dell'invalide, in seguito all'accertamento di impossibilità di deambulare senza l'aiuto continuo di un accompagnatore o di compiere atti di vita quotidiana), e nel Regno Unito.

Gli anni Novanta vedono un'impennata della domanda di cura e un conseguente aumento dei costi ad essa connessi, a cui i Paesi scandinavi e il Regno Unito rispondono puntando sul targeting e il focusing e quindi su una contrazione dell'offerta dei servizi. Anche nell'Europa continentale la popolazione inizia ad invecchiare, mettendo sotto pressione sia i servizi assistenziali che quelli sanitari, a causa dei sempre più numerosi ricoveri necessari in ospedale. In seguito a ciò, la Germania nel 1995 introduce una nuova assicurazione obbligatoria long-term care su base nazionale e finanziata da un prelievo contributivo per tutti i lavoratori, ma che, come vantaggi, va ad offrire un sostegno finanziario per i casi "più leggeri" e

dei servizi domiciliari o residenziali per i più gravi. In questo modo l'istituzione tedesca garantisce i servizi di cura come dei diritti sociali universalistici e la libertà, per i beneficiari, di scegliere tra misure cash, care o cash and care.

La Germania, inoltre, viene presa come modello da altri Paesi europei, tra cui l'Austria e il Lussemburgo, mentre altri prendono spunto da questo ed elaborano nuove politiche nazionali di long-term care: nei Paesi Bassi, per esempio, nel 1996 viene introdotto il "personal budget", che prevede l'emissione di un voucher gestito in autonomia dai beneficiari e che, quindi, modifica l'assetto scandinavo precedente.

Nel 2001 la Francia introduce una misura nazionale, l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), equivalente a un voucher da usare per l'acquisto di servizi di cura, includendo anche quelli svolti da un familiare non convivente. «La misura francese, è anch'essa universalistica e razionata in base al grado di dipendenza come l'assicurazione tedesca, ma introduce alcune variazioni importanti: è utilizzabile soltanto per l'acquisto di servizi in kind; l'utilizzo di risorse familiari è consentito a patto che si instauri con il caregiver un vero e proprio contratto di lavoro; il programma viene finanziato dallo stato ma prevede una corresponsabilità finanziaria dei dipartimenti regionali e un sistema di co-payment da parte dei beneficiari, che consente di concentrare gran parte delle risorse sui soggetti con minore reddito disponibile. Nel suo complesso, dunque, il sistema francese prevede un modello di intervento più decentrato di quello tedesco, con un

coinvolgimento attivo dei servizi territoriali e maggiore libertà di scelta da parte dell'utente, ma non prevede, a differenza del modello tedesco, alcuna forma di sostegno monetario incondizionato>> [Ranci e Pavolini 2015; pag.255].

Il caso francese ispira, poi, la Spagna nel 2007 con la promulgazione della “ley de dependencia” e del primo programma nazionale di long-term care. Questa legge stabilisce il diritto di ciascun cittadino a ricevere servizi di cura in caso di invalidità, l'obbligo dei governi regionali del Paese di attuare delle politiche di long-term care su ispirazione francese e un finanziamento pubblico statale a sostegno di questo nuovo programma. Tuttavia, a causa delle difficoltà economiche recenti, la Spagna non ha mai potuto implementare effettivamente tale riforma.

L'innovazione istituzionale, però, è pressoché nulla in due Paesi, ovvero nel Regno Unito e in Italia. <<Il Regno Unito ha visto un intenso dibattito pubblico, interamente focalizzato su come regolare un sistema assistenziale fondato su un generoso finanziamento pubblico a fornitori privati; il forte orientamento liberistico di questo dibattito, tutto incentrato sugli accordi contrattuali tra finanziatori pubblici e fornitori privati di servizi, ha in realtà nascosto il mancato finanziamento di un sistema pubblico di long-term care più generoso di quello esistente, incentrato sulla presenza di una misura nazionale di cash (l'attendance allowance) e su un sistema di servizi assistenziali fortemente decentrato e frammentato. In Italia si è verificata una tendenza analoga: ogni tentativo di

riforma complessiva del sistema è stato sistematicamente bloccato dall'impossibilità di riformare il sistema senza includere nella revisione anche le risorse finanziarie pubbliche sino a quel momento investite nell'indennità di accompagnamento. Le proteste delle potenti associazioni dei disabili e dei sindacati, interessati al mantenimento di questa misura, nonché la scarsa disponibilità di finanziamenti aggiuntivi e la scarsa sensibilità al tema dimostrata dalla classe politica, hanno insieme congiurato per una sostanziale inerzia del sistema>> [Ranci e Pavolini 2015; pag. 256]. Tale inerzia, perciò, è ricollegata alla presenza in entrambi i Paesi di programmi nazionali di trasferimento monetario i cui beneficiari ne hanno bloccato ogni tentativo di riforma, continuando ad affrontare la domanda di cura con la misura cash esistente.

Rivolgendosi, invece, ai paesi dell'Europa centro-orientale, si può notare come i sistemi nazionali di long-term care si dimostrano incapaci di adattarsi ai cambiamenti sociali ed economici in atto negli anni successivi alla caduta del Muro di Berlino; dagli anni Duemila, tuttavia, anche qui si rivelano sempre più necessarie delle riforme in tali politiche a causa degli alti tassi di invecchiamento.

In linea generale, quindi, l'invecchiamento della popolazione fa in modo che i programmi di long-term care in Europa vengono oggi considerati come un diritto sociale riconosciuto a tutti i cittadini e perciò fa seguito un aumento continuo delle spese previste per questi sistemi di cura [Ranci e Pavolini 2015].

## **CAPITOLO 2: LE RSA**

### **2.1. LE POLITICHE DI LONG-TERM CARE IN ITALIA.**

All'interno di questo capitolo verranno analizzate le RSA, ovvero le residenze sanitarie assistenziali, come modalità di gestione del fenomeno dell'invecchiamento, ponendo maggiore attenzione su quelle presenti nel nostro Paese.

In Italia tra le politiche di long-term care è possibile ritrovare, come misura nazionale dominante di trasferimenti monetari alle famiglie, l'indennità di accompagnamento, introdotta nel 1980 per i disabili adulti soprattutto e diventando, in seguito all'invecchiamento della popolazione, lo strumento più utilizzato per proteggere gli anziani contro la non autosufficienza. L'accesso ad essa è garantito solo a coloro che dimostrano una disabilità pari al 100% e che quindi li renda bisognosi di cure costanti. Il suo importo è fisso di 500 euro mensili nel 2013, indipendentemente dal livello di non autosufficienza; l'utilizzo del denaro, però, è totalmente libero per il soggetto destinatario e ciò, insieme alla mancanza di una graduazione dell'entità del beneficio in base alla gravità del bisogno, consente un uso anche improprio di tale misura.

<<I servizi pubblici di assistenza residenziale e domiciliare vengono forniti dalle regioni e dai comuni, sulla base di finanziamenti propri e senza alcun diritto esigibile da parte della popolazione; ciò ha provocato una forte disomogeneità

territoriale >> [Ranci e Pavolini 2015; pag.260]. Anche i parametri di qualità dei servizi e i relativi costi divergono ampiamente. Questi ultimi, nel caso dei servizi residenziali di tipo alberghiero e quindi relativi all'ospitalità e ai pasti per esempio, sono pari circa a 2000 euro mensili e non vengono coperti dai comuni normalmente, ma restano a carico dei soggetti e dei loro familiari.

Vista la bassa dotazione dei servizi pubblici, lo strumento di policy maggiormente adottato è l'assistente familiare individuale, la cosiddetta "badante", generalmente rappresentata da donne immigrate; proprio a causa di questa loro posizione contrattuale debole, esse sono spesso sottopagate. Il loro salario mensile, infatti, si aggira intorno agli 800 euro, sebbene svolgano un lavoro che richiede un impegno continuo per 24 ore al giorno e sei-sette giorni alla settimana. Se, come la maggior parte delle volte avviene, si è in assenza di un contratto di lavoro, non solo per questi soggetti non vi è la possibilità di ottenere un permesso di soggiorno, ma non vengono loro riconosciuti nemmeno i diritti spettanti ai lavoratori in quanto tali, come il pagamento dei contributi per la pensione, il riposo settimanale, il pagamento delle ferie e l'assicurazione in caso di malattie. A tal proposito, le stime fanno notare come quasi un milione di badanti sia attivo nel paese, ma almeno due terzi di esse vi si trovino in condizioni di irregolarità contrattuale; si è così dato il via alla creazione di un mercato privato della cura. Tale privatizzazione è poi favorita, se si vuol analizzare più nel dettaglio il mercato, dal fatto che l'indennità di accompagnamento, che costituisce il carattere monetario

delle politiche di long-term care, viene utilizzata spesso per assumere irregolarmente proprio questi assistenti individuali [Ranci e Pavolini 2015].

Avendo fornito un quadro generale delle politiche di long-term care in Italia, nei paragrafi seguenti si andrà ad esaminare nello specifico uno strumento, ovvero le residenze sanitarie assistenziali, brevemente dette RSA.

## **2.2. LE RSA.**

Come precedentemente e brevemente si è detto, le RSA sono delle strutture residenziali assistenziali finalizzate a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie e di recupero, tutela e trattamenti riabilitativi ad anziani non autosufficienti dal punto di vista psico-fisico e privi di un supporto familiare che possa permettere loro di ricevere le cure necessarie a domicilio. Perciò questo è uno strumento di policy che garantisce assistenza sanitaria, ma allo stesso tempo anche tutelare ed alberghiera, a differenza di altre misure che non le prevedono (basti pensare, per l'appunto, all'assistenza domiciliare e al caso dell'assunzione di assistenti di cura individuali) [Terzaet@.com].

Le RSA dovrebbero svolgere i loro compiti evitando di andare a ledere la psiche del soggetto che, essendo ricoverato in un luogo diverso da casa sua, si può ritrovare allontanato e quasi isolato dal suo abituale contesto sociale. A tal fine, infatti, generalmente esse adottano il principio della territorialità per individuare il

bacino di utenza verso cui rivolgersi e vengono localizzate in zone urbane, integrate con il contesto preesistente di appartenenza.

Secondo il D.P.C.M. del 22/12/89 le residenze devono essere composte da massimo 20 posti letto (sebbene tale regola possa essere derogata in base a norme regionali) e all'interno di una stessa possono risiedere gruppi di ospiti con problematiche diverse tra loro, garantendo però a ciascuno la specifica cura necessaria. Questa forma di organizzazione viene spesso utilizzata poiché permette un impiego razionale delle risorse e del personale specialmente dal punto di vista economico, consentendo, con quest'unione di diverse tipologie di ospiti, l'utilizzo di tutti (o quasi) i letti disponibili e la copertura dei costi con i ricavi.

Rivolgendo l'attenzione ai vari servizi che le RSA offrono, è possibile rinvenire come essi constano nel dare assistenza: riguardo le attività quotidiane, tra cui l'alzarsi dal letto o l'igiene personale; medica, che può essere svolta o dai medici interni alla struttura o dal medico di base scelto dal risiedente; infermieristica diurna e notturna; psicologica; riabilitativa; nel programmare delle attività ricreative, culturali, occupazionali e di socializzazione; alberghiera, qui comprendendo la fornitura di pasti e i servizi di lavanderia, pulizia, riordino.

La RSA, inoltre, può essere pubblica o accreditata (è il caso di una privata che, però, ha stipulato una convenzione con il SSN e dunque eroga le prestazioni sanitarie chiedendo al cittadino il solo pagamento del ticket) o privata e in base a ciò i costi per usufruire del servizio cambiano. Nel caso di struttura pubblica o



accreditata, innanzitutto è necessario dire che l'ammissione avviene in seguito alla richiesta del medico di base o ospedaliero, alla sottoposizione a una visita dell'Unità Valutativa Geriatrica e all'inserimento in lista d'attesa. I costi delle prestazioni sono a carico del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e cambiano in base alla tipologia di assistenza prestata; tuttavia può essere previsto a carico dell'utente il pagamento di una certa somma, variabile a seconda delle norme regionali, per il servizio alberghiero. Il costo delle prestazioni fornite dalla struttura privata, invece, viene stabilito dall'Amministrazione della RSA e perciò non è costante per tutti questi tipi di residenze sanitarie [Terzaet@.com].

Da alcune indagini ISTAT (raccolti consultando il database online <http://dati.istat.it/> e integrando con alcune fonti complementari) emerge che l'offerta di posti letto è maggiore nel Nord rispetto al Sud e alle regioni centrali, rispettivamente di tre e due volte. Facendo invece un'analisi comparativa con le altre Nazioni, l'Italia risulta a un livello molto inferiore a causa dello scarso investimento politico e finanziario nel settore delle RSA, oltre che della residualità di questo sistema nel nostro Paese. Le strutture esistenti, infine, sono utilizzate per il 75% dagli over 80, per il 78% da non autosufficienti e per il 75% da donne, essendo l'età media femminile più elevata di quella maschile [Un'emergenza nell'emergenza, Arlotti e Ranci 2020].

### **2.3. LE CRITICITA' RELATIVE ALLE RSA.**

In Italia, dunque, il sistema delle RSA è molto più ridotto che negli altri Paesi occidentali ed è fortemente schiacciato su prestazioni ad elevato contenuto sanitario; ciò è dovuto alla centralità assunta dalla permanenza a domicilio dell'anziano sostenuta dalle reti familiari e dagli assistenti sanitari individuali. <<La componente alberghiera e abitativa della residenzialità rivolta anche a persone in buona salute e con poche necessità assistenziali è pressoché assente e le strutture si presentano come unità di offerta fortemente sanitarizzate per lungodegenti. Dovremmo essere, quindi, di fronte a realtà in grado di offrire importanti garanzie sul piano sanitario e assistenziale. Tuttavia tale aspetto, purtroppo, spesso non si verifica, come hanno mostrato le drammatiche vicende delle ultime settimane (e come si andrà ad analizzare nel prossimo capitolo) >> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 5].

L'aumento dell'intensità sanitaria ha provocato un'impennata dei costi di gestione e del personale, portando, come conseguenza, a un sistema farraginoso e impoverito. Da un lato, infatti, i ricoveri in queste residenze a media-alta intensità vengono garantiti dal SSN che, tramite le Regioni, conferisce una somma pari al 50% della spesa totale, derogando all'utente (o ai suoi familiari, oppure al comune nel caso di persone con un reddito modesto) la copertura della parte restante. Dall'altro lato, però, <<le Regioni non hanno provveduto ad aumentare nel corso degli anni gli importi di remunerazione delle quote sanitarie, nonostante il

progressivo aggravamento delle condizioni di bisogno degli anziani ricoverati. In queste condizioni, l'aumento dei costi è stato scaricato esclusivamente sulle tariffe pagate dagli utenti. Di fatto, oggi la quota sanitaria è in molti casi inferiore al 50% previsto dalla legge, mentre le tariffe sono aumentate mettendo sotto stress i bilanci di anziani e famiglie>>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 7]. L'incremento delle tariffe segnala poi dei problemi di sostenibilità finanziaria per i gestori delle RSA, che devono aumentarle a fronte dei maggiori costi; una tendenza complementare, perseguita sempre per ovviare a tale problema della spesa, è stata la riduzione del personale e i tagli sulla manutenzione delle strutture. Invero, a fronte dell'aumento dell'intensità sanitaria e dei ricoverati molto anziani, che oltre alla residenza necessitano ora (diversamente da periodi antecedenti) anche di cure più specifiche, si è giunti a un taglio del personale medico più specializzato in favore di più posti rilasciati ad operatori incaricati di fornire le assistenze richieste dai non autosufficienti; di conseguenza si ha, inoltre, una riduzione della qualità dei servizi offerti in queste strutture [*Un'emergenza nell'emergenza*, Arlotti e Ranci 2020].

Le RSA, facendo sempre riferimento alle indagini ISTAT, per il 78% dei posti letto sono private e possono essere sia non-profit che profit. Viene a crearsi, in questo modo, un processo che porta sempre più verso la privatizzazione di tale settore, dovuta alla presunta maggior efficienza gestionale e alla possibilità di

ridurre i costi delle strutture, vista l'applicazione al personale di contratti di lavoro meno onerosi e tutelati rispetto a quelli previsti dagli enti pubblici.

<<Si può avanzare l'ipotesi che le condizioni strutturali di fondo del sistema, così come analizzate e descritte in questo breve rapporto, non hanno certamente favorito l'applicazione di standard qualitativi elevati finalizzati alla tutela sanitaria e assistenziale di una platea di ricoverati in condizioni di grande fragilità fisica, così come degli operatori coinvolti nelle attività di assistenza e cura. Quanto più il sistema si è specializzato nel trattamento della non autosufficienza grave, tanto più la qualità è stata messa a rischio da condizioni finanziarie molto precarie, sicuramente co-determinate da un mancato investimento politico e amministrativo in queste strutture. L'esito è un sistema molto più contratto che in tutti gli altri Paesi occidentali e con standard sanitari e assistenziali bassi e in fase di ulteriore deterioramento>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 9].

## **CAPITOLO 3: LE RSA AI TEMPI DEL COVID-19**

### **3.1. LA STRAGE NASCOSTA IN SEGUITO AL COVID-19.**

Riprendendo quanto detto nel capitolo precedente, si può giungere alla conclusione che si debba ripensare il sistema delle RSA, per renderle maggiormente in grado di affrontare prontamente anche le criticità che possono emergere, come nel caso della pandemia daCovid-19. È un problema che non può esser trascurato, soprattutto se si guarda al dramma della solitudine di anziani che hanno interrotto i contatti con i loro familiari e che devono ricorrere all'uso di dispositivi tecnologici per comunicarvi; <<Né la soluzione può essere lasciata allo slancio di generosità e di altruismo degli operatori del settore, come la cronaca recente ci racconta presentandoci casi di auto-confinamento nelle strutture degli operatori stessi per limitare l'infezione>> [Arlotti e Ranci 2020, pag.10].

Riflettendo sul Covid-19 e sulle conseguenze che questo ha avuto sulla popolazione, il direttore europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha definito la situazione attuale come <<una tragedia umana di proporzioni inimmaginabili>>.

La pandemia, come si è potuto notare, è andata a colpire soprattutto le persone più anziane; l'ultimo rapporto dell'ISS (Istituto Superiore di Sanità) del 18 giugno 2020 calcola che l'età media dei pazienti deceduti e risultati positivi al virus è di 80 anni.

Il legame tra il Covid-19 e la sua diffusione nelle RSA rimanda al fatto che, all'interno di esse, si riuniscono gruppi numerosi di persone infette che subiscono le conseguenze peggiori del virus e proprio per questo motivo le residenze avrebbero dovuto, sin dall'inizio, <<offrire una condizione di particolare tutela sanitaria, per quanto riguarda le procedure, i dispositivi di protezione individuale, nonché le misure preventive volte a controllare l'infezione e limitare il contagio. La diffusione dell'infezione ha invece falciato non solo gli anziani fragili, ma anche un numero rilevante di medici, infermieri, operatori socio-sanitari, creando le premesse per ulteriori difficoltà nella gestione di queste strutture>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 2]. Non si dispone, tuttavia, di dati precisi sulla mortalità nelle residenze per anziani; un'indagine svolta dall'ISS su 3417 RSA ha stimato il decesso di 3772 persone, tra febbraio ed aprile 2020, per Covid-19 o con sintomi simil-influenzali e di circa 9000, se lo si rapporta al totale delle RSA del Paese [Arlotti e Ranci 2020].

Nel complesso è stato stimato che il numero di deceduti nelle case di riposo rappresenta il 34% delle morti per Covid-19 nel nostro Paese [Pesaresi 2020]. A tal proposito, da un recente rapporto dell'INPS emerge come i tassi di mortalità dovuti a Covid-19 per età sono stati molto inferiori per i soggetti che percepiscono l'indennità di accompagnamento rispetto a coloro che sono loro coetanei ma non ne usufruiscono. La ragione di ciò sta nel fatto che questi individui, più esposti di altri alle conseguenze del virus, trovano nelle loro dimore una protezione tale da

ridurre la mortalità in misura significativa, cosa che invece non avviene nelle strutture residenziali che sono prive di programmi per prevenire gli effetti della pandemia [*La strage nascosta*, Arlotti e Ranci 2020]. Infatti, come si evince da alcuni dati pubblicati nel mese di marzo dall'Istituto Superiore di Sanità, <<l'86% delle strutture [...] ha riportato difficoltà nel reperimento di dispositivi di protezione individuale, il 36% ha riferito difficoltà per l'assenza di personale sanitario a causa di malattia e il 27% ha dichiarato di avere difficoltà nell'isolamento dei residenti affetti da Covid-19>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 3]. Bisogna sottolineare, inoltre, che l'82% dei decessi a livello nazionale avviene senza una diagnosi, ovvero senza che i soggetti vengano sottoposti al tampone; le RSA, perciò, non sono capaci di distinguere i positivi dai negativi e di mettere in atto strategie preventive di isolamento e separazione dei primi. Ciò a dimostrazione del fatto che queste strutture residenziali, non essendo avvenute le diagnosi di casi positivi al virus, sono per lungo tempo <<scomparse dal radar delle statistiche ufficiali (oltre che dalla vista dell'opinione pubblica) e, conseguentemente, non sono state oggetto di politiche specificamente finalizzate a monitorarne la situazione e ad evitare un aumento ulteriore dei decessi>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 4].

Tramite i dati raccolti dall'ISS, elaborati a posteriori rispetto all'inizio del virus e comprendenti sia deceduti diagnosticati come positivi che simil-influenzali, si può notare un forte incremento delle morti avvenute nel mese di marzo, soprattutto

nella seconda metà, per poi stabilizzarsi in aprile, quando il tema diviene di dominio pubblico, in seguito alle proteste dei familiari delle vittime e del personale medico-assistenziale, e si avviano delle misure di contenimento del danno [Arlotti e Ranci 2020].

### **3.2. LA GESTIONE DEL COVID-19.**

Questo ritardo, di cui si è parlato, nell'affrontare il Covid-19 e le sue conseguenze emerge chiaramente se viene considerato anche il timing di introduzione e implementazione delle politiche di contrasto alla pandemia nelle RSA.

Se si considerano innanzitutto i dispositivi introdotti a livello nazionale, si può vedere come, nel periodo tra fine gennaio e fine aprile, emerge un ritardo sia nel prevenire l'entrata del virus nelle strutture residenziali, sia nell'affrontarne le conseguenze una volta che questo è penetrato all'interno; infatti l'attenzione, in questo periodo, è rivolta solo al sistema ospedaliero.

Andando ad analizzare in che modo e con quale tempistica si iniziano a prendere le decisioni per fronteggiare il virus, si nota che il 22 gennaio il Ministero della Salute segnala la diffusione in Cina di una polmonite da nuovo coronavirus, i potenziali rischi ad essa connessi e le indicazioni per il riconoscimento dei casi sospetti con conseguente effettuazione dei test. Il 31 gennaio il Consiglio dei ministri delibera lo stato di emergenza nazionale per 6 mesi, ma poi, per tutto il



mese di febbraio, né il Ministero della Salute né il governo nazionale danno indicazioni specifiche per fronteggiare il rischio di diffusione del virus nelle RSA [Arlotti e Ranci 2020].

Tutti i dispositivi vanno a riguardare solo le strutture ospedaliere; questa è una delle cause dello scoppio della pandemia avvenuto il 21 febbraio, giorno in cui, inoltre, vengono bloccate le visite ospedaliere e disposte delle misure per distanziare e separare i pazienti Covid-19 sempre in ambito ospedaliero. Si inizia a parlare delle RSA solo a fine febbraio: il 23 febbraio il Ministero della Salute firma delle intese con il Veneto e l'Emilia-Romagna, le regioni più esposte, per contenere e gestire l'emergenza dettata dal virus. Le disposizioni stabiliscono che in queste regioni le strutture residenziali per non autosufficienti devono limitare le visite ai loro ospiti. <<È solo con il DPCM del 4 marzo che viene stabilita una limitazione degli accessi di parenti e visitatori alle strutture per anziani autosufficienti, ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione. Le limitazioni agli accessi vengono, dunque, estese su tutto il paese, seppure con la previsione di deroghe specifiche da parte delle direzioni sanitarie delle strutture poiché, nella sostanza, ciò che avviene è che “molte RSA hanno bisogno dei familiari per imboccare gli anziani” [Corriere della Sera, 23 aprile]. È poi con il decreto legge n.18 del 17 marzo che vengono sospese le attività dei centri diurni per disabili, molti dei quali collocati dentro strutture per anziani>>

[Arlotti e Ranci 2020, pag.7]. Una circolare del 25 marzo del Ministero della Salute per la prima volta dedica un capitolo specifico al tema delle RSA e segnala che è necessario identificare quelle in cui è possibile trasferire i pazienti risultati positivi e che non necessitano di ricovero ospedaliero, con la speranza di evitare così il diffondersi del contagio; a tal fine c'è bisogno di potenziare il personale in servizio presso queste strutture, fornendo loro la dotazione dei dispositivi di protezione individuale. Tuttavia, solo una circolare del Ministero della Salute del 3 aprile, in seguito all'aumentare delle critiche e delle inchieste giudiziarie, prevede di effettuare test prioritariamente sugli operatori, anche asintomatici, delle RSA e sui soggetti maggiormente esposti al virus che si trovano all'interno di queste residenze per anziani. La svolta definitiva, in queste politiche ritardatarie e poco efficaci, si ha il 18 aprile con una circolare recante indicazioni elaborate dall'ISS per la prevenzione e il controllo dell'infezione in strutture residenziali e socio-sanitarie; si tratta di un vero e proprio piano generale, che tuttavia arriva quando ormai la strage si è compiuta. Qui, infatti, vengono disposte delle misure di carattere organizzativo <<che riguardano la limitazione degli accessi alle strutture, la predisposizione di appositi spazi di isolamento per i nuovi ricoverati nelle strutture, i test da effettuare, le limitazioni di invio degli anziani in ospedale per visite specialistiche ed esami strumentali, l'utilizzo delle mascherine e igiene delle mani anche ai fornitori esterni, l'individuazione precoce di casi sospetti di infezione sia tra gli anziani che fra gli operatori>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 9].

Perciò, si può dire che decisivi nella propagazione del Covid-19 all'interno delle strutture sono stati i ritardi nell'implementazione di una strategia efficace di prevenzione del virus e l'assenza di una politica nazionale che garantisca l'approvvigionamento dei materiali e dei dispositivi di protezione a favore delle RSA. A tutto ciò, poi, si aggiunge la cronaca, ma soprattutto il Corriere della Sera del 25 aprile, che fornisce informazioni a proposito di uno scambio di mail riguardo la difficoltà, da parte delle RSA lombarde, di reperire le mascherine (talvolta anche dirottate, insieme agli altri materiali di protezione, dalle strutture residenziali verso il sistema ospedaliero) e di lavorare in condizioni tali da render necessario un intervento immediato della Protezione civile e del Governo [Arlotti e Ranci 2020].

### **3.3. IL CASO LOMBARDO.**

Quanto detto riguardo l'incapacità di prevenire la diffusione del Covid-19 e di rimediare agli effetti provocati da questo, ha le conseguenze peggiori nella regione della Lombardia, dove il tasso di mortalità nelle RSA risulta più che doppio rispetto alla media nazionale [ISS 2020]. Qui, innanzitutto, c'è un ritardo nel blocco degli accessi: il 23 febbraio, infatti, il Ministero della Salute dispone solo che i parenti dei pazienti possono accedere alla struttura in numero non superiore a un visitatore per ciascuno dei ricoverati; dal 27 febbraio questi

visitatori esterni alle strutture devono confermare, per accedervi, di essere senza febbre e/o sintomi respiratori. Fino al DPCM nazionale dell'8 marzo, quindi, l'accesso alle RSA non viene totalmente impedito, permettendo il contatto con soggetti esterni che potrebbero essere portatori del virus [Arlotti e Ranci 2020].

A peggiorare ulteriormente la situazione in Lombardia è l'approvazione, l'8 marzo, di una delibera regionale che consente lo spostamento dei pazienti, non necessitanti di particolare assistenza, dagli ospedali alle RSA, per alleggerire il carico sulla rete ospedaliera ma solo dopo aver verificato la sussistenza di determinati requisiti come la presenza di reparti separati, la disponibilità di medici e infermieri h24 e la messa a punto di strutture per esami di laboratorio, radiografie ecc. <<Secondo alcune ipotesi investigative, al momento al vaglio delle procure, il trasferimento di pazienti dagli ospedali alle RSA avrebbe tuttavia contribuito alla diffusione del virus sia fra gli operatori che fra gli anziani all'interno delle strutture, diventate veri e propri "focolai" dell'epidemia. Ciò sarebbe avvenuto, innanzitutto, perché i pazienti in uscita dagli ospedali non sarebbero stati sottoposti a test in grado di garantire l'effettiva assenza del virus; sono riportati dei casi in cui pazienti, segnalati come negativi e inviati nelle RSA, avrebbero presto manifestato i sintomi tipici del Covid-19>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 11]. Il virus, in questo modo, è riuscito a trovare un facile e veloce accesso nelle RSA, che sono impreparate alla gestione di nuovi pazienti a causa, da un lato, della mancanza di spazi per permettere l'isolamento e, dall'altro, delle

prestazioni di cura fornite dagli stessi medici e infermieri che, spesso sprovvisti di protezioni, si occupano dei ricoverati nelle strutture.

Un altro fatto che si aggiunge ai motivi di inefficacia delle politiche è la mancata esecuzione dei tamponi per individuare i positivi al Covid-19 tra gli operatori e tra gli anziani ricoverati. A tal proposito è possibile vedere come all'inizio, nel periodo che va dal 23 febbraio al 10 marzo, la strategia regionale ha l'obiettivo di effettuare i test in modo diffuso anche nelle RSA, ovvero tutti i soggetti con i sintomi devono sottoporsi al tampone. Dal 10 marzo, però, a fronte della crescita incessante di contagiati, i test vengono ridotti in quantità e fatti solo ai soggetti con sintomatologia respiratoria meritevole di ricovero, quindi solo ai pazienti ricoverati in ospedale; essendo diminuiti i tamponi, le RSA si ritrovano incapaci di sviluppare strategie di prevenzione e contenimento del virus, nonché di fornire cure adeguate ai residenti. <<Con aprile la strategia regionale subisce un capovolgimento. Di fronte agli scandali giornalistici e alle indagini giudiziarie, la regione decide di far svolgere numerosi test nelle RSA. Il che trova riscontro puntuale nelle statistiche, con un aumento esponenziale dei casi diagnosticati nelle RSA, che finiscono per rappresentare, intorno al 9 aprile, ben il 40% dei nuovi casi contagiati giornalieri>> [Arlotti e Ranci 2020, pag. 12].

Come ultima aggravante per la Lombardia vi è la mancanza di un adeguato supporto della Regione al sistema delle RSA nell'ambito dell'assistenza sanitaria all'interno di queste. Innanzitutto si è vista una grave carenza nel fornire

dispositivi di protezione individuale al personale sanitario, poiché frequentemente, come già si è illustrato, sono stati dirottati verso il sistema ospedaliero. A ciò si aggiunge sia la mancanza di figure professionali (infettivologi, pneumologi, igienisti e rianimatori), già assenti nelle strutture e non inseriti durante la pandemia, sia la forte riduzione degli operatori standard (medici, infermieri e operatori socio-sanitari) fondamentali per il funzionamento ordinario delle RSA e che ora sono stati assunti specialmente dagli ospedali pubblici lombardi [Arlotti e Ranci 2020].

## CONCLUSIONI

L'obiettivo del presente lavoro era quello di far emergere, concentrandosi prevalentemente sulle politiche di long-term care e sulle RSA, come le istituzioni in Italia abbiano agito in modo inadeguato e tardivo, rispetto alle necessità, nell'implementare le misure necessarie per fronteggiare i nuovi rischi sociali. In uno scenario già precario, dunque, l'avvento della pandemia e la sua gestione non ottimale non hanno che peggiorato la situazione.

Le RSA costituivano, ancora prima della pandemia, il sistema che doveva essere protetto per primo perché il più indifeso, rappresentando quella parte della popolazione che in misura maggiore ha bisogno di protezione. Con l'avvento del Covid-19 esse hanno subito le conseguenze peggiori e ciò nonostante, come si è visto, non hanno ricevuto gli aiuti necessari da parte dello Stato. Gli interventi sono stati rivolti principalmente al sistema ospedaliero, tralasciando quello delle residenze per anziani. Queste, ancor prima dell'avvento del virus, si sono sempre più specializzate nell'offerta di servizi sanitari a non autosufficienti in condizioni di grave fragilità psico-fisica, pur disponendo di molte meno risorse economiche, organizzative e di capitale umano in confronto a quelle possedute dagli ospedali. Sebbene alcune facciano parte del Servizio Sanitario Nazionale, essendo pubbliche e fornendo tra i vari servizi il ricovero degli anziani, tutte le RSA sono sempre state collocate in una posizione marginale, rispetto anche agli altri Paesi,

in termini di investimenti pubblici (come in generale avviene per le politiche di long-term care). Se si guarda, a tal proposito, ciò che Andrea Rotolo analizza nel 2014 in “Nuovi argomenti” (Mensile del Sindacato Pensionati Italiani CGIL della Lombardia) comparando quattro Paesi europei, si può notare come a spendere di più per le politiche di long term care, ovvero per la non autosufficienza e l’invalidità, sia il Regno Unito con il 13%, segue la Germania con il 10,16%, la Francia con l’8,4% e infine l’Italia con il 7,9%. Riguardo poi il totale della spesa pubblica e della spesa privata destinata alla long term care, è possibile vedere come l’Italia, anche da questo punto di vista, risulta molto più indietro rispetto agli altri Paesi: la Francia è sui circa 1.200 Euro, Germania e Regno Unito sono attorno ai 1.000 Euro, mentre l’Italia si attesta a circa 600 Euro pro-capite. L’ultimo aspetto analizzato da Andrea Rotolo è la spesa mensile per assistito, che per la Francia risulta circa di 2.123 Euro, per la Germania di 2.528 Euro, per il Regno Unito di 2.372 e per l’Italia di 1.013 Euro; questo vuol dire che probabilmente nel nostro Paese è stata fatta la scelta di dare sensibilmente di meno ma a un target più ampio, a differenza delle altre Nazioni dove è stato scelto di dare di più a una parte più ristretta.

Quanto illustrato spiega quindi il motivo per cui l’Italia, riguardo i servizi long-term care, si ritrova da anni in una posizione di inferiorità rispetto alla maggioranza dei Paesi dell’Unione Europea.



## BIBLIOGRAFIA

ARLOTTI M., RANCI C., *Un'emergenza nell'emergenza*, Laboratorio di politiche sociali, Politecnico di Milano, 2020

ARLOTTI M., RANCI C., *La strage nascosta. Cosa è accaduto nelle residenze per anziani durante la pandemia*, Laboratorio di politiche sociali, Politecnico di Milano, 2020

RANCI C., PAVOLINI E., *Le politiche di Welfare*, Il Mulino, Bologna, 2015

ROTOLO A., *Nuovi argomenti, Mensile del Sindacato Pensionati Italiani CGIL della Lombardia*, 2014

[Terzaet@.com](http://www.terzaeta.com/rubriche/medicina-specialistica/servizi-socio-sanitari/servizi-residenziali/non-autosufficienti/residenza-sanitaria-assistenziale-RSA.asp) : <http://www.terzaeta.com/rubriche/medicina-specialistica/servizi-socio-sanitari/servizi-residenziali/non-autosufficienti/residenza-sanitaria-assistenziale-RSA.asp>

## RINGRAZIAMENTI

Innanzitutto vorrei ringraziare la Professoressa Elena Spina per avermi assistito nella stesura di questa tesi con diligenza, professionalità e vicinanza, fornendomi costantemente tutto l'aiuto di cui avessi bisogno. Un grazie, poi, a tutti gli altri professori per aver contribuito all'arricchimento del mio bagaglio culturale.

Ringrazio questa magnifica Università, tanto odiata durante le corse in salita fatte in ritardo la mattina, quanto amata nei giorni di sole in cui ci si stendeva sul prato o si camminava sotto i suoi portici; tutto ciò mi è stato sicuramente d'aiuto durante questi anni impegnativi.

Un grazie ai miei genitori per aver creduto in me e nelle mie facoltà, per avermi sostenuto in questo percorso un po' più lungo del previsto e per esser stati caparbi nell'indurmi a iniziarlo: è stato per il mio bene, sebbene non l'abbia capito subito.

I ringraziamenti vanno poi a tutta la mia famiglia, ma nello specifico ai miei quattro nonni, "i miei genitori due volte", in ogni forma possibile al mio fianco per insegnarmi la vita.

Ringrazio Michela (il mio pandino top bulla), Sarah e Beatrice: le mie economiste compagne di avventura, di risate, di preoccupazioni e tanto tanto altro... Senza di voi le giornate ad Ancona non sarebbero state colorate e per tutto questo sarete sempre quella che io considero "la mia vita universitaria". Inoltre Enkeleda e Omar: siete arrivati leggermente più tardi, ma la vostra presenza è stata una parte

fondamentale, oltre che bellissima, del mio percorso e quindi vi ringrazio. I miei ringraziamenti anche a tutti coloro che ho conosciuto per i corridoi, durante un esame, una lezione o un caffè al bar... Troppi da elencare.

Un grazie alla mia “famiglia per scelta”: Radhouane, il mio Sherlock parlando in modo riduttivo, ma tu sai quanto conti per me; tutto il Re Pussone, ovvero (in ordine alfabetico, perché siete tutte ugualmente parte integrante della mia vita) Annalisa, Aurora, Benedetta, Flavia, Francesca, Larisa, Letizia, Martina, Nicole, Valentina e Virginia... Tutti voi mi camminate affianco da sempre, dimostrandomi quotidianamente che la vostra presenza nella mia vita non deve obbligatoriamente essere fisica e per questo non ve ne sarò mai riconoscente abbastanza. Un grazie di cuore a tutti gli altri miei amici per esser degni di tale titolo e a tutti coloro che mi hanno supportato e sopportato in vista di questo momento così emozionante per me... Perché la felicità è reale solo se condivisa e non ci sono parole per descrivere quanto io sia grata per tutto questo.

L'ultimo grazie lo dedico a me stessa: nonostante tutto sono riuscita a giungere al termine di un percorso a dir poco tormentoso (e chi mi conosce davvero sa cosa intendo), seguendo i miei tempi, gioendo e piangendo, impegnandomi ma cercando di sfruttare al meglio tutto ciò che può derivare di positivo da un'esperienza universitaria. Non cambierei niente di questi anni.

Il 28 settembre del 2015 mi sono posta di fronte un'ulteriore sfida da vincere e ora sono pronta per la prossima.