

**IL LAVORO SVOLTO DALLA  
COMMISSIONE DIRITTI UMANI SULLE  
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI**



**IL LAVORO SVOLTO DALLA  
COMMISSIONE DIRITTI UMANI SULLE  
RESIDENZE SANITARIE ASSISTENZIALI**



## Indice

*Il Lavoro svolto dalla Commissione diritti umani sulle RSA*

Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani.....	7
Mozione istitutiva della Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani.....	9
Elementi introduttivi .....	13
La risoluzione della Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato della Repubblica.....	19
Audizioni della Commissione.....	29
Debora DEL PISTOIA, ricercatrice, <i>Amnesty International Italia</i> .....	26
Martina CHICHI, ricercatrice, <i>Amnesty International Italia</i> .....	28
Giulia GROPPPI, responsabile relazioni istituzionali, <i>Amnesty International Italia</i>	30
Antonio SEBASTIANO, direttore scientifico, Master universitario in management delle residenze sanitarie assistenziali del Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo - <i>LIUC</i> .....	34
Luca VECCHI, delegato <i>ANCI</i> al <i>welfare</i> e sindaco di Reggio Emilia.....	42
Raffaele DONINI, coordinatore, Commissione salute della <i>Conferenza delle Regioni e delle Province autonome</i> ; assessore alle politiche per la salute della <i>Regione Emilia Romagna</i> .....	48
Debora DEL PISTOIA, <i>campaign senior officer</i> , <i>Amnesty International Italia</i> .....	58
Francesca LOFFARI, <i>institutional affairs senior officer</i> , <i>Amnesty International Italia</i> .....	62
Vincenzo PAGLIA, coordinatore, Cabina di regia per la riforma delle politiche in favore della popolazione anziana.....	65
Leonardo PALOMBI, segretario, Cabina di regia per la riforma delle politiche in favore della popolazione anziana.....	70



## Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani

(Mozione 1-00003 approvata il 10 luglio 2018)

**XVIII Legislatura** (dal 23 marzo 2018)

<b>Presidente</b>	FEDE Giorgio ( <i>M5S</i> )
<b>Vicepresidenti</b>	BINETTI Paola ( <i>FIBP-UDC</i> ) IWOBI Tony Chike ( <i>L-SP-PSd'Az</i> )
<b>Segretari</b>	CIRINNA' Monica ( <i>PD</i> ) VANIN Orietta ( <i>M5S</i> )
<b>Membri</b>	BONINO Emma ( <i>Misto, +Europa - Azione</i> ) CASOLATI Marzia ( <i>L-SP-PSd'Az</i> ) DE VECCHIS William ( <i>Misto, Italexit per l'Italia-Partito Valore Umano</i> ) EVANGELISTA Elvira Lucia ( <i>IV-PSI</i> ) FATTORI Elena ( <i>Misto</i> ) FEDELI Valeria ( <i>PD</i> ) GIAMMANCO Gabriella ( <i>FIBP-UDC</i> ) GUIDOLIN Barbara ( <i>M5S</i> ) IORI Vanna ( <i>PD</i> ) MAIORINO Alessandra ( <i>M5S</i> ) MASINI Barbara ( <i>Misto, + Europa - Azione</i> ) MONTEVECCHI Michela ( <i>M5S</i> ) NATURALE Gisella ( <i>M5S</i> ) PIANASSO Cesare ( <i>L-SP-PSd'Az</i> ) RAMPI Roberto ( <i>PD</i> ) RAUTI Isabella ( <i>FdI</i> ) ROSSI Mariarosaria ( <i>Misto, ITALIA AL CENTRO (IDEA-CAMBIAMO!, EUROPEISTI, NOI DI CENTRO (Noi Campani))</i> ) RUSSO Loredana ( <i>Ipf-CD</i> ) UNTERBERGER Julia ( <i>Aut (SVP-PATT, UV)</i> ) VONO Gelsomina ( <i>FIBP-UDC</i> )





# **Mozione istitutiva della Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani**

## **MOZIONE**

### **Mozione sull'istituzione di una Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani**

**(1-00003)** (11 aprile 2018)

BONINO, SEGRE, TONINELLI, GRASSO, BERNINI, DE PETRIS, MARCUCCI, NAPOLITANO, CENTINAIO, UNTERBERGER, BERTACCO, ALFIERI, ANGRISANI, BINETTI, BOLDRINI, BUCCARELLA, CASTALDI, CATTANEO, CIRINNA', COMINCINI, CONZATTI, DE FALCO, DE POLI, DI GIROLAMO, DI PIAZZA, DONNO, EVANGELISTA, GALLONE, GARAVINI, GIACOBBE, GINETTI, GRIMANI, IORI, L'ABBATE, LANIECE, LANZI, MAIORINO, MALLEGNI, MALPEZZI, MASINI, MISIANI, MONTEVECCHI, MONTI, PACIFICO, PAPTATHEU, PARAGONE, PITTELLA, RAMPI, SICLARI, STEFANO, VANIN, MARINO, DURNWALDER, FATTORI. -

#### **Approvata**

Il Senato,

premessi che:

la tutela dei diritti umani rappresenta uno degli elementi fondanti dell'ordinamento nazionale, configurandosi altresì quale patrimonio comune della comunità internazionale e dell'umanità nel suo insieme;

in tal senso, a partire dalla conclusione del secondo conflitto mondiale gli Stati democratici hanno elaborato complessi sistemi istituzionali di tutela e promozione dei diritti, contribuendo a diffondere progressivamente la cultura e la consapevolezza necessarie al loro sviluppo nella complessa società contemporanea, che presenta continuamente nuove sfide sul piano della dignità della persona;

sul piano internazionale ed europeo i documenti e le convenzioni sottoscritti dal nostro Paese sono innumerevoli: su tutti, per quanto concerne gli strumenti giuridicamente non vincolanti, la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo del 1948, rispetto alla quale molte clausole sono divenute negli anni obbligatorie per gli Stati in quanto diritto internazionale consuetudinario. Veri e propri strumenti vincolanti sono invece la Convenzione sul genocidio del 1948, la Convenzione europea sui diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali del 1950, la Convenzione sui rifugiati del 1951, i due Patti delle Nazioni Unite del 1966 (sui diritti civili e politici e sui diritti economici, sociali e culturali), la Convenzione contro la tortura del 1984;

anche sul piano europeo è possibile rintracciare due strumenti vincolanti per gli Stati: la Convenzione europea per la salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali, sul rispetto della quale vigila la Corte europea dei diritti dell'uomo di Strasburgo, e la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, che, ai sensi dell'articolo 6 del Trattato sull'Unione europea, ha il medesimo valore giuridico dei trattati fondativi;

l'articolo 2 della Carta costituzionale recita "La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale": è evidente, dunque, come l'obiettivo dei padri costituenti fosse quello di garantire una tutela sostanziale e non soltanto formale sul piano diritti umani, definiti inviolabili, attraverso l'impegno delle istituzioni e delle altre formazioni sociali;

le Camere, costituendo gli organi di rappresentanza dei cittadini, rappresentano il luogo primario in cui tale tutela deve avere piena espressione;

il Senato ha da sempre mostrato particolare sensibilità e attenzione verso il tema dei diritti umani, attraverso la costituzione di Comitati e Commissioni specifici: si ricordano, in tal senso, il Comitato contro la pena di morte istituito nella XIII Legislatura e le Commissioni straordinarie per la tutela e la promozione dei diritti umani nella XIV e nella XVI Legislatura, nonché l'istituzione di una Commissione speciale per la promozione e la tutela dei diritti umani nella XV e nella XVII Legislatura, che hanno di volta in volta integrato l'operato degli organismi precedenti attraverso il contributo della società civile, delle associazioni, delle organizzazioni non governative e di numerosi esperti;

i temi principali sviluppati nel corso delle Legislature sono stati l'abolizione della pena di morte nel mondo, l'introduzione nel nostro ordinamento del reato di tortura, la tutela dei diritti del fanciullo, le garanzie per chi si trovi privato delle libertà, la promozione e l'attuazione del diritto di asilo, la lotta alla tratta degli esseri umani, la lotta contro il razzismo, la xenofobia, la discriminazione delle minoranze ed il divieto di mutilazioni genitali femminili, a dimostrazione di come tale materia necessiti di un'attività estesa nel tempo, che sia altresì trasversale ed organica;

proprio attraverso la costante attenzione delle istituzioni verso i temi citati, nel 2007 l'Italia ha rappresentato uno degli Stati più fortemente promotori della moratoria contro la pena di morte approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite, ripresa in più di un'occasione dalla medesima assemblea;

nelle ultime due Legislature il Senato ha avvertito l'esigenza di proseguire il lavoro delle Commissioni per i diritti umani, anche sulla base dei due cicli di revisione periodica universale (UPR) disposti dal Consiglio dei diritti umani dell'ONU che hanno fotografato la situazione del nostro Paese nel 2010 e nel 2017;

particolare preoccupazione in tal senso desta la moltiplicazione esponenziale delle raccomandazioni pervenute all'Italia nel corso dell'UPR 2017, passate da 92 a 187: seppure possa essere interpretato quale segnale incoraggiante l'attenzione della comunità internazionale verso un sempre maggior numero di aspetti sul piano della tutela dei diritti umani, è evidente come il nostro Paese non sia considerato pienamente rispondente a tale necessità;

in particolare, si sottolinea come l'UPR 2017 abbia richiesto l'istituzione di una Commissione nazionale per la promozione e la protezione dei diritti umani, come previsto dalla risoluzione ONU n. 48/134 del 1993 nel rispetto dei cosiddetti principi di Parigi: un organismo che, ancora oggi, non è presente nel nostro ordinamento;

sarebbe altresì in tal senso giunto il momento di costituire in Senato un organismo permanente, con l'obiettivo di mantenere elevato il monitoraggio e l'attività di indirizzo sui temi della promozione e della tutela dei diritti fondamentali della persona;

rilevata per tutti i suddetti motivi l'esigenza di istituire, anche in questa Legislatura, un organismo che rappresenti per il nostro Paese la volontà di difendere e sviluppare i diritti umani sia all'interno che al di fuori dei confini nazionali,

delibera di istituire una Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani, costituita da 25 componenti in ragione della consistenza dei Gruppi stessi. La Commissione elegge tra i suoi membri l'Ufficio di Presidenza composto dal Presidente, da due Vice Presidenti e da due Segretari. La Commissione ha compiti di studio, osservazione e iniziativa, per lo svolgimento dei quali può prendere contatto con istituzioni di altri Paesi e con organismi internazionali; a tal fine, la Commissione può effettuare missioni in Italia o all'estero, in particolare presso Parlamenti stranieri anche, ove necessario, allo scopo di stabilire intese per la promozione dei diritti umani o per favorire altre forme di collaborazione. Per il raggiungimento di queste finalità essa, quando lo ritenga utile, può svolgere procedure informative, ai sensi degli articoli 46, 47 e 48 del Regolamento; formulare proposte e relazioni all'Assemblea, ai sensi dell'articolo 50, comma 1, del Regolamento; votare risoluzioni alla conclusione dell'esame di affari ad essa assegnati, ai sensi dell'articolo 50, comma 2, del Regolamento; formulare pareri su disegni di legge e affari deferiti ad altre Commissioni, anche chiedendone la stampa in allegato al documento prodotto dalla Commissione competente, ai sensi dell'articolo 39, comma 4, del Regolamento;

delibera inoltre di intraprendere l'*iter* di costituzione di una Commissione permanente per la tutela e l'affermazione dei diritti umani.



## **Elementi introduttivi**

### ***Quadro generale***

In Italia esistono diverse tipologie di Residenze sanitarie assistenziali (RSA) rivolte ad anziani e malati. Queste strutture si differenziano tra loro per vari aspetti a seconda della tipologia di pazienti e le esigenze di cura e assistenza di ciascuno.

Le RSA hanno fatto la loro apparizione in Italia a metà degli anni Novanta. Si tratta di strutture non ospedaliere a carattere sanitario che ospitano per un periodo definito di tempo (o a tempo indeterminato) persone non autosufficienti, che possono essere assistite in casa e non in ospedale e che hanno bisogno di specifiche cure.

In Italia secondo la banca dati istituita dal Garante nazionale per la geolocalizzazione delle strutture sociosanitarie assistenziali, vi sono 4.629 RSA distribuite su tutto il territorio nazionale (ma con una maggiore concentrazione al Centro Nord del Paese).

Le RSA si distinguono dagli ospedali e dalle case di cura (per anziani parzialmente autosufficienti ma affetti da patologie acute). Si distinguono inoltre dalle case di riposo. Queste ultime sono destinate a persone avanti negli anni almeno parzialmente autosufficienti. Considerato il generale invecchiamento della popolazione, queste strutture sono numericamente in crescita, così come sono in crescita le strutture di natura privata. Per quanto riguarda le case di riposo, una indagine del 2018 dell'associazione delle cooperative Uecoop fatta su dati Istat riferiva di un forte incremento dei posti letto tra il 2006 e il 2016, soprattutto nel settore privato (da 159.851 a 223.800) a fronte di un calo di quasi il 15% del settore pubblico.

La retta di una RSA pubblica o convenzionata è composta da una quota sanitaria a carico del Sistema Sanitario Regionale e di una quota alberghiera, spesso suddivisa tra il Comune e il richiedente in base all'ISEE di quest'ultimo.

### ***Principali riferimenti del quadro normativo***

- Legge finanziaria del 1988 (art. 20, l. 67/1988);

- Decreto del Ministero della Sanità, n. 321 del 29 agosto 1989: “Regolamento recante criteri generali per la programmazione degli interventi e il coordinamento tra enti competenti nel settore dell'edilizia sanitaria in riferimento al piano pluriennale di investimenti ai sensi dell'art. 20 della l. 67/1988”;

- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri, 22 dicembre 1989: “Atto di indirizzo e coordinamento dell’attività amministrativa delle Regioni e Province autonome concernente la realizzazione di strutture sanitarie residenziali per anziani non autosufficienti non assistibili a domicilio o nei servizi semiresidenziali“;
- Protocollo d’intesa Ministero della Sanità-sindacati confederali dei pensionati: “Accordo dell’11 gennaio 1991“;
- Ministero della Sanità,-Schema di linee guida per le residenze sanitarie assistenziali (RSA) per anziani: “Gruppo di lavoro sulla tutela della salute anziani (documento del 31 maggio 1991)“;
- Progetto obiettivo tutela della salute degli anziani, approvato da Camera e Senato con deliberazione del 30 gennaio 1992;
- Ministero della Sanità: linee guida relative al progetto-obiettivo “Tutela della salute degli anziani“ del 7 agosto 1992;
- Decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni: “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale“.
- Ministero della Sanità 1993: Gruppo di lavoro del 1993 su “La gestione delle RSA: modelli e costi“ pubblicato nella collana “rapporti” del Centro studi del Ministero della Sanità.
- Ministero della Sanità. Linee guida n. 1/1994 del 30 marzo 1994: “Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali“.
- Decreto Ministero della Sanità 15 aprile 1994: “Determinazione dei criteri generali per la fissazione delle tariffe delle prestazioni di assistenza specialistica, riabilitativa ed ospedaliera“.
- Legge finanziaria 1995: Art.3, comma 4 della l. 23 dicembre 1994, n. 724, così come modificato dall’art. 1 della legge 18 luglio 1996, n. 382 “Misure di razionalizzazione della finanza pubblica“).
- Decreto del Ministero della Sanità 24 luglio 1995: “Contenuti e modalità di utilizzo degli indicatori di efficienza e di qualità del servizio sanitario nazionale”.
- Decreto Ministero della Sanità 15 ottobre 1996: “Approvazione degli indicatori per la valutazione delle dimensioni qualitative del servizio riguardanti la personalizzazione e umanizzazione dell’assistenza, il diritto all’informazione, alle prestazioni alberghiere, nonché l’andamento delle attività di prevenzione delle malattie”.

- Decreto Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997: “Approvazione dell’atto di indirizzo e coordinamento alle Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l’esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche private.”

- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano-Provvedimento 7 maggio 1998: “Linee-guida del Ministro della Sanità per le attività di riabilitazione“.

- Decreto Ministro Sanità 28 ottobre 1999: Programma nazionale per le realizzazione di strutture per le cure palliative“.

- Legge 23 dicembre 1999, n. 488, art. 28: “Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato“ (legge finanziaria 2000)“.

- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 20 gennaio 2000: “Atto di indirizzo e coordinamento recante requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per i centri residenziali di cure palliative“.

- Legge 8 novembre 2000, n. 328 “Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali“.

- Decreto Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001: “Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni socio-sanitarie“

- Decreto Presidenza del Consiglio dei ministri (Dipartimento della solidarietà sociale) 21 maggio 2001, n. 308: “Regolamento concernente “requisiti minimi strutturali e organizzativi per l’autorizzazione dell’esercizio dei servizi e delle strutture a ciclo residenziale e semiresidenziale, norma dell’art. 11 della legge 8 novembre 2000, n. 328“.

### ***RSA e Covid-19***

La diffusione del virus Covid-19 ha trovato le RSA piuttosto impreparate, soprattutto nel Nord Italia. Il Rapporto di Amnesty International "Abbandonati" ha riferito, pur segnalando rilevanti carenze di dati, "uno sconvolgente aumento dei decessi nelle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane verificatosi nel mese di marzo 2020, con un aumento del 270% a Milano (capoluogo della Regione Lombardia<sup>10</sup>) e del 702% a Bergamo. 400 decessi in un periodo di quattro mesi nello storico Pio Albergo Trivulzio di Milano, sono stati oggetto di

un'inchiesta della magistratura (ma con richiesta di archiviazione da parte della procura). I decessi e le testimonianze giunte dalle Residenze sono stati all'origine di una discussione pubblica sul modo migliore di adeguare le strutture per anziani, in particolare le RSA, alla cruciale esigenza di rispetto della salute e della dignità di ciascuno.

### ***La Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria sociosanitaria della popolazione anziana***

Il 21 settembre 2020 il Ministro della Salute Speranza ha istituito la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana chiamando a presiederla Mons. Vincenzo Paglia, Gran Cancelliere del Pontificio Istituto Teologico per le Scienze del Matrimonio e della Famiglia. Un anno dopo, il primo settembre 2021, Mons. Paglia, insieme ad una rappresentanza della Commissione, presente il Ministro della Salute, ha potuto incontrare il Presidente del Consiglio, Mario Draghi, per presentare la "Carta dei Diritti degli Anziani e dei Doveri della Società", redatta dalla stessa Commissione.

### ***Le audizioni presso la Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato della Repubblica***

Il lavoro di approfondimento sulle RSA nel periodo di pandemia da virus Covid-19 ha preso avvio nel febbraio 2021 con l'ascolto di rappresentanti di Amnesty International, ed è proseguito con l'audizione del Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo, che sulle RSA ha attivato un apposito Master. Sono state poi ascoltate in audizione l'Associazione Nazionale dei Comuni Italiani e la Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome. In seguito è stata ascoltata nuovamente *Amnesty International* per un aggiornamento del Rapporto sulle RSA e, in chiusura, Mons. Vincenzo Paglia, sui lavori della Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana.

**L'11 febbraio 2021 (seduta n. 52) e il 13 gennaio 2022 (seduta n. 75)** la Commissione ha ascoltato in audizione le ricercatrici di Amnesty International Debora Del Pistoia e Martina Chichi, unitamente a Giulia Groppi (seduta n. 52) e Francesca Loffari (seduta n. 75), responsabili rapporti istituzionali, sul Rapporto "Abbandonati" sulle Residenze Sanitarie Assistenziali. Le ricercatrici hanno messo in evidenza diversi elementi critici. Si sono soffermate tra l'altro sulla



inadeguatezza delle strutture, le carenze nell'organico e la necessità di maggiore formazione del personale. Hanno poi affrontato l'incidenza negativa sul piano organizzativo della frammentazione normativa e la carente attività di vigilanza da parte delle istituzioni preposte. In particolare nel corso della seduta n. 75, oltre a denunciare il fatto che dagli ospedali e, in alcuni casi, dalle navi quarantena, fossero stati disposti trasferimenti nelle RSA, strutture assolutamente non adeguate rispetto a tali trasferimenti, e ribadire le carenze relative alle visite, *Amnesty* ha ricordato il Rapporto "Messi a tacere e inascoltati" (ottobre 2021) sulle proibitive condizioni di lavoro nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, condizioni caratterizzate da precarietà e riduzione dei diritti dei lavoratori. *Amnesty* ha auspicato l'istituzione di una Commissione di inchiesta sulle RSA, all'esame della Commissione Igiene e Sanità del Senato.

**Il 19 luglio 2021 (seduta n. 61)** è intervenuto in Commissione il professor Antonio Sebastiano, direttore scientifico del Master universitario in management delle residenze sanitarie assistenziali del Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo - LIUC che, nel ricordare il lavoro congiunto con il dott. Roberto Pigni, docente del Master, ha rilevato come le Residenze Sanitarie Assistenziali costituissero in Italia un universo al suo interno molto diversificato, che comprendeva anche esperienze profit, e dava vita a modelli distinti, aventi legami diversi con le Regioni. In mancanza di dati certi un riferimento numerico che avesse un certo grado di attendibilità poteva essere tratto dal rapporto annuale ISTAT 2018 dal quale si evincevano circa 265 mila posti letto. L'Italia appariva tuttavia agli ultimi posti delle classifiche OCSE. E non solo rispetto ai posti letto ma anche rispetto al tema della domiciliarità. Il prof. Sebastiano ha poi richiamato il tendenziale invecchiamento degli ospiti delle RSA così come il crescente numero di ospiti anziani con problemi nella sfera cognitiva.

**Il 28 ottobre 2021 (seduta n. 68)** la Commissione ha ascoltato in audizione il dottor Luca Vecchi, Sindaco di Reggio Emilia e delegato dell'Associazione Nazionale dei Comuni d'Italia-ANCI al Welfare. Il Sindaco Vecchi si è soffermato sull'emergenza sanitaria mettendo in rilievo come tale emergenza avesse messo in evidenza i ritardi nella rete di assistenza realizzata intorno alle Residenze Sanitarie Assistenziali. A suo avviso l'approfondimento da svolgere in questo contesto avrebbe dovuto vertere innanzi tutto sulla riqualificazione delle strutture non solo sul piano del recupero degli edifici e delle migliorie edilizie, ma anche sul piano della gestione. Inoltre, in prospettiva, il lavoro da fare sarebbe stato nel senso di operare - anche in

considerazione del progressivo invecchiamento della popolazione - per una maggiore integrazione tra le competenze nella sfera sociale e le competenze nella sfera della sanità. Tale esigenza di maggiore integrazione tra le due dimensioni si avvertiva con particolare urgenza proprio nel campo delle RSA. Il ruolo dei Comuni, valorizzando le risorse PNRR, avrebbe potuto essere efficace e importante.

Il **30 novembre 2021 (seduta n. 72)** è intervenuto in Commissione per conto della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, il dottor Raffaele Donini, coordinatore della Commissione salute, e Assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia Romagna. L'Assessore Donini ha illustrato l'impegno delle Regioni nell'emergenza sanitaria soffermandosi in particolare sulle attività di monitoraggio dei contagi, di supporto all'utenza in termini economici, sulle azioni per la copertura vaccinale (anche degli operatori) e di sostegno al rapporto tra i degenti e familiari. Nel corso della seduta l'Assessore ha descritto le attività di screening dei contagi e le misure adottate nei casi di positività. Si è quindi soffermato sui contributi erogati per il contrasto alla pandemia, volti tra l'altro a mettere in sicurezza le strutture e gli spazi occupati dai degenti, nonché all'acquisto di accessori elettronici come *tablet* e *smartphone* e di dispositivi di protezione individuale. Ha infine descritto la campagna vaccinale condotta a favore di degenti e personale.

La dottoressa Debora del Pistoia, *campaign senior officer* di *Amnesty International*, intervenuta il **13 gennaio 2022 (seduta n. 75)** insieme alla dottoressa Francesca Loffari, *international senior officer*, ha ripercorso i punti principali emersi dal rapporto "Abbandonati" riferito alle residenze socio sanitarie e socio assistenziali in Italia è basato su ben ottanta colloqui diretti, mettendo in evidenza le difficoltà delle strutture nel periodo della pandemia e soffermandosi in particolare sui problemi del personale che lavora presso tali strutture. Entrambe le funzionarie di Amnesty International hanno auspicato che potesse andare avanti il progetto di istituire una commissione parlamentare di inchiesta in modo da permettere un esame approfondito della risposta alla pandemia fornita nei periodi più critici dai presidi residenziali socio sanitarie e socio assistenziali per le persone anziane. Allo stesso tempo hanno messo in evidenza la necessità di una piena attuazione della direttiva europea 2019/1937 riguardante la protezione delle persone che segnalano criticità e violazioni in azienda, cd. *whistleblowers*, in modo che la legge italiana del 2017 possa trovare ulteriore e compiuta attuazione.

Il **3 marzo 2022 (seduta n. 79)** sono intervenuti in audizione monsignor Vincenzo Paglia e il professor Leonardo Palombi, rispettivamente Coordinatore e Segretario della *Cabina di regia per la riforma delle politiche in favore della popolazione anziana* costituita presso la Presidenza del Consiglio dei ministri. Monsignor Paglia ha descritto la sua esperienza come presidente della *Commissione per la riforma dell'assistenza socio sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana*, commissione voluta dal ministro della salute, Roberto Speranza, che ha presentato il rapporto finale e la *Carta dei Diritti e dei Doveri per gli anziani della Società* al Presidente del Consiglio dei Ministri il primo settembre 2021. Mons. Paglia e il prof. Palombi sono soffermati sulle criticità emerse durante il lavoro della Commissione rispetto all'attuale assetto delle residenze sanitarie assistenziali, sottolineando l'esigenza che tali strutture costituiscano un passaggio rispetto ad un continuum che ruoti intorno all'assistenza domiciliare e consenta preferibilmente alle persone anziane restare nelle proprie abitazioni. La *Carta dei Diritti e dei Doveri per gli anziani della Società*, hanno ricordato entrambe le personalità ascoltate in audizione indica come prioritaria un'assistenza che sia fondata sulla libertà di scelta dei singoli, sul principio del diritto-dovere all'assistenza, in un contesto di grande attenzione alle problematiche della relazionalità.

**RISOLUZIONE APPROVATA DALLA COMMISSIONE  
SULL'AFFARE ASSEGNATO N. 1156  
(Doc. XXIV-ter, n. 5)**

La Commissione,

premesso che:

le Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e i presidi residenziali socioassistenziali e socioassistenziali per persone anziane sono stati colpiti duramente dall'emergenza sanitaria legata alla diffusione del virus Covid-19 sin dalla sua prima apparizione in Italia nel febbraio 2020;

in tali strutture, nei mesi successivi, è stato registrato un numero altissimo di decessi da Covid-19 e molto pesante è stato l'impatto della pandemia sui diritti alla vita privata e familiare degli ospiti delle strutture che sono sopravvissuti;

tuttavia, l'assenza di dati pubblici essenziali e informazioni relative alla diffusione del contagio nelle strutture residenziali socioassistenziali non ha permesso di svolgere un'analisi complessiva a livello nazionale di quanto accaduto;

più in generale, la presenza di cronicità e di multimorbilità ha esposto la popolazione anziana a un maggiore rischio di morte, di ospedalizzazione e di ricovero in terapia intensiva e ha avuto un impatto negativo sui livelli di autonomia nelle attività essenziali della vita di tale fascia della popolazione;

anche a seguito delle problematiche emerse in coincidenza con l'emergenza sanitaria, il 21 settembre 2020 il Ministro della Salute ha istituito la "Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socioassistenziale della popolazione anziana";

a un anno di distanza tale Commissione ha consegnato al Presidente del Consiglio dei Ministri la "Carta dei diritti degli anziani e dei doveri della società" (1 settembre 2021);

premesso inoltre che:

il 16 giugno 2021 l'Istat e la Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socioassistenziale per la popolazione anziana, hanno presentato il Rapporto "Gli anziani e la loro domanda sociale e sanitaria anno 2019";

da tale rapporto emerge una popolazione di over 75 pari a circa 6,9 milioni di individui, con oltre 2,7 milioni di persone con difficoltà motorie e autonomia ridotta, di cui 1,2 milioni prive di aiuto adeguato e 1 milione che abita da sola oppure con altri familiari anziani; mentre ben 100mila anziani sono privi di risorse economiche e si trovano nella impossibilità di accedere a servizi a pagamento per avere assistenza;

rilevato che:

la Dichiarazione Universale dei Diritti Umani delle Nazioni Unite del 1948 sancisce principi inderogabili di uguaglianza e dignità come fondamento di ogni civile convivenza;

la Carta delle Nazioni Unite, la Convenzione internazionale sui diritti civili e politici, il Patto internazionale sui diritti economici, sociale e culturali, la Convenzione per i diritti delle persone con disabilità sono tra gli atti principali adottati dall'Onu che ribadiscono i principi di rispetto e tutela delle persone avanti negli anni, specie se affetti da patologie;

allo steso modo la Convenzione europea per i diritti umani sancisce il diritto alla vita (art. 2), il diritto a non essere sottoposti a tortura e a trattamenti inumani o degradanti (art. 3), il diritto al rispetto della propria vita privata e familiare (art. 8) e il diritto alla protezione contro la discriminazione nel godimento dei diritti e libertà riconosciuti (art. 14);

rilevato peraltro che:

l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha avallato con la risoluzione 37/51 del 3 dicembre 1982 il "Piano di Azione per l'invecchiamento", confermato e rafforzato in occasione della Seconda assemblea mondiale sull'invecchiamento di Madrid, nell'aprile 2002;

l'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha adottato la Risoluzione 46 del 16 dicembre 1991 che sancisce i principi Onu sulle persone anziane tra i quali particolare attenzione va dedicata a indipendenza, partecipazione, cura, dignità.

l'Agenda 2030 delle Nazioni Unite prevede azioni concrete che riguardano l'invecchiamento e i diritti delle persone anziane in particolare nell'Obiettivo 3 (Salute e benessere); nell'Obiettivo 9 (Industria, innovazione e infrastrutture), nell'Obiettivo 10 (Riduzione delle disuguaglianze) e nell'Obiettivo 11 (Città e comunità sostenibili);

ricordato inoltre che:

la Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea, all'articolo 25 riconosce e rispetta il diritto degli anziani di condurre una vita dignitosa e indipendente e di partecipare alla vita sociale e culturale;

con il sostegno del Programma Europeo DAPHNE III, è stata elaborata nel 2010 la Carta Europea dei diritti e delle responsabilità degli anziani bisognosi di assistenza e di cure a lungo termine;

il Consiglio d'Europa, sulla base del lavoro condotto dal Comitato esecutivo per i diritti umani (CDDH) e di numerosi atti approvati dall'Assemblea parlamentare, ha adottato la Raccomandazione CM/Rec(2014)2 per promuovere i diritti delle persone anziane in dignità e indipendenza;

in particolare la Commissione Affari Sociali, Salute, Sviluppo sostenibile dell'Assemblea parlamentare del Consiglio d'Europa ha approvato nel 2017 il Rapporto "*Human rights of older persons and their comprehensive care*";

sottolineato che:

il Parlamento italiano ha dato vita nel 2020 all'intergruppo "Longevità. Prospettive socio-economiche" che vede la partecipazione di senatori e deputati, nonché di esperti e rappresentanti del mondo delle associazioni;

la Commissione straordinaria per la tutela e promozione dei diritti umani del Senato ha dedicato parte dell'indagine conoscitiva sui livelli e i meccanismi di tutela dei diritti umani vigenti in Italia alla situazione delle residenze sanitarie assistenziali e alla condizione delle persone anziane;

impegna il Governo:

I. ad adottare politiche in favore delle persone anziane con approccio innovativo, fondate sul rafforzamento del loro patrimonio relazionale quale principale veicolo di tutela e di rispetto della dignità;

II. a favorire, in concerto con gli enti locali, l'attivazione di servizi di prossimità che permettano alle persone anziane di continuare a vivere nelle loro abitazioni, valorizzando il mondo dell'associazionismo e favorendo l'assistenza domiciliare come forma prioritaria di vicinanza della società;

III. a promuovere in forma capillare sul territorio, d'intesa con gli enti locali, centri diurni per l'assistenza agli anziani, al contempo attivando servizi di accompagnamento costanti ed efficienti con l'ausilio delle espressioni di maggiore esperienza del volontariato;

IV. ad adottare misure di incentivazione del *co-housing* attraverso agevolazioni riguardanti la ristrutturazione interna degli immobili finalizzati a razionalizzare gli spazi in funzione della coabitazione di persone anziane;

V. a incentivare per le persone con familiari in età avanzata forme di lavoro a distanza che consentano di conciliare prestazione professionale e lavoro di cura e assistenza;

VI. ad adottare misure fiscali di vantaggio rispetto alle figure professionali che assistono in casa, spesso in coabitazione, le persone anziane;

VII. a rafforzare, d'intesa con le Regioni, il monitoraggio costante delle RSA in relazione alle condizioni delle infrastrutture e alla qualità dei servizi forniti, potenziando i meccanismi di vigilanza per garantire l'implementazione degli standard previsti;

VIII. a favorire la formazione del personale attivo in tali strutture che consenta la migliore opera di assistenza sul piano professionale e in termini di empatia e dignità della persona anziana;

IX. a promuovere nelle residenze sanitarie assistenziali condizioni tali da garantire frequenza e intensità delle visite di familiari, agevolando, al contempo, l'acquisizione in forma diffusa da parte degli ospiti di supporti tecnologici per consentire maggiori contatti con l'esterno;

X. a realizzare una ricognizione delle iniziative pubbliche e private con denominazione diversa come "case di riposo", "case alloggio" o altro, e - ove riscontrati - reprimere abusi e maltrattamenti ai danni degli ospiti;

XI. a rendere disponibili e consultabili i dati sulle residenze sociosanitarie e socioassistenziali aggregati su scala nazionale e disaggregati per genere e settore (pubblico, privato) in modo da poter svolgere analisi scientifiche a livello nazionale complessive dei bisogni e delle risposte offerte.

## **AUDIZIONI DELLA COMMISSIONE**





## COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI

GIOVEDÌ 11 FEBBRAIO 2021

### 52ª Seduta

*Presidenza della Presidente*

PUCCIARELLI

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, le dottoresse Debora Del Pistoia e Martina Chichi, ricercatrici, e Giulia Groppi, responsabile relazioni istituzionali, di Amnesty International Italia.*

Debora DEL PISTOIA. Il rapporto "Abbandonati" che presentiamo oggi si inserisce in un ambito di lavoro che la nostra organizzazione svolge ormai da vent'anni sui diritti economici, sociali e culturali, e in questo caso specifico sul diritto alla salute. Dall'estate del 2020 la nostra organizzazione ha condotto quattro ricerche relative all'impatto delle decisioni istituzionali a livello nazionale, regionale e territoriale sulla vita, la salute e la non discriminazione delle persone anziane residenti nelle strutture socio-sanitarie e assistenziali. Dopo rispettivamente Inghilterra, Belgio e Spagna, il nostro rapporto è stato il quarto ad essere pubblicato, il 17 dicembre del 2020.

Per quanto riguarda l'Italia, il nostro *focus* sono state le strutture di varia natura, pubbliche, private *no profit* e private *for profit* in tre Regioni del Nord Italia: Lombardia, Emilia Romagna e Veneto, tutte nell'area più duramente colpita dal virus durante la prima ondata, ma anche in qualche modo rappresentative di sistemi socio-sanitari molto diversi. Nel rispetto dei nostri principi metodologici di ricerca, quali l'etica, l'imparzialità e l'accuratezza delle informazioni, abbiamo raccolto notizie e documenti attraverso un'analisi di decisioni istituzionali, interviste dirette e un'analisi dei dati esistenti. Permettetemi di sottolineare, a questo proposito, che nel contesto italiano la mancanza di trasparenza e di raccolta organica di dati rilevanti ha certamente ostacolato un esame esaustivo dell'impatto della pandemia sul settore e va ricordato altresì che nel momento in cui abbiamo tentato di chiedere dati rilevanti alle istituzioni nazionali, regionali e territoriali, queste ultime purtroppo non sempre hanno collaborato adeguatamente.

Abbiamo poi realizzato 87 interviste approfondite con familiari di persone anziane decedute o persone ancora residenti nelle strutture, con comitati e associazioni di famiglie, con operatori sanitari, e in alcuni casi anche con direttori di strutture e avvocati. Tutte le testimonianze che trovate nel rapporto sono anonime su richiesta degli interessati, che hanno espresso il timore di ritorsioni. Attraverso questa documentazione abbiamo potuto riscontrare che nelle strutture sono stati violati cinque diritti fondamentali delle persone anziane residenti, tutti diritti sanciti nelle Convenzioni Internazionali e regionali di cui l'Italia è firmataria, e che quindi rappresentano impegni da rispettare. Si tratta del diritto alla vita, del diritto al più alto *standard* di salute possibile, del diritto alla non discriminazione, in particolare all'accesso alle cure mediche, del diritto alla vita privata e alla corrispondenza, in alcuni casi anche del diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani e degradanti.

Il nostro rapporto conclude che le violazioni sono state talvolta il risultato diretto di alcune decisioni istituzionali, mentre in altri casi queste decisioni hanno contribuito a violare taluni diritti fondamentali. Cito a seguire alcune delle principali criticità che abbiamo documentato e che concorrono a queste violazioni. Molte delle criticità sono croniche, venute ad esplodere con la pandemia, e consentono di mettere in evidenza fino a che punto questo settore è stato in qualche modo "deprioritizzato" rispetto a quello sanitario: *in primis*, l'inadeguatezza dei servizi esistenti a dare risposta ai bisogni di una sempre più alta percentuale di anziani con patologie croniche, anche a causa dei tagli compiuti negli anni. Basta pensare che l'Italia ha la più alta percentuale di persone anziane in Europa, ma uno dei livelli più bassi di disponibilità di posti letto in strutture di questo tipo.

Altra criticità cronica esplosa durante l'emergenza è poi quella relativa al personale sanitario, che nelle strutture socio-sanitarie opera in condizioni contrattuali e lavorative ben peggiori e inferiori rispetto al settore sanitario, questione che spinge peraltro sempre più professionisti a migrare verso il settore sanitario. Le carenze di organico erano già esistenti ma sono venute sicuramente ad acuirsi in maniera molto evidente nei primi mesi del 2020 sottoponendo operatrici e operatori sanitari a condizioni di forte stress fisico e psicologico e a un altissimo rischio di contagio, anche a causa dei frequenti spostamenti di personale da una struttura all'altra. A questo proposito, il ricorso importante a contratti di appalto con cooperative, lavoro somministrato e libere professioni, ha certamente contribuito alla precarizzazione di questi lavoratori essenziali e a situazioni di *burnout*, contestualmente a un conseguente abbassamento della qualità dell'assistenza.

Oggi, a più di un anno dall'inizio dell'emergenza, la mancanza di personale resta certamente una criticità centrale anche nelle Regioni in cui si era riusciti a gestire meglio la

prima ondata, come ad esempio in Veneto. A questo si aggiunge poi un preoccupante clima di ritorsioni e di intimidazioni venutosi a creare all'interno delle strutture ai danni di operatori che hanno deciso di denunciare la mala gestione dell'emergenza e le lacune in termini di DPI, di tamponi e di trasparenza. Questo è denunciato nel rapporto. In particolare si segnalano diversi casi di licenziamento nonché misure disciplinari adottate contro queste persone.

Altro tema strutturale particolarmente critico è quello del quadro della *governance* del settore, anche a causa della frammentazione normativa che è altresì frutto di interventi normativi successivi e mai resi organici. È un elemento certamente critico, anche di ostacolo all'applicazione organica delle linee guida nazionali e all'individuazione delle responsabilità. Nel nostro rapporto denunciavamo ciò che è avvenuto, in particolare rispetto all'attività di sorveglianza sulle strutture, sorveglianza che compete principalmente alle Aziende Sanitarie Territoriali e in secondo luogo alle Regioni. È stato possibile denunciare ciò soprattutto grazie a testimonianze di operatori e direttori di strutture, poiché mancano dati relativi alle ispezioni effettuate (peraltro i rapporti di verifica delle Aziende Sanitarie non sono pubblici).

Nei mesi cruciali dell'emergenza, soprattutto a marzo e aprile, parallelamente alla chiusura a visite esterne, le attività di sopralluogo e di controllo delle strutture da parte delle autorità responsabili non solo non sono state rafforzate, ma in alcuni casi non sono state proprio svolte, ed è mancato il controllo effettivo e di supporto a strutture in affanno. Questo si è verificato in particolare, tra le tre Regioni analizzate, in Lombardia e in Emilia Romagna. Abbiamo ricevuto anche testimonianze molto allarmanti, soprattutto nella zona del milanese, che riferivano di sopralluoghi sospesi anche da parte della Medicina del Lavoro in tutte le strutture della zona e che sono ripresi soltanto dopo che i media avevano denunciato l'altissimo numero di contagi all'interno di esse.

Questo rappresenta per noi ancora un aspetto assolutamente allarmante, che registriamo anche a seguito delle testimonianze che continuiamo a ricevere soprattutto dalla Regione Lombardia. Perché le Aziende Sanitarie non sono ancora riuscite, a più di un anno dall'inizio dell'emergenza, a garantire un ruolo di valutazione e di supporto adeguati alle strutture nella implementazione delle misure di isolamento e di sicurezza sui luoghi di lavoro, così come rispetto all'implementazione delle linee guida ministeriali.

Martina CHICHI. Vorrei passare velocemente in rassegna le criticità e i problemi che sono stati determinati, secondo noi, dalla mancata o tardiva applicazione di misure adeguate a contenere la diffusione del virus all'interno delle strutture e che hanno contribuito alla violazione dei diritti umani di ospiti e pazienti. In parte alcune di queste criticità sono superate.

Mi riferisco, per esempio, all'approvvigionamento di DPI, dei dispositivi per la protezione individuale. È stato un elemento assolutamente critico in tutte e tre le Regioni analizzate nel corso della prima ondata pandemica. In particolare tale criticità ha riguardato tutte quelle strutture che hanno dovuto provvedere in autonomia, in una primissima fase, ai DPI. Talvolta la Protezione Civile è stata infatti costretta a dirottare le dotazioni di tale materiale su ospedali e ospedalieri che necessitavano maggiormente di un rifornimento di dispositivi a scapito delle RSA.

Questo problema è stato risolto nel corso del tempo, sebbene l'intervento delle istituzioni a supporto del rifornimento di DPI sia avvenuto in modo molto tardivo per tantissime strutture, addirittura verso la fine di aprile, quando già era stato superato il picco di contagi e di decessi relativo alla prima ondata dell'emergenza sanitaria. Persiste invece un problema relativo alla formazione degli operatori sanitari in merito a un corretto utilizzo dei DPI. Durante la prima ondata, che è quella sulla quale ci siamo maggiormente soffermati, la formazione non sempre ha avuto luogo; in alcuni casi è avvenuta fornendo informazioni contraddittorie o scorrette circa l'utilizzo dei dispositivi e questo purtroppo ha contribuito ad alimentare la confusione e a provocare un utilizzo scorretto di tali dispositivi all'interno delle strutture.

Vi è poi la questione legata alla mancata applicazione delle misure atte a garantire un isolamento appropriato all'interno delle strutture. In particolar modo durante la prima ondata questo è stato molto critico, laddove si sono verificati dei trasferimenti di pazienti dimessi dagli ospedali verso le strutture stesse. In alcuni casi si è trattato - e questo si è verificato in tutte e tre le Regioni - di trasferimenti di pazienti che erano presunti non-Covid, quindi di pazienti che in realtà erano stati sottoposti a test una sola volta per il virus ed erano risultati negativi e che invece nel giro di pochi giorni hanno sviluppato i sintomi relativi alla malattia. Purtroppo inadeguate politiche di *testing* hanno fatto sì che il virus entrasse all'interno delle strutture.

Nel caso della Lombardia si sono anche verificati casi di trasferimento di pazienti Covid-positivi dagli ospedali alle strutture allo scopo di ridurre la pressione che gli ospedali stavano affrontando. Tale fenomeno è stato registrato a partire dalla fine del mese di marzo. In questo caso le testimonianze che abbiamo raccolto hanno riferito di requisiti di accettazione non rispettati. Per poter accettare pazienti Covid-positivi, le strutture avrebbero dovuto possedere requisiti tali da consentire l'appropriato isolamento dei pazienti e il contenimento al massimo grado del rischio di contagio. Ma secondo il racconto di chi lavorava all'interno delle strutture, questo non sempre è stato fatto.

Sono state poi segnalate difficoltà o in taluni casi addirittura l'impossibilità di ospedalizzare i pazienti. Per noi, come *Amnesty International*, è indispensabile che vi sia sempre una valutazione clinica individuale delle condizioni del paziente. E va sempre tenuta presente la necessità di garantire il diritto di ogni individuo all'accesso alle migliori cure possibili. Laddove vi siano provvedimenti che vanno invece nella direzione opposta, per noi questo rappresenta una criticità grave ed è quanto è accaduto nel caso della Lombardia. Vi sono poi tuttora alcune criticità molto gravi che costituiscono fattori importanti per lo sviluppo di focolai all'interno delle strutture, criticità in particolare legate ai tamponi. I tamponi durante la prima ondata sono giunti molto tardi nelle strutture, all'inizio di aprile, sia per ospiti e pazienti sia per operatori sanitari. Ancora oggi ci troviamo nella condizione in cui i tamponi non vengono eseguiti ovunque con cadenza regolare. Abbiamo racconti di strutture che li eseguono ogni due, tre giorni, racconti di strutture che li eseguono su ospiti, pazienti, operatori una sola volta al mese. La situazione è quindi veramente diversificata e questo purtroppo determina la creazione di condizioni molto diverse da struttura a struttura.

Vi è un'altra questione che è ancora di estrema attualità, e che è legata strettamente alle visite all'interno delle strutture. In una primissima fase dell'emergenza il problema è stato relativo alla chiusura alle visite esterne, una chiusura che è avvenuta tardivamente, soprattutto se comparata con quella che ha avuto luogo nei presidi ospedalieri. Ciò ha fatto sì che il virus entrasse più facilmente in molte strutture. Ora ci troviamo di fronte a un altro problema, più volte sottolineato dallo stesso Ministero, che è quello relativo all'isolamento prolungato e danni che tale isolamento produce a livello di salute psicofisica su ospiti e pazienti.

Purtroppo non tutte le strutture - e anche qui con una grandissima variabilità da struttura a struttura - offrono soluzioni alternative che consentano contatti affettivi di qualità, che consentano quindi agli ospiti di poter ricevere quelle cure e quelle attenzioni di cui hanno bisogno da parte di parenti, amici e altre persone all'esterno. Questo negli ultimi mesi ha provocato purtroppo danni di cui ci hanno riferito i familiari.

Giulia GROPPi. Mi auguro di poter dare con il mio intervento un contributo anche piccolo ai lavori di questa Commissione in termini di proposte. In questo senso ci terrei ad esporre a conclusione della nostra presenza oggi in Commissione come *Amnesty International*, alcune riflessioni e a rappresentare quelle che sono le principali raccomandazioni che *Amnesty International* ha elaborato al termine della ricerca, che costituiscono per l'organizzazione i punti più evidenti su cui a nostro avviso le istituzioni è necessario che lavorino.

Come hanno già avuto modo di spiegare la dott.ssa Del Pistoia e la dott.ssa Chichi, questa ricerca non ha avuto come obiettivo quello di analizzare le criticità del Sistema Sanitario Italiano, ma di far emergere criticità specifiche. È però evidente che queste criticità hanno impattato in modo molto significativo sulle conseguenze che il virus ha causato in termini di mortalità nelle strutture oggetto di ricerca. Peraltro sono state riscontrate criticità anche negli altri sistemi socio-sanitari oggetto di analisi, come Spagna, Belgio e Regno Unito.

*In primis*, quindi, riteniamo che in aggiunta al lavoro che la magistratura sta compiendo sul territorio per affrontare gli errori e le carenze strutturali che si sono verificati soprattutto nelle Regioni maggiormente colpite, sia fondamentale l'avvio di un'inchiesta pubblica indipendente per verificare quale fosse in linea generale il livello di preparazione rispetto alla pandemia e quale sia stata l'effettiva risposta dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali.

In questo senso abbiamo notato che il dibattito parlamentare ha prodotto numerose prese di posizione e numerosi atti di indirizzo in questi mesi. C'è stata anche una proposta di legge sulla istituzione di una Commissione parlamentare *ad hoc*. Riteniamo che un'inchiesta di questo tipo potrebbe rappresentare un'opportunità non solo per chiarire le responsabilità, ma anche per esaminare i tanti problemi strutturali del settore, problemi forse a lungo trascurati e che invece devono essere affrontati in maniera organica se si vuole davvero che in futuro i diritti degli anziani, e degli ospiti in generale di queste strutture, siano veramente rispettati.

Mi preme molto sottolineare questo aspetto perché, come ricordava la Presidente, oggi è la Giornata Internazionale del Malato, e i pazienti delle RSA non vanno considerati pazienti di serie B. Pensiamo che un'inchiesta di questo tipo dovrebbe ad esempio analizzare le ragioni dell'incapacità di garantire tamponi periodici e regolari, di garantire l'approvvigionamento dei dispositivi di protezione individuale e, più in generale, dovrebbe approfondire il perché della mancanza all'interno delle RSA di adeguati piani di preparazione alla pandemia. Un altro punto che è già stato in qualche modo evidenziato è quello dei dati. È un problema strutturale e la mancanza di dati ha ostacolato di fatto gli sforzi compiuti nel valutare e rispondere alle necessità degli ospiti e delle strutture stesse. È quindi necessario che vengano messe in atto misure urgenti per raccogliere e rendere i dati pubblici, disponibili e consultabili.

Infine, è necessario che il Ministero della salute dia vita a meccanismi per garantire e monitorare che siano rispettate condizioni minime necessarie per affrontare i nodi critici messi in evidenza da questa pandemia. Occorre, ad esempio, essere sicuri che tutte le decisioni di natura medica siano sempre e comunque basate su effettive valutazioni clinico-scientifiche e

sulle specifiche necessità mediche del singolo paziente, nonché su criteri etici e - ovviamente - sulla migliore evidenza scientifica disponibile, così come sul principio di pieno e paritario accesso agli ospedali e ai servizi sanitari. Questo è un punto molto importante: la garanzia che i pazienti stessi, soprattutto dal punto di vista psicologico e psicofisico, possano godere del conforto dei propri familiari e che le famiglie stesse possano essere sempre aggiornate proprio sulle condizioni dei propri cari, il che purtroppo non è avvenuto durante la prima ondata della pandemia.

In chiusura ci tengo a dire che riteniamo assolutamente fondamentale venga garantito un monitoraggio sull'applicazione delle linee guida del 30 novembre del 2020 del Ministero della salute. Si tratta di linee guida recanti appunto disposizioni sull'accesso dei visitatori alle strutture sanitarie socio-assistenziali e agli *hospice*. Le indicazioni per i nuovi ingressi contengono una serie di specifiche estremamente importanti sia rispetto alla necessaria frequenza di esecuzione dei tamponi per gli esterni, sia rispetto all'attenzione da prestare all'equilibrio psicologico delle persone residenti e, come dicevo, ai contatti con i familiari e in generale con l'esterno.





**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

GIOVEDÌ 22 LUGLIO 2021

**61ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*

FEDE

*Interviene, in videoconferenza, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il professor Antonio Sebastiano, direttore scientifico del Master universitario in management delle residenze sanitarie assistenziali del Libero Istituto Universitario Carlo Cattaneo - LIUC.*

Antonio SEBASTIANO. Desidero innanzitutto ringraziare per questa opportunità anche a nome della nostra Università Carlo Cattaneo - LIUC e della nostra Business School. Ho portato una presentazione che trae la sua essenza dal lavoro di studio e osservazione sul campo che realizziamo da oltre quindici anni con il nostro Osservatorio Settoriale sulle RSA, a cui dedichiamo molta attenzione. Abbiamo seguito l'evoluzione negli anni di questo settore, più in generale di tutta la filiera dei servizi per la *Long Term Care*. Vorrei iniziare con qualche osservazione sulle caratteristiche delle RSA, indipendentemente da ciò che è accaduto e che è stato possibile osservare durante la pandemia. Credo sia importante perché aiuta anche a comprendere meglio alcune complessità che è stato poi necessario affrontare durante la pandemia, così come alcune grandi sfide che attendono in futuro questo settore.

Innanzitutto quando si parla di RSA - acronimo peraltro ormai noto a tutti, ma conosciuto prima della pandemia solo agli addetti ai lavori o a chi aveva un proprio congiunto all'interno di queste strutture - non ci si riferisce ad un universo ben definito. Le RSA costituiscono in Italia una realtà estremamente frammentata ed eterogenea, con enormi diversità sotto numerosi punti di vista. Rispetto alle dimensioni, tanto per fare un esempio, coesistono strutture estremamente piccole accanto a strutture enormi. Molta differenza c'è anche rispetto alla natura giuridica degli enti, che va dalla natura pubblica di molti di essi al mondo del privato *profit*; ma di sicuro la componente principale è rappresentata dal mondo *non profit* in tutte le sue sfaccettature. Per esempio nella Regione Lombardia, dove si concentra quasi un terzo dei posti letto RSA di tutto il Paese, la fondazione è la forma giuridica

più diffusa in assoluto, mentre in altre Regioni, guardando al terzo settore, c'è una presenza molto forte del mondo delle cooperative sociali.

Ovviamente queste differenze non sono solo formali, ma si riflettono anche sui modelli gestionali organizzativi adottati da queste strutture. A tutto ciò, e questo è probabilmente l'elemento che rende unico in tutta Europa il settore delle RSA, si aggiungono enormi differenze a livello di regolamentazione regionale. Infatti, i modelli di accreditamento sono definiti sulla base di alcune normative di carattere nazionale dalle singole Regioni, e questo fa sì che da Regione a Regione vi siano modelli di funzionamento estremamente differenti su temi molto importanti. Banalmente, per citarne alcuni, sulle modalità di accesso. Non in tutte le Regioni si accede alle RSA allo stesso modo e attraverso gli stessi canali. Vi sono Regioni nelle quali esiste un filtro pubblico che effettua una prima valutazione e Regioni nelle quali l'accesso è diretto senza alcun filtro pubblico. Diverse sono anche le quote messe a carico dei fondi sanitari regionali, così come sono diverse le regole che presiedono alla definizione della cosiddetta retta alberghiera, cioè della quota di compartecipazione che è a carico dell'utente e della sua famiglia. Sono differenze quindi estremamente significative che fanno sì che lo stesso cittadino, se si dovesse spostare da una Regione all'altra, per assurdo, godrebbe di *standard* assistenziali diversi e potrebbe accedere ad una diversa compartecipazione alla spesa. C'è poi un elemento cruciale che riguarda le norme in materia di LEA, cioè dei livelli essenziali di assistenza, secondo le quali il costo dell'assistenza fornita in RSA dovrebbe essere al cinquanta per cento a carico del pubblico in senso ampio, Stato, Regioni e Comuni che spesso partecipano per gli ospiti non abbienti, e al cinquanta per cento a carico dell'utenza.

Non sempre è così e può capitare che in diverse Regioni questo equilibrio del cinquanta per cento non sia rispettato. E in più, e da questo elemento si possono dedurre tante cose, è un settore con una discreta carenza di dati certi proprio a causa della frammentarietà delle esperienze tra Regione e Regione. Una cosa che può stupire è che non è neanche facile fare una fotografia puntuale di quante sono le RSA in Italia, né stabilire il numero di posti letto ascrivibili alle RSA in Italia. Basti pensare che la stessa dizione ufficiale per identificare queste unità di offerta non è uniforme da Regione a Regione, per cui in questo settore a volte con gli stessi appellativi formali vengono identificate realtà diverse. Ecco quindi i primi elementi per avere un inquadramento generale di questo settore.

Per dare poi un dimensionamento quantitativo del mondo delle RSA possiamo fare riferimento all'Istat, all'indagine annuale sui presidi socio-sanitari e socio-assistenziali, che mappa tutte le unità di offerta a carattere residenziale, non solo quelle rivolte agli anziani, ma

anche quelle destinate ad altri *target* di utenza. Se ci si focalizza su quello rivolto agli anziani, il dato più recente è relativo al 2018, e a fronte di oltre 312.000 posti letto complessivi, quelli che hanno una valenza socio-sanitaria, ascrivibili perciò al mondo delle RSA, sono solo 265.000. Quindi quando spesso si è sentito dire - a volte anche da fonti ufficiali istituzionali o a livello mediatico - che i posti letto in RSA in Italia sono intorno ai 300.000, in realtà non è esattamente così, perché quelli con effettiva valenza socio-sanitaria, che possono essere ricondotti al mondo delle RSA, arrivano a poco più di 265.000.

A prescindere dalla difficoltà a mappare con puntualità il fenomeno, resta evidente, facendo riferimento a dati Ocse, che tra i principali Paesi Ocse l'Italia è sicuramente fanalino di coda in termini di dotazione di posti letto in RSA in rapporto alla popolazione anziana. Abbiamo una media al 2017 (ultimo anno disponibile nel confronto effettuato dall'Ocse con il report "*Health at a Glance 2019*" pubblicato nel 2020) di 19,2 posti letto ogni 1.000 anziani residenti, contro una media di 47,2 nell'area Ocse: quindi è evidente il *gap*. Il dato italiano riflette le enormi diversità esistenti anche in termini di dotazione da Regione a Regione. Ci sono Regioni dove ci si trova abbondantemente sopra questo valore ancorché molto lontani dalla media Ocse, penso alla Lombardia e al Veneto, per citare alcune Regioni (qui siamo intorno ai 28-29 posti letto ogni 1.000 anziani residenti), e Regioni del Centro e in particolare del Sud che fanno registrare un dato abbondantemente al di sotto anche della media italiana.

Se volessimo mantenere l'attuale livello di dotazione di posti letto RSA, sarebbe interessante vedere di quanto dovrebbe crescere la rete tenendo conto dell'evoluzione demografica (come sappiamo l'Italia, prima in Europa, è seconda al mondo solo al Giappone in termini di invecchiamento).

Restando nel quadro dell'ipotesi di mantenere nel tempo le stesse capacità di presa in carico che ci sono oggi Italia, considerando l'evoluzione della popolazione anziana, già nel 2030 o nel 2035 avremmo necessità di ben più di 300.000 posti letto.

Se da un lato è del tutto improbabile che l'offerta riesca a crescere con questa velocità, dall'altro però è del tutto evidente che rimanere fermi nello sviluppo del settore potrebbe costituire un enorme problema. Questo anche perché, e qui credo di toccare un tema che è emerso significativamente con la pandemia, c'è la questione della domiciliarità, che a mio avviso viene proposta in modo errato come alternativa alla residenzialità nel caso degli anziani fragili. Ebbene, la domiciliarità oggi in Italia è abbastanza sottodimensionata; anche in questo caso siamo fanalino di coda rispetto ai Paesi Ocse. Per fornire numeri concreti relativi al 2019, l'anno più recente disponibile, avevamo una media di 18 ore annue per caso trattato, che scendevano a 15 ore annue come dato medio.

Si dovrebbe quindi pensare a un potenziamento della domiciliarità, ma è un potenziamento che non può essere letto come un'alternativa alla residenzialità. E su questo vi sono dati significativi del nostro Osservatorio, monitorati negli anni, per capire chi sono gli utenti delle RSA.

Gli utenti delle RSA rappresentano il segmento della popolazione più fragile in assoluto all'interno della filiera della non autosufficienza. In RSA, salvo casi residuali, noi oggi sia prima sia dopo il Covid troviamo grandi anziani non autosufficienti, con indicatori clinici che riferiscono di una ridotta speranza di vita. L'età media all'ingresso sfiora gli 85 anni di età.

Nel 60 per cento circa dei casi si tratta di ospiti che, oltre a limitazioni di tipo funzionale, hanno anche problemi nella sfera cognitiva. In merito a questo c'è un peso enorme e crescente dell'Alzheimer e della demenza in generale. Se tanti anni fa si parlava della necessità, come poi è stato, di creare nuclei Alzheimer, oggi ci troviamo per assurdo, uso un'iperbole, in una situazione in cui probabilmente sono prevalenti, indipendentemente dal loro riconoscimento formale o no, i nuclei che ospitano anziani con Alzheimer o demenza rispetto a quelli con ospiti che non hanno una compromissione così marcata della sfera cognitiva.

In epoca pre-Covid avevamo un tasso di mortalità intorno al 19 per cento, con una degenza media degli ospiti deceduti di 775 giorni, parliamo quindi di poco più di due anni, e questo valore nel tempo si assottiglia sempre di più, addirittura con una mortalità - fatto 100 i nuovi ingressi avvenuti ogni anno - del 5,68 per cento; tale è la percentuale di queste persone che decede entro i trenta giorni dall'ingresso. Questo elemento evidenzia anche che spesso si presentano in RSA situazioni che, ancorché riguardanti grandi anziani, sarebbero più da *hospice* che da RSA in senso stretto.

E non a caso abbiamo un indice di rotazione dei posti letto di quasi 1,4. Ciò rende l'idea della grande movimentazione e rotazione dei posti letto dovuta al ridursi della degenza media. L'indice di rotazione, per intenderci, di 1,4 arrotondando, ci dice che se una RSA ha 100 posti letto, in media ha curato in un anno 140 ospiti.

Quanto al tema della mortalità durante il Covid, è difficile entrare in possesso di dati inequivocabili. In questa sede ho citato uno studio piuttosto accreditato di Sepulveda, pubblicato nel 2020, dove si fanno stime rispetto ad alcuni Paesi Ocse, confrontando la mortalità degli anziani ogni 100.000 abitanti e la mortalità avvenuta all'interno delle residenze. Si vede ovviamente che nel caso delle residenze c'è stato un livello di mortalità superiore. Però, ripeto, è un dato che a mio avviso, come altri di cui ho preso visione, va letto con

prudenza.

L'Istituto Superiore di Sanità ha fornito una mappatura riferita al periodo tra il 1° febbraio e il 30 aprile 2020. Anche in questo caso lo studio è viziato dal fatto che si trattava di un'indagine condotta su base volontaria - hanno risposto circa 3.500 RSA - e restituisce una fotografia di quel campione che ha fornito i dati su base volontaria.

Forse un dato un po' più solido, anche se parte da una prospettiva diversa, è quello di andare a monitorare<sup>1</sup> la variazione dei decessi intervenuti nella popolazione anziana, vale a dire dei decessi totali nel 2020, e di comparare tale valore con la media della mortalità della popolazione anziana nei cinque anni precedenti, quindi nel 2015-2019.

Se si guarda ai dati che si riferiscono alle Regioni più colpite durante la prima ondata della pandemia e poi all'Italia, ebbene questi dati confermano - come ormai è ampiamente riconosciuto anche dalla comunità scientifica - che la grande incidenza dei decessi è imputabile al Covid, (i dati ufficiali sottostimano ampiamente il numero reale).

Vi porto testimonianze dirette che ho raccolto sul campo in moltissime RSA. I primi tamponi che permettevano di fare diagnosi certe sono comparsi non prima di metà aprile, in alcuni casi anche dopo, quindi molti dei decessi avvenuti sono decessi con sospetto Covid, ma senza avere a disposizione diagnosi certa.

Ebbene, se ci soffermiamo su questo dato che divide la popolazione degli anziani in tre grandi fasce, i giovani anziani dai 66 ai 75, gli *oldest old* dai 76 agli 85, e poi i grandi anziani, gli over 85, vediamo, se prendiamo il dato italiano, che la variazione dei decessi in tutti e tre i segmenti è stata molto alta, più del 30 per cento in tutti e tre i segmenti; ma se andiamo a guardare ad esempio il caso della Lombardia, che è stata la Regione più colpita in assoluto, osserviamo che la variazione più alta dei decessi, addirittura del 126 per cento, si è avuta nel segmento anagrafico dei 76-85.

Ora, è vero che non tutta la variazione dei decessi avvenuta è imputabile al Covid, ma è altrettanto evidente che i numeri reali sono molto più alti di quelli ufficiali, e la variazione dei decessi è stata molto alta anche in quei segmenti di popolazione che non sono utenti delle RSA, che si trovavano presso il proprio domicilio o in altri servizi del territorio ma certamente non in RSA. Quindi andrebbe approfondita l'ipotesi secondo cui nelle RSA ci sia stato un livello di mortalità più alto di quello riscontrabile nei decessi verificatisi nelle abitazioni o in altre realtà socio-sanitarie del territorio.

Apprestandomi a concludere, vorrei accennare ad uno studio che abbiamo realizzato

---

<sup>1</sup> Cosa che il nostro Osservatorio LIUC ha fatto durante tutta la pandemia.

sempre durante la prima ondata Covid su un campione di 17 RSA lombarde, presenti in cinque province lombarde, con oltre 2.000 posti letto.

La cosa interessante è che le 17 strutture fanno parte di un unico soggetto giuridico. Ciò significa che queste 17 strutture applicavano, indipendentemente dalla loro ubicazione, una gestione coerente e univoca della pandemia, avevano quindi le stesse dotazioni di DPI, gli stessi livelli di formazione, le stesse procedure. Cosa è stato possibile osservare quindi? Che la mortalità avvenuta in queste strutture nel 2020, comparata a quella dei tre anni precedenti, è fortemente correlata con la mortalità osservata negli anziani dei comuni in cui queste strutture erano ubicate, nel senso che in RSA avveniva in sostanza quello che avveniva anche al di fuori delle RSA all'interno dello stesso territorio.

Peraltro è molto interessante osservare che, mentre in epoca pre-Covid questa correlazione non c'era, essa è invece presente ed è particolarmente significativa *durante* il Covid. Questo perché spesso, qui lo dico pur essendo soggetto *super partes* rispetto al settore, è uscita un'immagine a livello mediatico piuttosto ingenerosa delle RSA che, ripeto, da sempre sono impegnate in prima fila nella cura delle persone anziane più fragili, di quelle persone che ormai non sono, ribadisco, salvo rare eccezioni, più gestibili al domicilio. Pensate, prima vi ho citato il dato delle demenze: sono proprio i soggetti anziani con demenza e con disturbi del comportamento quelli che mettono più in ginocchio i nuclei familiari.

Da studioso di Economia e Management insieme al collega Roberto Pigni, chiudo questa riflessione con un dato che non riguarda l'emergenza sanitaria nelle RSA, ma quello che purtroppo noi già ipotizzavamo a maggio del 2020, ossia il verificarsi di una emergenza economico-finanziaria nel settore RSA. I dati che emergono sono dati parziali perché l'indagine è in corso.

Da anni monitoriamo i bilanci delle RSA, quindi il loro stato di salute economico-finanziario, e i primi bilanci che abbiamo del 2020 consentono di osservare che in questo anno è cresciuto enormemente il numero di RSA che chiude il proprio conto economico con un risultato nel complesso negativo: erano solo il 9 per cento nel 2019 e sono diventate il 63 per cento nel 2020. Ma, cosa ancor più preoccupante, se andiamo a considerare la sola gestione caratteristica delle RSA, il risultato economico negativo è tale per l'89 per cento del campione. E tenete presente che, sempre dai dati che stiamo raccogliendo sul campo e dal continuo confronto con i gestori e altri *stakeholder* che ruotano intorno al nostro settore, il 2021 con ogni probabilità, dal punto di vista economico-finanziario, per molte di queste strutture si chiuderà ancora peggio di quanto si è osservato nel 2020. E ovviamente il complessivo stato di salute economico-finanziario di questo settore è un elemento non trascurabile, soprattutto

pensando che si tratta di un bacino occupazionale molto importante, e soprattutto per lavoratori di genere femminile.

Credo che anche questo tema meriterebbe una certa attenzione. Non abbiamo avuto comportamenti uniformi da parte delle Regioni neanche rispetto al tema dei ristori durante la pandemia. I singoli sistemi regionali si sono comportati in maniera abbastanza eterogenea. Quindi è un settore che sta ripartendo con fatica. Ripeto, l'immagine che ne è uscita delle RSA a livello mediatico ha una coda lunga su questo settore. Non soddisfa pienamente il fatto che oggi ci siano, tenendo conto dell'ordinanza del Ministero della salute dell'8 maggio 2021 (che ha disciplinato in maniera univoca il tema della gestione degli accessi dei parenti e dei visitatori), strutture che sono state riaperte. Esse sono state riaperte solo perché rispettavano severe norme di sicurezza e quindi sono ben lontane dall'essere le strutture aperte che erano in epoca pre-pandemia.

Anche questo fattore, ovviamente, è un deterrente all'ingresso. Sicché, seppure a macchia di leopardo, siamo passati dall'epoca pre-Covid che vedeva un settore con il 99 per cento di occupazione dei posti letto e lunghe liste d'attesa, a una situazione che secondo una nostra stima - ripeto: è difficilissimo avere dati ufficiali su questo - registra tra il solo 15 o il 20 per cento dei posti letto occupati pur con grandi differenze da territorio a territorio. In alcuni casi c'è addirittura un azzeramento delle liste di attesa, fenomeno dovuto all'insieme dei fattori che ho cercato di illustrare.





**COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI**

GIOVEDÌ 28 OTTOBRE 2021

**68ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*

FEDE

*Interviene, in videoconferenza, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Luca Vecchi, delegato ANCI al welfare e sindaco di Reggio Emilia.*

Luca VECCHI. Vorrei partire dall'oggetto in senso stretto della discussione di oggi, e cioè la situazione delle RSA, descrivendo quello che è stato il percorso che come ANCI abbiamo svolto in questi mesi insieme a tanti comuni italiani. Farò poi alcune riflessioni partendo dalla condizione attuale delle RSA e dalla più generale condizione della non autosufficienza, anche nella prospettiva delle inevitabili riforme di cui ha bisogno la sanità italiana, riforme che a mio avviso dovrebbero orientarsi nel senso di una medicina più "di territorio".

Ritengo sia davanti agli occhi di tutti, con fatti assolutamente oggettivi, che le strutture per anziani in Italia, le RSA, tanto quelle più grandi quanto quelle più piccole, quasi a gestione familiare, abbiano palesato una serie di inadeguatezze nel momento in cui si è concretizzato, nel febbraio-marzo del 2020, l'avvio della pandemia. E cosa si è constatato in quel momento, nei due, tre mesi del primo *lockdown*?

È stata constatata l'impreparazione di queste strutture a fronte di un evento pandemico di enorme portata. Anche quelle meglio organizzate hanno dimostrato di esserlo sul piano dell'ospitalità, sul piano dell'accoglienza, sul versante alberghiero: sono apparse invece decisamente inadeguate dal punto di vista del supporto infermieristico e medico. Una delle prime considerazioni che occorre fare (e che ha avuto un impatto anche sulla gestione dei dispositivi di prevenzione individuale nonché, io credo, sulla capacità a valle di lavorare in modo preventivo per ridurre il numero dei decessi), è che vi sono state mancanze sul piano tecnico e gestionale e sul versante medico-sanitario.

C'è quindi un'esigenza fondamentale di integrare e potenziare con competenze

adeguate queste strutture, non soltanto per far fronte a eventuali pandemie future, ma anche per gestire il quotidiano.

Sappiamo che in Italia c'è una notevole difficoltà a trovare medici, così come una difficoltà rilevante a trovare infermieri. Sappiamo benissimo come il meglio della medicina e il meglio dell'infermieristica sia tendenzialmente portato ad atterrare sui percorsi selettivi e di reclutamento delle aziende ospedaliere. Dobbiamo allora anche essere consapevoli del fatto che questo sistema di selezione non è oggi tale da poter incrociare con efficacia i fabbisogni delle RSA.

Il tema del rafforzamento delle competenze nella Sanità che viene dall'esperienza della pandemia può valere più in generale per tutti i servizi del sistema di *welfare* dei Comuni. È un fabbisogno di competenze che abbiamo ravvisato rispetto alle persone anziane e non autosufficienti delle RSA, così come rispetto all'assistenza ai disabili.

Allo stesso tempo, però, va detto con molta franchezza che il percorso non banale, importantissimo, per certi versi epocale, che porti da una medicina più ospedaliera ad una medicina più di territorio, richiederà necessariamente maggiore integrazione dell'area sanitaria con quella sociale. In questo senso occorrerà lavorare in modo sempre più intenso, anche con provvedimenti legislativi e incentivi adeguati, a forme di collaborazione e forme di integrazione tra l'area sociale e l'area sanitaria.

Per quanto riguarda poi le RSA, oltre alla mancanza di forza lavoro medico-sanitaria nei momenti dell'emergenza, nella prospettiva del PNRR ci saranno da evidenziare alcuni altri aspetti.

Si parla spesso di riqualificazione degli edifici, efficientamento energetico, tecnologico e quant'altro, di cui vi è senz'altro bisogno, ma si pone un problema di risorse. Le RSA sono aziende in squilibrio economico e la pandemia ha accentuato questa dinamica.

Lo squilibrio economico delle RSA sussiste perché c'è rigidità rispetto agli ingressi che fa riferimento al sistema delle convenzioni: il numero degli ospiti è inevitabilmente calato per effetto delle disposizioni Covid. Quindi dove prima c'erano 50 posti letto, oggi, per ragioni di disposizioni Covid, ce ne sono meno. Peraltro, nei centri diurni c'è una ulteriore situazione di crisi che nasce dalla necessità di ripensare questo *format*.

Che il gestore sia un Comune o un privato, il modo in cui nelle nostre Regioni è impostato il sistema delle convenzioni, delle tariffazioni e della politica delle entrate di queste aziende le rende totalmente impreparate alla gestione di un aumento dei costi, in primo luogo sul lato del personale, in secondo luogo sul versante delle spese generali, in terzo luogo, durante la pandemia, sul lato spese per i dispositivi di protezione individuale.

Occorre non soltanto ripensare politicamente il concetto di RSA, ma anche individuare un format che abbia capacità di sostenibilità economica, sia nei casi in cui i comuni esternalizzano rivolgendosi al privato sociale, sia nei casi in cui sono i Comuni a essere ancora direttamente gestori.

Tutte queste cose le abbiamo riscontrate anche nelle più piccole strutture per anziani, quelle con 10, 12, 15 ospiti, e dove c'è carenza di personale, cioè di professionalità adeguate.

Sono sindaco di un Comune che ha una RSA da 700 dipendenti, 500 ospiti, 15 strutture, 100 per cento di controllo del Comune. Anche noi a Reggio Emilia abbiamo dovuto fare i conti con questi problemi: calo delle entrate, aumento dei costi, squilibrio economico-finanziario, necessità del Comune di ripianare tutti gli anni.

Quindi l'innovazione è un'esigenza positiva, un tema da porre con forza, ma va anche messo in correlazione con l'efficacia dei modelli gestionali.

In questi mesi ci siamo costantemente confrontati con la Commissione Paglia<sup>2</sup> sulla riforma della non autosufficienza e riteniamo che ci sia l'esigenza di un'innovazione che prenda in considerazione tutti quelli che sono i diversi modi di rispondere al bisogno dell'anziano non autosufficiente. Una possibile risposta può venire dall'assistenza al domicilio. Un'altra possibile risposta può venire dai centri diurni temporanei. Una ulteriore risposta può venire dalle vere e proprie RSA di residenza permanente. E poi una risposta può venire da forme di *cohousing* e di *social housing*.

Noi pensiamo come ANCI che si debba immaginare una riforma che, a partire dalle risorse necessarie, metta in campo anche aziende in grado di promuovere servizi integrati, un po' la *multiutility* del *welfare*, tanto per capirci. Questo perché pur sapendo che non potremo mai fare a meno delle RSA e che dovremo innovarle, allo stesso tempo dobbiamo anche essere consci che la stragrande maggioranza degli anziani non autosufficienti trova risposta alle sue esigenze, su un piano fattuale, o semplicemente rimanendo in casa o la trova sul mercato nero dell'assistenza domiciliare o nel sistema delle badanti più o meno regolarizzate o comunque in altre forme di assistenza socio-sanitaria.

Aggiungo una considerazione che riguarda più in generale la non autosufficienza e le politiche per la non autosufficienza. È chiaro al di là del ripensamento concettuale di questi modelli gestionali, cioè di queste aziende di gestione dei servizi per gli anziani non autosufficienti, che c'è anche un tema più generale di risorse.

---

<sup>2</sup> La Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana, presieduta da Mons. Vincenzo Paglia che ha lavorato dal 21 settembre 2020 e ha illustrato il rapporto il primo settembre 2021.

In questo senso il PNRR deve essere considerato come una importante opportunità non soltanto per riqualificare le strutture, cioè l'*hardware*, ma anche per dare gambe al *software*, cioè al gestore che produce i servizi.

La mia Regione, l'Emilia Romagna destina 500 milioni di euro alla non autosufficienza. Io non sono certo qui a tessere le lodi della Regione Emilia Romagna, ma su questo tema una cosa va detta con molta chiarezza: c'è innanzitutto bisogno di accrescere le risorse a disposizione.

Diversamente si deve essere consapevoli che le risposte non potranno mai avere un'efficacia tale da venire incontro alle esigenze della popolazione anziana in Italia, che è prevedibilmente in grande aumento.

Se si prende la curva demografica e la si proietta da qui al 2030, siamo nelle condizioni di immaginare come sarà messo il nostro Paese da qui a qualche anno nella gestione dei servizi per gli anziani e in particolar modo degli anziani non autosufficienti.

Vorrei concludere questo intervento con una considerazione che riguarda la medicina di territorio. C'è in Italia un dibattito aperto tra tutti gli *stakeholder* interessati sul futuro delle RSA. Ritengo questo dibattito molto interessante, specie laddove si ragiona sul futuro dei servizi al domicilio. È in corso una discussione, partita durante il Covid, sul futuro dell'assistenza alla non autosufficienza. Questo dibattito nel suo insieme incide anche sugli indirizzi, di cui si discute in tutte le Regioni, sul futuro della sanità italiana, sull'esigenza di passare da una medicina oggi molto ospedaliera, molto legata alla prestazione, a una medicina più di comunità.

La medicina di comunità, un tipo di medicina che potrebbe svilupparsi anche attraverso case di comunità per le quali sono peraltro previste risorse nel PNRR, richiede, però, un innovativo cambio di passo concettuale. Occorre promuovere un incontro fecondo tra le competenze del sociale e le competenze della sanità.

Perché la sfida delle case di comunità, nei quartieri, nei territori, nelle esperienze di prossimità, è principalmente la sfida del passaggio dalla prestazione alla presa in carico. E la presa in carico di una persona e l'accompagnamento di una persona nel breve, nel medio e nel lungo termine costituisce fondamentalmente l'accompagnamento in un progetto di vita.

La considererei una riforma paragonabile alla legge Basaglia.

Ripensare in questi termini il funzionamento della nostra sanità e dei nostri sistemi di *welfare* che ruotano intorno ai Comuni, costituirebbe senza dubbio un passaggio rivoluzionario, non facile e non scontato nei suoi esiti.

Credo che all'interno di questo ambito e nel quadro di queste indicazioni, i Comuni

potrebbero dare un contributo determinante. Lo dico da Sindaco, con un ruolo istituzionale importante sul versante della sanità sul territorio, benché sia principalmente l'ente Regione a finanziare la sanità.

La riforma delle RSA, la riforma dell'assistenza domiciliare, la riforma e l'introduzione delle case di comunità nel contesto più ampio della medicina di territorio richiede, a mio avviso, una rinnovata centralità di Sindaci e Comuni, in quanto essi costituiscono il perno fondamentale di un sistema di relazioni che chiama in causa anche la collaborazione con il terzo settore, con il mondo del volontariato, con le competenze sociali, con le realtà dell'impegno civico nelle città.

Vorrei chiudere con un messaggio positivo. Vorrei sottolineare che davvero siamo davanti a una stagione molto interessante per il Paese e per il Parlamento, una stagione di possibili riforme che potrebbero essere di portata storica in questo settore.



## COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI

MARTEDÌ 30 NOVEMBRE 2021

### 72ª Seduta

*Presidenza del Presidente*

FEDE

*Interviene, in videoconferenza, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, il dottor Raffaele Donini, coordinatore della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome, nonché assessore alle politiche per la salute della Regione Emilia Romagna.*

Raffaele DONINI. Per quanto riguarda l'attività delle RSA, come Conferenza delle Regioni e delle Province autonome stiamo cercando di agire lungo quattro linee operative: iniziative relative alla sorveglianza, supporto economico alle strutture, campagna vaccinale per gli ospiti e gli operatori delle strutture, garanzia e mantenimento delle relazioni degli ospiti con i familiari nelle RSA.

Quattro punti, quindi, che caratterizzano l'impegno posto in essere dalle Regioni per le RSA.

Per quanto riguarda la sorveglianza, tale attività va messa in relazione con il contesto in cui viene attivata, poiché è chiaro che molto dipende dalla facilità della trasmissione del virus in contesti a rischio, come si è visto nella prima e nella seconda ondata.

La seconda linea operativa riguarda le azioni intraprese per supportare economicamente le strutture; la terza è rappresentata dalla campagna vaccinale per ospiti e operatori delle strutture (questa azione è alla base del fatto che nella ondata di contagi di questi giorni non si registra per fortuna un numero eccessivo di nuovi casi, di ospedalizzazioni o di decessi); la quarta linea operativa, dicevo, riguarda la ripresa e il mantenimento delle relazioni tra ospiti e familiari, perché evidentemente per chi è ricoverato, per chi è degente in una RSA, è parte dello stesso trattamento e del benessere psicofisico il fatto di poter avere un contatto con i familiari.

Torno un attimo sull'attività di sorveglianza. È del tutto evidente che per gli ospiti residenti siano necessari all'ingresso nelle strutture il controllo della temperatura, la visita medica, un test antigenico o molecolare. Quanto ai test, in questi giorni ci si sta orientando verso il test molecolare, perché se è vero che i test antigenici rapidi sono più veloci e "agibili", d'altro canto essi sono meno efficaci e meno precisi.



Per quanto riguarda i familiari e i visitatori all'ingresso delle strutture, oltre al controllo della temperatura essi devono ora produrre il Green pass. Vi è poi l'obbligo di indossare le mascherine protettive, di tipo pari almeno all'FFP2. E vi è l'obbligo di compilare questionari sulle proprie condizioni di salute e riferire in ordine alle vaccinazioni, all'eventuale guarigione dal Covid o all'effettuazione di un test molecolare o antigenico rapido da non più di 48 ore.

Nei casi di Covid-19 positivi fra gli ospiti, i protocolli vigenti garantiscono l'isolamento e un test a tutti gli ospiti e al personale, nonché l'isolamento delle persone che hanno avuto contatti con gli ospiti eventualmente positivi.

Quasi tutte le RSA hanno a proprio riferimento esterno almeno un medico di famiglia. All'interno della struttura viene inoltre individuato un medico di riferimento che svolge la funzione di interfaccia con il medico di famiglia.

Peraltro, periodicamente viene fatto lo *screening* con tampone a tutto il personale.

Per quanto riguarda le azioni di sorveglianza, insisto su questo punto, esse sono continue. Inoltre viene prestata molta attenzione alle procedure di isolamento all'interno delle strutture. Allo stato i casi sono numericamente più contenuti e laddove si registra un caso è più facile che la struttura abbia spazi adeguati per garantire l'isolamento.

Per quanto riguarda dunque le azioni dirette alla sorveglianza, e in questo contesto si parla anche di contenimento della diffusione della pandemia, una fonte importante è la nota del 30 luglio 2021 del Ministero della salute, vale a dire la circolare in materia di accessi e uscite di ospiti e visitatori alle/dalle strutture residenziali sul territorio.

Tale circolare fornisce chiarimenti e precisazioni in merito alle misure organizzative volte a garantire sia il diritto di visita alle strutture residenziali (e il diritto di uscita temporanea) sia il diritto imprescindibile alla sicurezza. Lascio ad ogni buon conto agli atti della Commissione il testo della circolare.

Le azioni intraprese per supportare economicamente le strutture hanno fatto registrare lo stanziamento di contributi e finanziamenti regionali per l'acquisto di dispositivi digitali, come ad esempio telefoni cellulari, *tablet*, *software* per la gestione delle comunicazioni con i familiari degli ospiti, installazione e potenziamento dei collegamenti a *internet*, realizzazione di spazi dedicati agli incontri in sicurezza tra ospiti e familiari (in sostanza le stanze degli abbracci di cui si è tanto parlato).

Inoltre tali contributi hanno riguardato il riconoscimento di quote integrative giornaliere per posto letto e sono stati necessari per fronteggiare l'incremento di costi in ragione delle accresciute necessità assistenziali e organizzative correlate alla pandemia e sostenute dalle strutture. Quindi rimborsi da un lato e investimenti dall'altro, nonché risorse per la fornitura dei necessari dispositivi di protezione individuale per gli ospiti e gli operatori, questi ultimi particolarmente colpiti nella prima

fase.

La campagna vaccinale ha visto le strutture fondamentalmente fra le prime ad essere interessate, cosicché molte Regioni si trovano già ora in una condizione per la quale gran parte dei degenti e degli operatori sono stati vaccinati con doppia dose e, nella misura di una quota significativa, addirittura hanno ricevuto la terza dose.

Queste in estrema sintesi le cose che volevo dire.

Ad integrazione della mia relazione, do lettura a seguire della scheda tecnica del "Gruppo assistenza territoriale".

**Gruppo assistenza territoriale**  
**Audizione presso la Commissione Diritti Umani del Senato in merito alla gestione**  
**RSA**  
**nel periodo di emergenza Covid-19**

Si riporta una sintesi delle principali linee di indirizzo definite dalle Regioni e dalle Province Autonome (P.A.) finalizzate a garantire un graduale ritorno alla gestione ordinaria delle attività presso le RSA e, allo stesso tempo, ad assicurare l'osservanza delle misure di contenimento della diffusione dell'epidemia da COVID-19.

Indice della relazione:

- a. azioni di sorveglianza messe in atto*
- b. azioni intraprese per supportare economicamente le strutture*
- c. campagna vaccinale per gli ospiti ed operatori delle strutture*
- d. indicazioni fornite alle RSA per garantire la ripresa e il mantenimento delle relazioni degli ospiti con i familiari*

***Azioni di sorveglianza messe in atto***

- Monitoraggio dell'andamento dell'epidemia, con previsione di un sistema di allerta rapido dell'emergenza COVID-19 in grado di rilevare i casi nelle RSA/microcomunità, sia tra gli ospiti, sia tra il personale.
- Controllo della trasmissione in contesti ad alto rischio, con implementazione delle procedure di sorveglianza di competenza dei medici di medicina generale (MMG) con peculiare riferimento a:
  - per gli ospiti residenti, ingresso in struttura previo controllo della temperatura (<37,5), visita medica, test iniziale (molecolare o antigenico rapido), periodo di isolamento, *screening* periodico con test (molecolare o antigenico rapido);

- per familiari e visitatori, ingresso in struttura previo controllo della temperatura (<37,5), test (molecolare o antigenico rapido), obbligo di mascherina almeno FFP2 o superiore – con esclusione di filtranti facciali con valvola –, compilazione del questionario relativo alle condizioni di salute, esibizione della “*Certificazione verde COVID-19*” comprovante – ai sensi dell’art. 9 del D.L. n. 52/2021, come convertito dalla L. n. 87/2021 – lo stato di avvenuta vaccinazione contro il SARS-CoV-2 da non più di nove mesi, o di guarigione da non più di sei mesi, oppure l’effettuazione di un test molecolare o antigenico rapido da non più di quarantotto ore;
  - caso COVID-19 positivo fra gli ospiti: isolamento del caso, test a tutti gli ospiti e a tutto il personale, isolamento dei contatti dell’ospite positivo;
  - situazioni specifiche: previsione di uno *screening* con tampone per ospiti e operatori;
  - identificazione di un coordinatore medico in tutte le strutture che fungesse da raccordo tra MMG e struttura;
  - identificazione di un referente COVID-19 di struttura che fosse responsabile del controllo dell’applicazione dei provvedimenti;
  - screening periodico con tampone a tutto il personale delle strutture pubbliche e private.
- Verifica dell’appropriatezza delle procedure di isolamento all’interno delle strutture.
  - Previsione di procedure *ad hoc* per lo smaltimento dei rifiuti di assistiti non contagiati o contagiati o sospetti.
  - Previsione di procedure *ad hoc* per la gestione dei decessi di ospiti non contagiati o contagiati.

A fine luglio è intervenuta la nota prot. n. 14049 del 30 luglio 2021 del Ministero della salute con la quale viene trasmessa una circolare in materia di accesso/uscita di ospiti e visitatori presso le strutture residenziali della rete territoriale.

La circolare chiarisce la normativa vigente e, confermando in generale le indicazioni dell’Ordinanza del Ministro della salute (MDS) dell’8 maggio 2021, fornisce chiarimenti e precisazioni in merito alle misure organizzative volte a garantire in sicurezza il diritto di visita all’interno delle strutture residenziali e il diritto di uscite temporanee.

La circolare richiama, fra le misure organizzative da mettere in atto, l’opportunità di:

- assicurare ad un familiare dell’ospite della struttura, purché munito della certificazione verde COVID-19, l’accesso alle residenze sanitarie assistenziali e alle residenze assistenziali per persone con disabilità, tutti i giorni della settimana anche festivi, garantendo allo stesso modo che la visita si svolga in un tempo congruo al bisogno di assistenza con una durata, di massima, possibilmente, di circa quarantacinque minuti;

- assicurare che gli incontri si svolgano nel rispetto della necessaria riservatezza, auspicando che il personale incaricato della verifica del rispetto dei protocolli sanitari operi con la necessaria discrezione, sorvegliando i locali/spazi dedicati agli incontri senza la necessità di un controllo per ciascuna singola visita;
- garantire le uscite temporanee dalle strutture residenziali degli ospiti muniti delle certificazioni verdi COVID-19, senza che sia necessario, dopo il rientro, ricorrere a specifiche misure di isolamento, se non in casi particolari rimessi alle decisioni delle direzioni sanitarie;
- valutare la possibilità di coinvolgere le associazioni dei familiari e di volontariato nella regolamentazione delle procedure di accesso alle strutture, per accelerare i tempi di ingresso, in modo da poter dedicare maggior tempo alle visite.

Dalla ricognizione effettuata ad agosto 2020 dalle Regioni e dalle P.A. in collaborazione con Agenas, circa l'attuazione delle misure organizzative per gli accessi e le uscite in sicurezza nelle strutture residenziali della rete territoriale, è risultato che:

- le informazioni sulle modalità organizzative adottate dalle strutture sono state trasmesse alle Aziende sanitarie, incaricate anche delle attività di verifica, audit e formative/informative. Talvolta le attività di verifica sono state realizzate congiuntamente da Regioni/P.A. e Aziende sanitarie; in alcuni casi anche con l'istituzione di tavoli *multistakeholder* con il coinvolgimento di Organizzazioni sindacali, Enti locali e gestori delle strutture; in altri casi ancora le azioni di monitoraggio delle Aziende sono state oggetto di periodico confronto con le Regioni/P.A.; solo in una Regione è stato previsto di affiancare i Direttori di Distretto con l'istituzione di un'unica direzione medico-sanitaria dedicata a supportare, monitorare e dare indicazioni uniformi alle strutture;
- in alcune realtà regionali le verifiche sono state effettuate agganciandosi ai sistemi informativi regionali già avviati per il monitoraggio dell'andamento della pandemia nelle strutture, sistemi integrati per raccogliere le informazioni relative all'applicazione dell'Ordinanza del Ministro della salute dell'8 maggio 2021; in altri casi, invece, sono stati predisposti appositi sistemi informativi per condurre le attività di monitoraggio di cui alla citata Ordinanza;
- di norma, il monitoraggio basato sui sistemi informativi è stato settimanale;
- le attività di formazione/informazione/audit rivolte agli operatori delle strutture sono state svolte dalle Regioni o dalle Aziende sanitarie e prevalentemente *online*; infine, sono state segnalate anche attività di *audit* interno;
- nella maggior parte delle realtà regionali:
  - per le uscite programmate e temporanee degli ospiti e i rientri in famiglia, le strutture hanno previsto non solo una specifica regolamentazione che tiene conto delle condizioni dell'ospite

stesso (situazione clinica e stato vaccinale), ma anche la sottoscrizione di un patto di reciproca responsabilità/condivisione del rischio;

- di norma le suddette uscite restano consentite solo nei casi necessari e non occorre più osservare le misure di isolamento dopo il rientro, purché gli ospiti, così come i loro familiari, siano muniti di certificazioni verdi COVID-19.

Da ottobre ha preso avvio una seconda fase di monitoraggio che prevede il coinvolgimento delle singole strutture. Il primo *round* ha riguardato le “Strutture residenziali per persone non autosufficienti – RSA (art. 30 D.P.C.M. 12 gennaio 2017)” e le “Strutture residenziali per persone con disabilità (art. 34 D.P.C.M. 12 gennaio 2017)”. Le Regioni aderenti (direttamente o tramite il supporto delle Aziende sanitarie) hanno promosso la partecipazione delle strutture residenziali socio-sanitarie accreditate per anziani e disabili attraverso la compilazione di un questionario *online* sull'apposita piattaforma di Agenas. Al termine del periodo di monitoraggio, Agenas redigerà un *report* per il Ministero della salute. È previsto un secondo *round* a distanza di circa due mesi, con l'estensione delle tipologie di strutture coinvolte.

#### ***Azioni intraprese per supportare economicamente le strutture***

- Stanziamento di contributi e finanziamenti regionali per l'acquisto di dispositivi digitali (cellulari, *tablet*), *software* per la gestione delle comunicazioni con i familiari degli ospiti, installazione o potenziamento del collegamento internet, realizzazione di spazi dedicati agli incontri in sicurezza tra ospite e familiari (tra cui “stanza degli abbracci”).
- Riconoscimento di quote integrative giornaliere per posto letto per fronteggiare l'incremento di costi per necessità assistenziali e organizzative COVID correlate sostenuti dalle strutture.
- Fornitura dei necessari dispositivi di protezione individuale per gli operatori addetti all'assistenza e per gli ospiti delle strutture e contributi economici per l'acquisto degli stessi.
- Supporto per la trasformazione delle strutture socio-sanitarie in strutture a gestione USL per ospiti non autosufficienti positivi al COVID-19 e accordi contrattuali temporanei per la riconversione di RSA in struttura di Cure Intermedie per ospiti positivi al COVID-19.

#### ***Campagna vaccinale per gli ospiti ed operatori delle strutture***

- Vaccinazione prioritaria agli ospiti da parte dei MMG o di altri professionisti.
- Emanazione di indicazioni operative per l'applicazione dell'art. 5 “*Manifestazione del consenso al trattamento sanitario del vaccino anti covid-19 per i soggetti incapaci ricoverati presso strutture*”

*sanitarie assistite*” del D.L. n. 1/2021, per agevolare le strutture a raccogliere le manifestazioni di consenso informato espresse dagli ospiti.

- Realizzazione di un apposito spazio *web* (ovvero *mail* dedicata) riservato alle strutture assistenziali per l’invio di segnalazioni e/o richieste di informazione su problematiche inerenti la vaccinazione degli ospiti.
- In virtù di quanto previsto dall’art. 4-*bis* in materia di obblighi vaccinali per i lavoratori di strutture sanitarie, sociosanitarie e socioassistenziali come modificato dalla L. 24 settembre 2021, n. 133, di conversione del D.L. 6 agosto 2021 n. 111, da ottobre, Regioni e P.A. hanno garantito l’estensione dell’obbligo vaccinale a tutti i soggetti, anche esterni, che svolgono, a qualsiasi titolo, la propria attività lavorativa nelle suddette strutture, incluse le strutture semiresidenziali e quelle che, a qualsiasi titolo, ospitano persone in situazione di fragilità.

Dalla ricognizione effettuata ad agosto dalle Regioni e dalle P.A. in collaborazione con Agenas è emerso che in quasi tutte le Regioni e le P.A., praticamente tutti gli ospiti e gli operatori delle residenze risultano vaccinati:

- per gli ospiti, le percentuali di copertura con I dose variano tra il 93 per cento e il 100 per cento, mentre le percentuali di copertura con II dose vanno dall’80 per cento al 100 per cento;
- per gli operatori, le percentuali di copertura con I dose vanno dal 79 per cento al 100 per cento e le percentuali di copertura con II dose variano dal 76 per cento al 100 per cento.

Inoltre, ha preso avvio la somministrazione della dose aggiuntiva di vaccino anti COVID-19 per le popolazioni a rischio, fra cui: ospiti/operatori di RSA/CRA e soggetti di età uguale o superiore a 80 anni, per i quali siano trascorsi almeno sei mesi dal completamento del ciclo vaccinale. E successivamente, saranno vaccinati i soggetti ad elevata fragilità che rientrano nella cosiddetta categoria 1 e tutti gli ultrasessantenni. Contestualmente verrà offerta la possibilità di co-somministrazione con vaccino antinfluenzale.

~

Di seguito si riporta **una breve relazione sulle indicazioni fornite alle RSA per garantire la ripresa e il mantenimento in sicurezza delle relazioni degli ospiti con i propri cari.**

A far data dalla dichiarazione dello stato di emergenza ex Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020 – le Istituzioni regionali e provinciali hanno previsto misure di contenimento del

contagio da COVID-19 adeguandole al contesto epidemiologico del momento, limitando al contempo il rischio di isolamento sociale cui erano esposti gli ospiti delle strutture assistenziali.

Volendo dare conto della progressiva mitigazione dei provvedimenti emanati nel corso dell'anno 2020 sino a novembre 2021, si riporta di seguito una sintesi delle principali indicazioni fornite alle RSA dalle Regioni e dalle Province Autonome, in ordine dalla più alla meno rigida:

- divieto di accesso alle strutture assistenziali rivolto ai familiari e ai visitatori degli ospiti ivi residenti in applicazione delle normative emergenziali emanate dal Governo, con la possibilità di mantenere le relazioni per mezzo di videochiamate o di comunicazioni a distanza, con frequenza almeno bisettimanale;
- autorizzazione delle visite di familiari e visitatori limitata alle indicazioni della direzione sanitaria della struttura o del responsabile sanitario competente;
- realizzazione di spazi dedicati agli incontri in sicurezza tra ospite e familiari/visitatori – prevalentemente all'aperto o ben areabili – e/o allestimento della “stanza degli abbracci”: installazioni costituite da pareti trasparenti con apposite maniche in materiale adatto alla sanificazione;
- obbligo della mascherina, almeno FFP2 o superiore – con esclusione di filtranti facciali con valvola – indossata correttamente e, comunque, compatibilmente con le condizioni cliniche e la tollerabilità del soggetto;
- autorizzazione delle visite di familiari e visitatori limitata al periodo delle festività natalizie o pasquali, con adozione delle opportune misure di precauzione;
- previsione di procedure di accesso, visite e uscite temporanee dalle strutture diversificate e privilegiate per i soggetti in possesso di “Certificazione verde COVID-19” ex art. 9 del D.L. n. 52/2021, conv. in L. n. 87/2021;
- possibilità di utilizzare i test antigenici rapidi per i familiari/parenti/visitatori degli assistiti delle strutture residenziali per le persone anziane e con disabilità;
- richiesta alle strutture di predisporre un “piano visite” specifico in cui siano declinate le misure igieniche da rispettare ed i dispositivi di protezione da utilizzare, le indicazioni per il tracciamento degli accessi, la possibilità di misure personalizzate per situazioni particolari in cui è necessario adattare le modalità e le azioni previste per garantire comunque il benessere psicosociale dei residenti al fine di mitigare i disagi causati dalle misure di prevenzione introdotte per contrastare la pandemia.

Tutte le misure soprariportate sono sempre state da considerarsi modificabili – in senso peggiorativo o migliorativo – a seconda del contesto epidemiologico del momento e delle indicazioni applicative delle disposizioni del Ministero della salute, del direttore sanitario o del responsabile di struttura.

La Circolare ministeriale di luglio 2021 che ha confermato in generale le sopradescritte indicazioni fornite alle RSA in attuazione della Ordinanza di maggio 2021, è stata applicata e dai monitoraggi di agosto circa l'attuazione delle misure organizzative per l'accesso in sicurezza nelle strutture residenziali della rete territoriale è risultato che in quasi tutte le realtà regionali:

- le strutture hanno garantito le visite dei familiari e la maggior parte è riuscita ad assicurare ai soggetti autorizzati visite giornaliere e settimanali frequenti, anche nei giorni festivi, adattando la durata della visita ai bisogni degli ospiti;
- è stata prevista la programmazione degli accessi: essi devono essere prenotati, autorizzati e registrati; viene verificato il possesso della Certificazione verde COVID-19 e sono stati mantenuti: *check-list* pre ingresso, compilazione accurata del registro dei visitatori, rigoroso rispetto delle norme igienico-sanitarie individuali;
- è stata prevista la sottoscrizione del “Patto di corresponsabilità/Patto di condivisione del rischio” da parte del visitatore, patto che comporta l’impegno di mantenere comportamenti corretti prima, durante e dopo la visita;
- è stato garantito lo svolgimento degli incontri fra residenti e visitatori nel rispetto della necessaria riservatezza, sotto la sorveglianza il più possibile discreta del personale incaricato della verifica del rispetto dei protocolli sanitari e senza la necessità di un controllo per ciascuna singola visita;
- laddove possibile, sono state coinvolte le associazioni dei familiari e di volontariato nella regolamentazione delle procedure di accesso alle strutture, per accelerare i tempi di ingresso e prolungare la durata delle visite.





## COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI

GIOVEDÌ 13 GENNAIO 2022

### 75ª Seduta

*Presidenza del Presidente*

FEDE

*Intervengono in videoconferenza, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, la dottoressa Debora Del Pistoia, campaign senior officer, e Francesca Loffari, institutional affairs senior officer, di Amnesty International Italia.*

Debora DEL PISTOIA. *Amnesty International* ha svolto sulle RSA un attento lavoro di documentazione e di monitoraggio sul rispetto dei diritti umani, un lavoro iniziato nel pieno della prima fase emergenziale che continuiamo tuttora sia in Italia che in altri Paesi europei, tra cui Belgio, Spagna e Inghilterra. Ci avviciniamo oggi ai due anni dalla prima dichiarazione dello stato di emergenza e molte delle problematiche che avevamo evidenziato nel primo rapporto dal titolo "Abbandonati", pubblicato nel dicembre 2020 - in cui denunciavamo le violazioni del diritto alla vita, alla salute, alla non discriminazione, ma anche alla vita privata e familiare delle persone anziane nelle RSA - sono state risolte. Restano tuttavia ancora oggi in piedi criticità assolutamente irrisolte su temi molto importanti per la salute delle persone anziane che si trovano a vivere in queste strutture. In primo luogo c'è da dire che continuano a mancare dati precisi, aggiornati e raccolti a livello nazionale sul sistema socio-sanitario in Italia e in particolare sulle RSA che, appunto, non dispongono di un sistema informativo organizzato a livello nazionale capace di fornirci una fotografia di quanto avviene all'interno di queste strutture. Pertanto, concretamente, non siamo oggi in grado di poter valutare le necessità delle persone anziane che si trovano a vivere nelle RSA.

In secondo luogo si ripropone oggi, purtroppo, una delle gravi criticità vissute nella prima fase della pandemia, ovvero il trasferimento di pazienti positivi al Covid dimessi da ospedali o addirittura anche da altre strutture, in particolare da navi quarantena, verso le RSA. Ricevevamo già verso la metà di dicembre segnalazioni da parte di direzioni sanitarie in alcune strutture della Lombardia rispetto a comunicazioni delle ATS per l'attivazione di posti

temporanei di ipercure subacute per pazienti positivi all'interno delle RSA. Nelle settimane successive abbiamo poi avuto informazione che anche in altre Regioni (tra cui Toscana e Marche) si stava pensando alla stessa soluzione. In altri casi abbiamo ricevuto poi segnalazioni allarmate di possibili trasferimenti da navi quarantena di persone positive, in particolare in Liguria. Per quanto riguarda la Lombardia, tale Regione è stata ampiamente criticata nel marzo 2020 per la famosa direttiva dell'8 marzo che prevedeva questo tipo di trasferimenti e che, a detta di molti operatori e direttori sanitari delle strutture, è stata "complice" in qualche modo dell'aumento dei contagi all'interno delle RSA. La speranza è che questi problemi non si ripresentino, in particolare la grave promiscuità che era stata denunciata a più riprese, perché le RSA non sono le strutture più adatte al momento attuale per questo tipo di trasferimenti e, a due anni dall'inizio della pandemia, è necessario che si trovino soluzioni alternative.

In terzo luogo, in questa fase di nuovo affanno del settore sanitario persiste il rischio di ulteriori discriminazioni nell'accesso alle cure per i pazienti anziani, soprattutto in caso di saturazione degli ospedali, cosa che avevamo peraltro denunciato nella prima fase pandemica. Siamo ovviamente consapevoli delle difficoltà che sta attraversando il settore sanitario, ma continuiamo a chiedere garanzie sul fatto che decisioni di natura medica siano sempre ed esclusivamente basate su valutazioni cliniche personalizzate e su specifiche necessità mediche.

In quarto luogo vorrei in breve fare riferimento a un tema estremamente grave, che è quello dell'isolamento prolungato dei pazienti anziani nelle RSA. Questo avviene a causa dell'ampio margine di discrezionalità che le direzioni sanitarie continuano ad avere all'interno delle strutture e che non garantiscono in molti casi il diritto di visita alle famiglie, in violazione dell'ordinanza del ministro Speranza del maggio 2021 e, successivamente, di un emendamento al cosiddetto decreto Green Pass, l'emendamento 4-bis. Riceviamo ancora segnalazioni di parenti allarmati rispetto a visite che non hanno luogo e persone anziane che continuano ad avere ripercussioni molto gravi sul loro equilibrio psicologico e sulle capacità cognitive e di mobilità.

Purtroppo ad oggi la maggior parte delle strutture apre alle visite una sola volta alla settimana o addirittura, in alcuni casi, ogni dieci giorni, e con tempi nettamente inferiori a quelli definiti dalla legge. Non esistono misure a rischio zero, ma è necessario che il diritto di visita sia al centro delle politiche che riguardano le RSA e che le disposizioni che le riguardano vengano rispettate in maniera omogenea su tutto il territorio nazionale.

Abbiamo avuto segnalazione di iniziative anche di familiari e di comitati di parenti che hanno chiesto l'intervento urgente del Garante nazionale dei diritti delle persone private

delle libertà personali, che già si era occupato di RSA e dell'isolamento prolungato nel marzo 2020 da un lato esprimendo forte preoccupazione per le restrizioni, dall'altro indicando i rischi che questa situazione avrebbe potuto comportare per le persone anziane rispetto a comportamenti conflittuali, maltrattamenti, abusi e strumenti di contenzione, proprio in ragione dell'isolamento prolungato. Sembra che, appunto, il Garante nazionale abbia aperto un'istruttoria e continuiamo ad insistere sulla necessità di garantire politiche di visita adeguate.

Da ultimo preme segnalare un tema che rappresenta un'emergenza strutturale, ma che si è notevolmente aggravato con il progredire della pandemia. Si tratta dell'ampio tema legato al personale sanitario e socio-sanitario nelle RSA al quale abbiamo dedicato un rapporto specifico (un secondo rapporto), uscito nell'ottobre del 2021, dal titolo "Messi a tacere e inascoltati in piena pandemia". È un rapporto che cerca di far luce sulle condizioni di lavoro in un settore che già prima della pandemia presentava condizioni estremamente precarie, con un'altissima frammentazione contrattuale. Perché parliamo di almeno 42 contratti diversi applicati nelle RSA e di un'altissima esternalizzazione. Non esistono dati esaustivi, ma i dati del centro di ricerca CERGAS parlano del 75 per cento del personale nelle RSA censito come personale in *outsourcing*, quindi assunto da cooperative, agenzie di somministrazione e liberi professionisti. Come tutti i settori precari, quello delle RSA è un settore che ha un'altissima presenza femminile, circa l'85%, e moltissime persone con *background* migratorio, e la carenza di organico è assolutamente strutturale, le retribuzioni sono basse, le condizioni di lavoro non eque e non dignitose. Tali condizioni si sono aggravate con la pandemia, costringendo i lavoratori a operare in situazioni davvero estreme, non solo a causa del personale carente, venuto a mancare per malattia, ma anche per le frequenti migrazioni verso gli ospedali che hanno seguito procedure straordinarie di assunzione.

E queste condizioni, in particolare i turni estenuanti di lavoro, sono stati sperimentati in modo ancora più duro da lavoratori esternalizzati, che sono stati utilizzati come una sorta di "tappabuchi". Il tutto è avvenuto anche per la mancanza di controlli efficaci da parte degli organismi preposti, *in primis* l'Ispettorato nazionale del lavoro, la cui attività ispettiva è risultata purtroppo nettamente depotenziata, addirittura dell'80 per cento, tra il 2017 e il 2020. È mancato un organismo di controllo essenziale che non ha potuto compiere interventi tempestivi anche in caso di segnalazioni di irregolarità rispetto alla legislazione sul lavoro o alle misure di sicurezza e di salute sul lavoro. Sono tutte cose che segnaliamo nella nostra relazione. Talune anomalie erano state individuate negli anni precedenti, come ad esempio quelle venute alla luce grazie ai controlli effettuati dall'Ispettorato nazionale sul lavoro. Solo nel 2020, per esempio, l'Ispettorato aveva trovato inadempienze nel 66 per cento delle

ispezioni che riguardavano rapporti di lavoro, e irregolarità erano emerse addirittura presso il 78 per cento delle cooperative sulle quali erano stati effettuati controlli, cooperative che gestiscono gran parte del settore delle RSA. Irregolarità erano emerse inoltre sull'uso di contratti atipici e flessibili.

Nel nostro rapporto denunciavamo gravi violazioni della libertà d'espressione, associazione e riunione sindacale proprio nelle RSA, citando casi specifici di operatori che hanno segnalato sia attraverso i mezzi di comunicazione, sia a volte attraverso vere e proprie denunce all'autorità giudiziaria criticità nell'applicazione delle misure di salute e di sicurezza nelle RSA durante la pandemia, criticità che, tra l'altro, hanno portato alle gravi conseguenze che conosciamo, tra cui l'aumento delle infezioni e della mortalità.

Molti operatori, a seguito di queste denunce, sono stati colpiti da misure disciplinari, in taluni casi addirittura licenziati. Vi sono stati anche casi di sindacalisti che hanno subito ritorsioni a causa della loro attività sindacale. Nel rapporto segnaliamo una decina di casi di sospensione e licenziamento, ma temiamo che si tratti solo della punta dell'*iceberg*, considerato il contesto di rappresaglie e di ritorsioni che per la ricerca è stato denunciato dai lavoratori intervistati e dai sindacati. Riteniamo tutto ciò estremamente allarmante. Ci sono stati situazioni in cui l'autorità giudiziaria ha riconosciuto che le misure adottate contro i lavoratori costituivano vere e proprie rappresaglie.

In particolare, vorrei dire di un caso abbastanza rappresentativo, relativo a un operatore sanitario con un contratto che lo legava ad una cooperativa operante in una RSA di Milano, licenziato nel maggio 2020 insieme ad altri colleghi proprio per aver denunciato alla direzione che questa impediva l'utilizzo delle mascherine sul luogo di lavoro, esponendo così il personale ad un maggior rischio di contrarre il Covid. Quest'anno, nel maggio 2020, il Tribunale di Milano ha finalmente ordinato il reintegro di questo operatore sottolineando che, ovviamente, informare le autorità giudiziarie sulle irregolarità non è un motivo lecito per interrompere il rapporto di lavoro. Sappiamo che in Italia esiste una legge del 2017 sul *whistleblowing* che tutela i lavoratori che denunciano irregolarità sia nel settore pubblico che privato, ma sappiamo anche che nel settore privato, purtroppo, non esiste un portato precettivo della norma e che alla fine resta alla discrezionalità delle imprese se istituire sistemi di segnalazione interni che siano protetti e sicuri. E questo è un elemento di notevole peso se si considera che il 73 per cento delle strutture delle RSA in Italia sono private. Ci sono quindi forti dubbi sul fatto che i lavoratori nel settore privato abbiano avuto tutte le possibilità di esprimere l'insieme delle criticità di cui erano a conoscenza attraverso canali sicuri.

Esiste poi una direttiva europea che l'Italia avrebbe dovuto recepire entro dicembre

2021, ma su cui ancora non ci sono informazioni precise e trasparenti, che estenderebbe tali tutele a una gamma ancora più estesa di soggetti. Chiederebbe a tutte le imprese con minimo 50 dipendenti di realizzare canali di segnalazione sicuri e protetti. È una direttiva importante perché assicurerebbe un livello minimo di protezione. All'interno dell'Unione europea ben 13 Paesi hanno avviato, già da mesi, il recepimento della direttiva, per di più nella maggior parte dei casi con una consultazione pubblica e trasparente e con il coinvolgimento della società civile. In Italia, come denunciava un mese fa l'organizzazione *Transparency International*, questa trasparenza e partecipazione ancora non si vede, mentre è sempre più urgente che questa direttiva venga adottata.

Francesca LOFFARI. Ad integrazione di quanto è stato appena detto vorrei solo informare che *Amnesty International* intende rappresentare diverse esigenze non solo alle autorità di governo, ma anche ai membri del Parlamento. In particolare, alla luce delle violazioni fin qui riportate da tempo chiediamo al Parlamento di istituire una Commissione parlamentare d'inchiesta che prenda in considerazione *in primis* l'allarme lanciato da lavoratori e lavoratrici delle RSA, dai sindacati, dalle famiglie. Tale Commissione dovrebbe esaminare in profondità la preparazione generale delle RSA alla pandemia e la risposta di tali strutture all'emergenza sanitaria. L'inchiesta, a nostro avviso, dovrebbe fondarsi su un approccio basato sui diritti umani, dovrebbe partire quindi dagli obblighi assunti dall'Italia anche a livello internazionale nella promozione dei diritti umani. E dovrebbe esaminare le più ampie questioni strutturali che hanno pesato in maniera significativa sulla risposta del "sistema Paese" al Covid-19, in particolare rispetto alla prima ondata pandemica. L'inchiesta dovrebbe garantire il più ampio coinvolgimento delle lavoratrici, dei lavoratori, degli ospiti anziani delle RSA, delle famiglie, in particolare delle famiglie colpite dai lutti e dovrebbe approfondire una serie di questioni a nostro avviso importanti, in ordine alle quali vorrei brevemente soffermarmi.

Dovrebbe esaminare innanzitutto se vi sono state violazioni ai diritti alla vita, alla salute, alla non discriminazione delle persone anziane ospiti di RSA; dovrebbe esaminare l'adeguatezza del supporto organizzativo del sistema ed il supporto dato dall'Esecutivo al settore dei presidi residenziali, socio-sanitari e socio-assistenziali per persone anziane; dovrebbe poi esaminare la misura in cui i diritti e la sicurezza degli operatori sanitari nelle strutture sono stati rispettati durante la pandemia, in particolare se sono state adottate le misure necessarie per garantire, ad esempio, l'accesso a dispositivi di protezione individuali adeguati in termini di qualità e quantità; se sono state fornite le linee guida per corsi di formazione,

anche se brevi perché tarati sull'emergenza, ma fondamentali per la protezione del personale e dei pazienti ricoverati e ospitati; dovrebbe esaminare il grado di salute e di sicurezza nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali durante la pandemia; i problemi sollevati dalle lavoratrici e i lavoratori delle strutture circa la mancanza di un ambiente di lavoro sano e sicuro e di condizioni di lavoro eque e dignitose.

In molte realtà è stato rilevato che le condizioni di lavoro non sono state sostenibili in termini di carichi di lavoro e di emolumenti. A nostro avviso, una siffatta Commissione potrebbe lavorare su tale aspetto. Un'altra questione che dovrebbe essere presa in considerazione riguarda talune criticità che il settore mostra da tempo, come ad esempio la carenza di personale, le cattive condizioni di lavoro e anche il divario retributivo. Infine, bisognerebbe analizzare le violazioni e gli abusi del diritto alla libertà di espressione e di associazione, perché abbiamo potuto rilevare che lavoratrici e lavoratori, quando hanno segnalato malfunzionamenti, hanno subito ritorsioni importanti dai datori di lavoro. Da ultimo, ribadendo quello che già è stato detto, vorremmo che la direttiva 1937 del 2019 dell'Unione europea venisse prontamente recepita dall'Italia allo scopo di garantire la protezione della cosiddetta figura del *whistleblower* e imporre a tutti i datori di lavoro, sia nel pubblico sia nel privato, di dotarsi di sistemi e meccanismi di segnalazione che diano garanzia di riservatezza a lavoratrici e lavoratori quando intendono mettere in evidenza aspetti critici per quanto riguarda la sicurezza sui luoghi di lavoro.

Concludo dicendo che al momento ci risultano al vaglio parlamentare diverse proposte per la istituzione di siffatta Commissione d'inchiesta. Alcune proposte si concentrano su efficienza e efficacia del sistema delle RSA, altre si concentrano di più sulle modalità di risposta e gestione della pandemia. Spiace dover constatare che purtroppo tali proposte sono tutte ferme, molte sono ferme in Commissione Igiene e Sanità del Senato. Come Amnesty International chiediamo convintamente che l'esame di queste proposte proceda su significativi passi avanti. Occorre uno sforzo in tal senso, necessario proprio perché è indispensabile che il Parlamento onori il suo ruolo di garante e perché crediamo fermamente che possa far luce sulle maggiori criticità riscontrate in questo settore.

## COMMISSIONE STRAORDINARIA PER LA TUTELA E LA PROMOZIONE DEI DIRITTI UMANI

GIOVEDÌ 3 MARZO 2022

**79ª Seduta**

*Presidenza del Presidente*

FEDE

*Intervengono, ai sensi dell'articolo 48 del Regolamento, monsignor Vincenzo Paglia, coordinatore, e il professor Leonardo Palombi, segretario, della Cabina di regia per la riforma delle politiche in favore della popolazione anziana.*

Mons. Vincenzo PAGLIA. Più volte in questi mesi ho avuto modo di ribadire la mia profonda convinzione della necessità di un cambio di paradigma non solo circa l'assistenza agli anziani, ma anche circa la nostra percezione e l'atteggiamento complessivo nei confronti di questa stagione della vita. Non è un caso che abbiamo proposto e deciso che la nuova Commissione insediatasi a Palazzo Chigi abbia per obiettivo tutte le "politiche in favore della popolazione anziana". Vorrei infatti esprimere in questa autorevole sede un dubbio su quanto andiamo complessivamente operando per gli over 65: in particolare occorre approfondire il nostro approccio verso la disabilità e la non autosufficienza. Si tratta di due temi di grandissima importanza, lo riconosco, ma sono anche convinto che non si può guardare al mondo degli anziani solo attraverso queste prospettive. Ne uscirebbe un quadro distorto. Non si definisce un uomo attraverso le sue malattie, o una donna per la quantità di farmaci che assume, o per le protesi che deve utilizzare. Abbiamo una età della vita da "inventare", cioè per la quale costruire una prospettiva che sappia cogliere le necessità e le risorse, i diritti, le peculiarità ed anche il ruolo che essa deve avere nella nostra società.

Per questo siamo partiti dai diritti degli anziani e dai doveri della comunità, per questo come *Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione anziana*, voluta dal Ministro della salute, abbiamo realizzato la *Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità*, che è stata presentata nel settembre 2021 al Presidente del Consiglio. La rivoluzione demografica avvenuta dalla metà del secolo scorso ha portato alla luce una sorta di "nuovo continente", quello degli anziani. Non che prima non ce ne fossero,



di anziani. Ma oggi è la prima volta nella storia che si prospetta una vecchiaia di massa. Si tratta di milioni e milioni di anziani in più, senza però che ci sia su questo nuovo continente o, se si vuole, su questo nuovo popolo, un qualche pensiero politico, spirituale, sociale. È una terra incognita, abitata da persone per il cui futuro non immaginiamo quasi nulla.

Insomma, la vecchiaia di oggi è una età che deve essere inventata. Sta rivoluzionando l'intero assetto della convivenza. C'è urgente bisogno di una nuova visione, anche perché la longevità non è una semplice aggiunta temporale: essa modifica profondamente il nostro rapporto con l'esistenza.

Qualcuno potrebbe dire che parlare di diritti è una pia illusione e che ben altra è la realtà. Gli anziani sono spesso visti come un problema per il Paese (basti pensare alla spesa previdenziale, ospedaliera, farmaceutica e altro). Purtroppo, ci si dimentica che gli anziani non solo hanno più che guadagnato per garantirsi il necessario sollievo previdenziale e assistenziale, ma sono spesso protagonisti dell'assistenza, ad esempio nei confronti dei nipoti o dei loro coniugi coetanei. E non dimentichiamo che rappresentano una quota di mercato e del lavoro ad essa associato piuttosto ragguardevole, stimata da alcuni in oltre 200 miliardi di euro annui.

La visione degli anziani proposta dalla Carta li presenta come un possibile motore di sviluppo inclusivo e sostenibile del Paese. Insomma, gli anziani, da problema possono diventare una opportunità per la crescita del nostro modello sociale ed economico.

All'interno di questa cornice possiamo collocare il lavoro di analisi e la proposta della Commissione.

L'analisi: una recente indagine della Commissione in collaborazione con ISTAT su un vasto campione di interviste del 2019 (vedi allegato 1) ha evidenziato che nella popolazione over 75, di circa 7 milioni di persone nel suo complesso, esiste uno specifico sottogruppo di 2,7 milioni di anziani caratterizzato da forti difficoltà motorie o da gravi limitazioni nella attività di cura della persona e/o strumentali della vita quotidiana e frequenti comorbidità. Fra costoro ben 1,3 milioni dichiarano di non avere aiuto alcuno o non adeguato e 1 milione vive solo o con coniuge anziano. Oltre 200.000 anziani denunciano un reddito ai limiti della sopravvivenza, al di sotto dei 600 euro mensili e altri 300.000 al di sotto degli 800 euro. Lo stesso rapporto evidenzia che circa 400.000 over 75 vivono con difficoltà motorie in appartamenti o case senza ascensore o con scale interne. È evidente che tali condizioni di povertà, di isolamento sociale e di scarsa agibilità dell'ambiente domestico e di quello circostante, senza una risposta adeguata, comportano un incremento del rischio di malattie, soprattutto se combinate con limitazioni motorie e delle attività quotidiane. A solo titolo di

esempio, la letteratura scientifica riporta un incremento del rischio di mortalità generale nell'ordine del 26 per cento nell'anziano che vive solo. Il rischio di sviluppare patologie cardiovascolari aumenta del 42 per cento e raddoppia quello di morire per le medesime cause. Il *target* della riforma parte da questi numeri e dalla convinzione che intercettare sul territorio e presso le abitazioni questa domanda di aiuto e di supporto sociale ed economico ne ritarderà o limiterà sostanzialmente la trasformazione in domanda sanitaria, per certi versi impropria, costosissima e non sostenibile. Per dare una misura di questo fatto si pensi che gli anziani in cura residenziale (RSA o strutture similari) sono 290.000, ovvero circa un decimo del numero di cui ho detto prima, relativo alle persone anziane che vivono in casa con difficoltà motorie e in condizioni di bisogno.

Si propone pertanto una profonda trasformazione delle RSA all'interno di un "*continuum* assistenziale" che, in omaggio a quanto prima espresso, offra agli anziani una presa in carico ed una articolazione di servizi che parta dalla prevenzione, dal monitoraggio e dalla inclusione, e che giunga fino all'accompagnamento alla morte con cure palliative. Nel contesto di cui sopra penso ad esempio anche alla trasformazione delle RSA in centri diurni integrati e polifunzionali per quella porzione di anziani per i quali nulla è previsto: penso ai quasi 2,5 milioni di over 65 che vivono in paesi sotto i 5.000 abitanti, quasi sempre senza aiuto alcuno se non quello familiare (quando presente).

Per altro verso, l'assistenza presso l'abitazione deve recuperare una sua centralità, dal momento che oggi non è così. L'analisi dei servizi domiciliari attualmente offerti dal SSN rivela una quantità del tutto insufficiente di ore di assistenza erogate in ADI (Assistenza Domiciliare Integrata): circa 16 all'anno per anziano over 65. Pur collocandosi l'Italia — sulla carta — in posizione non lontana da alcuni Paesi europei in termini di percentuale di pazienti assistiti, l'investimento sul territorio e presso l'abitazione non supera complessivamente i 2 miliardi annui, mentre è di 12 miliardi la spesa per RSA sostenuta da Amministrazioni e cittadini. Si impone un potenziamento dell'assistenza domiciliare e la limitazione al ricovero in RSA per le persone sole e non autosufficienti. Infatti, anche tenendo conto del fatto che i modelli di assistenza e le tipologie di anziani accolti in RSA variano notevolmente da Regione a Regione, per tutto il territorio nazionale l'assenza di importanti servizi di prossimità, quali SAD/ADI, centri diurni, reti di prossimità e di inclusione, fa sì che le RSA siano assai spesso l'unica risposta possibile oltre alle Assistenti familiari (badanti).

Ancor peggio si deve notare che la proliferazione incontrollata di RA (case di riposo, case alloggio o altra denominazione), spesso accompagnate a fenomeni di abusivismo, stia diventando la risposta preminente e del tutto inappropriata alle carenze dei servizi sul

territorio.

Il paragone fra popolazione bisognosa a casa (circa 2,7 milioni di individui solo nella fascia di 75 anni e oltre) e quella assistita in residenza (0,28 milioni), rende ancor più impietoso il confronto.

Perché così poche ore vengono erogate in regime di ADI? Perché si tratta di una spesa squisitamente sanitaria, in genere orientata alle dimissioni protette da ambiente ospedaliero a casa, mentre l'assistenza sociale resta sostanzialmente assente dai servizi pubblici e quasi totalmente (se si eccettua il lodevole sforzo di INPS con HCP<sup>3</sup>) a carico del cittadino, attraverso il noto fenomeno degli assistenti familiari (i cosiddetti "badanti"). Più problematico appare il fatto che di rado l'assistenza domiciliare è erogata come "presa in carico" di un anziano, mentre è frequentemente offerta come prestazione, sullo stesso piano della erogazione di un pasto o di un intervento di pulizia domestica. Il sistema delle gare nelle diverse Regioni ha reso scadente la qualità dei servizi e monopolistica l'offerta, opachi i meccanismi di selezione e precario il mondo del lavoro coinvolto. Le grandi differenze fra i vari sistemi regionali hanno creato sperequazioni ed ineguaglianze fortissime che rendono necessario almeno un quadro di riferimento comune.

La *Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana*, ha auspicato che si giunga a un sistema diffuso e omogeneo di accreditamento realizzato anche sul versante degli interventi sociali, analogamente a quanto attuato sul terreno della sanità. Tale sistema dovrebbe avere particolare riguardo alla realtà delle Residenze per anziani-RA (e diverse denominazioni).

Che ruolo dovranno avere la RSA del futuro? Le Residenze Sanitarie Assistenziali dovranno essere intese come luoghi di assistenza per persone non autosufficienti portatori di gravi disabilità e situazioni severe di comorbidità.

Le RSA dovranno essere posizionate in luoghi abitati e dovranno possedere un numero di posti letto adeguato al fabbisogno del territorio in cui sono inserite, per evitare l'allontanamento dell'anziano dal suo nucleo familiare e quindi la perdita di contatto con l'ambiente in cui è vissuto (lo sanciva la legge istitutiva del dicembre 89). Le RSA potranno essere organizzate in più nuclei destinati alle cure intermedie, ovvero come "ospedali di comunità", o ancora inserite all'interno di percorsi di deospedalizzazione secondo criteri di accreditamento da stabilire al più presto, al fine di assistere gli anziani prima del rientro al loro domicilio, quando necessitano di sostegno e cure non possibili presso la loro abitazione.

---

<sup>3</sup> Home Care Premium

Le RSA dovranno essere articolate in nuclei aperti al territorio, con una organizzazione che faciliti la presenza continua dei familiari e del volontariato e dovranno dare assistenza con continuità ad anziani in situazioni di grave non autosufficienza e/o con gravi disabilità.

Pertanto, esse sin da ora andrebbero intese come snodi di un *continuum* con funzioni sanitarie e riabilitative di grado elevato, sempre con l'obiettivo di un ritorno dell'anziano presso il proprio domicilio, magari in regime di semiresidenzialità.

Al riguardo, in prospettiva, queste dovrebbero essere le novità più importanti:

a. Le RSA andrebbero intese come residenze aperte alla famiglia, al volontariato, alla società civile, disponendo al proprio interno della possibilità di ospitare centri diurni, di telemedicina, di centri erogatori dei servizi di prossimità e di assistenza domiciliare integrata. Il grado di apertura e di interscambio con l'esterno dovrebbe rientrare tra i criteri di accreditamento e di valutazione della qualità delle singole strutture.

Con ciò verrebbe scongiurata per il futuro la temibile e diffusa condizione di isolamento e solitudine che si è purtroppo verificata con la pandemia da Coronavirus.

Nell'ambito del *continuum* assistenziale ed in relazione agli Ospedali, le RSA potrebbero assumere un ruolo nelle cure di transizione, in vista del reinserimento finale dell'anziano riabilitato e stabilizzato presso la propria abitazione, assumendo anche per determinati livelli di accreditamento la possibilità di operare come ospedali di comunità.

La *Commissione per la riforma dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria della popolazione anziana* ha ritenuto indispensabile che gli erogatori di servizi pubblici o privati convenzionati siano in grado di offrire l'intero spettro di servizi previsto dal *continuum* assistenziale, anche avvalendosi di contratti di rete fra soggetti diversi. In tal senso è stata ravvisata la necessità di tutelare la possibilità di dimissioni protette da RSA verso l'abitazione degli anziani, in una piena e responsabile azione di continuità assistenziale.

b. Tale mutamento di funzione dovrebbe indurre ad una rivisitazione degli *standard* di personale, delle attrezzature obbligatorie e dello staff sanitario, infermieristico e riabilitativo necessario al buon funzionamento delle RSA. Si dovrà pensare a prevedere figure socio-educative che assicurino lo sviluppo dei processi di de-istituzionalizzazione e d'inclusione nell'organizzazione della vita quotidiana.

c. Tali sviluppi richiederanno una revisione del sistema tariffario così come una maggiore trasparenza e unitamente all'obbligo di pubblicazione della pianta organica del personale in dotazione.

Si ipotizza che nell'arco di un quinquennio, con la trasformazione delle RSA in luoghi di ospitalità e ricovero unicamente delle persone non autosufficienti, la loro attività possa essere integrata dalla erogazione di servizi in regime di semiresidenzialità e domiciliarità per una capacità almeno pari, ma probabilmente doppia o tripla, rispetto ai posti letto in residenza.

Prof. Leonardo PALOMBI. Desidero in questa sede solo confermare quanto anticipato in merito alla struttura della *Carta per i diritti delle persone anziane e i doveri della comunità* in tre sezioni: la prima riguarda la libertà di scelta della popolazione anziana rispetto all'assistenza; la seconda verte sul diritto a un'assistenza appropriata; la terza riguarda la relazionalità.

Quest'ultimo aspetto, la relazionalità, è molto importante e si è visto purtroppo come a volte le RSA e l'assistenza residenziale siano stati un ostacolo alle relazioni, soprattutto in tempo di pandemia. E va tenuto presente il fatto che la chiusura alle visite non ha evitato l'estensione dell'epidemia, anche in ragione purtroppo del coinvolgimento degli operatori sanitari. Maturare una maggiore consapevolezza circa i diritti delle persone anziane, in parte diritti di nuovo tipo, è certamente un fatto importante.

Per altro verso le RSA vanno inserite in un *continuum* assistenziale - lo diceva molto bene Mons. Paglia - e dovrà trattarsi di residenze "aperte", permeabili, "porose" sul territorio, rispetto al volontariato, alla famiglia, agli scambi in generale. Dovrà trattarsi di strutture che si trovino dentro le città e non ai margini, in posti inaccessibili.

Sono tutte questioni molto importanti su cui è bene insistere. E soprattutto è importante che le RSA non appaiano soltanto come il ricovero della fase terminale della vita: siano dieci, venti, trenta o più, comunque sono anni da trascorre liberamente e con dignità svolgendo le attività preferite.

Le RSA dovranno rappresentare un passaggio volto alla cura, all'assistenza, e dovranno essere riservate a persone gravemente disabili, non autosufficienti, per le quali non dovessero essere disponibili opzioni alternative. Le RSA dovranno essere collocate all'interno di un quadro armonico di servizi, da cui si possa entrare e uscire in modo dinamico, rispettando in questo senso i diritti di cui si è detto, primo fra tutti la libera scelta, che per gli anziani è spesso quella di rimanere nella propria casa.

Realizzazione a cura della Segreteria della Commissione straordinaria per la tutela e la promozione dei diritti umani:

Dott. Stefano Thaulero

Sig.ra Francesca Romana Di Gennaro

(☎ 06 6706.5299-4328 - ✉ [dirittiumani@senato.it](mailto:dirittiumani@senato.it))

La predisposizione e correzione delle bozze sono state effettuate dalla Segreteria dell'Ufficio per le Relazioni interparlamentari - Servizio Affari Internazionali, Senato.

XVIII LEGISLATURA - FEBBRAIO 2021