



Un rendering dello studio Pierro di Torino, che sta già realizzando nuove residenze per anziani.

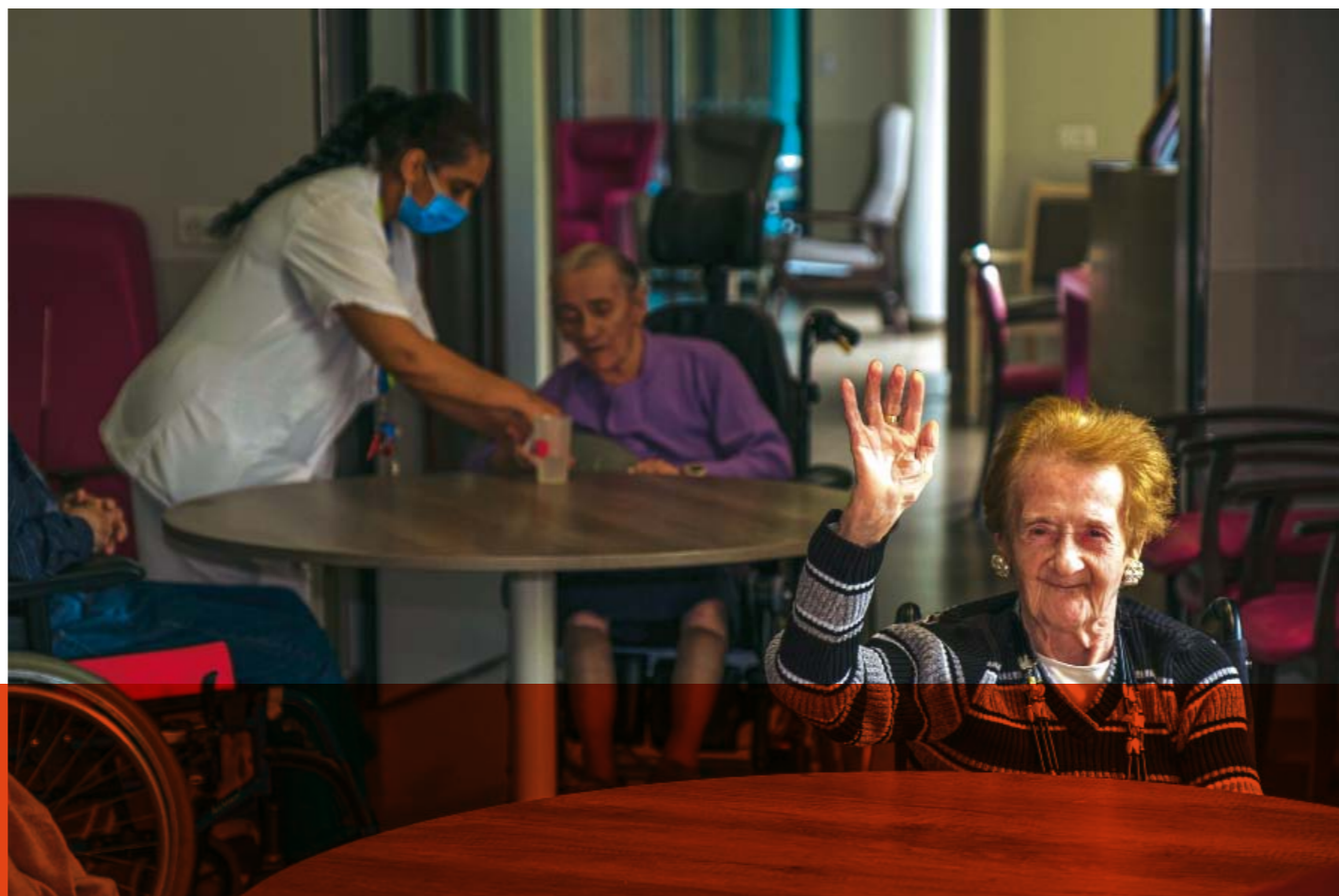
Nelle case di cura per anziani si sono concentrati metà dei decessi dovuti al coronavirus.

# R S A

# C'È UN FUTURO PER QUESTE RESIDENZE

**Travolte dalle morti per Covid-19, le strutture che ospitano gli anziani hanno perso credibilità. Anche quelle che, grazie a una buona gestione, non hanno avuto decessi. Ma ripensare il modello di accoglienza è inevitabile. Con spazi più ampi, personale molto più formato, la presenza costante di geriatri. E una regia pubblica che coordini il tutto.**

di Stefano Piazza e Luciano Tirinnanzi



Bony/SIPA

covero tra case «famiglia», di «riposo», «ville fiorite» e altre strutture riconducibili al pantheon Rsa.

**In larghissima parte, da noi sono strutture private o convenzionate** con il pubblico, e valgono tra 3 e 4 mila euro al mese per ogni anziano. Soldi erogati dagli ospiti stessi, oppure da Comuni e Regioni di appartenenza. Al loro interno si sono registrati i dati peggiori della pandemia, dove i decessi legati al contagio da coronavirus hanno toccato il 40 per cento, con un picco del 43 in Lombardia. Dati certificati da una mappa dell'Iss, che hanno portato gli addetti ai lavori a riflettere sul futuro stesso del modello Rsa. Anche perché il dramma non si è verificato soltanto nelle strutture improvvisate o carenti di personale, ma anche di quelle che sino a poco tempo fa erano eccellenze conclamate. Come il Pio Albergo Trivulzio, tanto per fare un esempio, oggi finito sotto la lente della Procura di Milano, che indaga la struttura per epidemia e omicidio colposi.

Com'è stato possibile questo cortocircuito nel Paese che, insieme a Germania e Giappone, conta più anziani al mondo e, di conseguenza, dovrebbe essere più preparato a prendersi cura delle fasce di età che il coronavirus colpisce più gravemente?

Insomma, dove si è sbagliato e com'è stato possibile permettere un simile fallimento? Ma soprattutto, come ripensare il modello di accoglienza per la terza età, dopo che la fiducia verso queste strutture è stata minata alla radice da modelli gestionali quantomeno discutibili?

Secondo Raffaele Antonelli Incalzi, presidente della Società italiana geriatrica e gerontologia (Sigg), alcuni dati sfuggono ancora oggi all'evidenza: «Mentre è balzato all'occhio l'evento drammatico, è rimasta però nasco-

**M**età delle persone morte per coronavirus era residente in case di cura» ha affermato il direttore regionale dell'Oms Europa, Hans Kluge, in una drammatica conferenza stampa lo scorso 23 aprile.

In Italia sono stati oltre 6.700 gli anziani deceduti dal 1° febbraio al giorno di Pasqua nelle case di riposo (ultimo dato disponibile). Tecnicamente Rsa, acronimo di Residenze sanitarie assistenziali: una realtà che nel nostro Paese conta circa 188 mila posti letto distribuiti in 7 mila strutture, con un turnover intorno al 25 per cento annuo. Per un totale di 250 mila posti per ri-

sta la gestione ottimale di moltissime Rsa dove invece c'è stata un'incidenza estremamente bassa, quando non addirittura nulla, di contagi. Dunque, il contagio era e sarà in futuro assolutamente evitabile, purché si segua una prassi gestionale corretta. Non poche Rsa si sono da subito conformate agli standard della Sigg e dell'Oms stessa, e hanno avuto risultati eccellenti».

Già a metà a marzo la Sigg aveva diffuso, a tutte le Rsa socie, le linee guida comportamentali, prima ancora che arrivassero dall'Oms. E molte hanno rispettato le indicazioni.

Tuttavia, prosegue il presidente, «in molte di queste strutture manca la figura del geriatra e, di conseguenza, l'assistenza per malati anche molto complessi è devoluta al loro medico curante, laddove invece è provato ampiamente in letteratura che la gestione del geriatra riduce molto le riacutizzazioni maggiori, l'accesso in pronto soccorso, il fabbisogno di cure ospedaliere. Infatti, la diffusione maggiore dei contagi è stata legata al fatto che non pochi medici esterni affluivano per gestire i loro pazienti». Ma soprattutto è mancato «un coordinamento gestionale, in particolare delle norme igiene di rituali ambientale».

**Non c'è soltanto questo. Per ripartire in maniera corretta bisogna abbandonare** la politica del risparmio. Per Raimondi Incalzi, le Rsa dovrebbero innanzitutto «dedicarsi realmente a chi non può essere seguito a casa in assistenza domiciliare. Quindi, sarebbe fondamentale potenziare fortemente e qualitativamente la rete dell'assistenza territoriale, ripensare le strutture in termini di rapporto volume/ospiti ed elevare lo standard di formazione del personale, che va assolutamente formato, più che in ospedale».

E poi c'è un altro aspetto, che è eminentemente volumetrico: «La Rsa andrebbe predisposta sostanzialmente



**Raffaele Antonelli Incalzi, presidente della Sigg, la Società italiana di geriatria e gerontologia.**

come struttura multi-spazio e multi-scopo, in cui siano presenti superfici abbastanza ampie anche utilizzabili secondo il bisogno, cioè modulabili nell'uso».

**Dello stesso avviso è l'architetto Giovanni Piero, titolare** dell'omonimo studio di Torino, specializzato nella progettazione, sviluppo e realizzazione di opere in ambito sanitario e assistenziale: «Bisogna fare una puntualizzazione preliminare in merito alla normativa delle Rsa. Esiste un decreto del 1989 del presidente del Consiglio dei ministri che individua i limiti in cui vengono definiti gli standard dei requisiti strutturali e dimensionali delle Rsa, dove si parla di reparti in senso improprio, specie se paragonati a quelli della sanità: ovvero di spazi dove realizzare locali per la assistenzialità e locali afferenti/attinenti allo svolgimento dell'attività sanitaria specifica. In esso s'individuano standard che, per quanto mi riguarda, sono restrittivi per la dimensione delle camere, per le attività di carattere collettivo e le attività di socializzazione. Il parametro generale è due metri quadrati per ospite,

ciò vuol dire 20 metri per 20 ospiti, con 40 metri quadrati per il soggiorno. Se però si considera che la maggior parte degli ospiti sono disabili, è logico che in spazi così ristretti non è possibile evitare delle contaminazioni».

**Inoltre, la normativa non prevede una percentuale di camere singole.**

«La cosa è molto grave» continua Piero. «Su un nucleo da 20 io posso realizzare 10 camere da due posti letto. Mentre non c'è nessuna norma nazionale e regionale che imponga una percentuale di camere singole, se non in alcune situazioni particolari per pazienti affetti da Alzheimer, per ci quali è previsto il 10 per cento, quindi due camere da uno. Sono davvero troppo poche. A mio parere, i nuclei dovrebbero essere tutte camere a un posto letto con bagno in camera. E servirebbero anche stanze di compensazione, che facciano da filtro per il personale sanitario e gli ospiti che possono portare dall'esterno anche un semplice raffreddore».

A fianco di queste realtà, ci sono anche le esperienze di piccoli unità per una o due persone, contigue, dove l'anziano gestisce in autonomia la sua quotidianità condividendo però una serie di servizi. Chi giudica e coordina tutto questo, però, non è chiaro.

In termini di «governance», infatti, la diversificazione nella tipologia di offerta assistenziale imporrebbe una regia pubblica capace di valutare attentamente i singoli casi a livello centrale e di indirizzarli poi verso la soluzione più coerente. Ciò richiederebbe una gestione e un'organizzazione che oggi esistono soltanto in alcuni contesti regionali, e che invece sarebbero indispensabili a livello diffuso per dotare il Paese di una rete di accoglienza degli anziani flessibile, personalizzata e non dipendente dal «modello Rsa» attuale. Rivelatosi, purtroppo, inadeguato ai tempi e all'emergenza. ■