



Studio sulle strutture residenziali per anziani in Piemonte

Indagine sulle quasi 800 strutture residenziali per anziani presenti in Piemonte, a cura di SPI CGIL, FNP CISL e UILP UIL

A cura di Paolo Arnolfo, Margaret Mitrotti e Pietro Puzangara
01/07/2020

Sommario

1 - RSA: cosa si nasconde dietro a questa sigla?	3
2 - Glossario minimo: diversi tipi di struttura, diversi tipi di gestione	4
TIPOLOGIA DI STRUTTURE	4
TITOLARI DELL'AUTORIZZAZIONE	5
3 - Dati generali sul Piemonte	6
4 - Analisi dei dati sulla mortalità forniti dall'ISTAT	10
Un confronto nazionale	10
Un confronto tra le province Piemontesi	11
Un approfondimento sui Comuni in cui è presente almeno una struttura residenziale per anziani	13
5 – I dati suddivisi per Provincia	14
Alessandria	15
Asti	19
Biella	23
Cuneo	27
Novara	31
Torino	35
Verbano-Cusio-Ossola	39
Vercelli	43
6 – Alcune riflessioni sul futuro	47

Nei mesi dell'esplosione del Coronavirus, un vocabolo prima sconosciuto si è fatto largo nel lessico comune: si tratta della parola "RSA". Al di là del significato della sigla (Residenza Socio-Assistenziale), ci si chiede quanto l'opinione pubblica sia informata su questo tema.

In quei tempi cupi, si è parlato di RSA con un'accezione esclusivamente negativa. Ne abbiamo sentito parlare solo come un incubatore del coronavirus. Ne abbiamo sentito parlare come di un luogo dove, anche prima dell'emergenza, gli anziani andavano a morire e non, invece, ad essere curati. Ne abbiamo sottolineato (spesso giustamente) le responsabilità nel non essere riuscite a contenere il diffondersi del virus tra i loro fragilissimi ospiti, che sono morti a centinaia.

SPI, FNP e UILP non arretrarono di un centimetro quando si tratterà di individuare i responsabili delle situazioni più tragiche. Le tre organizzazioni hanno già annunciato che si costituiranno parte civile nei processi contro le RSA, qualora si ravvisassero chiari indizi di colpevolezza.

Tuttavia, non ci si può fermare al pregiudizio dei media, spesso interessati più a creare una notizia con una forte risonanza più che a sottolineare i processi così come sono. Per questo si è deciso di commissionare a un gruppo tecnico interno una ricerca, finalizzata a sviluppare una conoscenza più approfondita sul tema della residenzialità.

Il report che state leggendo è il frutto di mesi di lavoro di questo gruppo, che ha cercato di fare luce sulla situazione delle quasi ottocento strutture presenti in Piemonte. Riteniamo che quanto emerso sarà utile anche in futuro, quando (speriamo presto) l'emergenza sarà lasciata alle nostre spalle. Infatti, la mappatura completa delle strutture sarà indispensabile per individuare i modelli più virtuosi e cercare di costruire le proposte giuste, nel confronto con la Regione Piemonte, per arrivare alla costruzione del modello di struttura residenziale del futuro.

1 - RSA: cosa si nasconde dietro a questa sigla?

Durante i mesi dell'esplosione dell'emergenza Covid19, una sigla fino a quel momento sconosciuta ai più è entrata nelle case di milioni di italiani, passando attraverso telegiornali, articoli di giornale, informazioni su internet.

Quella sigla, naturalmente, è "RSA".

Se è facile passare dalla sigla alla definizione estesa ("Residenza Socio Assistenziale"), lo è meno riuscire a distinguere tra le diverse tipologie di strutture residenziali per anziani.

Proprio per questo è opportuno, prima ancora di parlare dell'emergenza e prima di avanzare proposte, tracciare una breve storia delle RSA.

Sarebbe bello poter partire da tempi più remoti, per parlare compiutamente di come il concetto di cura degli anziani si sia evoluto attraverso i secoli, ma per esigenze di spazio ci diamo un punto molto più vicino da cui iniziare l'analisi: il 1988. Fino a quell'anno, infatti, l'aspetto sanitario delle strutture residenziali per anziani non era molto considerato: le persone nelle strutture (prevalentemente pubbliche o gestite da enti religiosi) venivano assistite, ma non curate. La storia delle RSA inizia formalmente con la Legge Finanziaria del 1988, che avvia un piano decennale di investimenti sanitari e prevede la realizzazione di 140000 posti in RSA. Una serie di passaggi normativi tra la fine degli anni '80 e la prima metà degli anni '90 definisce sempre meglio il ruolo e i compiti delle strutture, nonché le caratteristiche indispensabili affinché chi risiede in una RSA sia adeguatamente assistito e curato.

Una svolta decisiva è data dal Progetto Obiettivo Anziani, del 1992, che risolve alcuni problemi di incoerenza della precedente normativa. Viene introdotto un approccio globale al paziente, che tenga conto dei suoi bisogni sanitari ma anche personali e sociali, dando forza al concetto di integrazione sociosanitaria. Da un approccio prevalentemente farmacologico, si passa a una centralità della prevenzione e delle terapie riabilitative, per preservare le capacità residue delle persone.

La caratteristica principale della RSA, che la distingue da altri tipi di struttura, è il fatto di essere una struttura extra ospedaliera riservata a persone non autosufficienti.

L'aspetto sanitario in questo caso è assolutamente centrale: altre strutture, invece, hanno un ruolo principalmente sociale. Le RSA sono fortemente legate al Sistema Sanitario Nazionale: ad esempio in Piemonte, sebbene la maggior parte delle strutture siano gestite da privati, la forte maggioranza dei posti letto in regime di RSA è accreditata presso il Servizio Sanitario Nazionale. Questo significa, ai fini pratici, che il SSN si fa carico della parte di retta che copre i servizi sanitari (rimane a carico dell'utente la restante quota alberghiera, o, qualora lui non possa provvedere, ai servizi sociali).

Vista la delicatezza delle condizioni delle persone ospitate, la normativa prevede una serie di vincoli da rispettare, relativi al personale che deve essere presente nella struttura, agli standard di qualità e alle dimensioni ottimali (la RSA dovrebbe superare la vecchia idea di strutture enormi e spersonalizzanti: il massimo di persone ospitate infatti dovrebbe essere 60). Sono presenti inoltre vincoli nel posizionamento (una RSA dovrebbe sempre trovarsi in zone urbane o ben collegate con mezzi pubblici) e nell'assenza di barriere architettoniche. Ogni RSA, inoltre, deve essere provvista di una carta dei servizi facilmente consultabile.

2 - Glossario minimo: diversi tipi di struttura, diversi tipi di gestione

Nell'ambito dello studio unitario, ci si è trovati ad analizzare le strutture residenziali per anziani presenti sul territorio.

Le strutture, oltre 780, sono censite sul sito della Regione Piemonte (<http://www.regione.piemonte.it/cgi-bin/polsoc/ricerca/presidi/index.cgi>).

Chi vorrà accedere ai dati, troverà alcune sigle e distinzioni che potrebbero generare confusione, in particolare relativamente alla tipologia di struttura e alla titolarità dell'autorizzazione. Abbiamo pensato, pertanto, di creare questa pagina per spiegare le voci principali: una specie di piccolo vademecum delle strutture residenziali in Piemonte.

TIPOLOGIA DI STRUTTURE

Delle RSA abbiamo già parlato. Tuttavia, una ricerca di questo tipo sarebbe stata fortemente limitata se ci fossimo soffermati soltanto sulle strutture riservate agli anziani totalmente non autosufficienti.

Proprio per questo, abbiamo considerato anche altre tipologie di strutture. La maggior parte di queste distinzioni derivano dalla normativa regionale (in larga parte dalla DGR 38 del 1992).

RA (Residenza Assistenziale) – È destinata ad anziani in condizioni psico-fisiche di parziale autosufficienza, in condizioni cioè di compiere con aiuto le funzioni primarie. Fornisce prestazioni di tipo alberghiero, servizi di carattere assistenziale, prestazioni di tipo culturale e ricreativo, nonché prestazioni dirette a recuperare e migliorare la non autosufficienza.

RAB (Residenza Assistenziale Base) – La RAB è una struttura residenziale che può accogliere persone autosufficienti e parzialmente non autosufficienti impossibilitate a soddisfare i bisogni primari nel proprio domicilio, o che per loro scelta preferiscono usufruire di Servizi collettivi anziché autogestirsi.

RAF (Residenza Assistenziale Flessibile) – È una residenza socio-assistenziale di ospitalità permanente, che può realizzare un sufficiente livello di assistenza sanitaria (infermieristica e riabilitativa), integrato da un livello medio di assistenza tutelare e alberghiera. Si tratta di una categoria superata con la DGR 45/2012, con una conversione in RSA.

RAA (Residenza Assistenziale Alberghiera) – residenze che forniscono agli ospiti, in condizione di autosufficienza psicofisica, servizi di tipo alberghiero. I destinatari delle RAA sono persone che pur non necessitando di particolare protezione sociale e sanitaria, sono interessate a soluzioni alloggiative in ambienti che consentano di soddisfare esigenze di socializzazione. Possono essere sede di centro diurno e quindi collegarsi all'esterno e offrire una più ampia gamma di servizi agli ospiti.

NAT (Nucleo Alzheimer Temporaneo) – E' un reparto collocato all'interno di una R.S.A. o di una R.A.F. destinato all'assistenza di soggetti con diagnosi di demenza o morbo di Alzheimer, provenienti dal domicilio o da altra struttura residenziale, che presentano disturbi comportamentali, cognitivi e altre problematiche sanitarie che richiedono particolari trattamenti riabilitativi e terapeutici, non solo farmacologici.

Istituto o casa di riposo – Struttura basata sulla normativa precedente al 1992.

CD (Centro Diurno) – Fornisce un servizio di assistenza a carattere integrativo e di sostegno alla vita domestica e di relazione, può essere una struttura autonoma o all'interno di un presidio residenziale.

CDI (Centro Diurno Integrato) – E' destinato ad anziani parzialmente non autosufficienti e non autosufficienti, che necessitano di prestazioni di carattere assistenziale, relazionale e sanitario. Può essere inserito in una RSA (C.D.I.), oppure essere autonomo (C.D.I.A.).

CDA (Centro Diurno Alzheimer) – E' destinato a persone affette da demenza, attuando programmi riabilitativi e socializzanti mediante l'insieme combinato di prestazioni sanitarie e socio-assistenziali. Può essere inserito in una RSA (C.D.A.I.), oppure essere autonomo (C.D.A.A.).

Comunità di tipo familiare per anziani autosufficienti – È destinata ad anziani in condizioni di autosufficienza; la struttura deve possedere i requisiti della civile abitazione e deve essere accessibile a persone su sedia a ruote. Questa struttura non necessita di autorizzazione al funzionamento. Il gestore deve comunicare l'avvio del servizio alla Divisione Servizi Sociali del Comune. La comunità per anziani è soggetta all'attività di vigilanza. La capienza massima è di sei posti letto.

Piccola residenza per anziani autosufficienti – La Piccola Residenza per anziani è una struttura residenziale autonoma, a carattere assistenziale, prevalentemente destinata ad anziani in condizione di autosufficienza, in possesso di uno standard strutturale inferiore alle Residenze Assistenziali. La ricettività minima è di 15 posti letto, quella massima è di 30 posti letto.

TITOLARI DELL'AUTORIZZAZIONE

ASL – Struttura gestita direttamente dalla ASL operante sul territorio

Comune – Struttura gestita dal Comune nel quale è edificata.

Comunità Montana o Consorzio – Struttura gestita dall'ente gestore dei servizi socioassistenziali sovracomunale operante sul territorio: può trattarsi di un Consorzio oppure di una Comunità Montana.

Associazione, ONLUS – Si tratta di un'Associazione Non Lucrativa di Utilità Sociale, cioè un ente di carattere privato che, in base allo statuto o all'atto costitutivo, svolge la sua attività per finalità esclusive di solidarietà sociale e senza fini di lucro in un settore ritenuto di interesse sociale dall'ordinamento.

Cooperativa Sociale – È una particolare forma di Cooperativa finalizzata alla realizzazione di servizi alla persona. A differenza che in altre forme societarie, le Cooperative si basano sul principio di democraticità, quindi ogni socio ha gli stessi diritti degli compreso il voto in assemblea, a prescindere dalla quota di capitale. L'ingresso o l'uscita dei soci non determina modifiche all'atto costitutivo.

Ente Religioso – La gestione della struttura è in capo a un Ente Religioso con personalità giuridica. Si può trattare, nel caso della religione cattolica, di una Parrocchia, di una particolare Congregazione, ecc. In Piemonte sono presenti anche strutture legate alla confessione Valdese e alla religione ebraica.

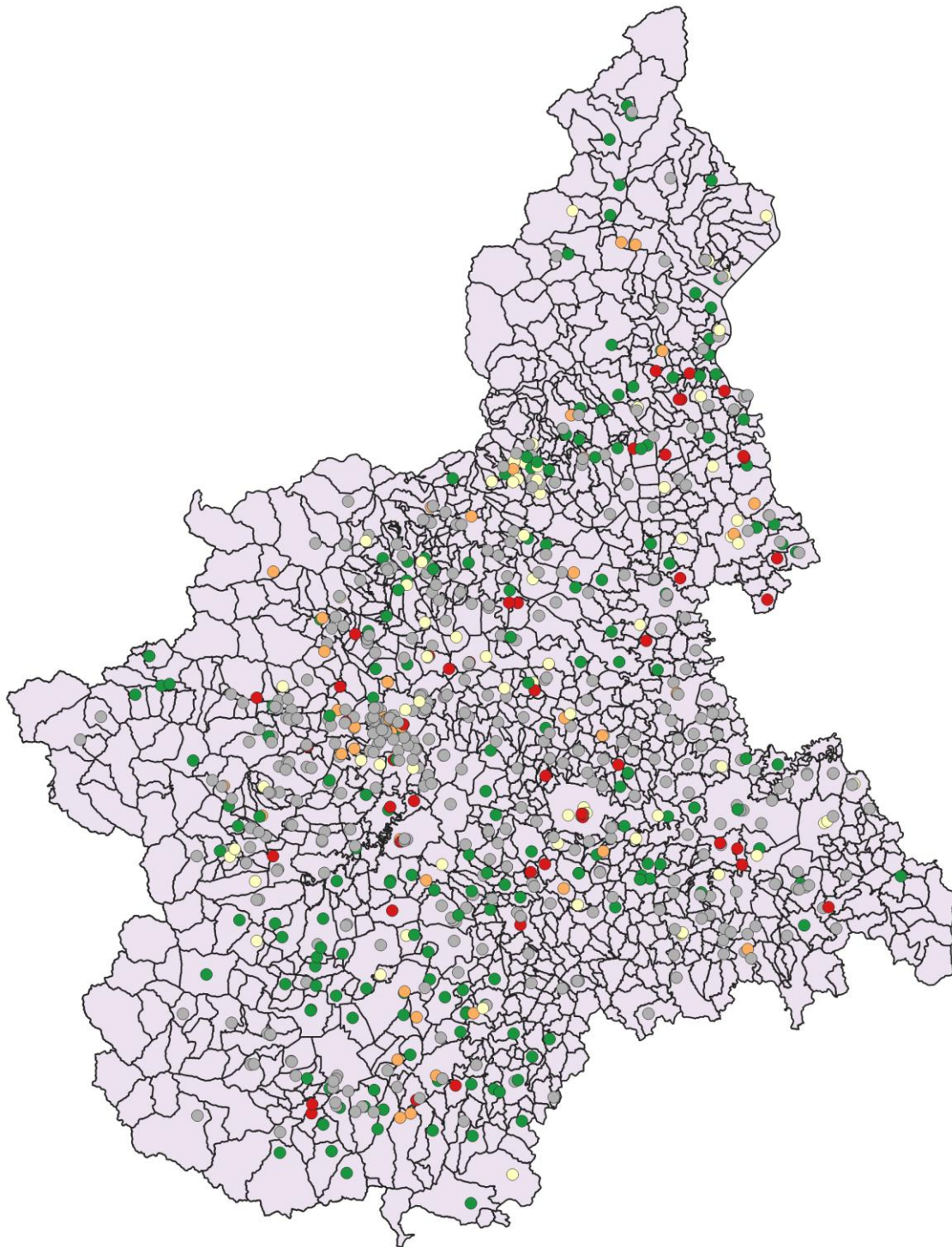
Fondazione – Una Fondazione è un ente dotato di personalità giuridica privata regolato dal Codice Civile e basato su un patrimonio finalizzato a un preciso scopo lecito e di utilità sociale. Differisce dall'Associazione in quanto quest'ultima si basa sull'azione dei soci finalizzata allo scopo e prevede l'elezione democratica degli organi sociali. La Fondazione invece non ha soci e salvo casi particolari l'organo di governo non viene democraticamente eletto bensì designato nelle modalità previste dallo statuto

IPAB – Parte integrante della tradizione culturale italiana in campo sociale (le Leggi che le hanno istituite risalgono al 1890 e al 1923!), le Ipab sono le istituzioni pubbliche che hanno tradizionalmente perseguito l'opera di assistenza a poveri, anziani, minori e persone malate. Una parte si è poi trasformata in associazioni e fondazioni.

IPAB Privatizzata – La Regione Piemonte ha recentemente previsto il riordino delle Ipab in aziende pubbliche di servizi alla persona o persone giuridiche di diritto privato. Si definisce IPAB Privatizzata una ex IPAB che abbia ottenuto lo status di persona giuridica di diritto privato.

Società Privata – La gestione fa capo a una società privata con scopo di lucro.

3 - Dati generali sul Piemonte

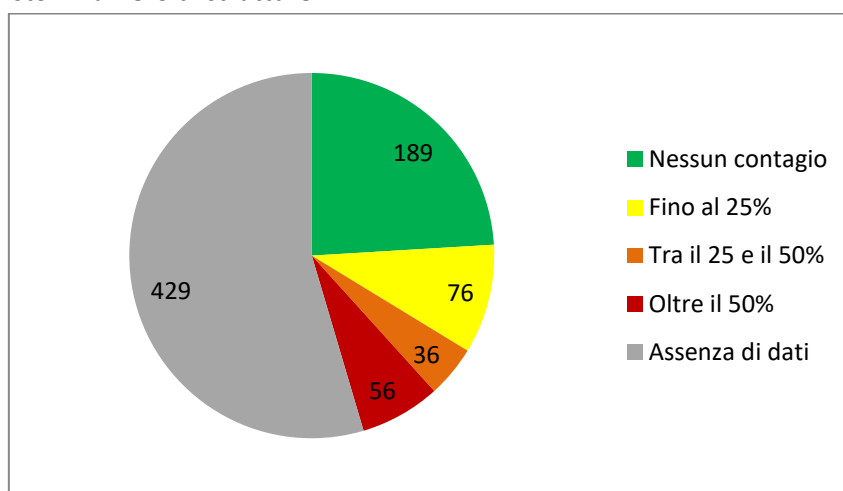


Abbiamo voluto proporvela così com'è: è la cartina del Piemonte, sulla quale sono evidenziate tutte le strutture residenziali. I pallini verdi rappresentano strutture dove il coronavirus non è entrato; quelle gialle strutture dove i contagi si sono fermati sotto al 25% dei residenti; quelle arancio, tra il 25 e il 50% dei residenti. I puntini rossi riguardano strutture dove il contagio ha dilagato, infettando oltre il 50% degli ospiti. I pallini grigi, infine, indicano strutture per le quali non è stato possibile recuperare dei dati. Come abbiamo ottenuto i dati analizzati?

la Regione Piemonte da una certa data ha iniziato a diffondere i risultati dei tamponi effettuati nelle strutture residenziali. È sembrato più un modo per poter affermare che nel resto del Piemonte la situazione stesse migliorando. Quasi come se il dato delle case di riposo fosse fisiologico, inevitabile.

Non ci è sembrato un vero atto di trasparenza, perché a noi i dati del contagio nelle strutture residenziali interessavano (ed interessano) eccome. Serve a poco un dato complessivo, che ci dice che in tutte le case di riposo piemontesi si sono registrati tot contagiati: se da un lato tratteggia una situazione catastrofica, dall'altro non permette di fare distinzioni tra strutture "virtuose" dove non si sono registrati contagi o decessi e altre dove si sono verificate vere e proprie stragi.

Per quanto la reticenza nel fornire dati di dettaglio sia comprensibile (per quanto non condivisibile) in un'ottica di tutela delle strutture coinvolte, non abbiamo ritenuto di fermarci davanti a questo scoglio. Per questo abbiamo cercato di rintracciare i dati di ogni singola struttura, deducendoli dai giornali locali, dalle singole ASL, dalle dichiarazioni dei Sindaci dei Comuni dove sono presenti le strutture: una vera e propria impresa, visto il numero di strutture.



Il grafico rende ancora più evidente quanto scaturito dalla visione della mappa, e induce ad alcune riflessioni.

“Pallini grigi”: le strutture per le quali non sono disponibili informazioni. Ci siamo scontrati con un assordante silenzio per più della metà delle strutture. Insisteremo ancora, approfondendo la ricerca di dati e coinvolgendo maggiormente i nostri sindacalisti dei pensionati presenti sui territori. Crediamo che l'opinione pubblica vada informata correttamente: non tanto per fare una “pagella” delle case di riposo buone e di quelle cattive, ma per individuare i modelli virtuosi che hanno saputo tenere il Covid fuori dalla porta e tenerne conto quando, auspicabilmente, potremo fare le nostre proposte per un nuovo modello di residenzialità per anziani che vada a superare quello attuale, che ha mostrato tutti i suoi limiti.

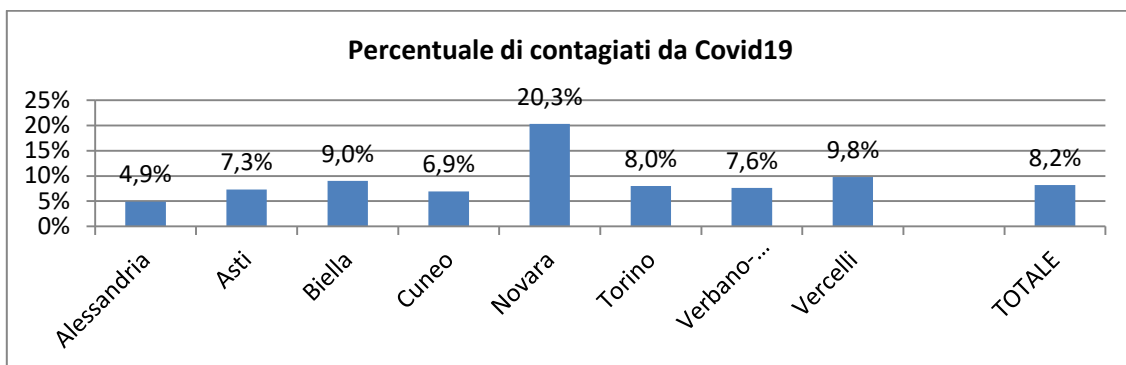
“Pallini verdi”: le strutture senza contagi. Non sono poche: anzi, secondo i dati reperibili sulla stampa locale sono quasi una su quattro. Strutture dove finora il Covid non è entrato. Un'applicazione rigida delle direttive sulla sicurezza, una gestione oculata, la bravura degli operatori, sicuramente anche un pizzico di fortuna. È da quelle strutture che si deve ripartire; vanno messe sotto la luce dei riflettori perché è ingiusto dire che in tutte le case di riposo si siano verificate delle stragi. È ingiusto metterle tutte sulla stessa barca, e il sindacato dei pensionati non è intenzionato a farlo: siamo felici di poter applaudire le strutture che hanno saputo resistere al virus...

“Pallini rossi, pallini arancioni, pallini gialli”: le strutture in cui il virus si è diffuso.

... ma vogliamo anche individuare le responsabilità di chi non ha saputo fare altrettanto e, se necessario, costituirci parte civile negli eventuali processi.

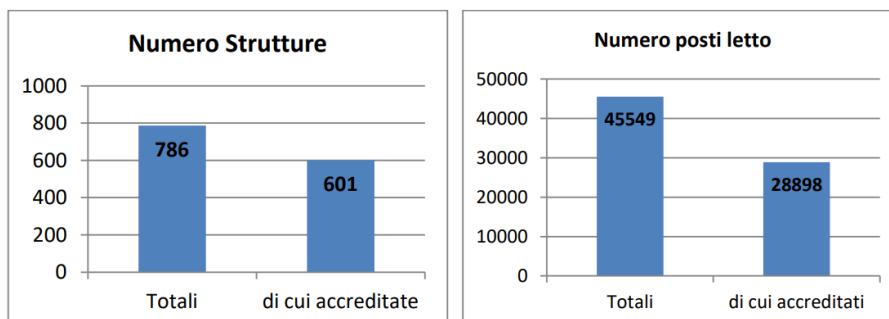
Dall'inchiesta riesce a emergere soltanto un 8,2% di contagi. Sarebbe bello essere tanto ingenui da pensare che seriamente meno del 10% dei residenti nelle strutture piemontesi avrebbero contratto il virus. Purtroppo la realtà è ben diversa: il dato costruito sulla base della stampa locale è insufficiente, se confrontato con tutte le indagini campionarie nazionali. Questo vuol dire che una grande parte dei contagi è rimasta nell'ombra, non comunicata all'opinione pubblica.

Le tipologie di gestione che hanno ravvisato il maggior numero di casi sono le IPAB privatizzate (12%) e le Fondazioni (12,1%). Quelle gestite dal settore pubblico (Consorzio, Comune, ASL) sono nettamente le più "virtuose", avendo fatto registrare meno del 4% di contagi.

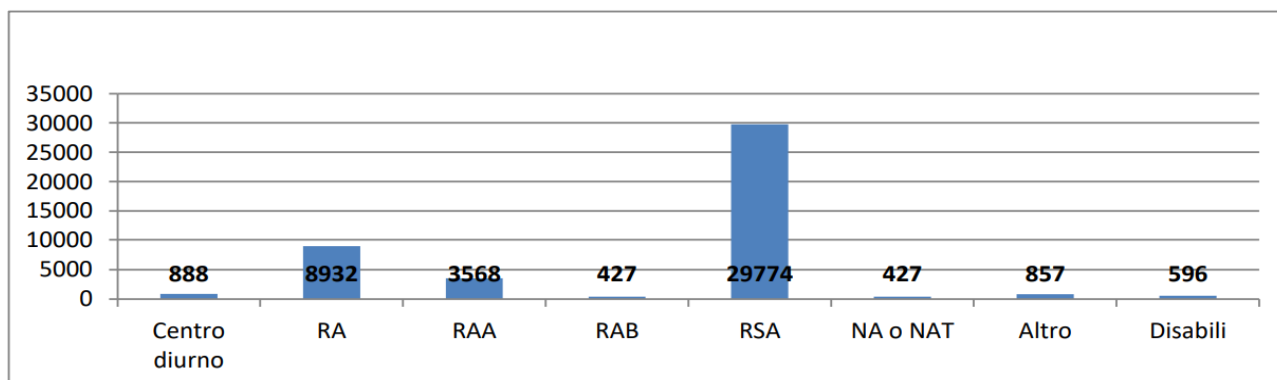


Approfondendo la nostra conoscenza delle strutture operanti sul territorio, possiamo notare come delle 786 presenti in Piemonte 601 siano accreditate presso il SSN. Il dato praticamente coincide con il numero di strutture che offrono dei posti letto in regime di RSA (sono in tutto 602).

I posti letto complessivi in Piemonte sono più di 45000. Di questi, quasi 30000 sono accreditati. 29774 di questi, sono posti letto in RSA.

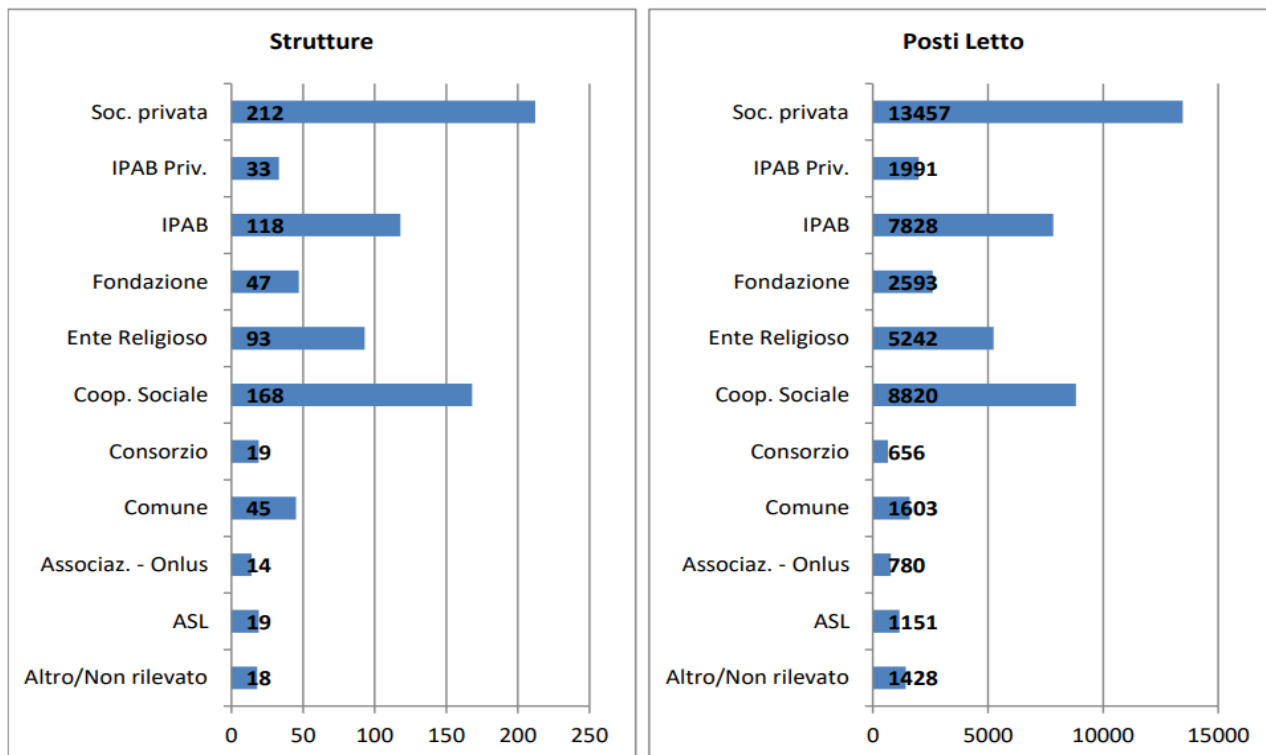


Nel grafico sottostante è possibile vedere il numero di posti per ogni tipologia di assistenza (si veda a tal proposito il glossario fornito all'inizio della pubblicazione).

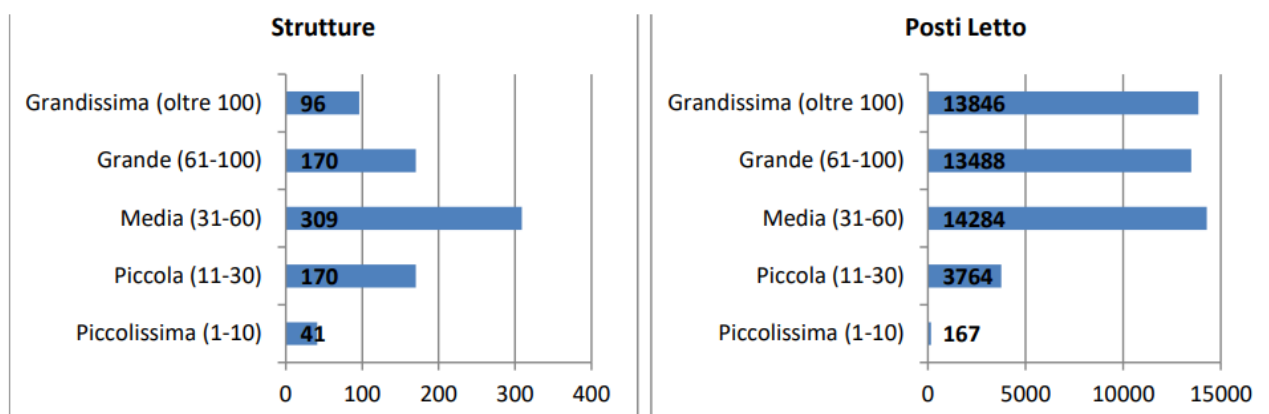


Le società private sono le titolari di 212 strutture, a cui si sommano 33 ex-IPAB ora privatizzate. Rimanendo nel settore privato, si censiscono 47 strutture gestite da Fondazioni, ben 168 gestite da Cooperative Sociali e 14 da Associazioni. 93 strutture sono gestite da Enti Religiosi.

Il settore Pubblico è meno rappresentato: sono presenti 118 IPAB (che pure dovrebbero essere superate, secondo la normativa del 2017), 19 strutture gestite da un Ente Gestore dei servizi socioassistenziali, 45 gestite direttamente dai Comuni e 19 dalle ASL.



Guardando alla dimensione delle strutture, notiamo come ci siano quasi 100 strutture con più di 100 posti letto. Sono 170 le strutture grandi, con posti letto compresi tra 60 e 100. Le più numerose sono quelle medie (tra i 30 e i 60 posti letto), che sono ben 309. 170 le strutture con un numero di posti letto incluso tra 10 e 30, 41 quelle piccolissime, con meno di dieci posti.



4 - Analisi dei dati sulla mortalità forniti dall'ISTAT

A corredo di uno studio che rischiava di sembrare troppo “assolutorio” nei confronti delle strutture piemontesi (soprattutto vista l'impossibilità di reperire dati per la metà di esse), si è deciso di rimarcare la drammaticità della situazione vissuta nella nostra Regione fornendo alcune elaborazioni dei dati presentati dall'ISTAT.

Infatti, l'Istituto Statistico, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità, ha prodotto negli ultimi mesi tre rapporti sulla mortalità della popolazione, l'ultimo dei quali emanato il 9 luglio contenente i dati fino a maggio. Le nostre elaborazioni sono basate sulle tabelle allegate a questo ultimo report e ci hanno permesso di approfondire la situazione in Piemonte; inoltre, incrociando i dati dell'ISTAT con quelli elaborati nel corso della ricerca è stato possibile osservare le peculiarità dei Comuni sul cui suolo operano una o più strutture residenziali per anziani.

In tutte le tabelle che saranno presentate in questa sezione, si potranno vedere i dati dei primi cinque mesi del 2020: è un periodo che copre adeguatamente quello dell'esplosione dell'epidemia. Si tratta di informazioni comunicate all'ISTAT dall'ANPR (Anagrafe Nazionale della Popolazione Residente) e quindi assolutamente attendibili, sebbene non sia censita la totalità dei Comuni. In Piemonte mancano 70 Comuni, molti dei quali però con una popolazione particolarmente esigua.

Il dato con i quali è stato operato il confronto è quello della media dei decessi avvenuti nello stesso periodo di tempo (gennaio-maggio) negli anni dal 2015 al 2019: questo spiega, tra l'altro, perché il lettore troverà alcuni numeri non interi, che a un primo sguardo potrebbero stonare, trattandosi di un conteggio dei decessi.

Abbiamo deciso di concentrarci sui dati relativi alle persone con più di 65 anni di età: inoltre, l'ISTAT offre l'opportunità di analizzare l'impatto sulla mortalità di tre diverse classi di età (65-74 anni; 75-84 anni; oltre 85 anni).

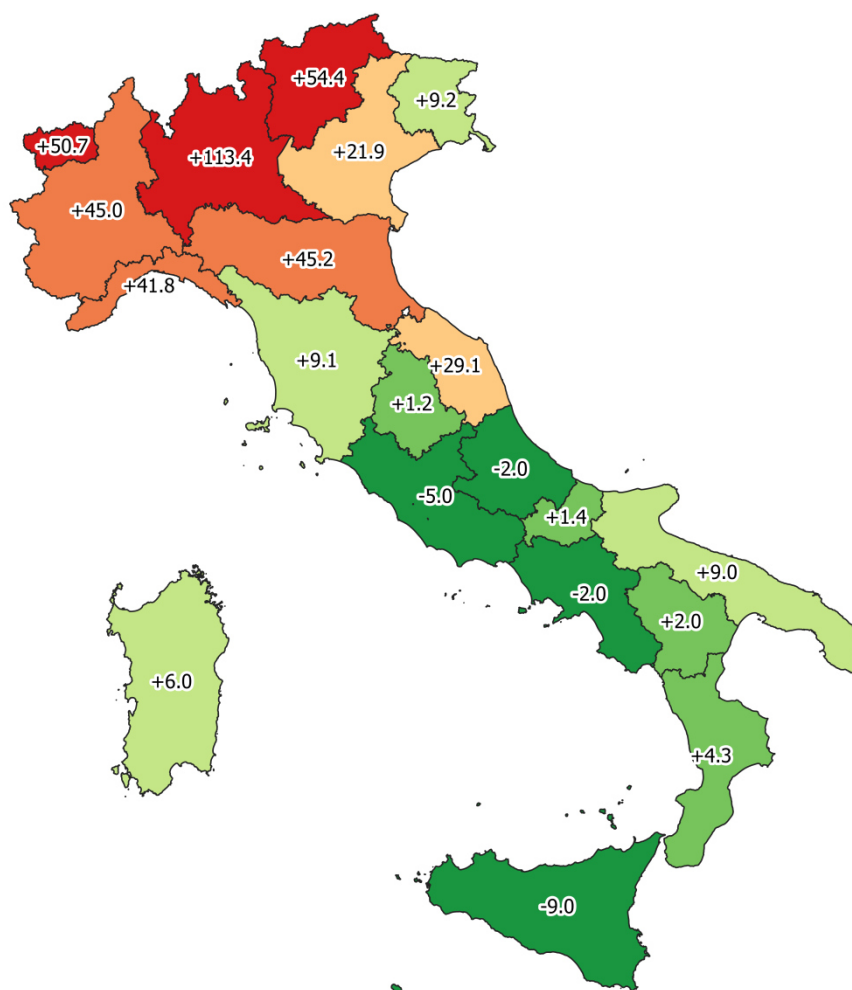
Un confronto nazionale

	2015-2019				2020				Variazione			
	65-74	75-84	85 e +	Totale	65-74	75-84	85 e +	Totale	65-74	75-84	85 e +	Totale
Piemonte	1660,6	3811,8	5814,2	11286,6	2174	5290	8899	16363	30,9%	38,8%	53,1%	45,0%
Valle d'Aosta	45,2	101,4	156,6	303,2	68	146	243	457	50,4%	44,0%	55,2%	50,7%
Liguria	645,6	1564,2	2653,6	4863,4	879	2236	3781	6896	36,2%	42,9%	42,5%	41,8%
Lombardia	3272,2	7385,6	10954,4	21612,2	6892	15945	23285	46122	110,6%	115,9%	112,6%	113,4%
Trentino Alto Adige	287,2	608,2	1087	1982,4	376	907	1778	3061	30,9%	49,1%	63,6%	54,4%
Veneto	1505	3305,4	5460,4	10270,8	1637	3931	6948	12516	8,8%	18,9%	27,2%	21,9%
Friuli-VeneziaGiulia	472,8	1013,2	1684,6	3170,6	460	1145	1857	3462	-2,7%	13,0%	10,2%	9,2%
Emilia Romagna	1441,2	3481,6	6183	11105,8	2156	5142	8832	16130	49,6%	47,7%	42,8%	45,2%
Marche	442,8	1153,4	2177,2	3773,4	581	1530	2762	4873	31,2%	32,7%	26,9%	29,1%
Toscana	1294	3008	5411,6	9713,6	1452	3244	5902	10598	12,2%	7,8%	9,1%	9,1%
Umbria	293	707,6	1307,8	2308,4	278	651	1408	2337	-5,1%	-8,0%	7,7%	1,2%
Lazio	1933,8	4106,8	5995,8	12036,4	1820	3719	5865	11404	-5,9%	-9,4%	-2,2%	-5,3%
Campania	2075,2	4007,8	4921,8	11004,8	2168	3629	4906	10703	4,5%	-9,5%	-0,3%	-2,7%
Abruzzo	426,2	1031,6	1715,2	3173	471	1041	1864	3376	10,5%	0,9%	8,7%	6,4%
Molise	109,4	264,8	442	816,2	108	267	453	828	-1,3%	0,8%	2,5%	1,4%
Puglia	1356,2	2832,8	4206,2	8395,2	1443	2950	4759	9152	6,4%	4,1%	13,1%	9,0%
Basilicata	169,6	412,4	670,6	1252,6	173	368	737	1278	2,0%	-10,8%	9,9%	2,0%
Calabria	657,4	1451	2100,6	4209	698	1385	2306	4389	6,2%	-4,5%	9,8%	4,3%
Sicilia	1778,4	3877,4	5327,8	10983,6	1835	3588	5467	10890	3,2%	-7,5%	2,6%	-0,9%
Sardegna	577,8	1137	1680,2	3395	551	1171	1876	3598	-4,6%	3,0%	11,7%	6,0%
TOTALE	20444	45262	69951	135656	26220	58285	93928	178433	28,3%	28,8%	34,3%	31,5%

Tabella 1: Variazione nella mortalità degli over 65 in Italia, dati regionali. Fonte: ISTAT

Osservando i dati delle 20 Regioni italiane, e ancora di più guardando la cartina presentata nella pagina successiva, è possibile vedere come il maggiore aumento della mortalità tra le persone con più di 65 anni si sia verificato nelle Regioni più colpite dall'epidemia. Sembra una constatazione ovvia, ma non lo è visto il numero crescente di persone che si dichiara "scettico" riguardo alla reale entità del dramma che abbiamo vissuto. La divulgazione di questi dati è un preciso dovere per il Sindacato, che nell'interesse della collettività deve farsi promotore di comportamenti sani e responsabili: contrastare la diffusione di false notizie volte a sminuire la portata del problema potrebbe contribuire a rendere le persone più consapevoli e più disposte ad accettare le regole imposte, volte a migliorare la prevenzione.

I dati ci mostrano un nord martoriato dal virus: la Lombardia, la regione più colpita, ha visto raddoppiare il numero di decessi rispetto agli anni precedenti. Molte Regioni, tra cui la nostra, hanno visto incrementare i morti rispetto agli anni precedenti di oltre il 40%. Nel Centro-Sud sono presenti addirittura regioni dove la mortalità è diminuita: un risultato che ha anche a che vedere con il diverso tasso di invecchiamento della popolazione (laddove sono presenti più persone con più di 65 anni, è normale attendersi un numero di decessi maggiore), ma che ovviamente riflette il diverso impatto avuto dal Coronavirus.



Un confronto tra le province Piemontesi

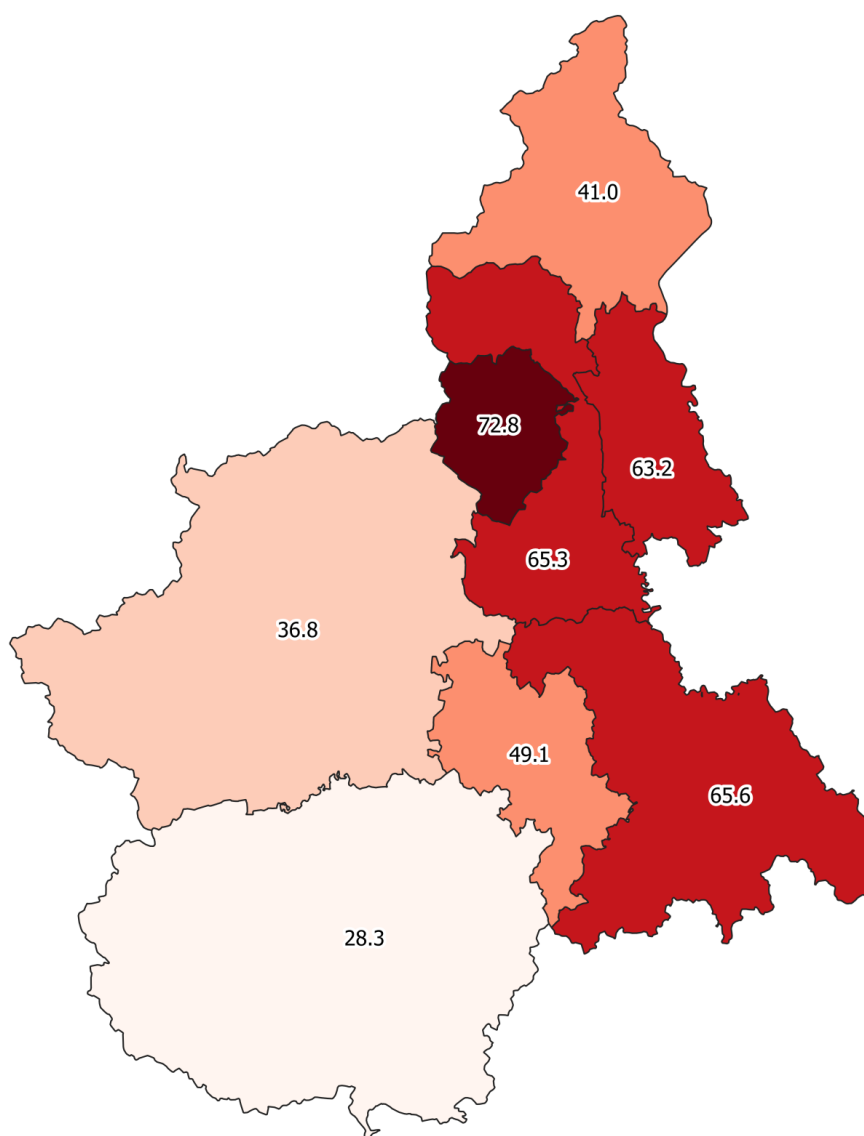
In Piemonte la mortalità per gli over 65 è aumentata drasticamente in tutte le otto province. Ovviamente ci sono delle differenze percentuali anche piuttosto rilevanti, ma è bene specificare fin da subito che la situazione è stata drammatica ovunque.

Non stupisce troppo che le province che hanno presentato un aumento di decessi inferiore siano quelle più a ovest, non confinanti con la Lombardia: la Città Metropolitana di Torino ha visto un aumento del 36,8% (stiamo parlando comunque di dati davvero allarmanti), mentre la Provincia di Cuneo ha incrementato il numero di decessi del 28,3%. La Provincia che ha presentato la situazione più terribile è quella di Biella: i morti tra gli over 65 sono aumentati del 72,8%, con un picco di incremento del 90% tra gli over 85. In pratica, i morti tra i grandi anziani sono quasi raddoppiati.

Situazione particolare anche quella verificatasi in Provincia di Alessandria, dove l'incremento più marcato (75,7%) ha riguardato la fascia di età più giovane, quella tra i 65 e i 74 anni.

	2015-2019				2020				Variazione			
	65-74	75-84	85+	Totale	65-74	75-84	85+	Totale	65-74	75-84	85+	Totale
Alessandria	191,2	443,6	728,4	1363,2	336	710	1212	2258	75,7%	60,1%	66,4%	65,6%
Asti	77,4	178,4	333	588,8	113	248	517	878	46,0%	39,0%	55,3%	49,1%
Biella	80,8	169,8	278,8	529,4	97	287	531	915	20,0%	69,0%	90,5%	72,8%
Cuneo	200,2	505,4	788,4	1494	236	588	1093	1917	17,9%	16,3%	38,6%	28,3%
Novara	128,8	296,6	459	884,4	184	455	804	1443	42,9%	53,4%	75,2%	63,2%
Torino	840,8	1920,2	2747,6	5508,6	1012	2546	3979	7537	20,4%	32,6%	44,8%	36,8%
VCO	65,8	141,4	215,4	422,6	83	197	316	596	26,1%	39,3%	46,7%	41,0%
Vercelli	75,6	156,4	263,6	495,6	113	259	447	819	49,5%	65,6%	69,6%	65,3%
TOTALE	1660,6	3811,8	5814,2	11286,6	2174	5290	8899	16363	30,9%	38,8%	53,1%	45,0%

Tabella 2: Variazione della mortalità degli over 65 in Piemonte, dati provinciali. Fonte: ISTAT



Un approfondimento sui Comuni in cui è presente almeno una struttura residenziale per anziani

Consci del grave impatto avuto dal Covid19 nelle strutture residenziali per anziani, abbiamo isolato i dati dei Comuni in cui è presente almeno una struttura.

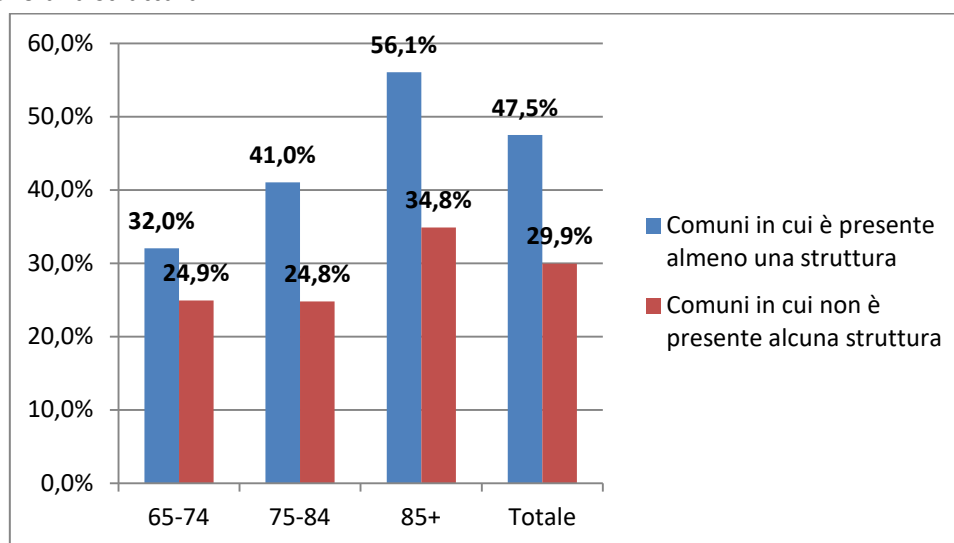


Figura 1: Mortalità tra gli over 65: impatto della presenza di strutture residenziali. Fonti: ISTAT, elaborazioni SPI-FNP-UILP

Il risultato della comparazione è quello atteso: la mortalità è aumentata molto di più nei Comuni in cui è presente almeno una struttura residenziale per anziani. Anche se la mortalità purtroppo è aumentata ovunque, lo ha fatto in modo molto più marcato laddove siano presenti strutture. Se la differenza è meno marcata per quanto riguarda i decessi di persone tra 65 e 74 anni di età, la forbice si allarga con l'aumentare delle classi di età. È addirittura del 21,3% (56,1% dove sono presenti strutture, 34,8% dove sono assenti) per i decessi di persone con più di 85 anni.

		2015-2019				2020				Variazione			
		65-74	75-84	85+	Totale	65-74	75-84	85+	Totale	65-74	75-84	85+	Totale
Alessandria	Presente	152,4	361,4	574,4	1088,2	280	595	987	1862	83,7%	64,6%	71,8%	71,1%
	Assente	38,8	82,2	154	275	56	115	225	396	44,3%	39,9%	46,1%	44,0%
Asti	Presente	60,8	144,2	271,2	476,2	92	202	442	736	51,3%	40,1%	63,0%	54,6%
	Assente	16,6	34,2	61,8	112,6	21	46	75	142	26,5%	34,5%	21,4%	26,1%
Biella	Presente	60,4	130,2	223,4	414	81	225	449	755	34,1%	72,8%	101,0%	82,4%
	Assente	20,4	39,6	55,4	115,4	16	62	82	160	-21,6%	56,6%	48,0%	38,6%
Cuneo	Presente	168	433,4	675,8	1277,2	204	516	955	1675	21,4%	19,1%	41,3%	31,1%
	Assente	32,2	72	112,6	216,8	32	72	138	242	-0,6%	0,0%	22,6%	11,6%
Novara	Presente	101,4	247	383,4	731,8	150	383	688	1221	47,9%	55,1%	79,4%	66,8%
	Assente	27,4	49,6	75,6	152,6	34	72	116	222	24,1%	45,2%	53,4%	45,5%
Torino	Presente	745,2	1737,6	2489,2	4972	895	2337	3651	6883	20,1%	34,5%	46,7%	38,4%
	Assente	95,6	182,6	258,4	536,6	117	209	328	654	22,4%	14,5%	26,9%	21,9%
VCO	Presente	46	94,2	150	290,2	51	140	225	416	10,9%	48,6%	50,0%	43,3%
	Assente	19,8	47,2	65,4	132,4	32	57	91	180	61,6%	20,8%	39,1%	36,0%
Vercelli	Presente	63,8	134	224,4	422,2	93	231	393	717	45,8%	72,4%	75,1%	69,8%
	Assente	11,8	22,4	39,2	73,4	20	28	54	102	69,5%	25,0%	37,8%	39,0%

Tabella 3: Variazione della mortalità, dati provinciali. Confronto tra Comuni con presenza di strutture residenziali per anziani e Comuni privi di strutture. Fonte: Elaborazione SPI-FNP-UILP su dati ISTAT

Vogliamo offrire ai lettori la possibilità di analizzare questa differenza anche su base provinciale. In particolare, nelle province di Biella e Vercelli, la differenza di incremento di mortalità tra Comuni con strutture e senza supera il 30%; nelle province di Alessandria e Asti si ferma pochissimo al di sotto di questa soglia.

Poiché molto spesso le strutture residenziali sorgono in Comuni medio-grandi, abbiamo ritenuto opportuno suddividere i dati anche in base alla popolazione comunale. Tuttavia, non sono emerse differenze di incremento significative: questo avvalorava ulteriormente la tesi che a far la differenza sia davvero stata la presenza di strutture residenziali per anziani.

5 - I dati suddivisi per Provincia

Per ognuna delle otto province piemontesi vengono forniti:

- a) Mappa della provincia con le strutture residenziali per anziani;
- b) Breve resoconto statistico per analizzare la tipologia di strutture presenti, i titolari, la diffusione del virus;

Siamo consapevoli del fatto che il lettore, per quanto interessato a conoscere meglio la situazione del territorio in cui vive, potrebbe esserne sopraffatto arrivando a chiedersi: "Cosa dovrei farmene, di tutte queste informazioni?".

Vogliamo indirizzare le riflessioni con alcune domande che potrebbero scaturire dalla lettura dei dati.

Dalla mappa (Pagina 1 di ogni report):

-Come sono distribuite le strutture residenziali? Sono tutte addensate nei centri urbani, oppure tutto il territorio è sufficientemente coperto?

-Quali sono i colori dominanti? Già dalla prima pagina ci possiamo fare un'idea di quanto il coronavirus abbia colpito duramente... se prevale il rosso, la situazione è stata critica. Se prevale il verde, molte strutture hanno tenuto tutto sotto controllo. Se prevale il grigio, forse sul territorio c'è un problema di trasparenza dell'informazione.

Dalle statistiche (Pagina 2,3 e 4 di ogni report)

-C'è un numero sufficiente di strutture e di posti letto, considerando l'età media della popolazione?

-Guardando alla tipologia di posti letto, possiamo chiederci quale sia il target di riferimento delle strutture. I posti RSA saranno quasi sempre dominanti (peraltro, sono quasi gli unici ad essere accreditati al Servizio Sanitario Nazionale, offrendo servizi a forte rilevanza sanitaria). Ci sono possibilità semiresidenziali (centri diurni)? Sono presenti posti per anziani autosufficienti o solo parzialmente non autosufficienti?

-Quali tipologie di gestori sono presenti? E' tutto in mano a società private, o il pubblico nelle sue varie forme ricopre un ruolo importante? Qual è lo spazio delle Cooperative Sociali?

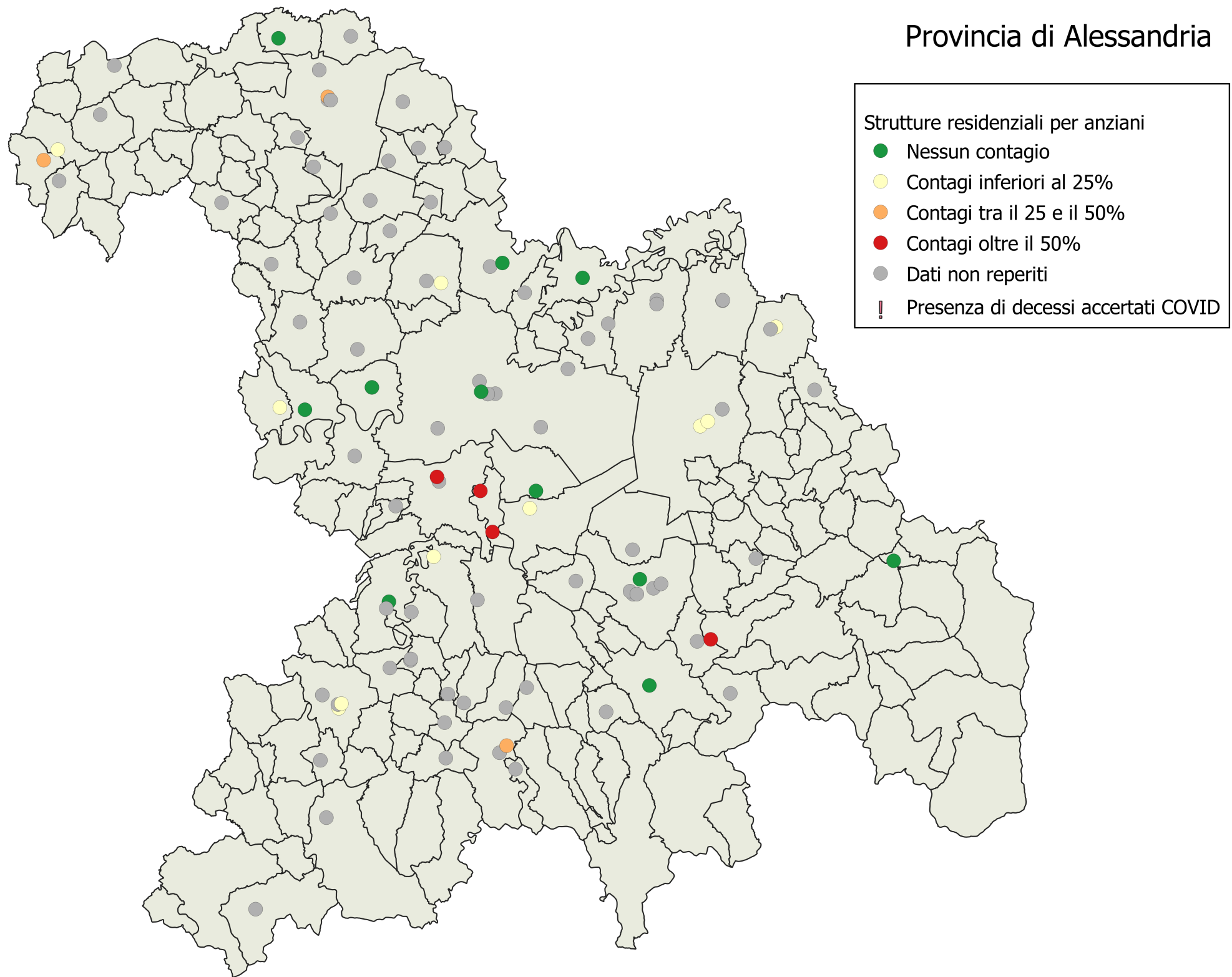
-Il modello dominante è quello delle strutture enormi, con più di 100 posti, o è basato su strutture più piccole (e forse più a misura di persona)?

-Il coronavirus ha colpito di più in certe tipologie di struttura piuttosto che in altre? O l'unica discriminante sembra essere il caso?

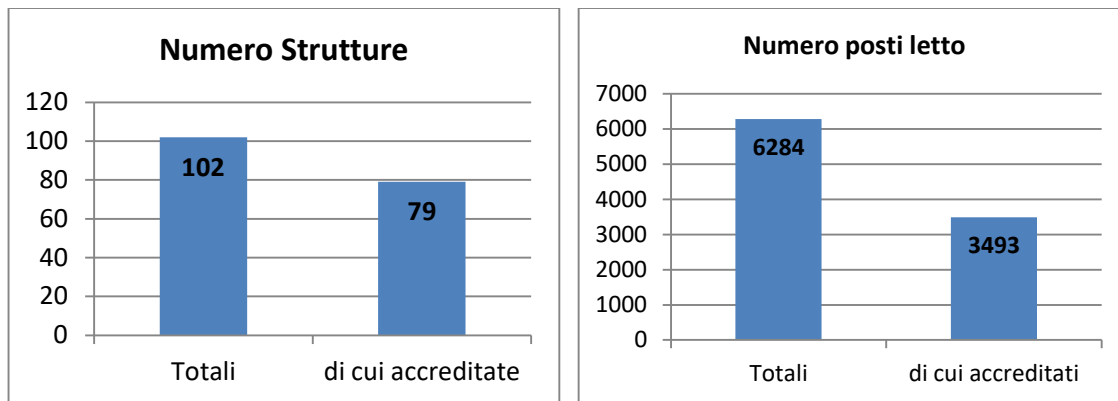
-Ci sono tipologie di gestori che sembrano essere stati più trasparenti di altri, fornendo all'opinione pubblica i dati del contagio?

-La situazione potrebbe degenerare nuovamente nel malaugurato caso che si verificasse una seconda ondata di contagi in Italia?

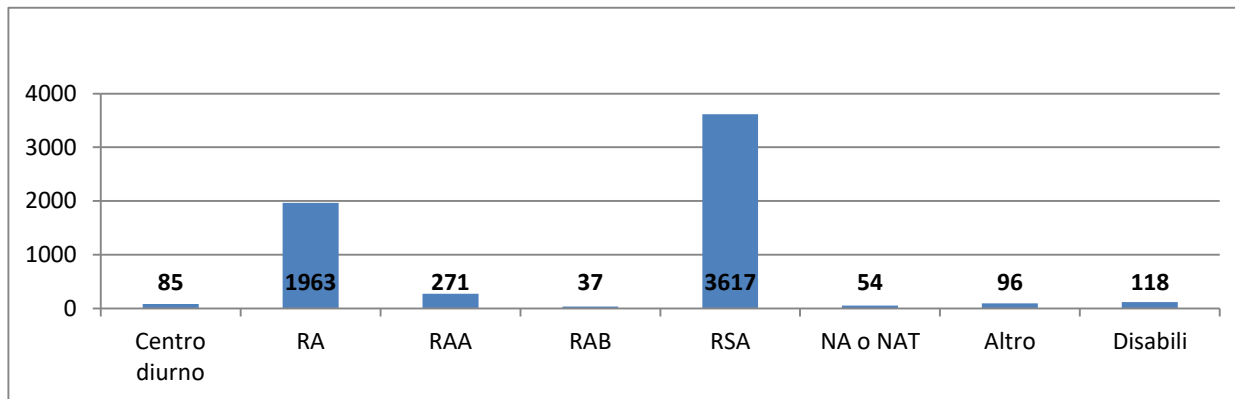
Provincia di Alessandria



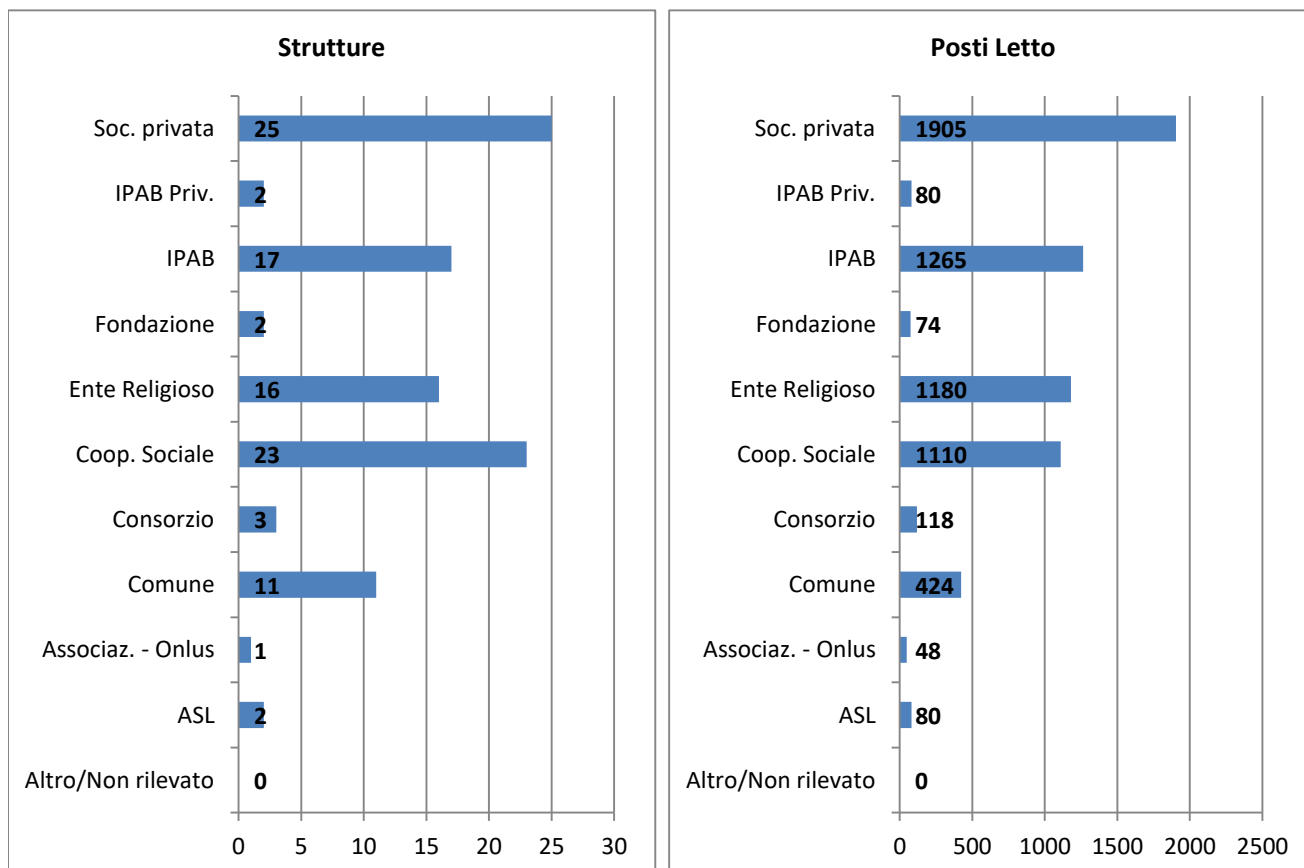
Dati generali



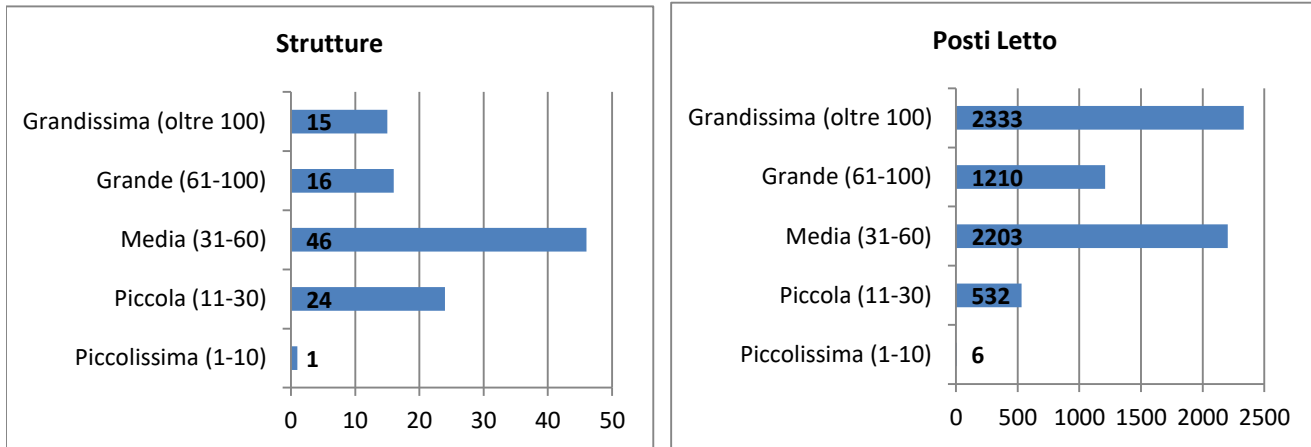
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

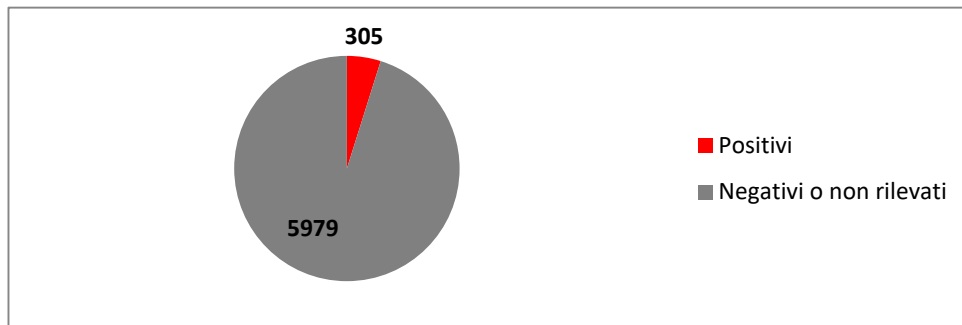


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura

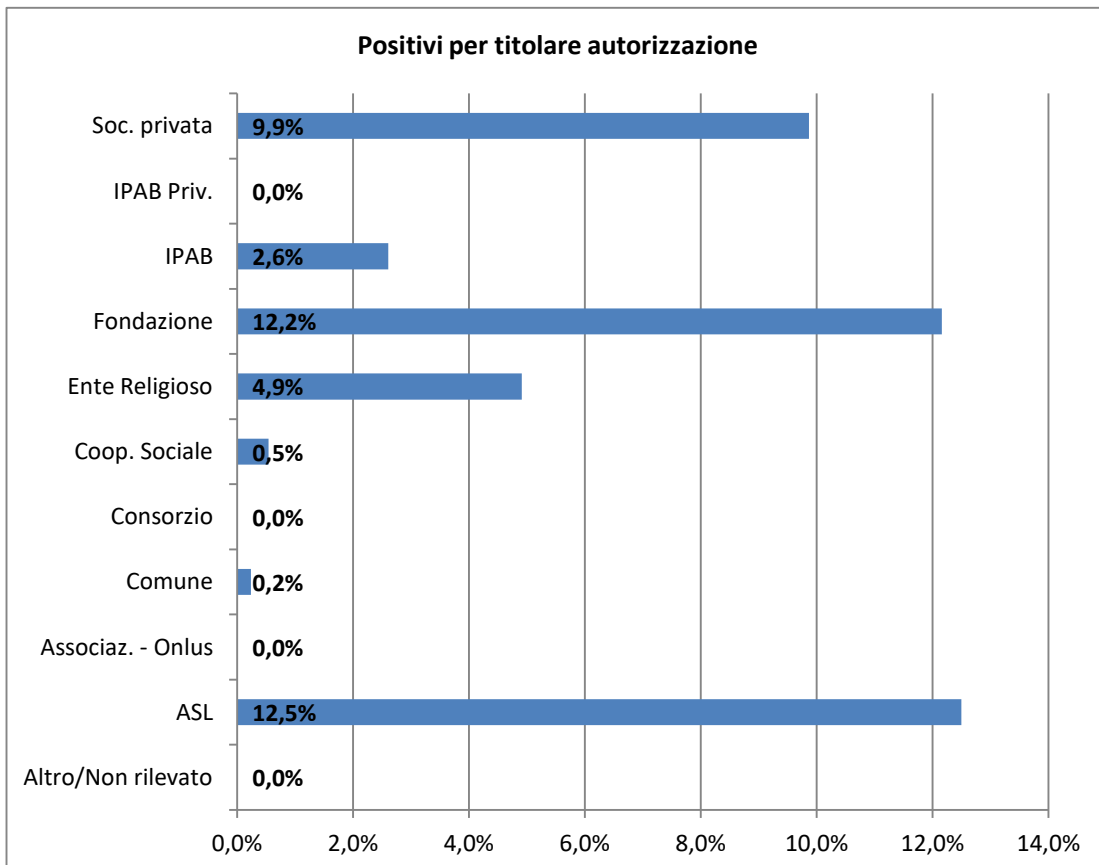


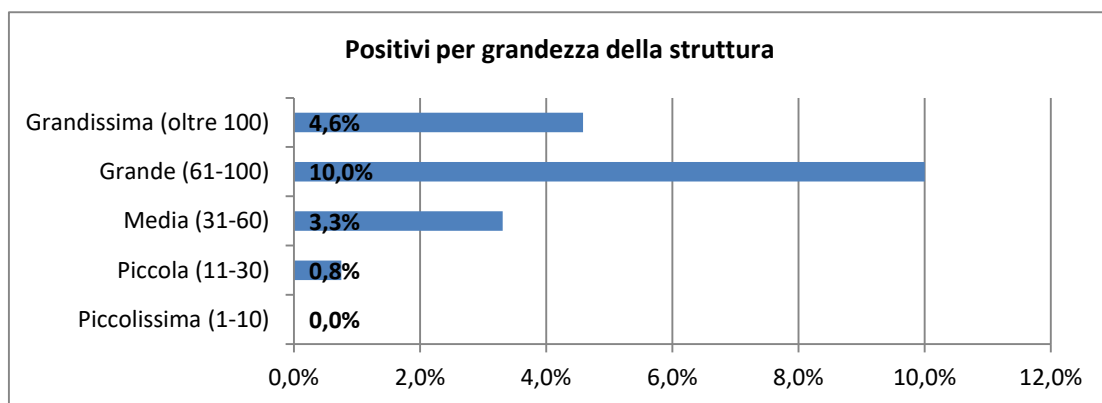
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

Dato complessivo

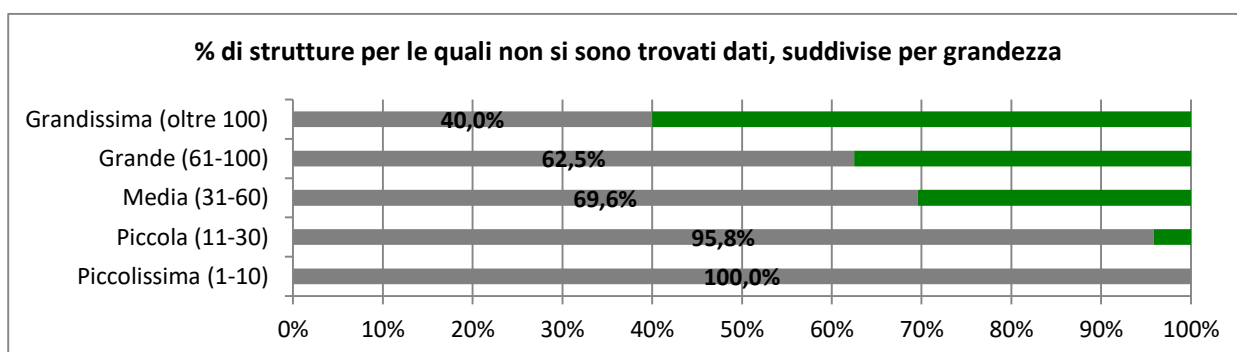
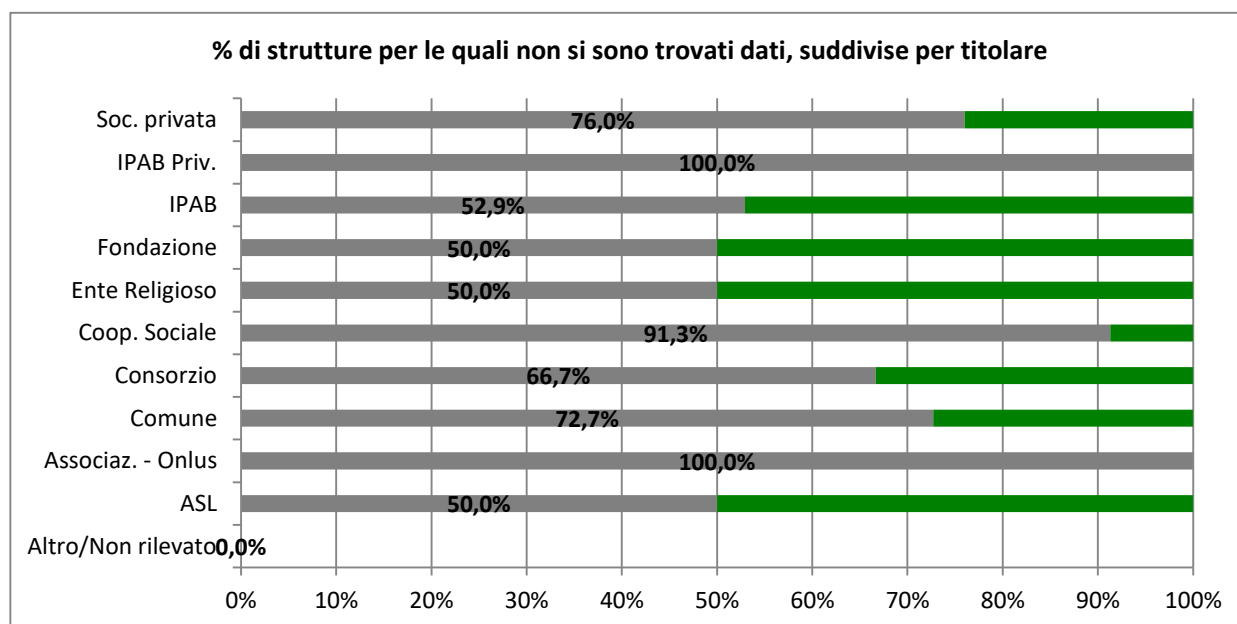
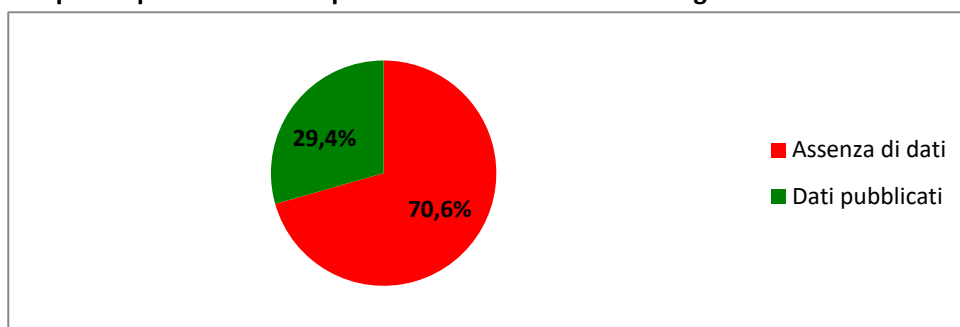


Sono stati rilevati **305** positivi, che corrispondono al **4,9%** dei posti letto complessivi

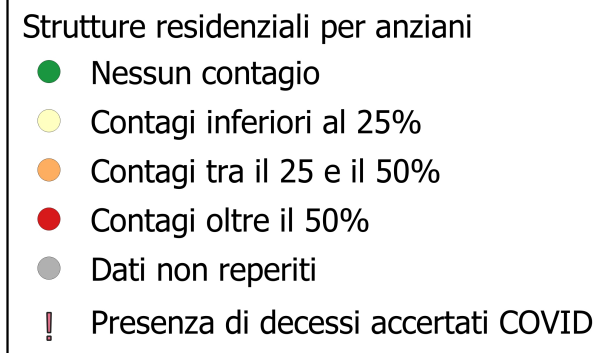
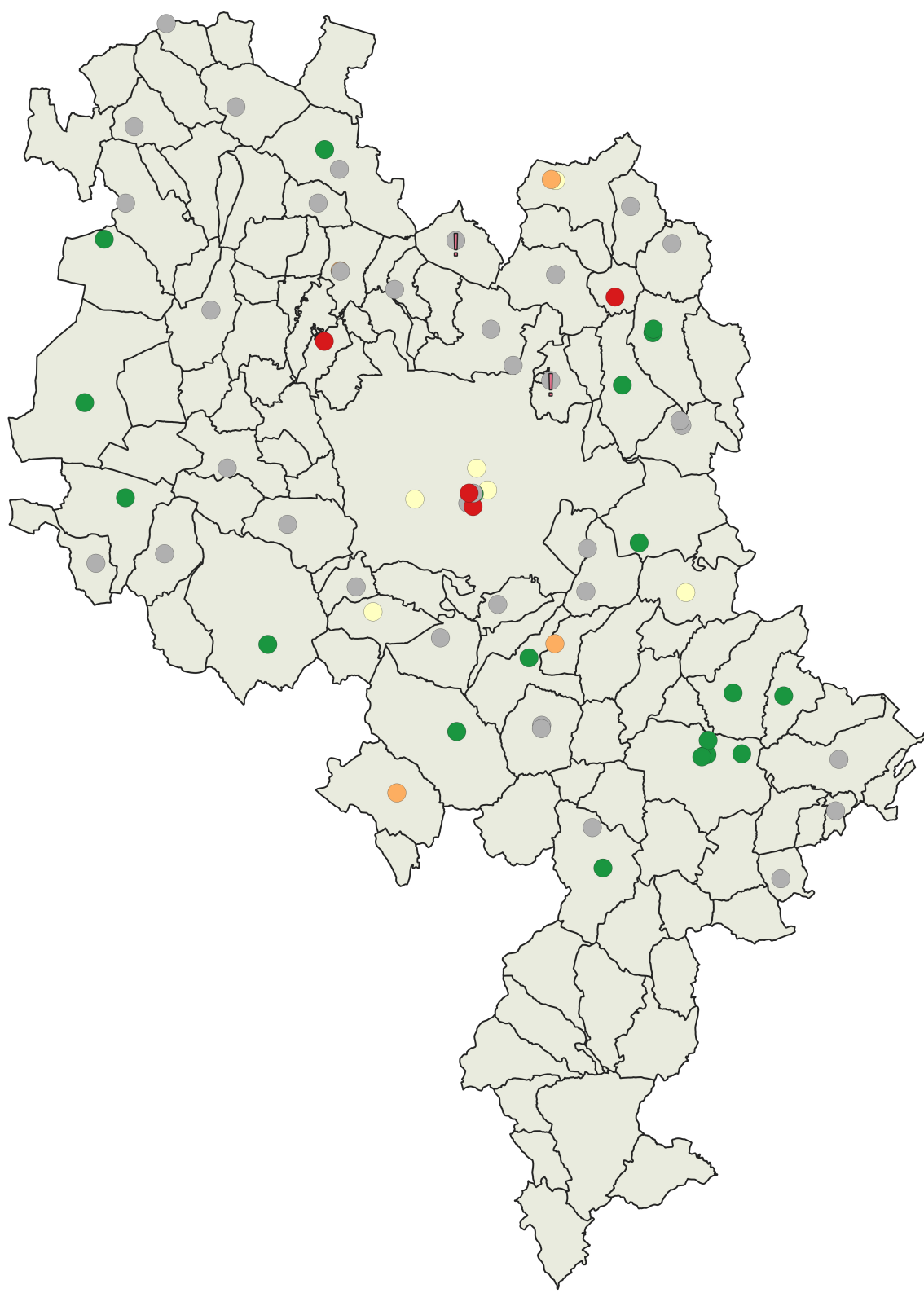




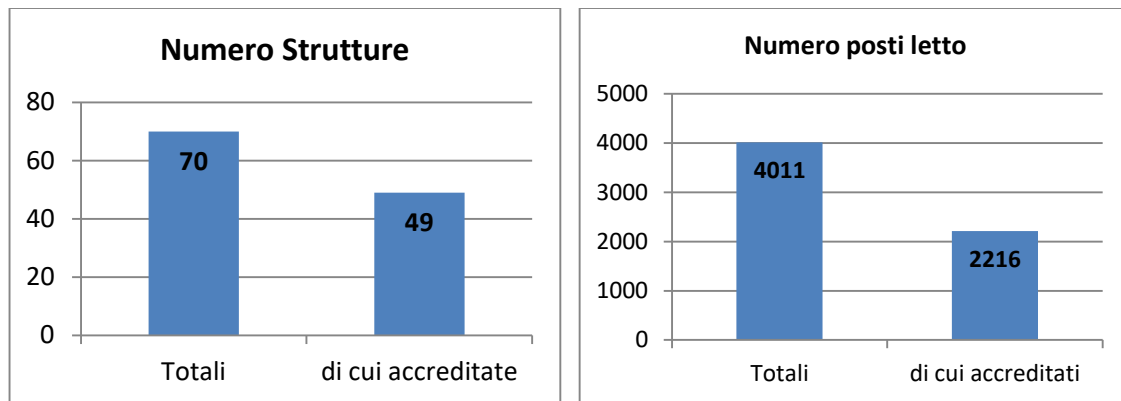
Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio



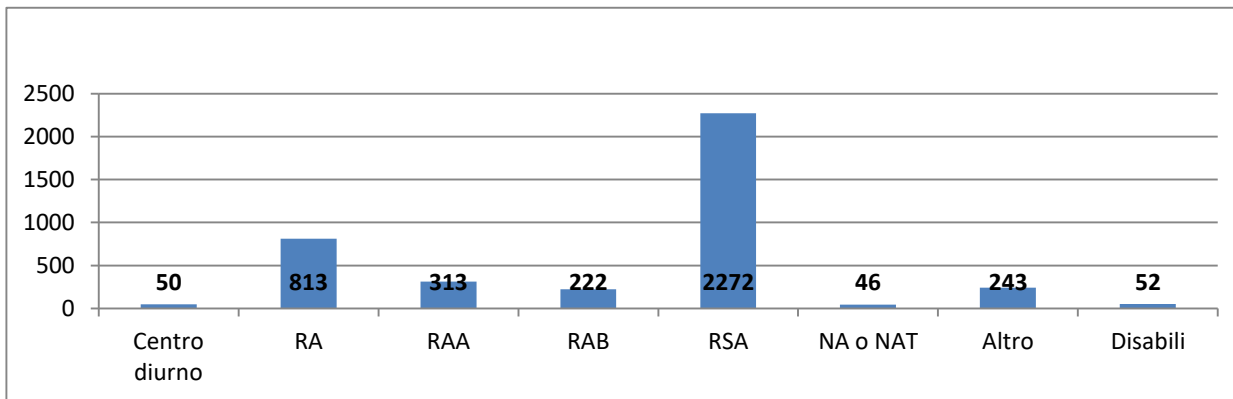
Provincia di Asti



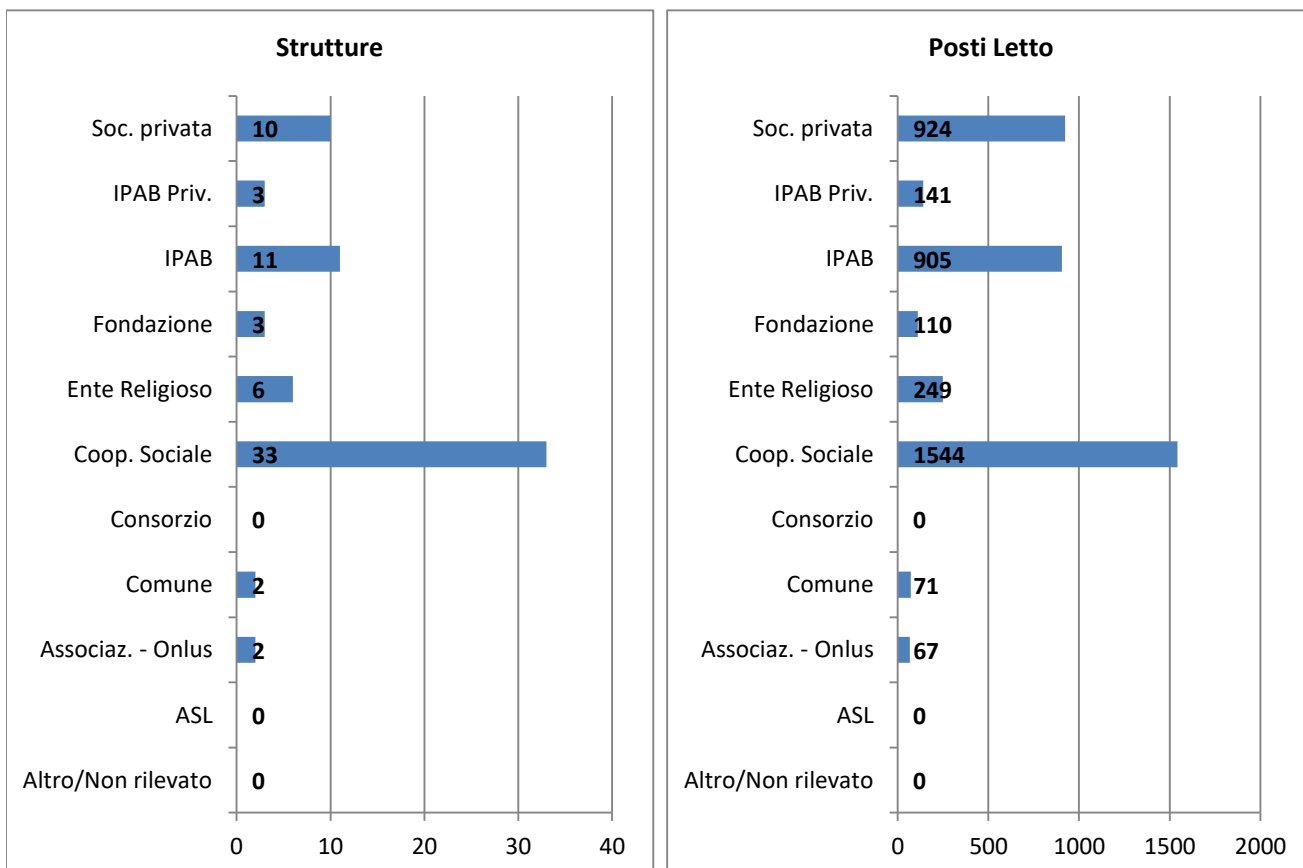
Dati generali



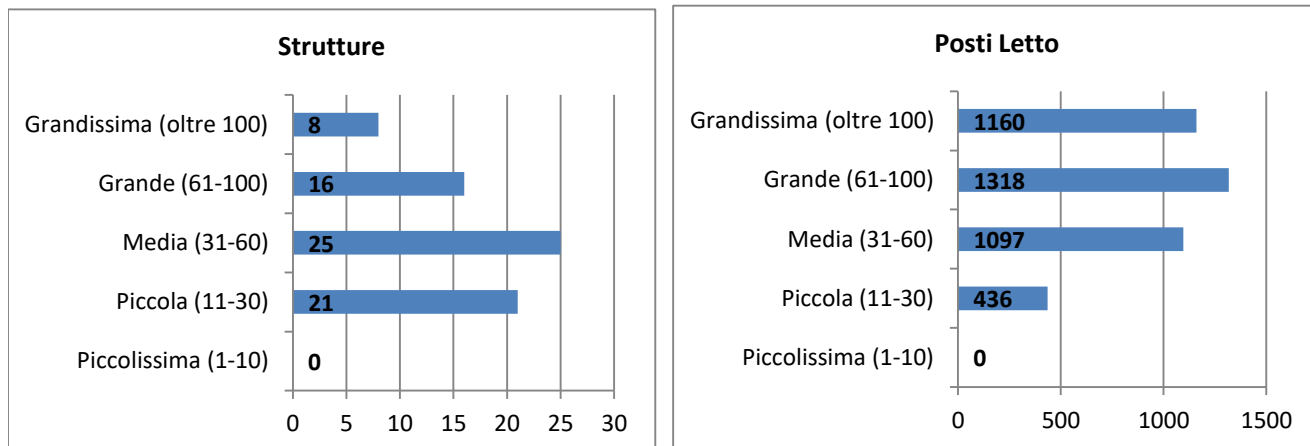
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

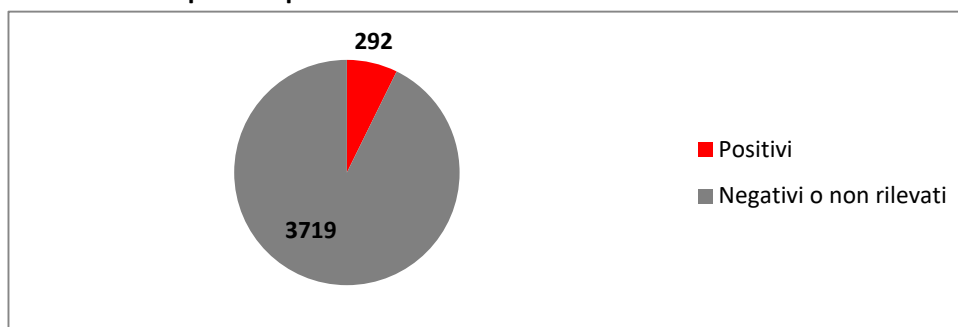


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura



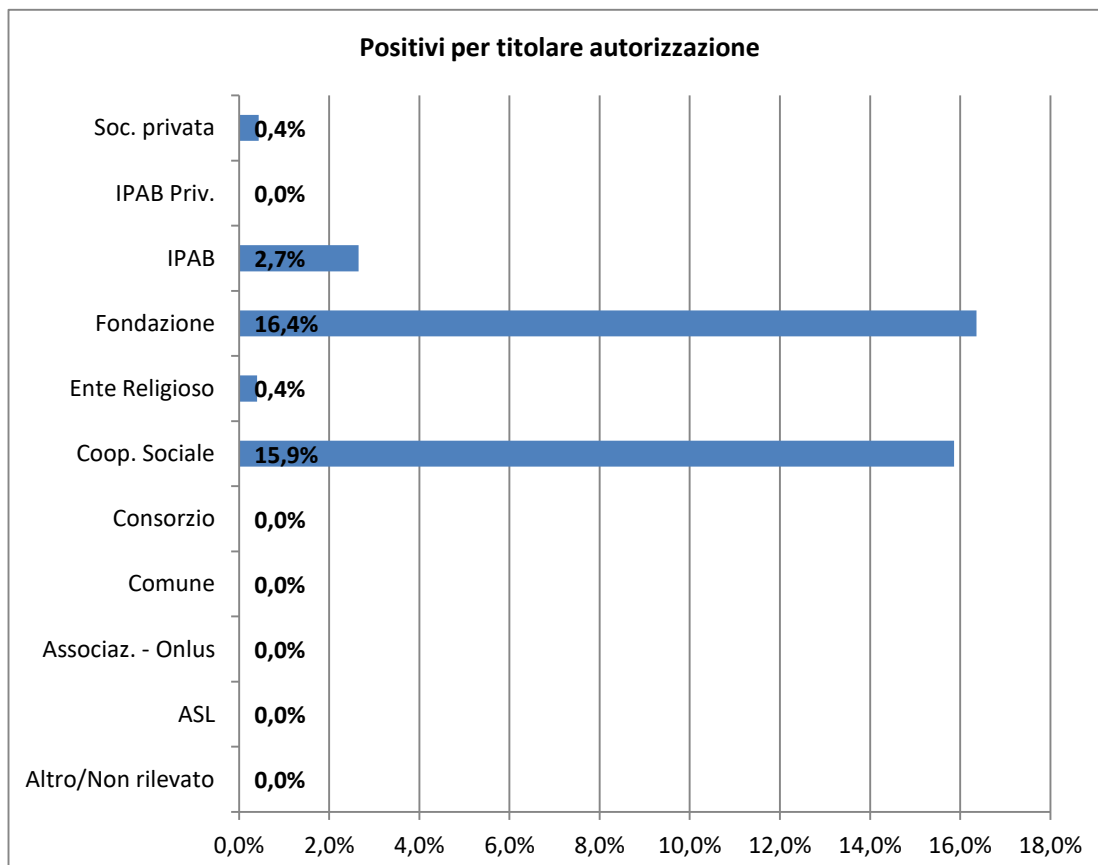
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

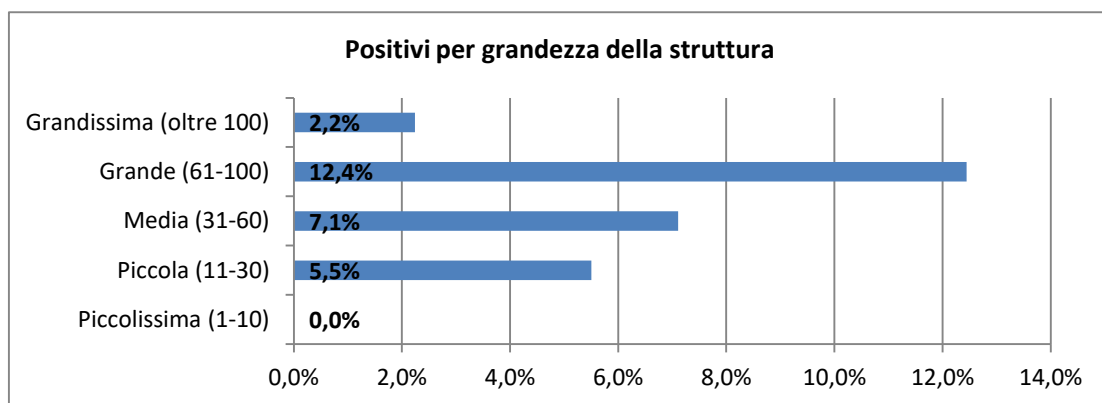
Dato complessivo



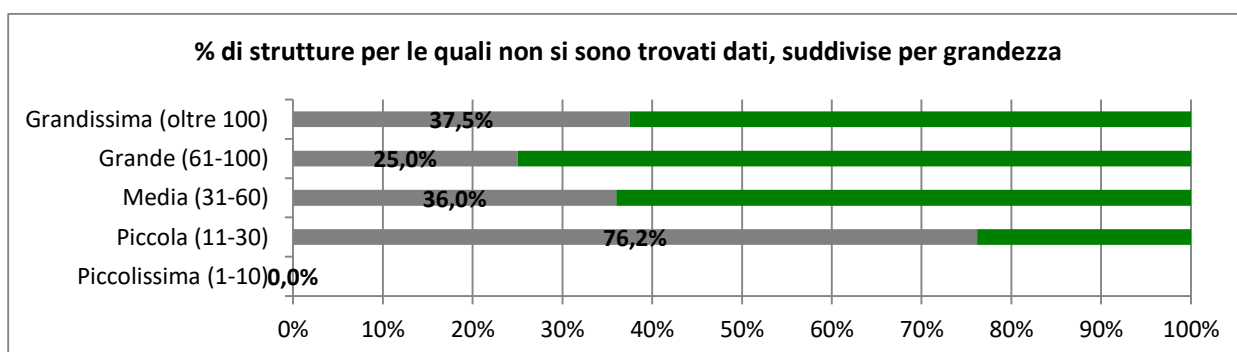
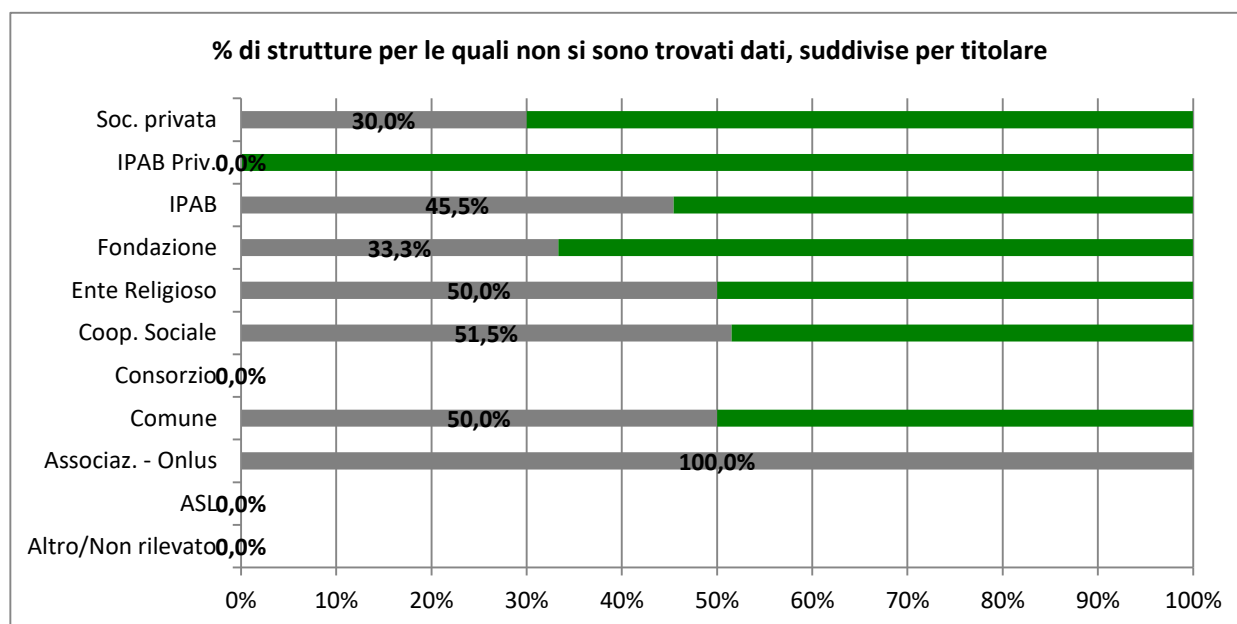
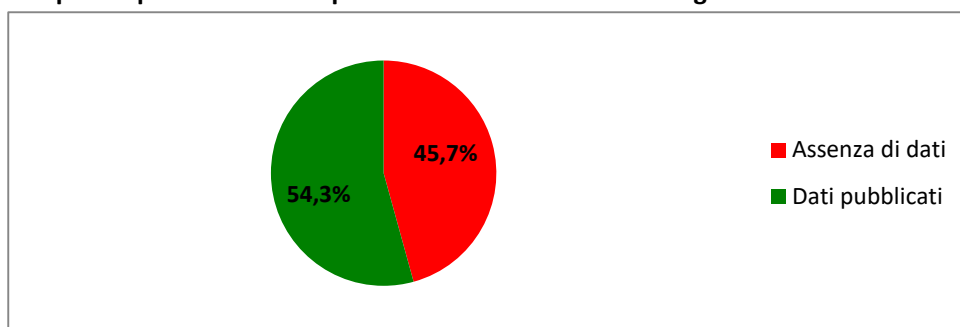
Sono stati rilevati **292** positivi, che corrispondono al **7,3%** dei posti letto complessivi

Positivi per titolare autorizzazione

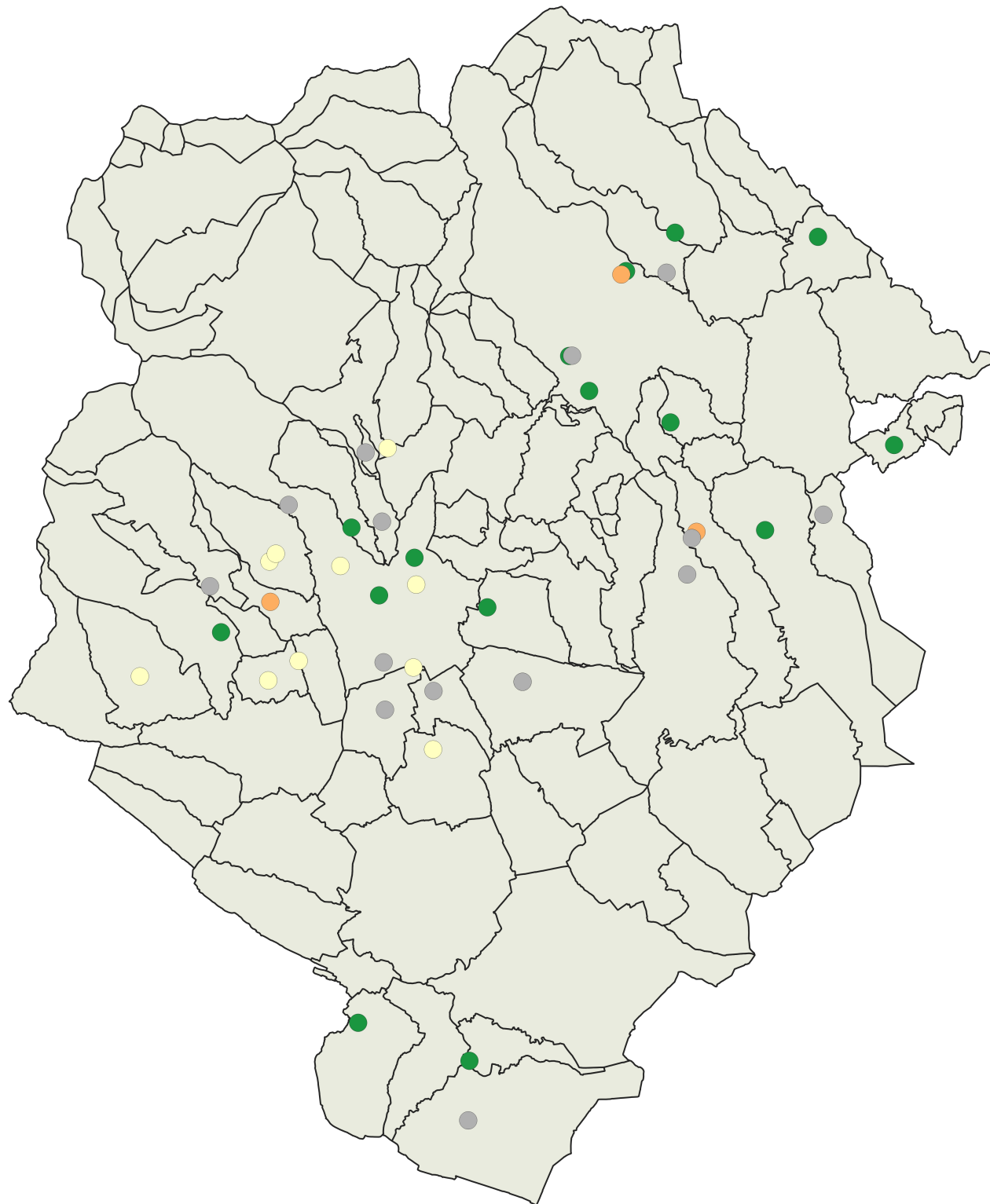




Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio



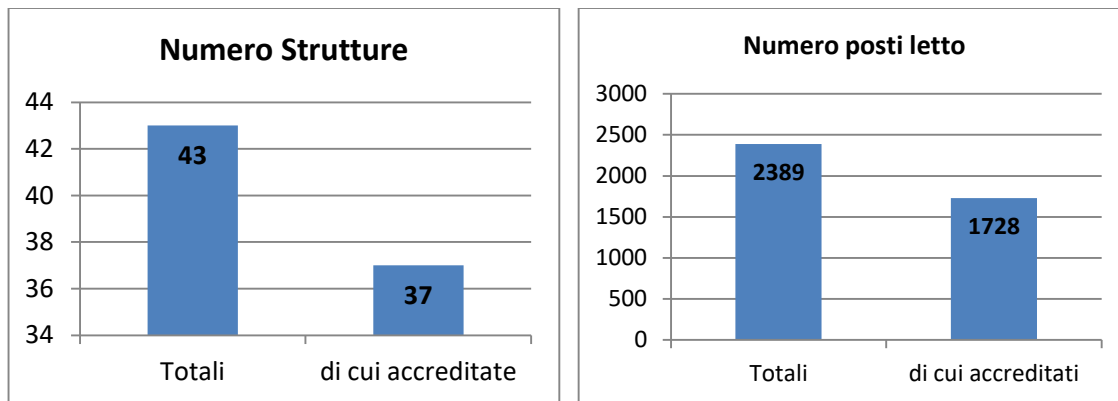
Provincia di Biella



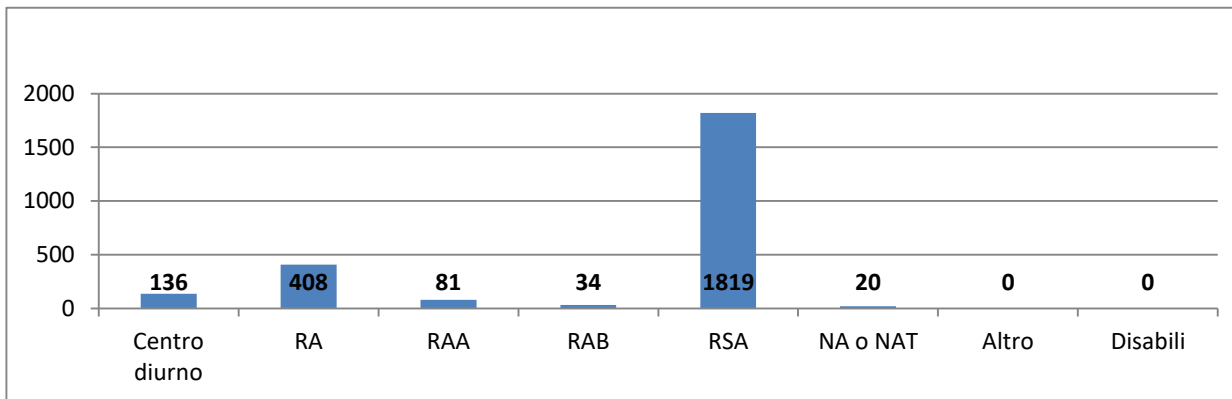
Strutture residenziali per anziani

- Nessun contagio
- Contagi inferiori al 25%
- Contagi tra il 25 e il 50%
- Contagi oltre il 50%
- Dati non reperiti
- ! Presenza di decessi accertati COVID

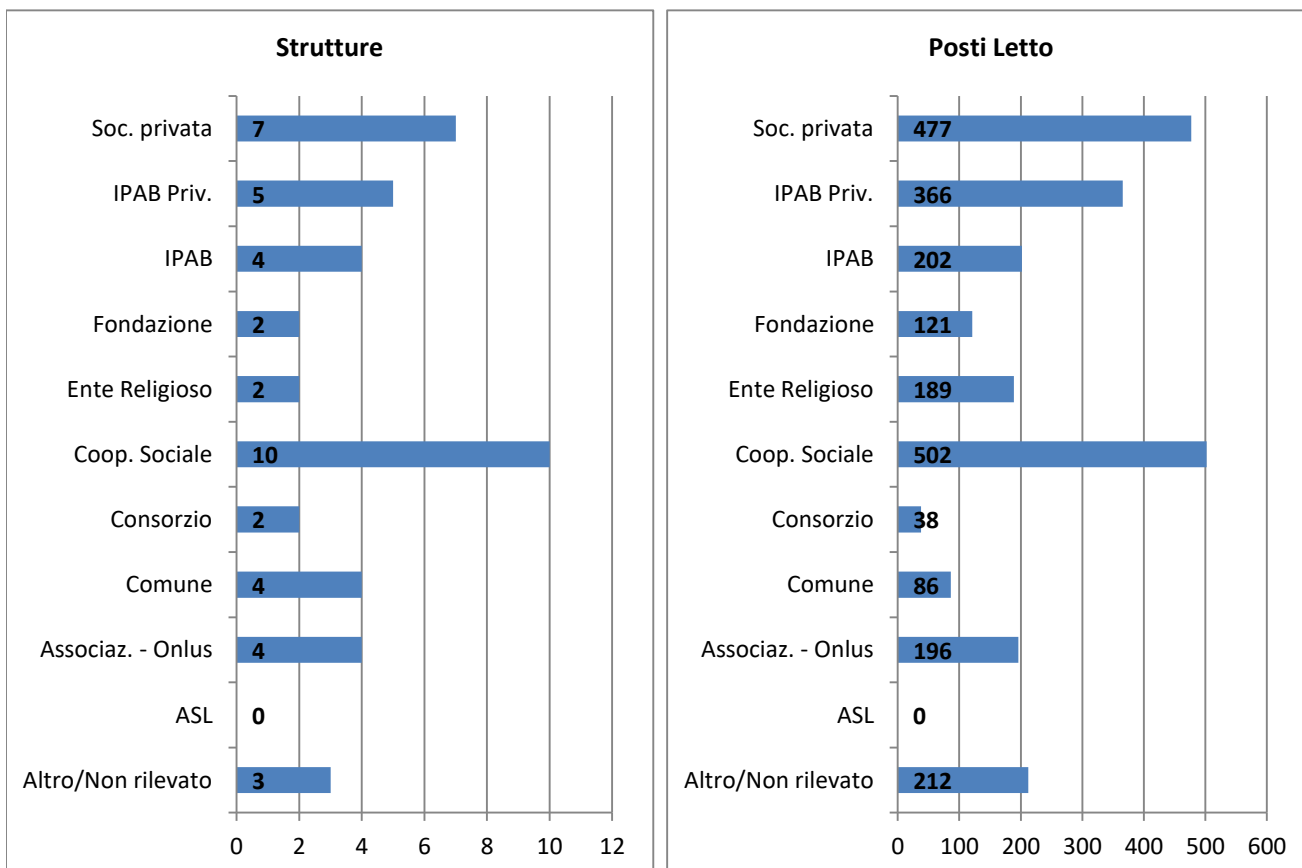
Dati generali



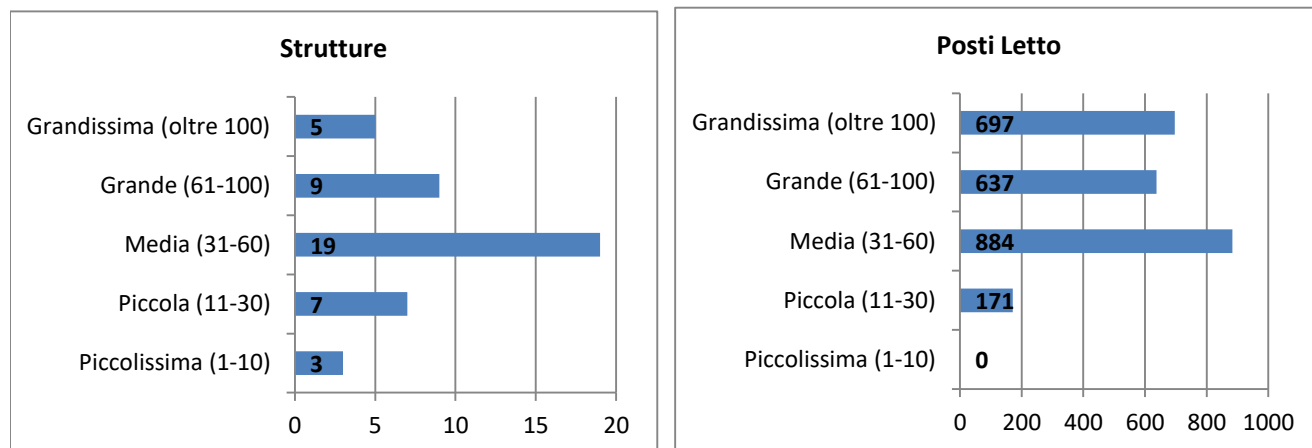
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

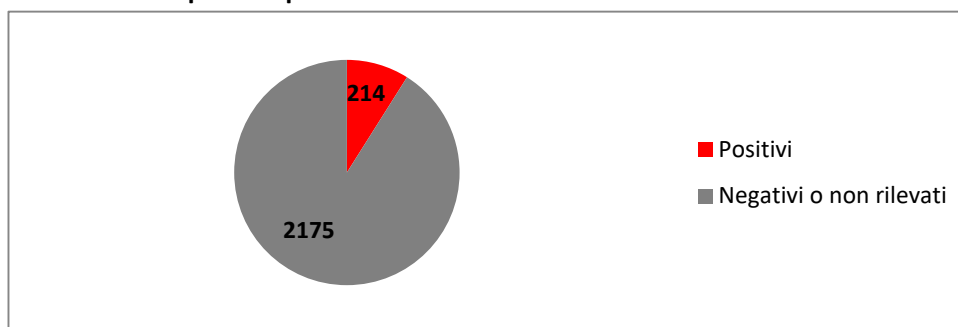


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura



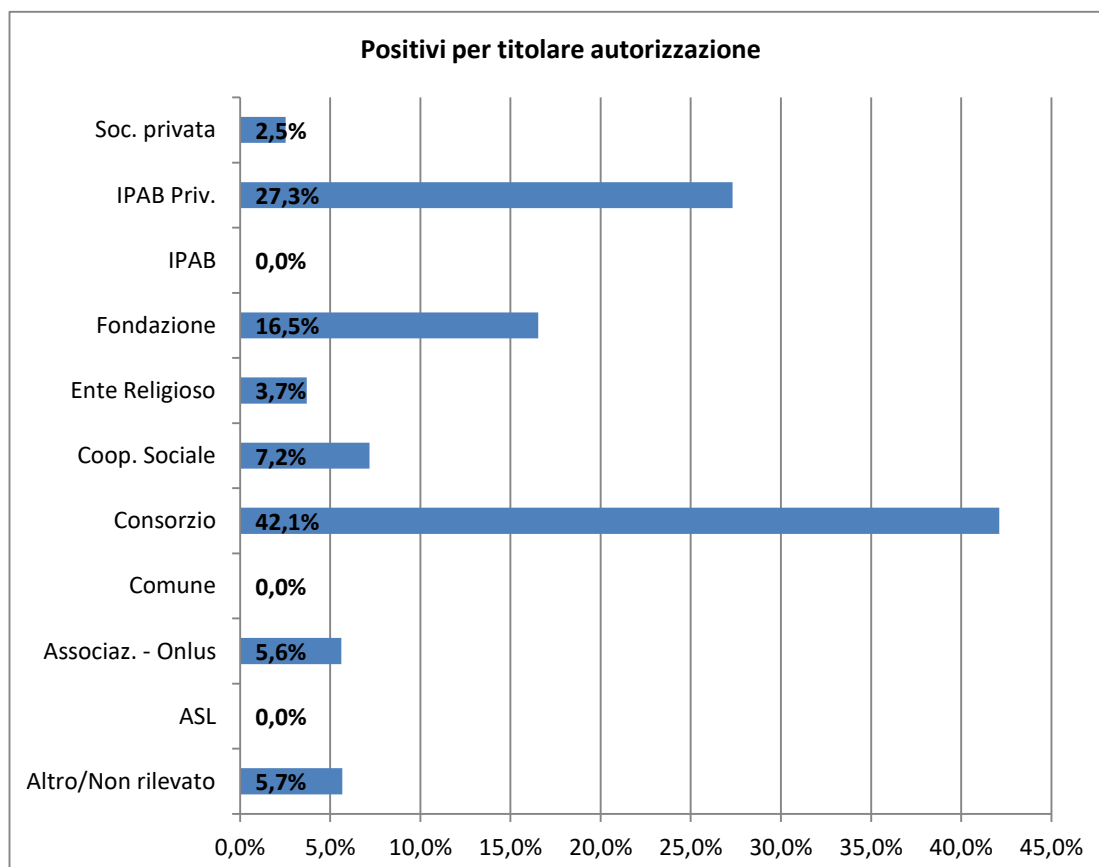
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

Dato complessivo

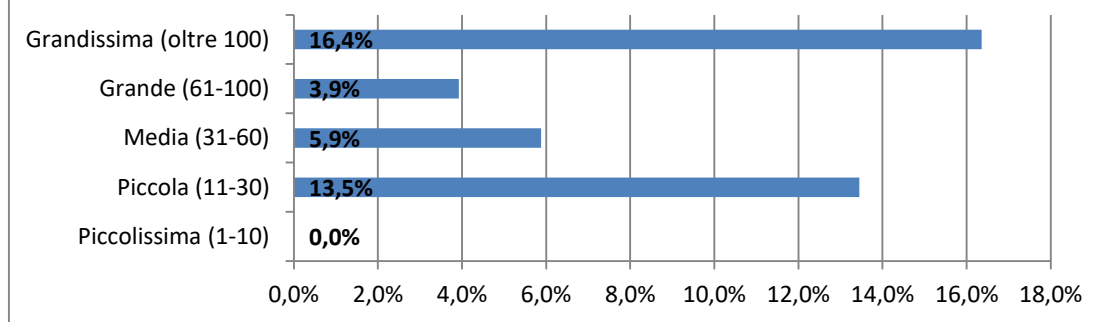


Sono stati rilevati **214** positivi, che corrispondono al **9,0%** dei posti letto complessivi

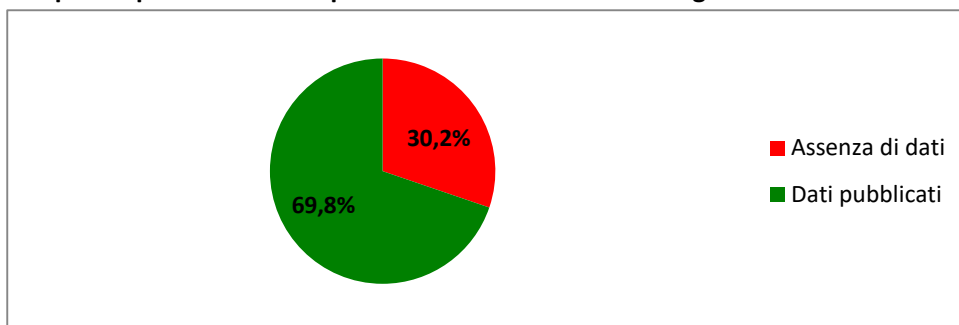
Positivi per titolare autorizzazione



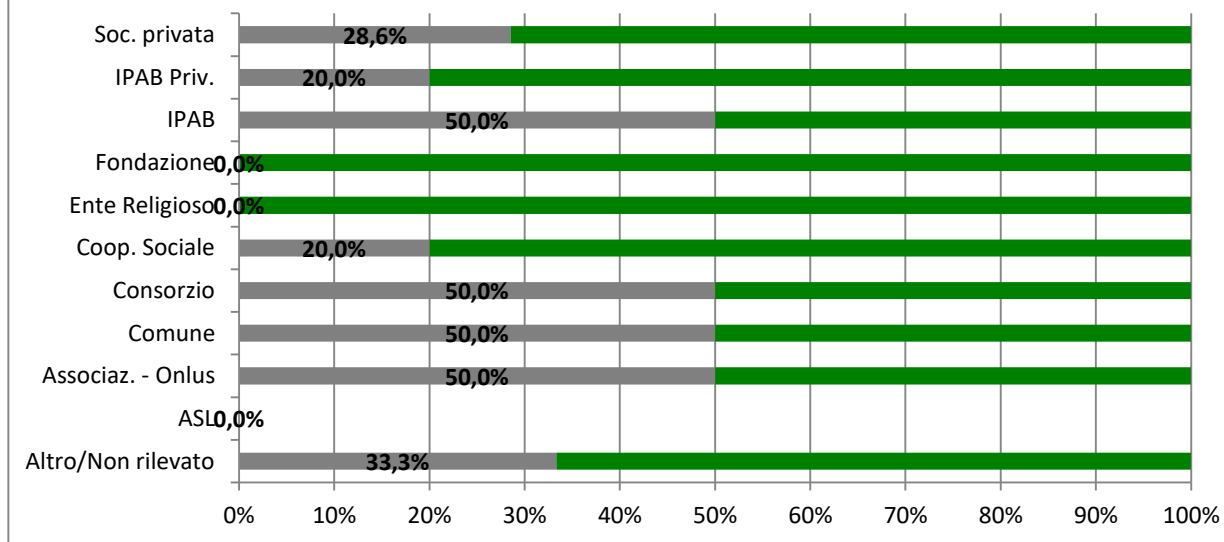
Positivi per grandezza della struttura



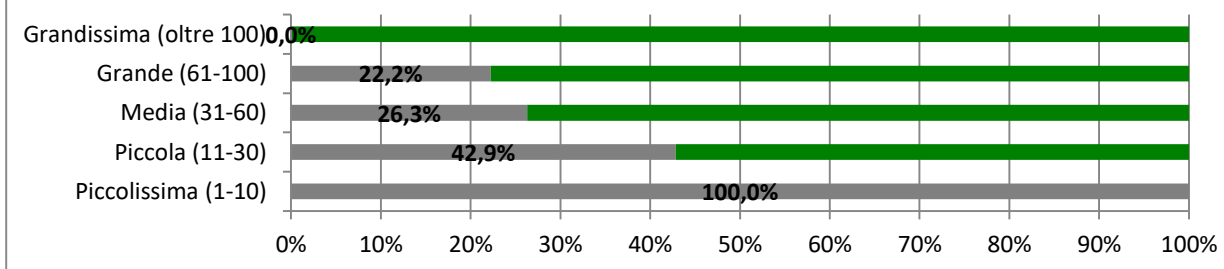
Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio

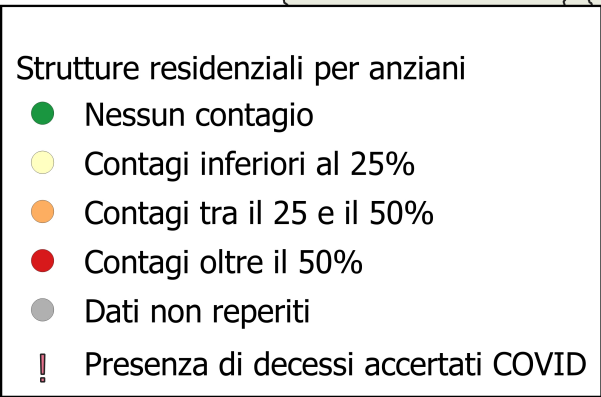
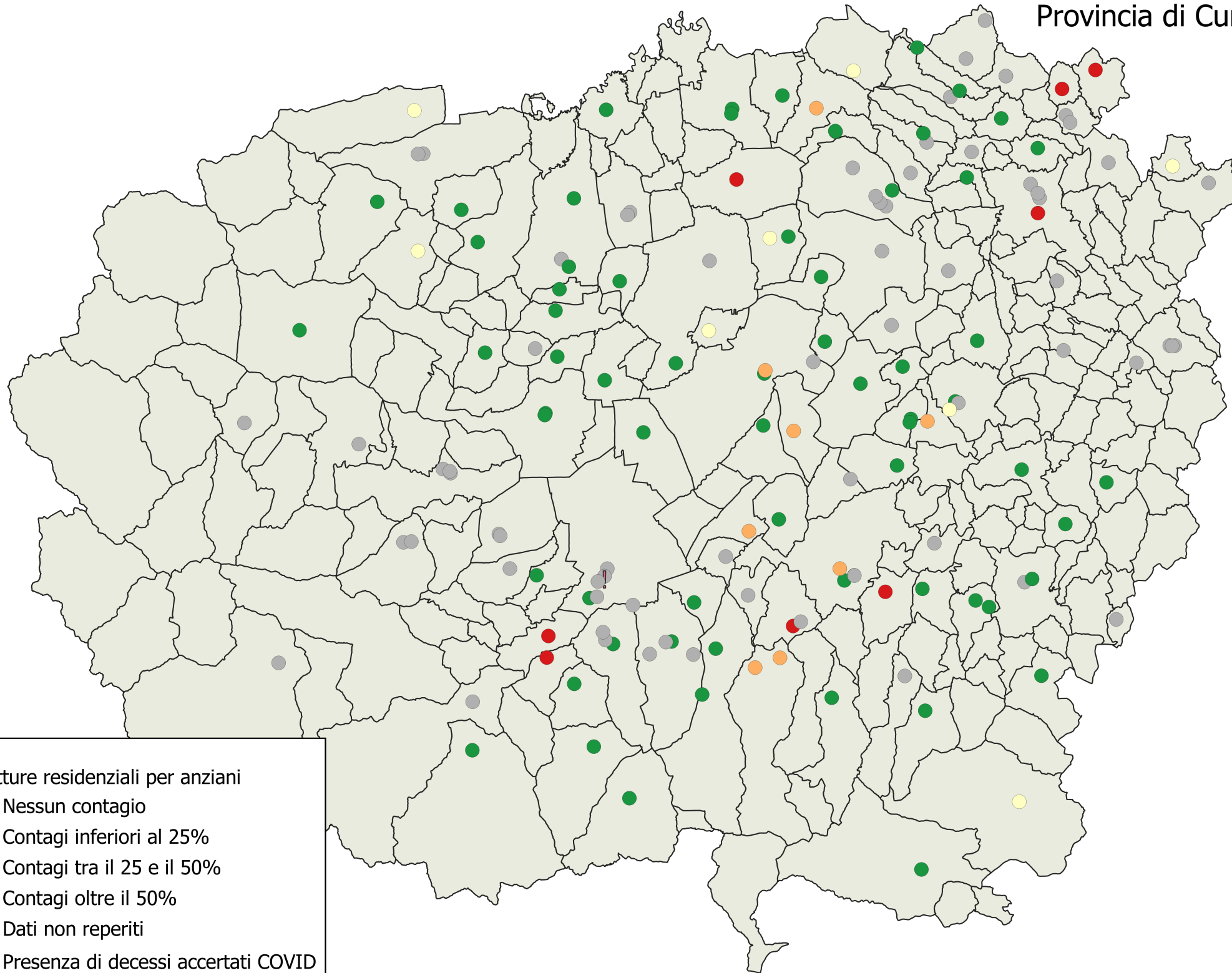


% di strutture per le quali non si sono trovati dati, suddivise per titolare

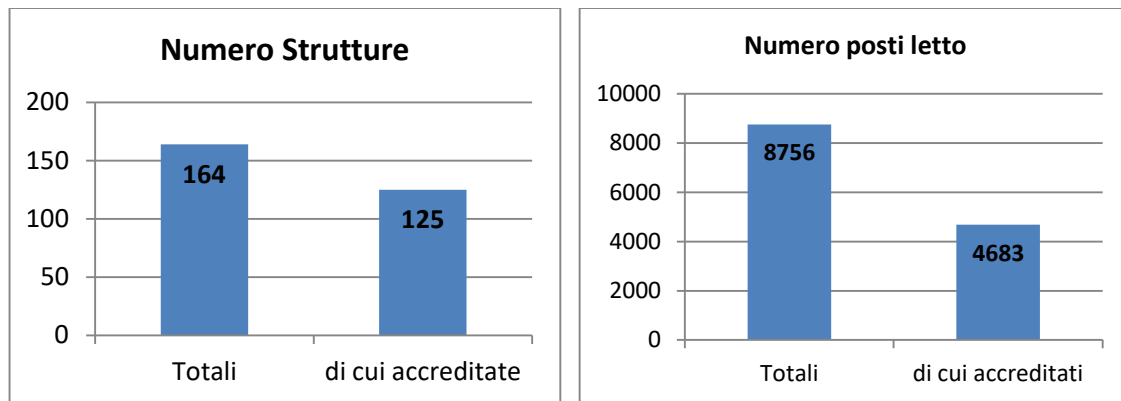


% di strutture per le quali non si sono trovati dati, suddivise per grandezza

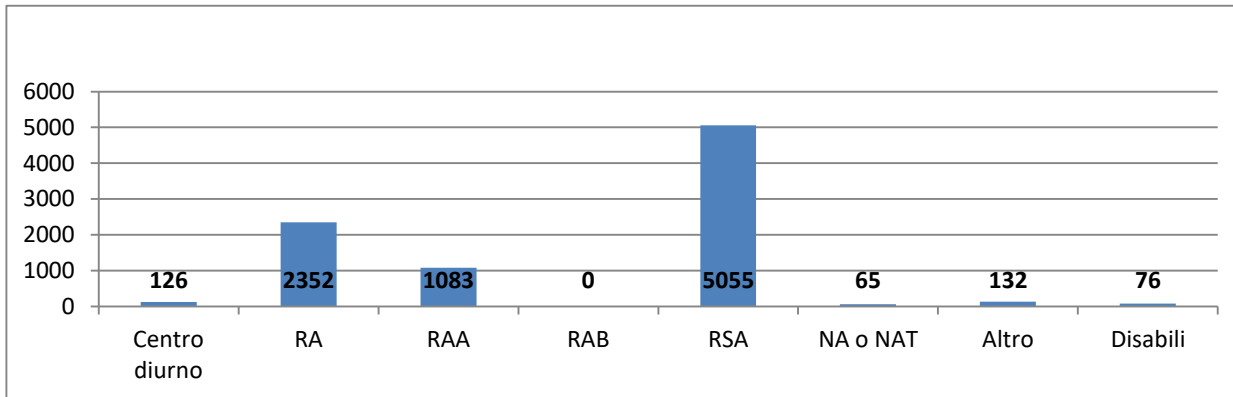




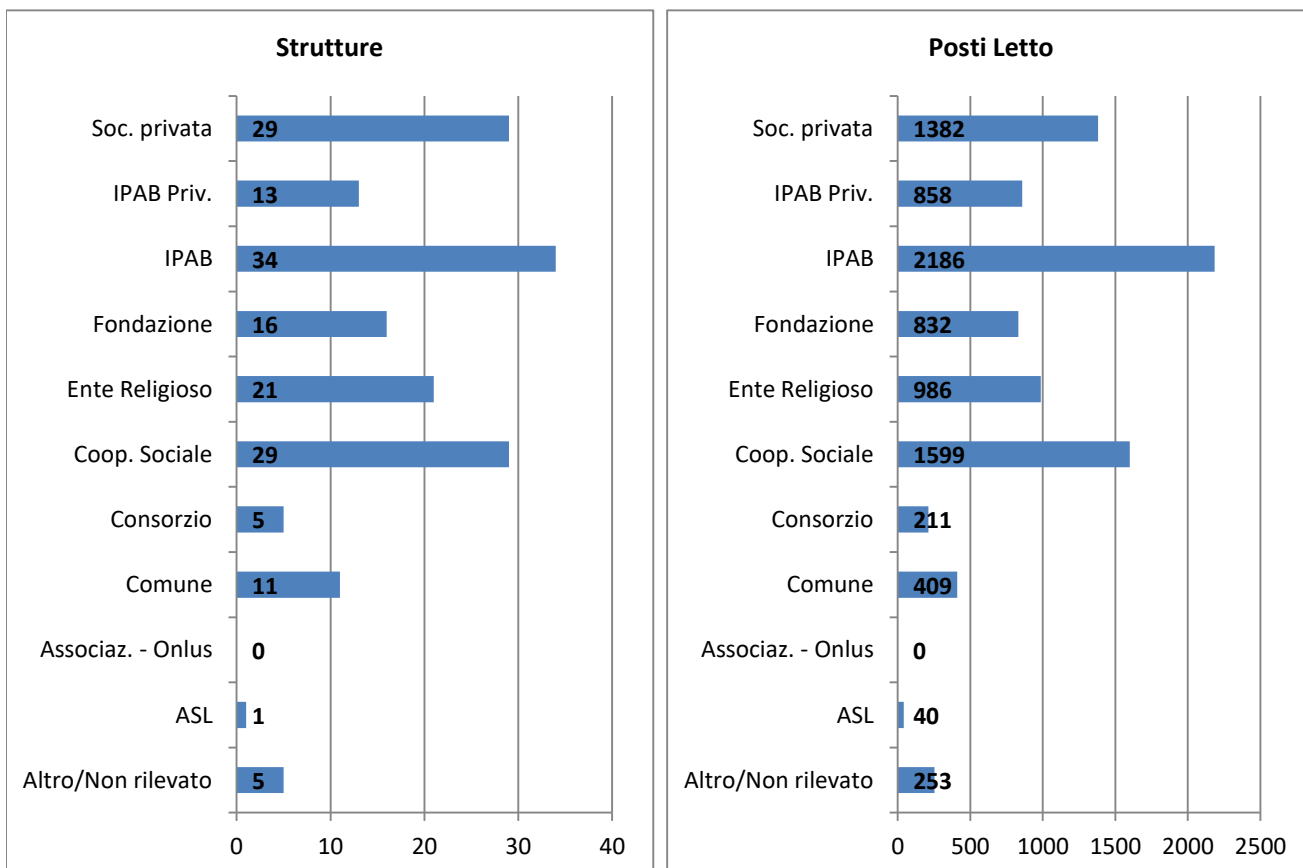
Dati generali



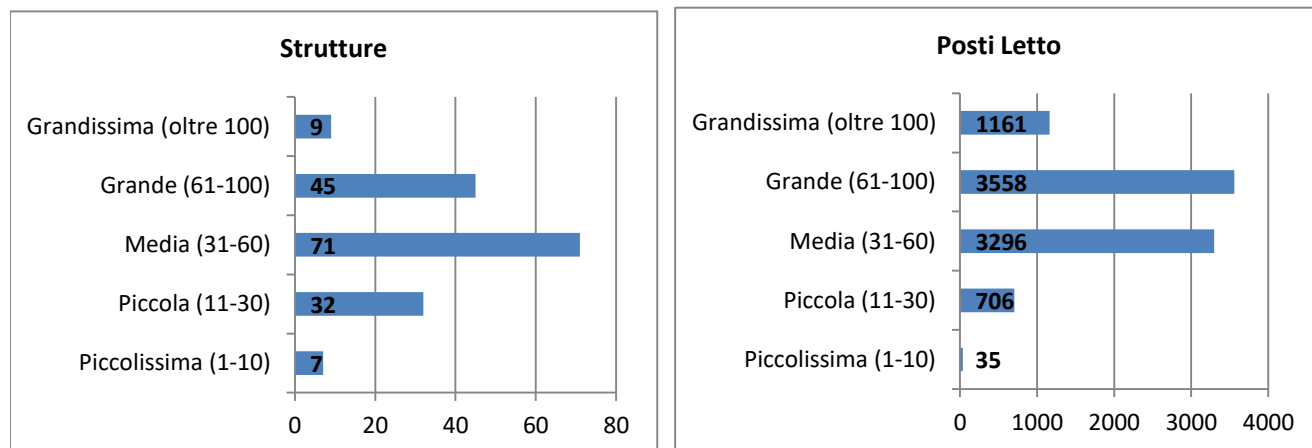
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

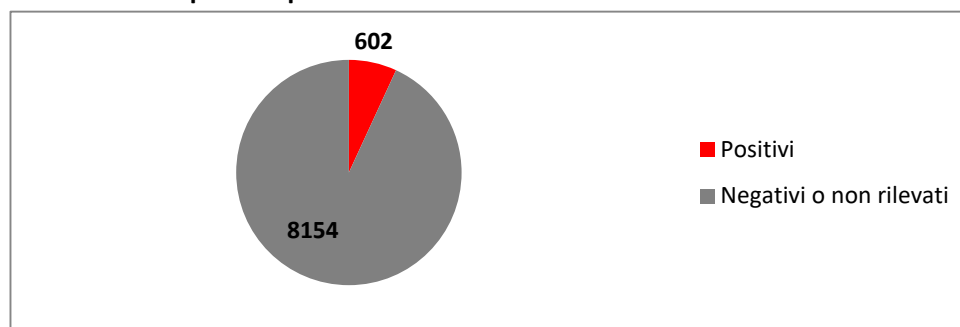


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura



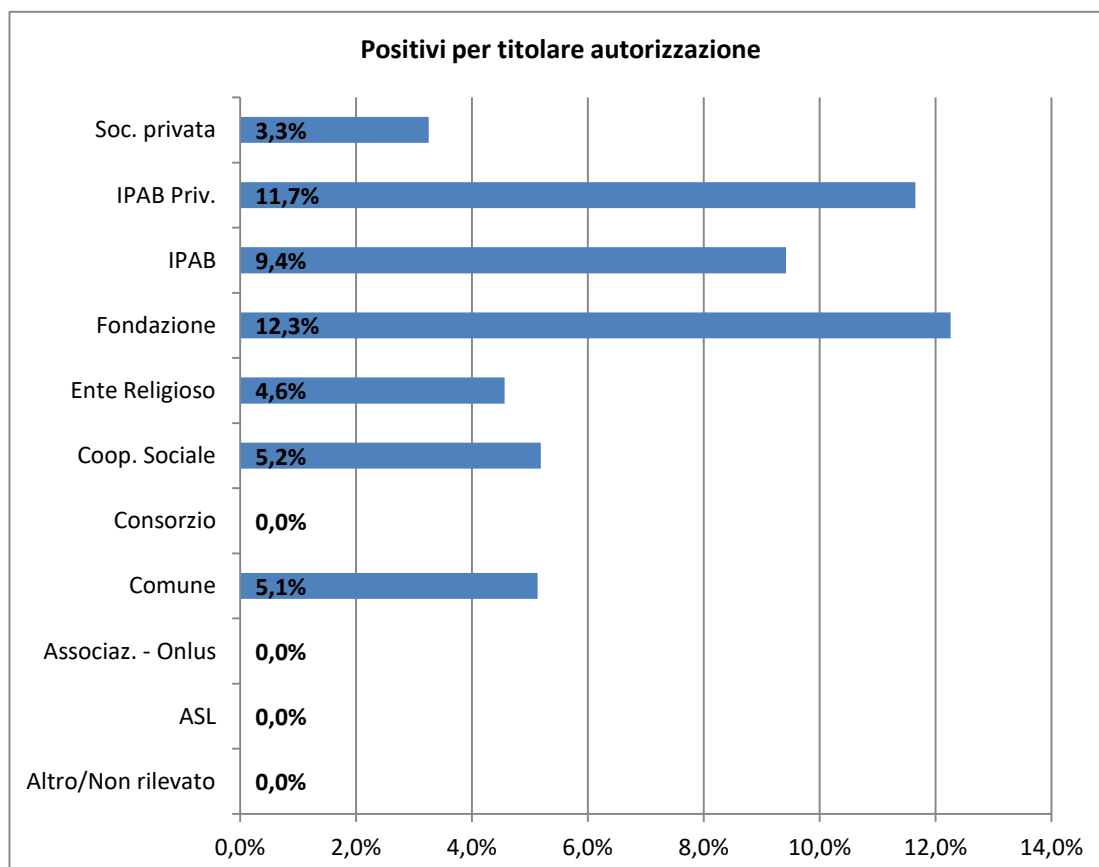
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

Dato complessivo

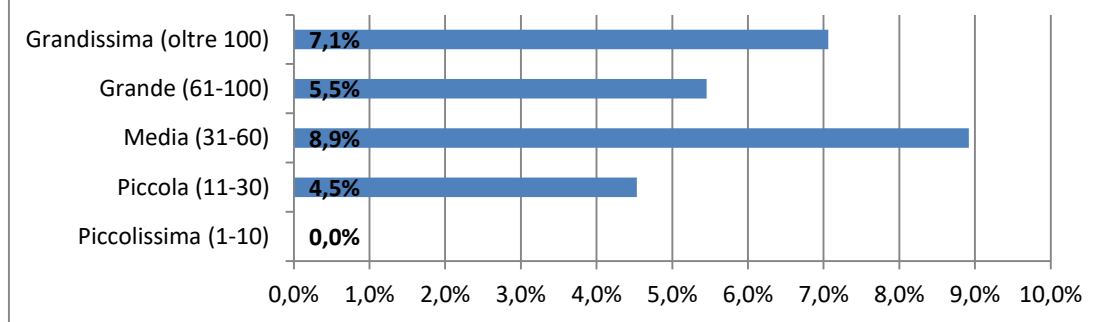


Sono stati rilevati **602** positivi, che corrispondono al **6,9%** dei posti letto complessivi

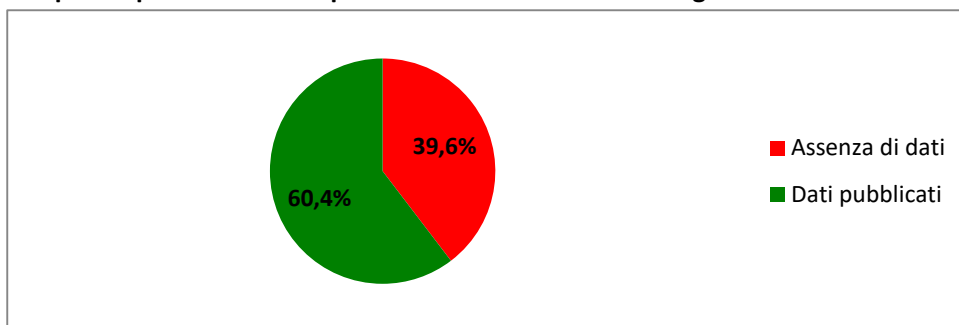
Positivi per titolare autorizzazione



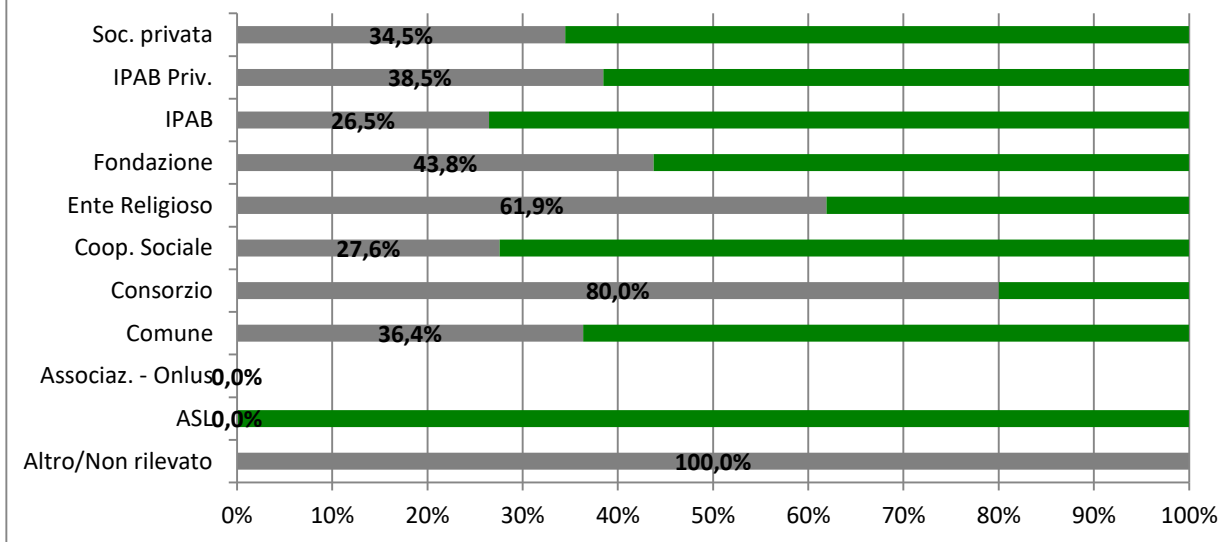
Positivi per grandezza della struttura



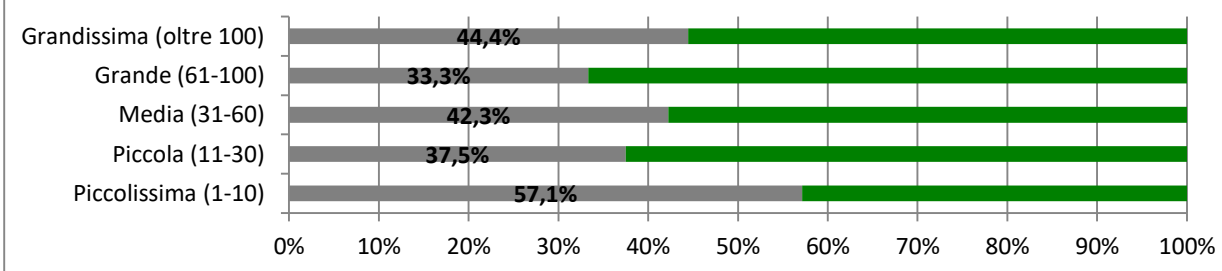
Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio

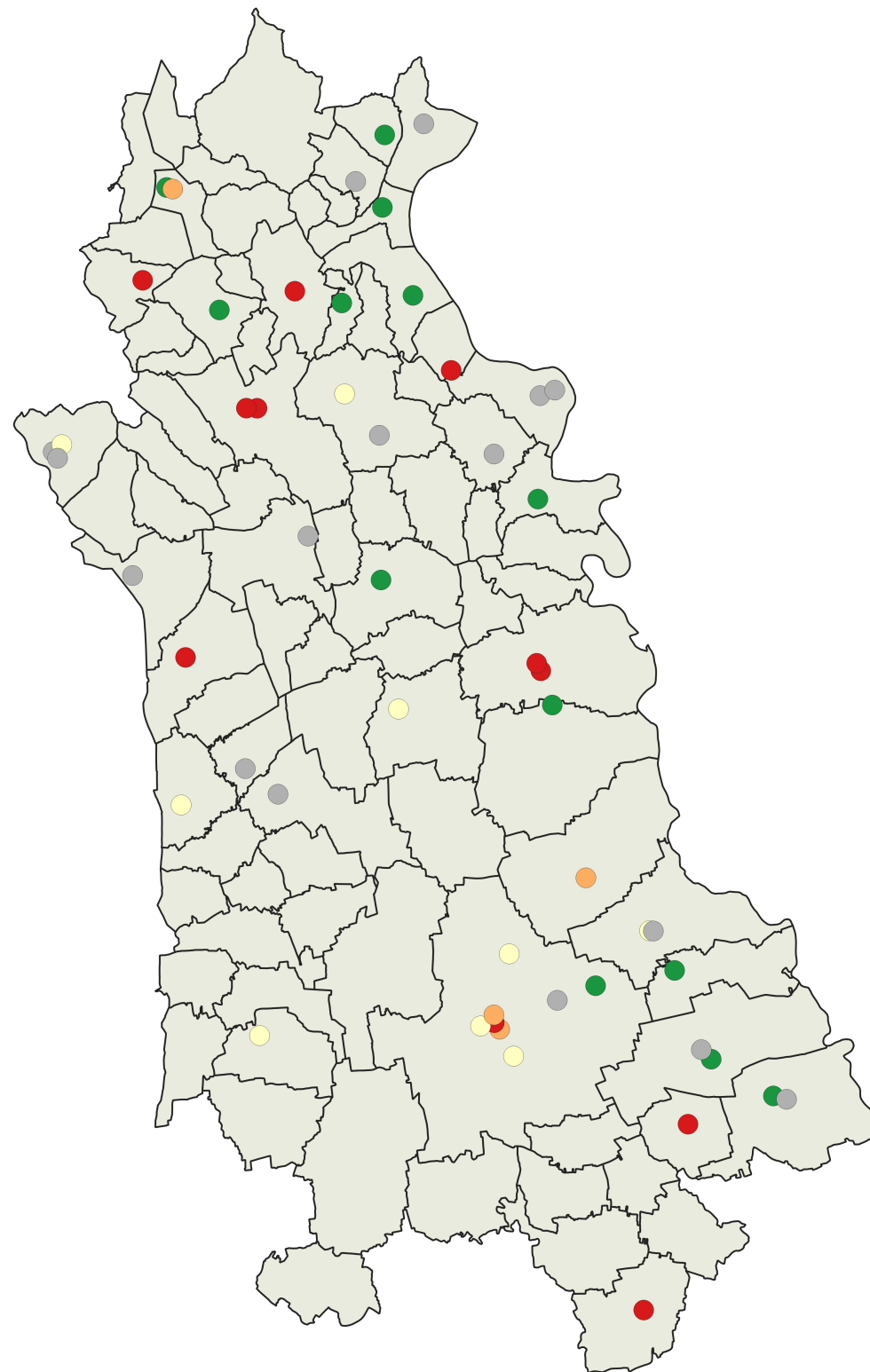


% di strutture per le quali non si sono trovati dati, suddivise per titolare



% di strutture per le quali non si sono trovati dati, suddivise per grandezza

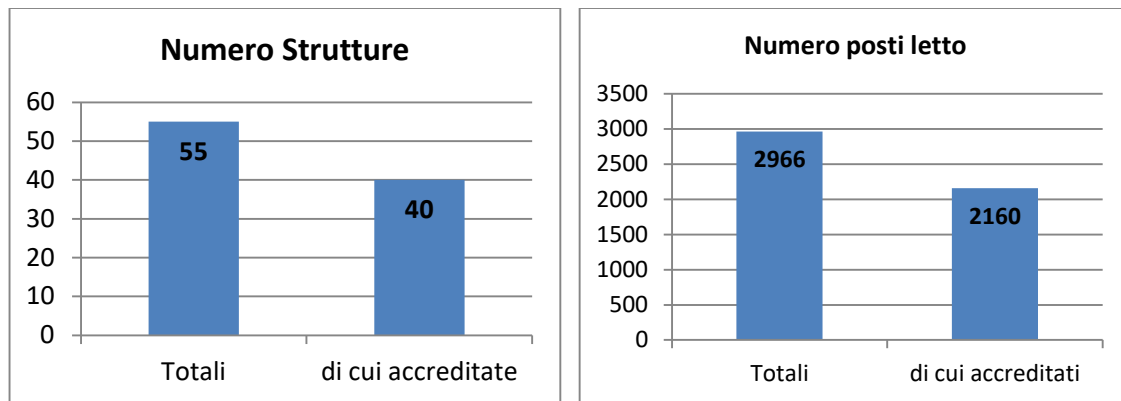




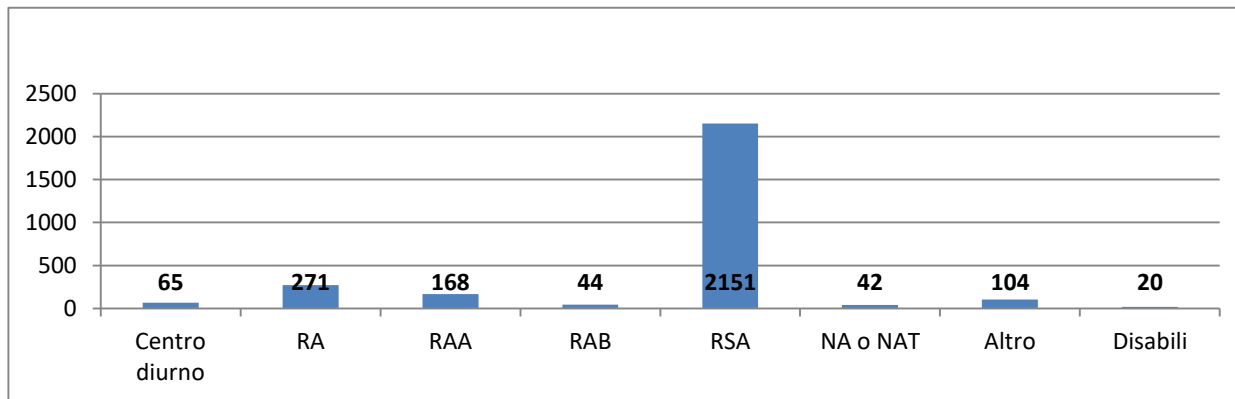
Strutture residenziali per anziani

- Nessun contagio
- Contagi inferiori al 25%
- Contagi tra il 25 e il 50%
- Contagi oltre il 50%
- Dati non reperiti
- ! Presenza di decessi accertati COVID

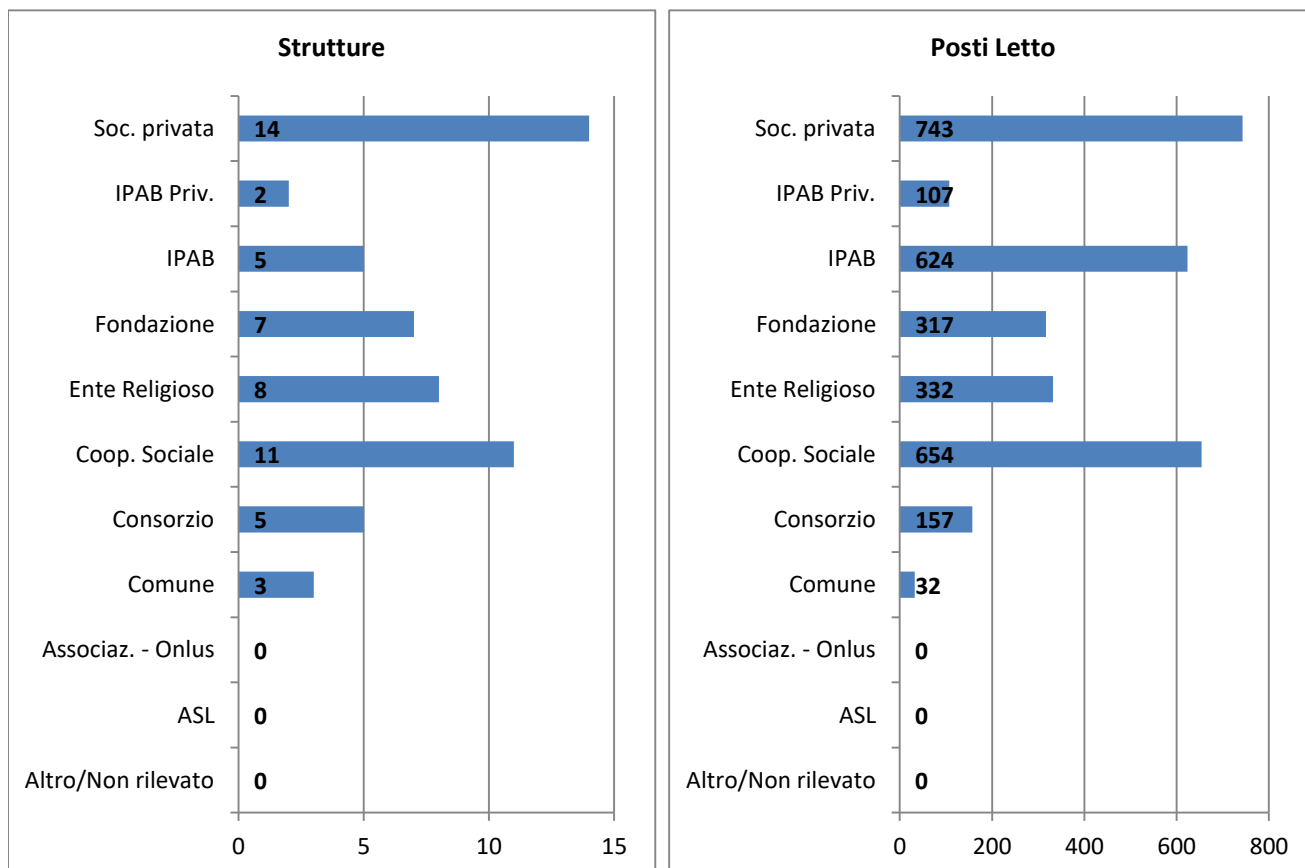
Dati generali



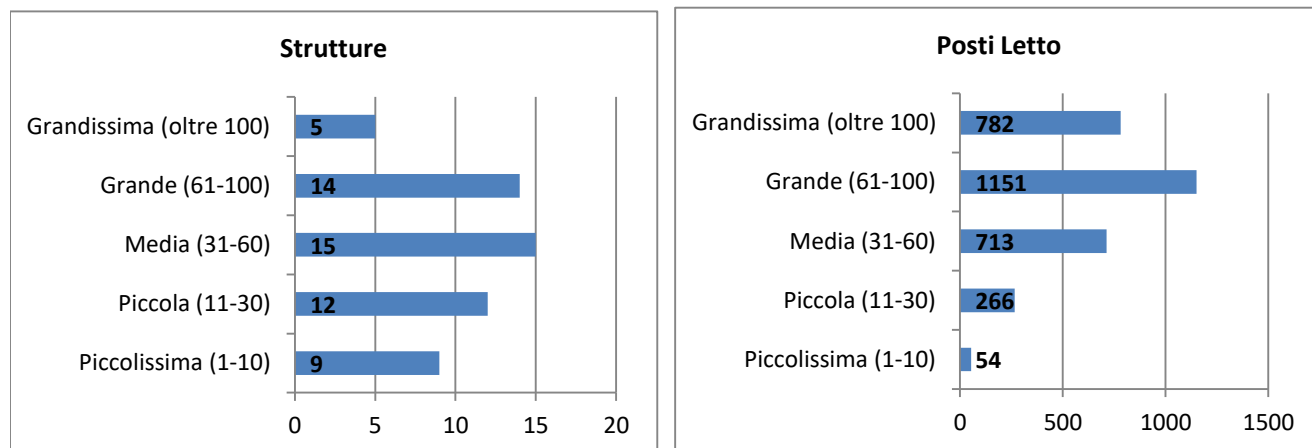
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

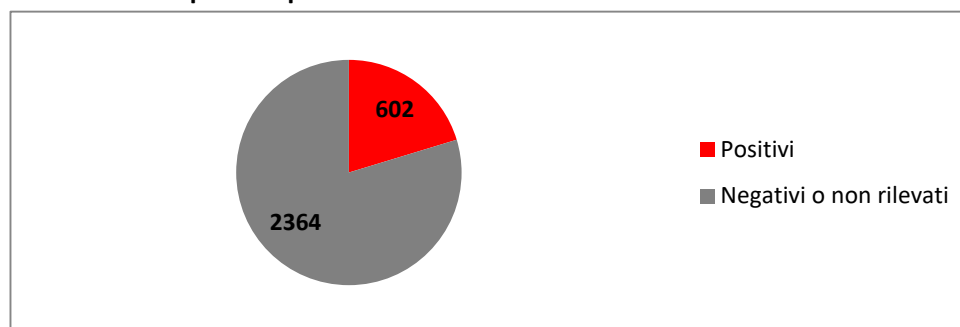


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura

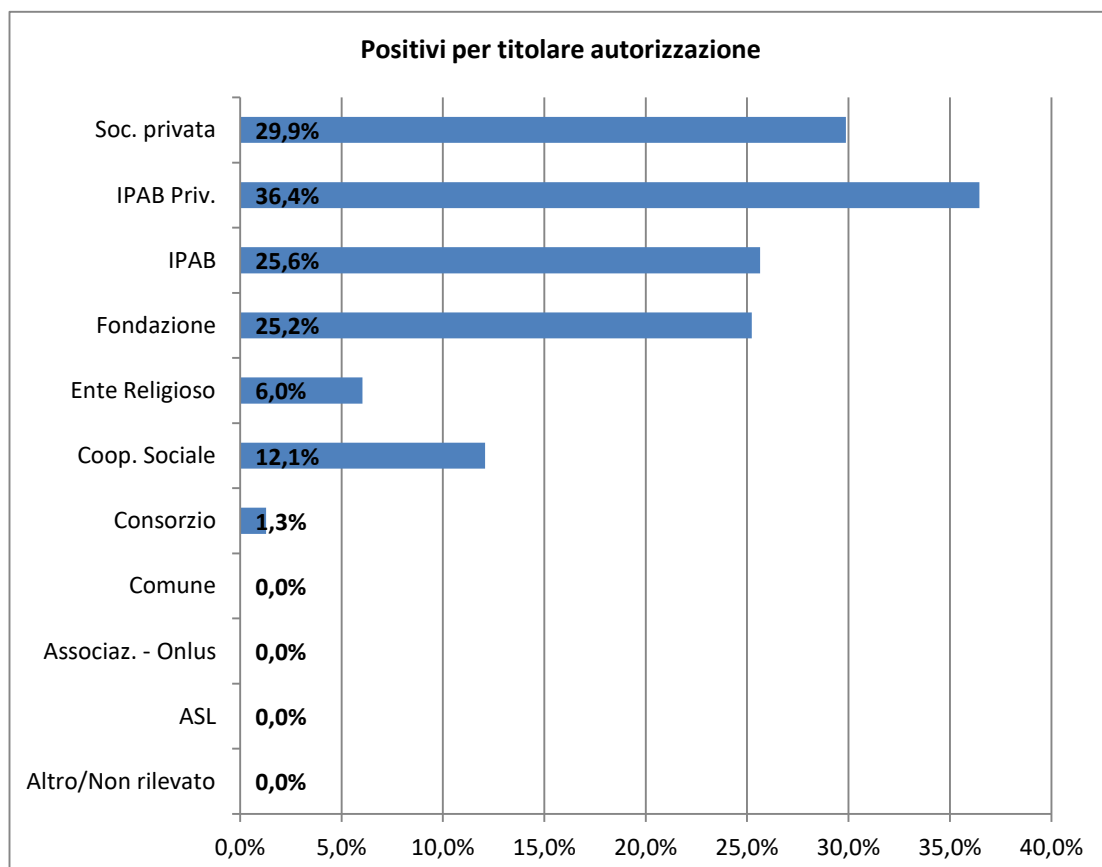


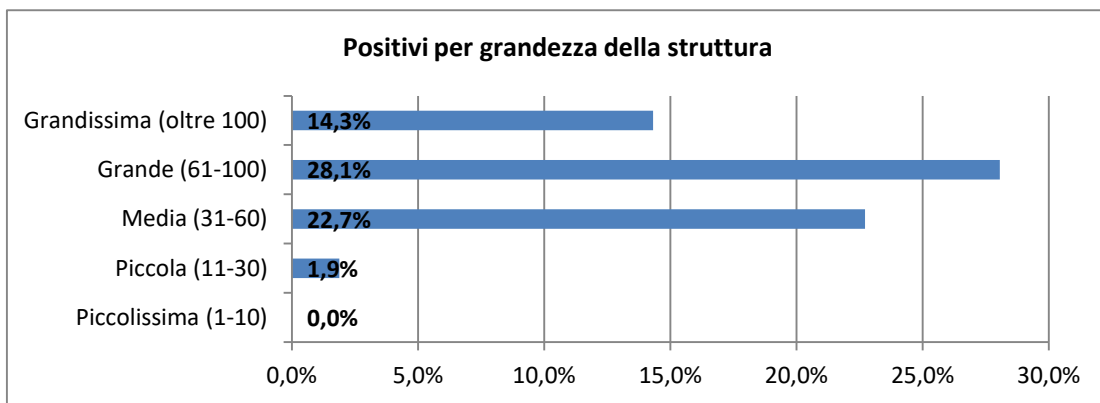
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

Dato complessivo

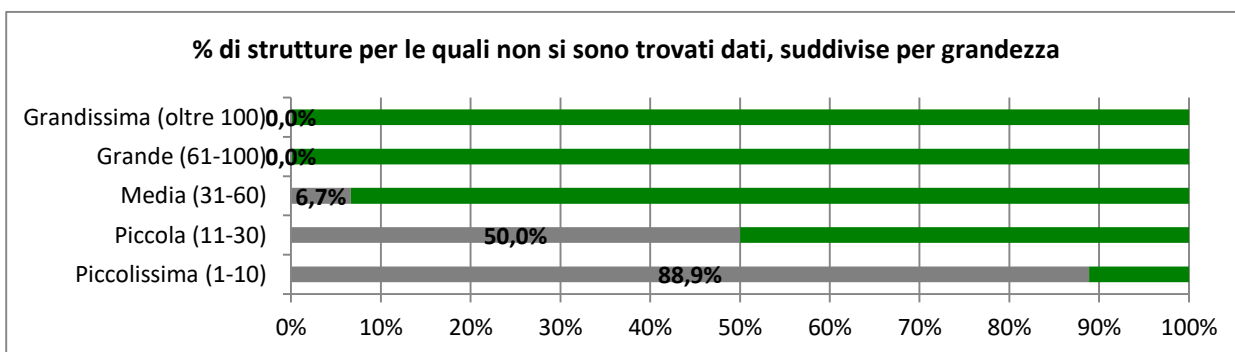
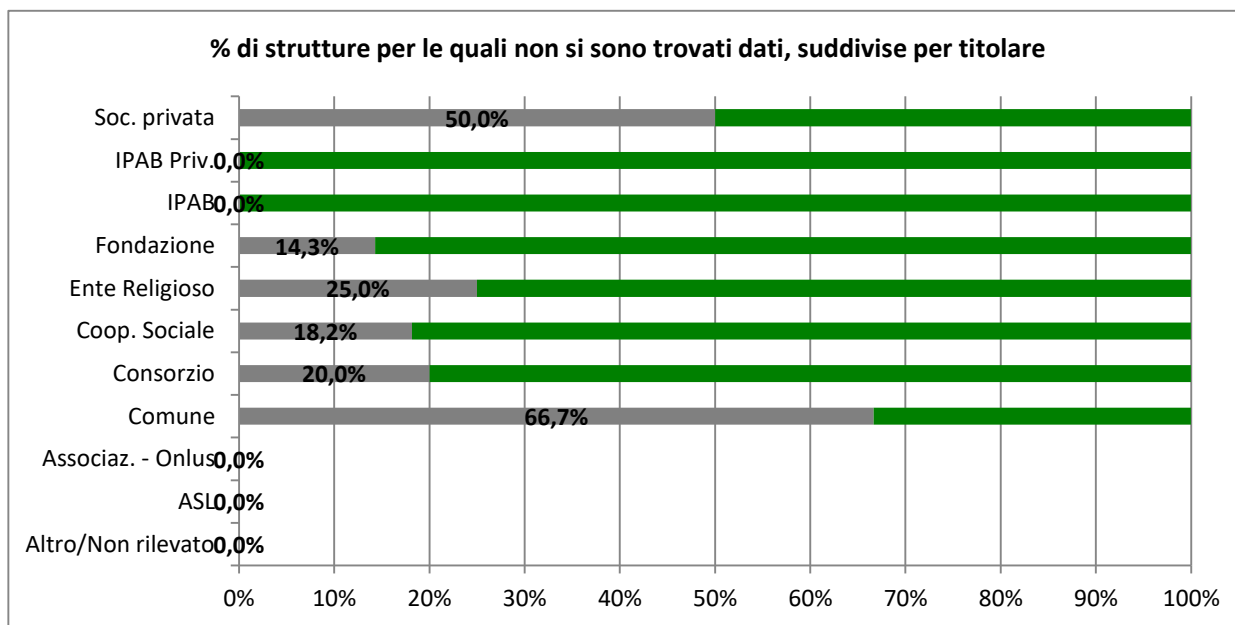
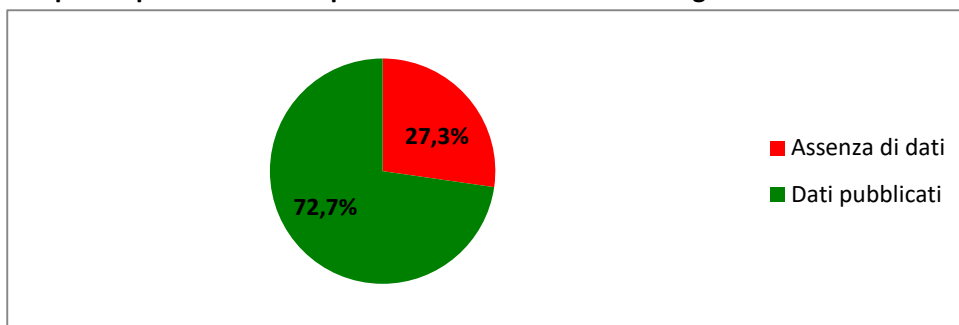


Sono stati rilevati **602** positivi, che corrispondono al **20,3%** dei posti letto complessivi

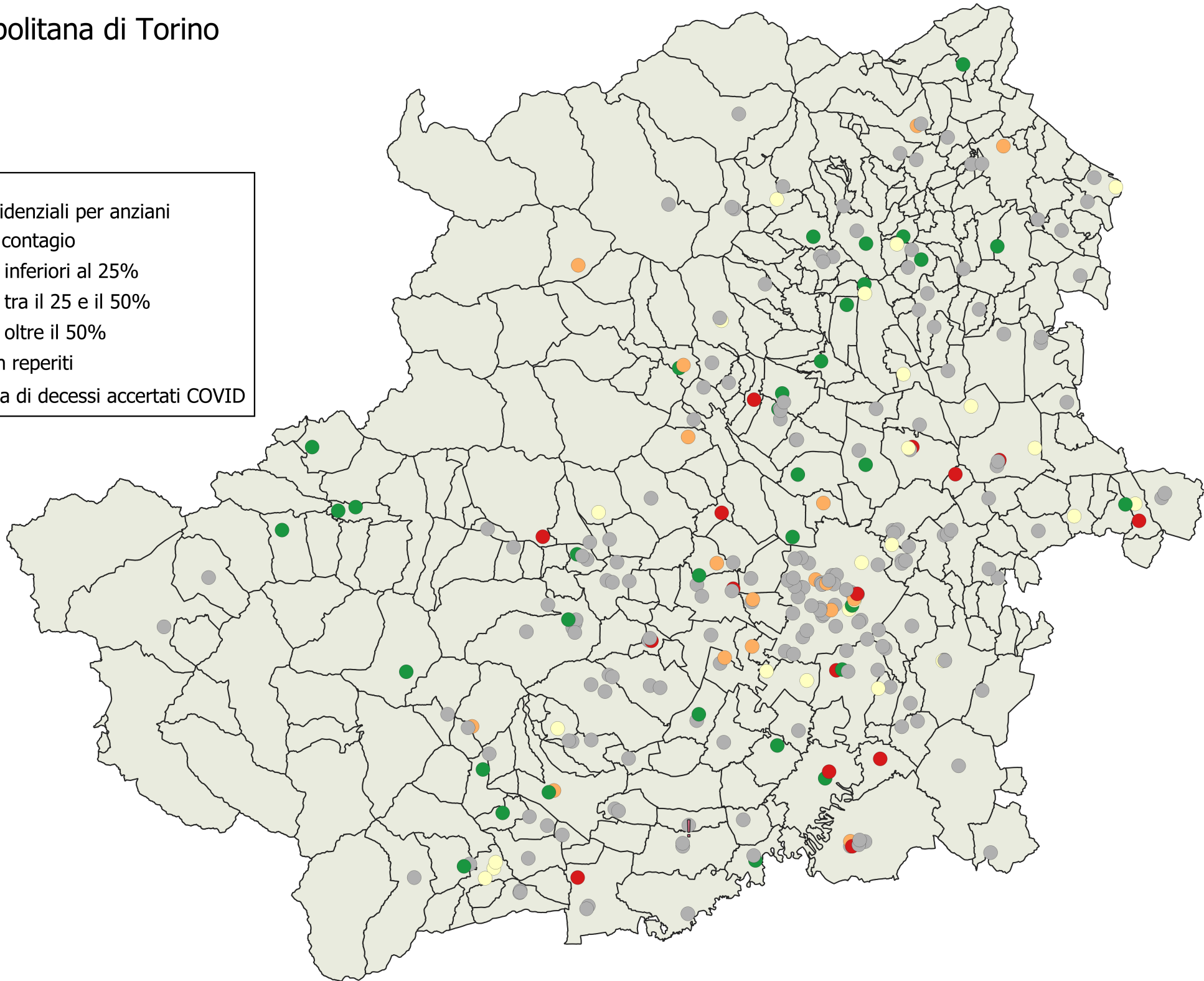
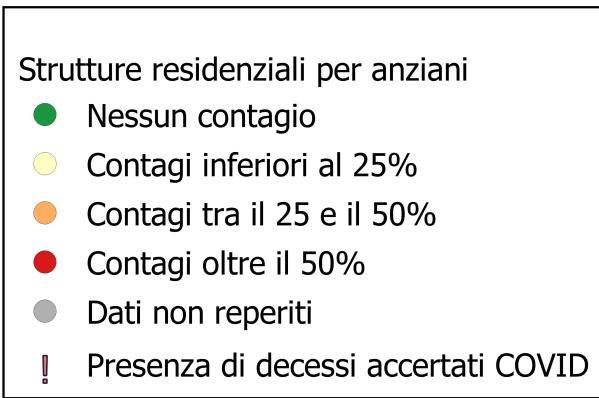




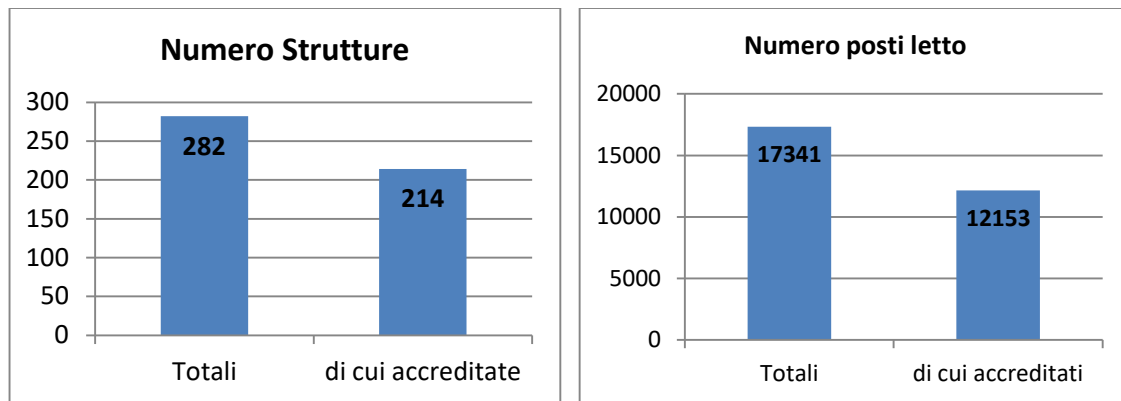
Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio



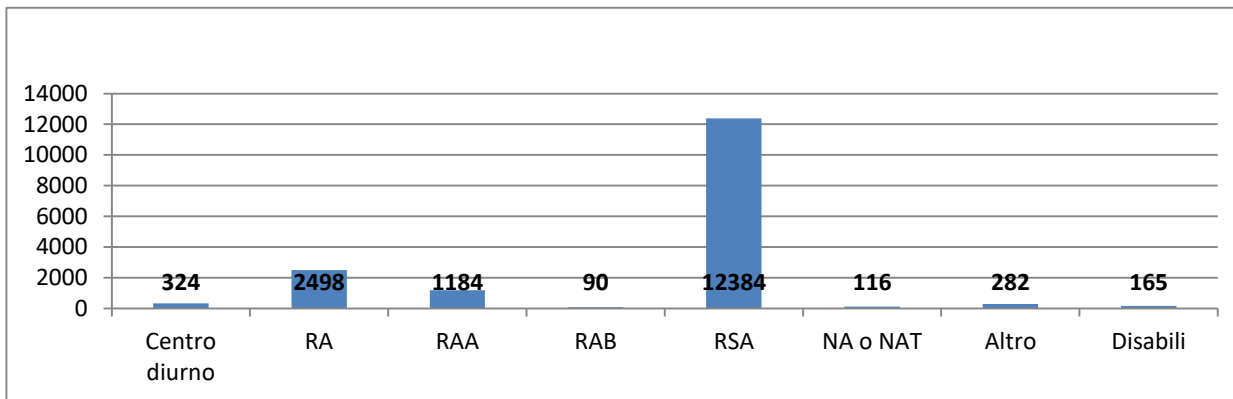
Città Metropolitana di Torino



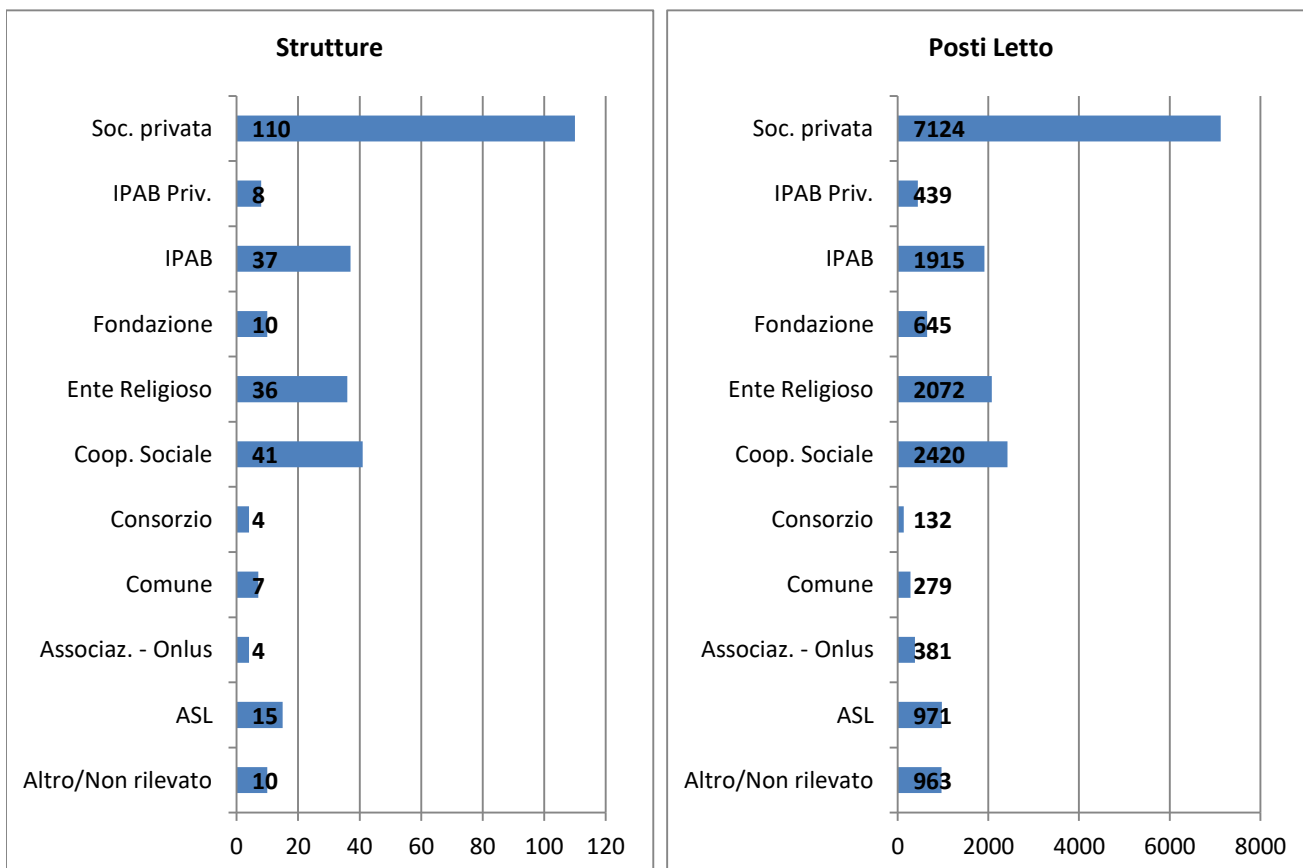
Dati generali



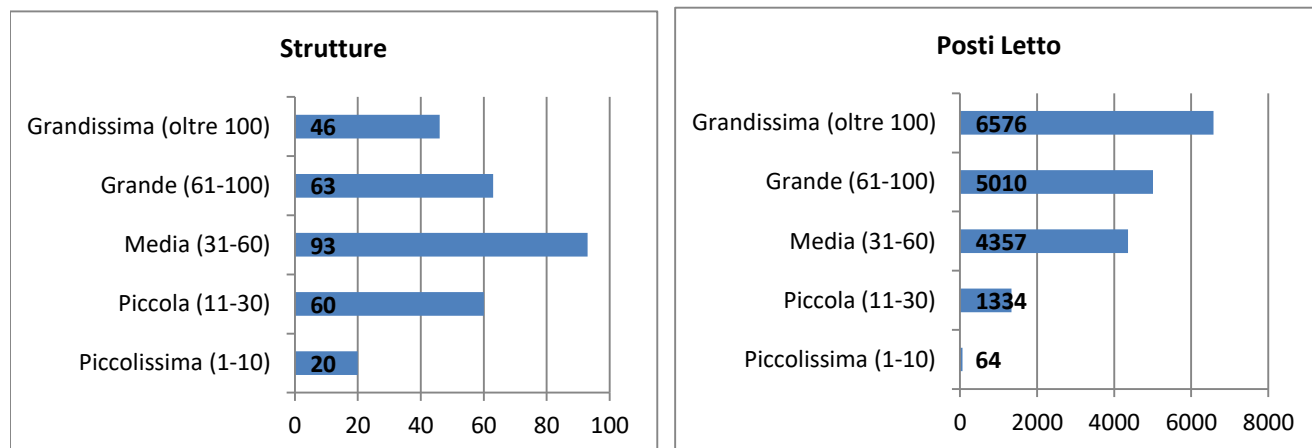
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

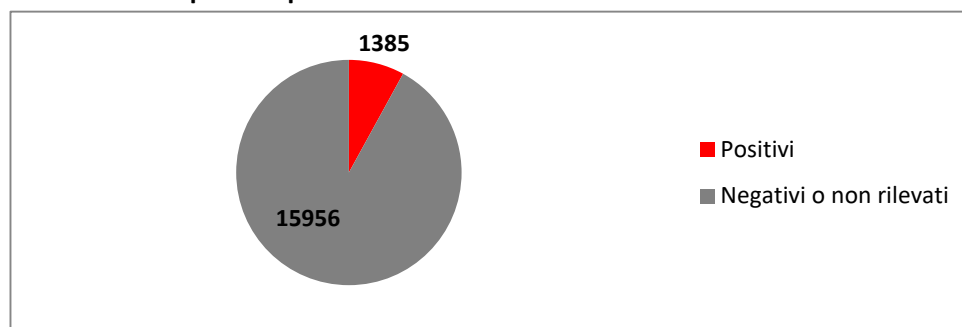


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura



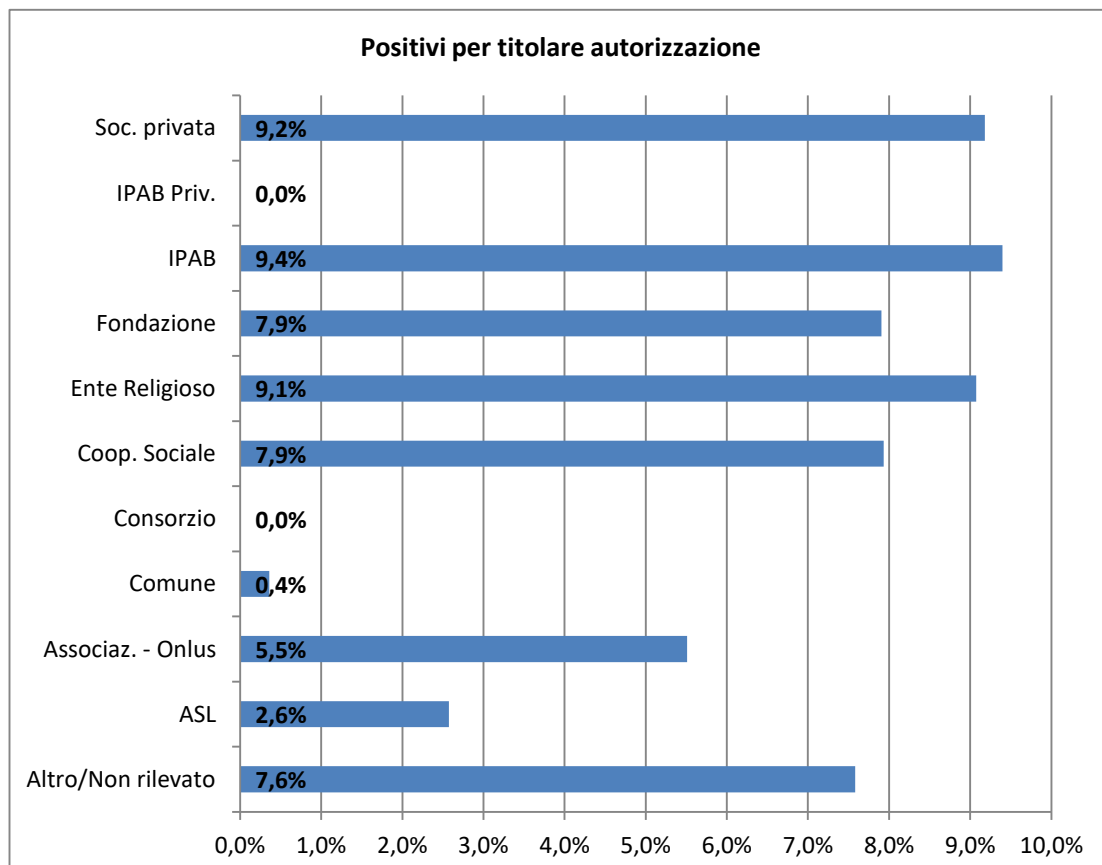
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

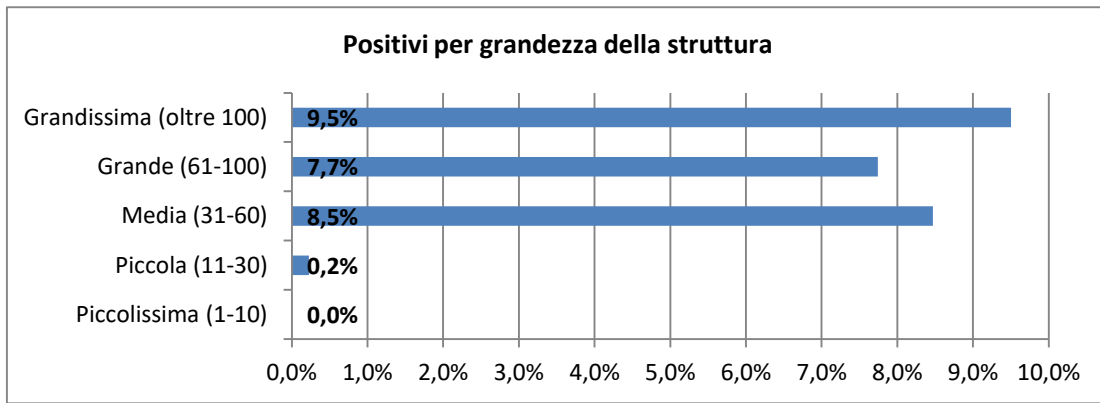
Dato complessivo



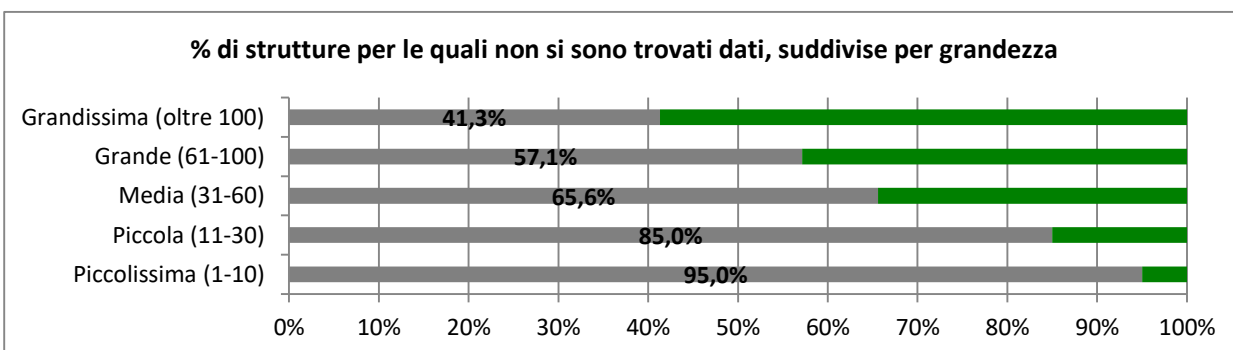
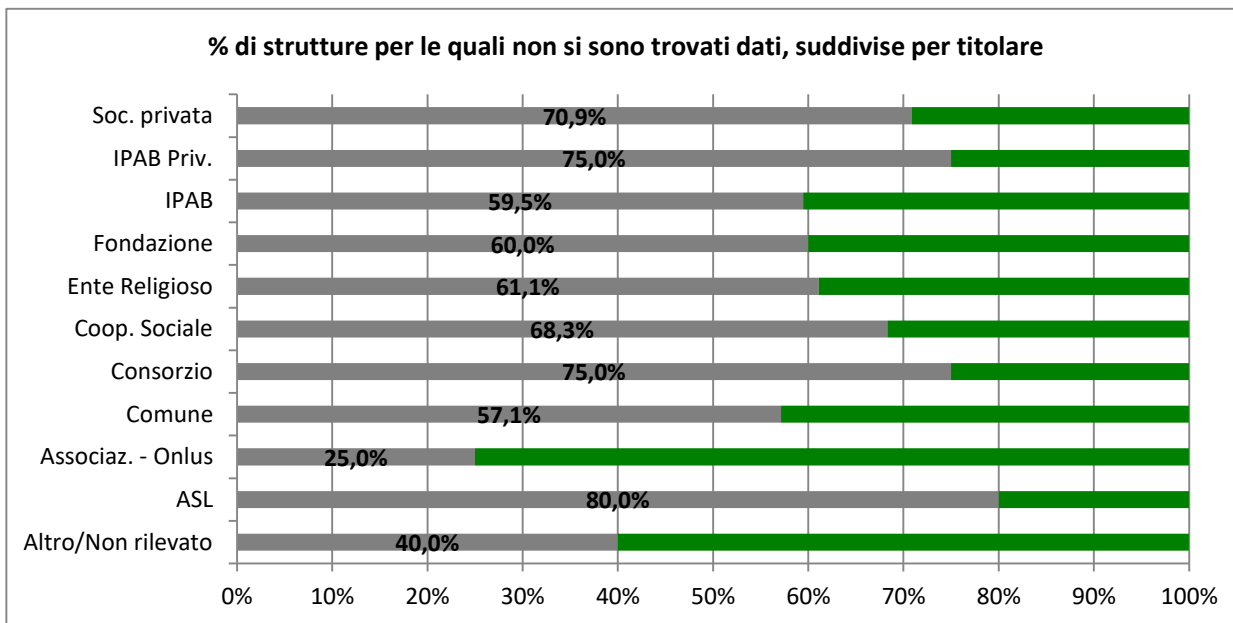
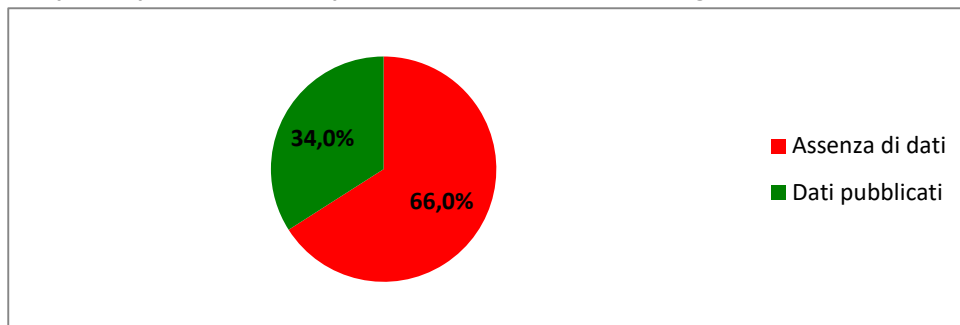
Sono stati rilevati **1385** positivi, che corrispondono al **8,0%** dei posti letto complessivi

Positivi per titolare autorizzazione

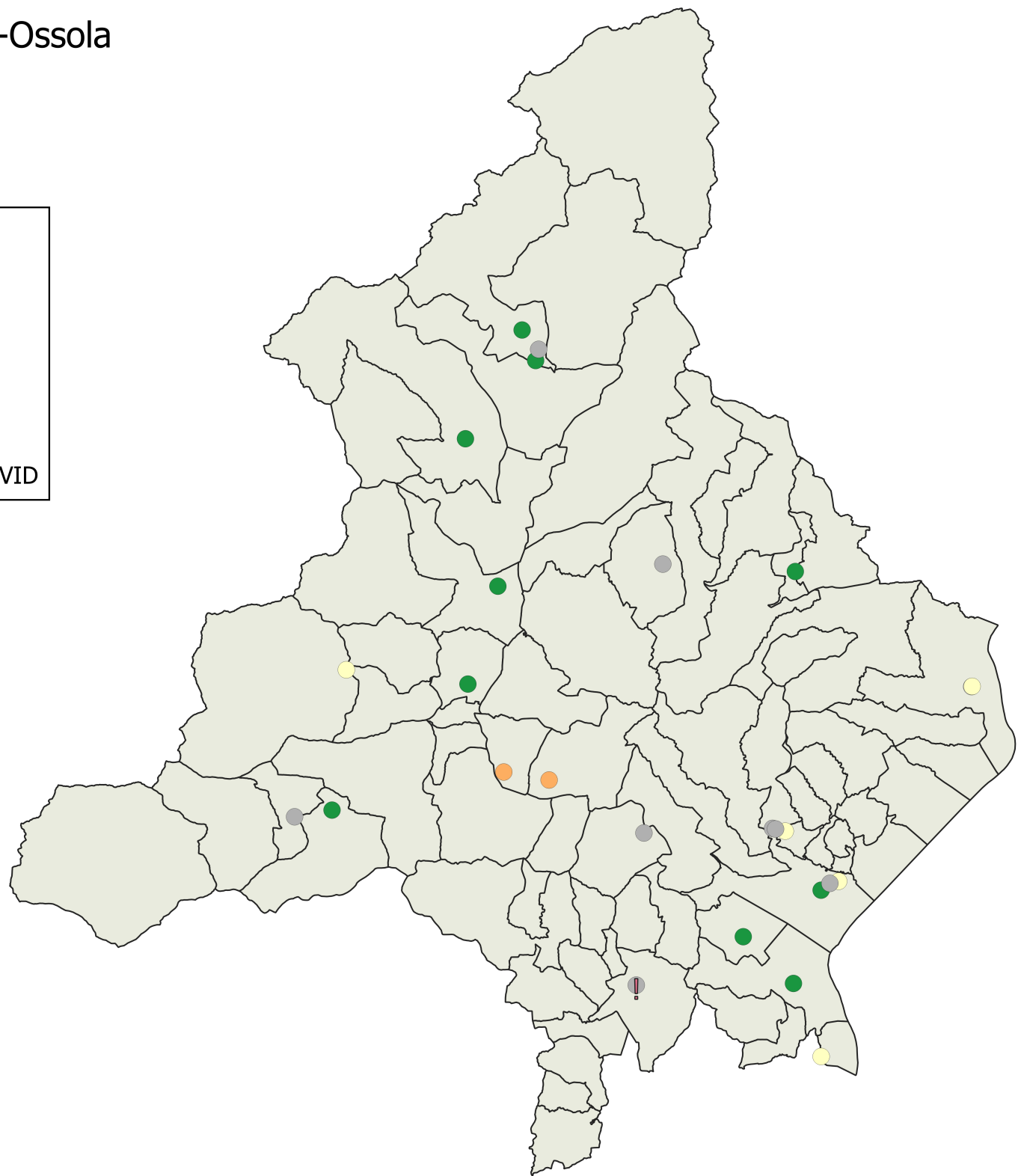
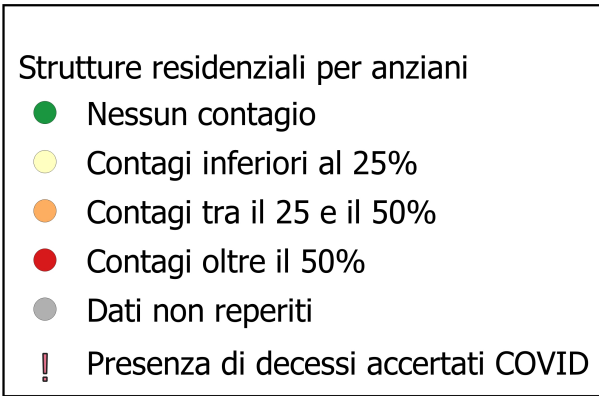




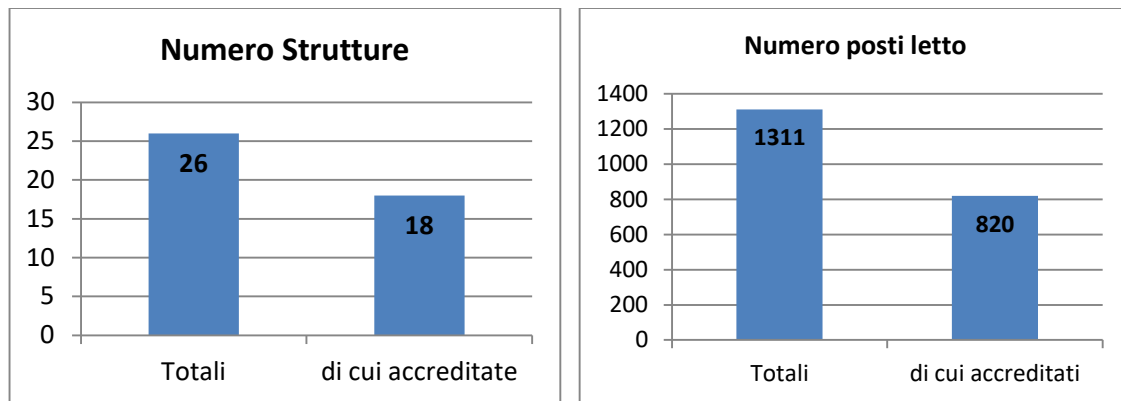
Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio



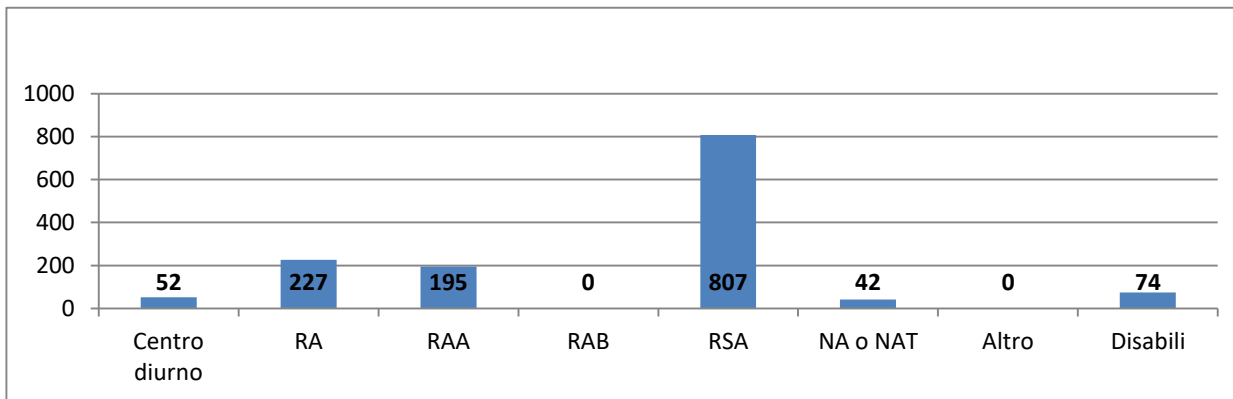
Provincia del Verbano-Cusio-Ossola



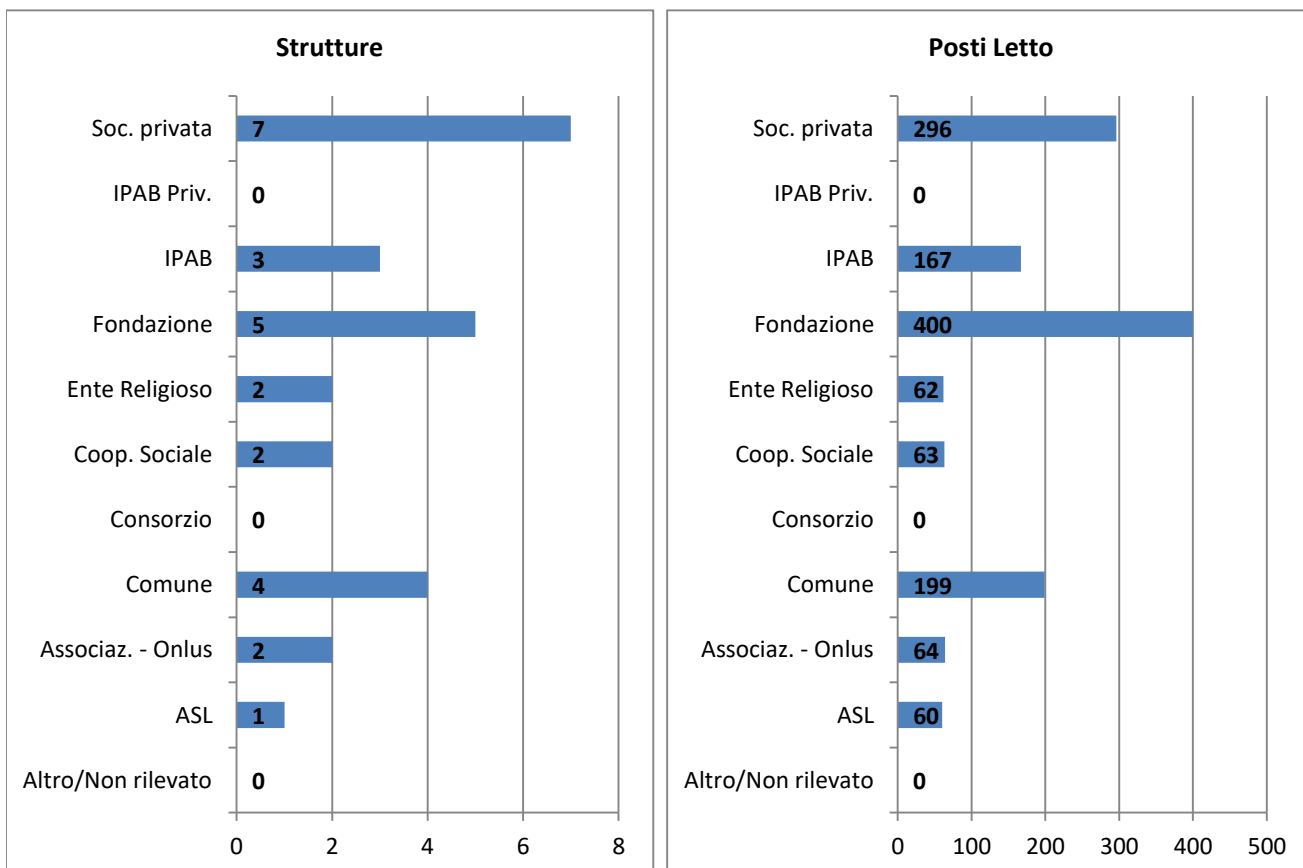
Dati generali



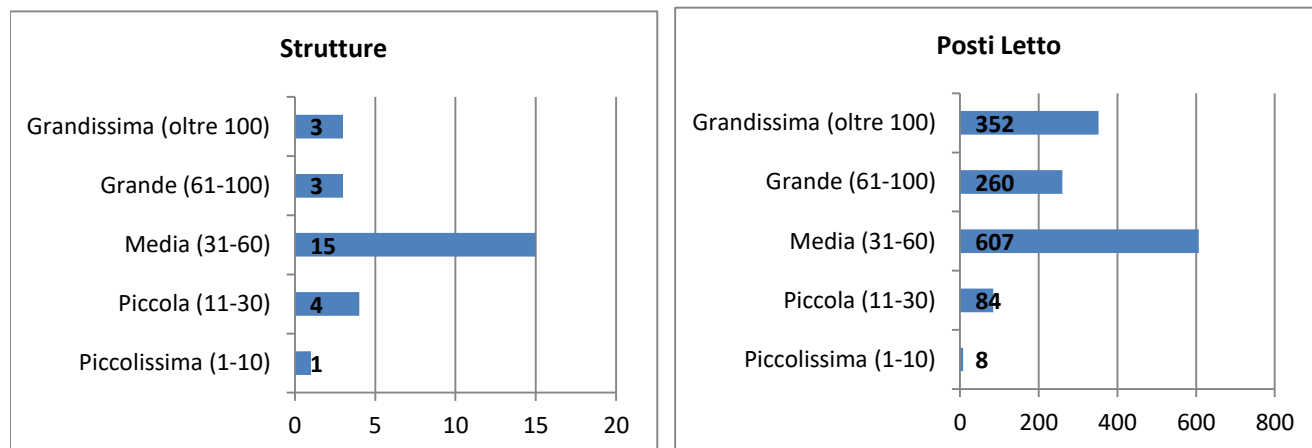
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

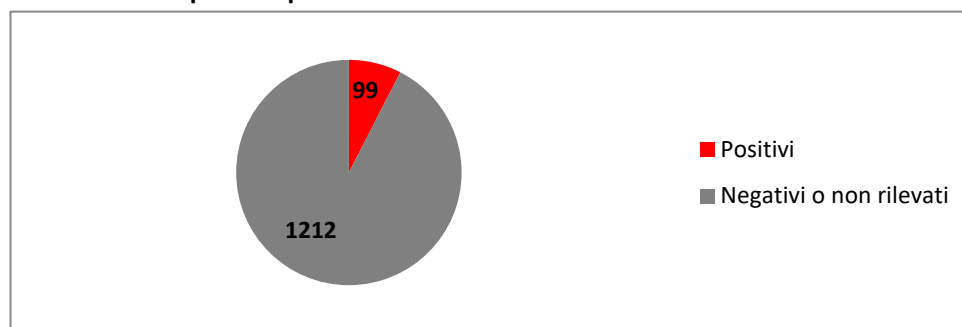


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura

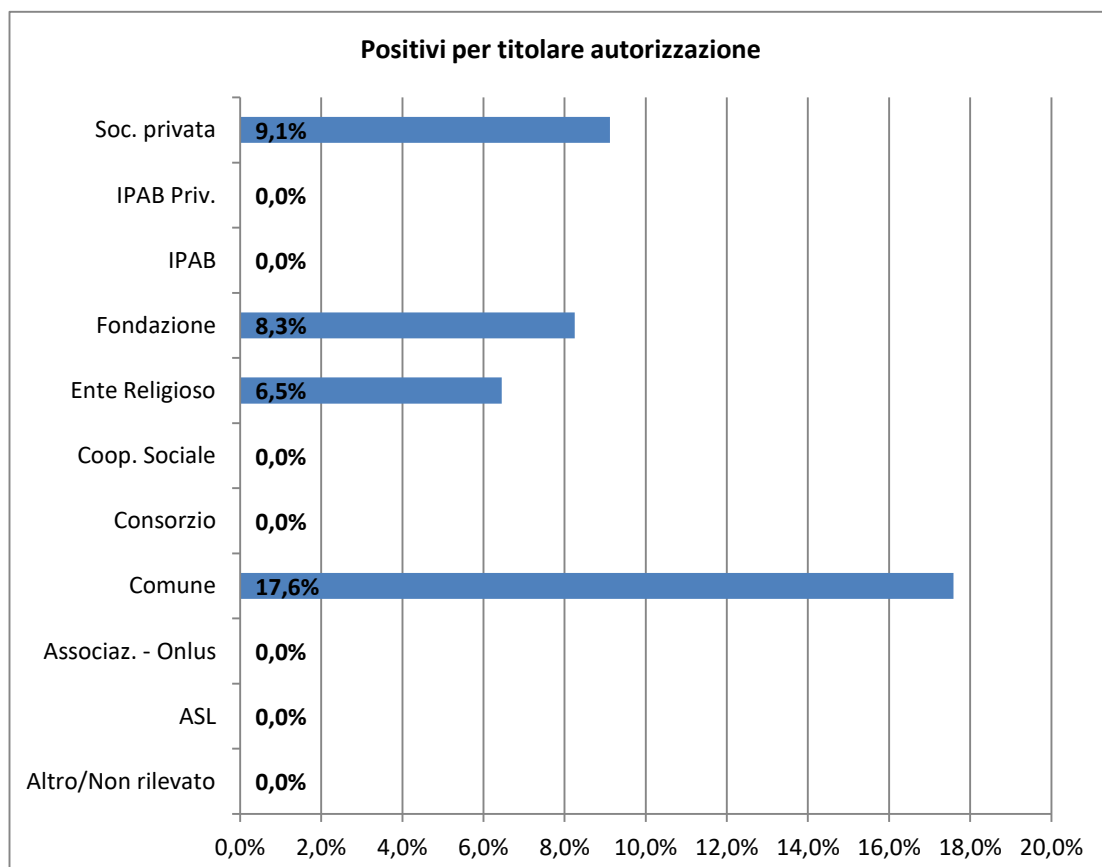


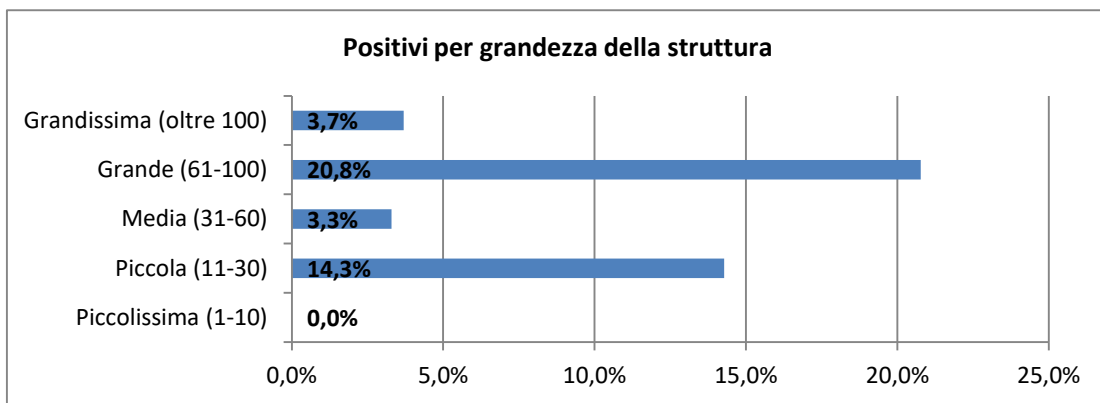
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

Dato complessivo

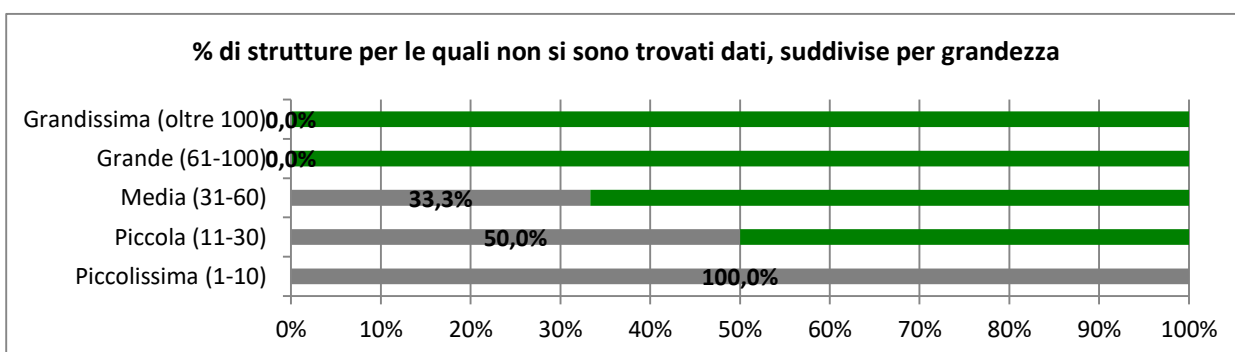
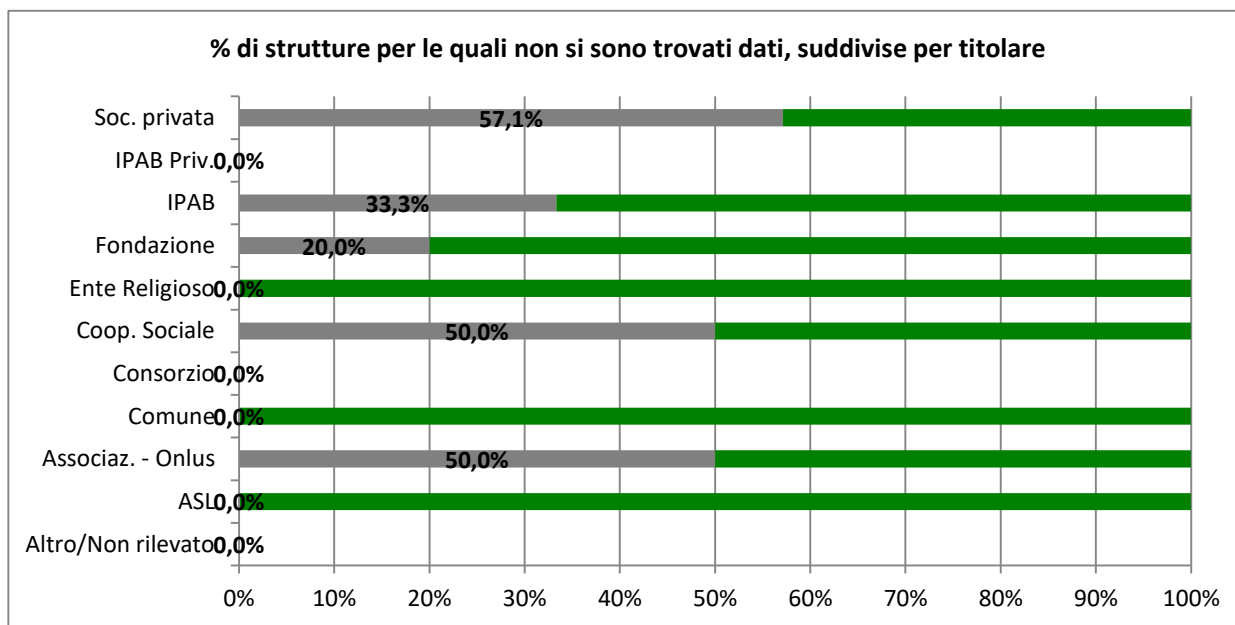
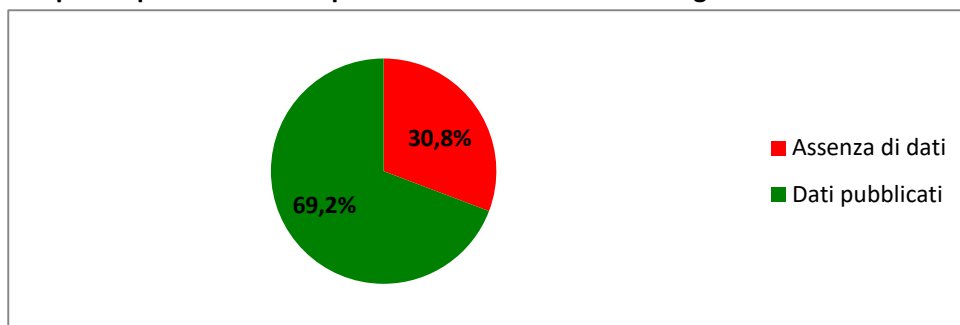


Sono stati rilevati **99** positivi, che corrispondono al **7,6%** dei posti letto complessivi

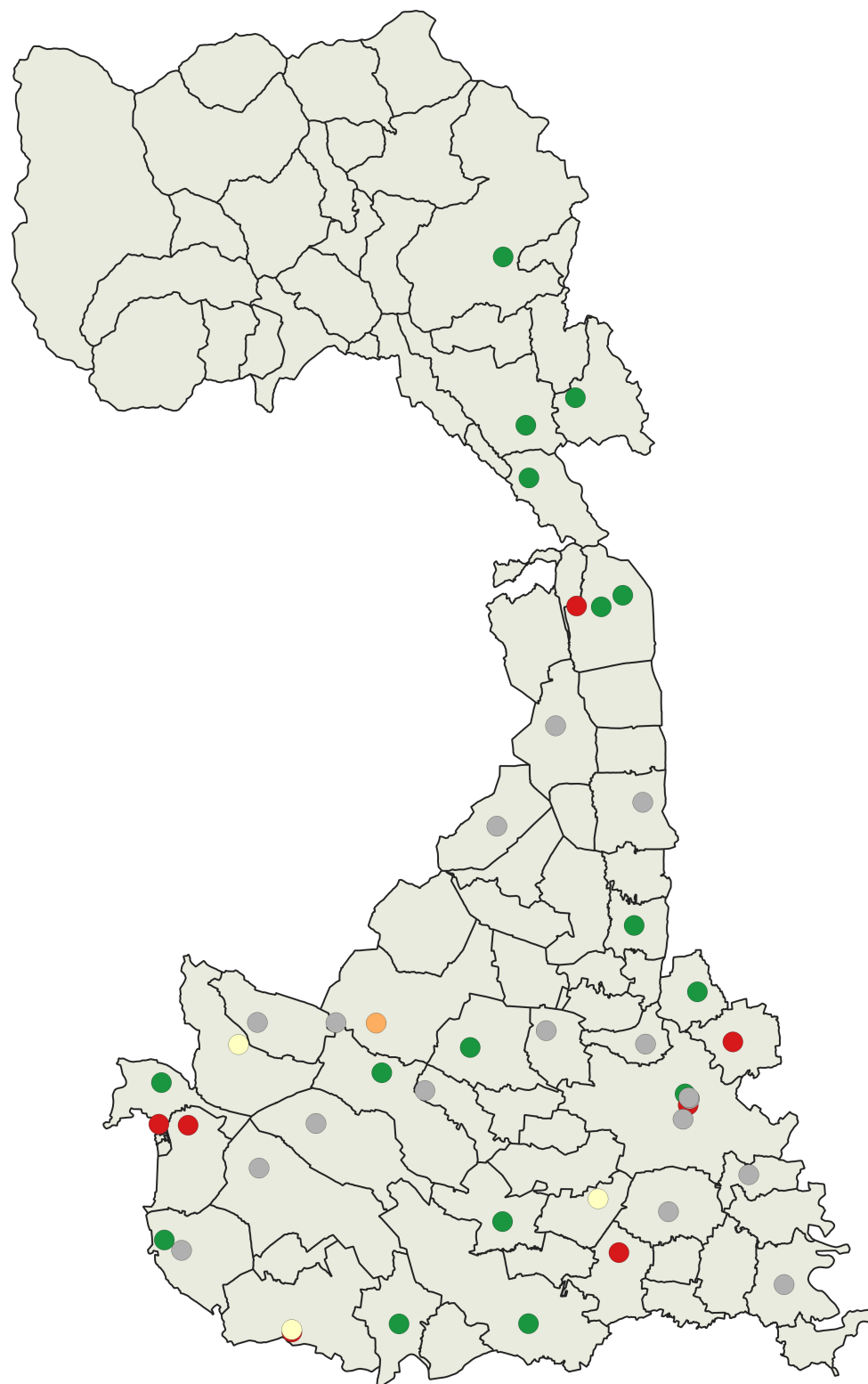




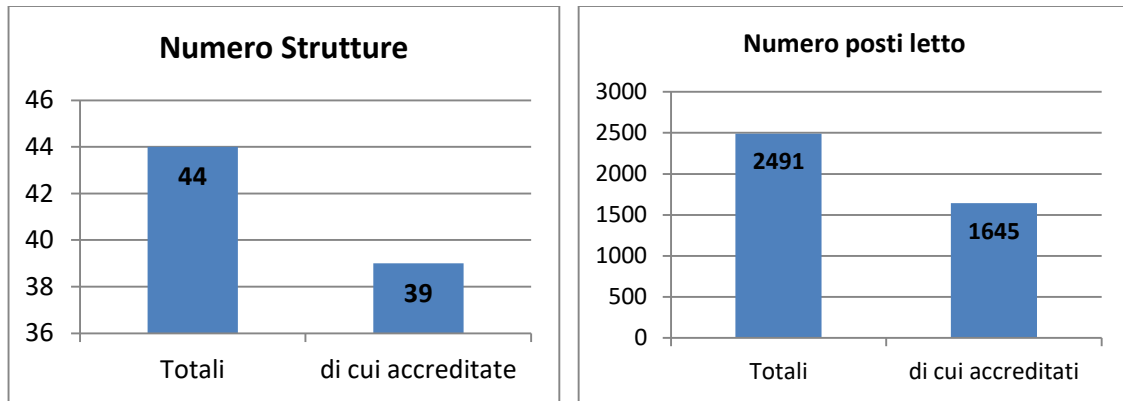
Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio



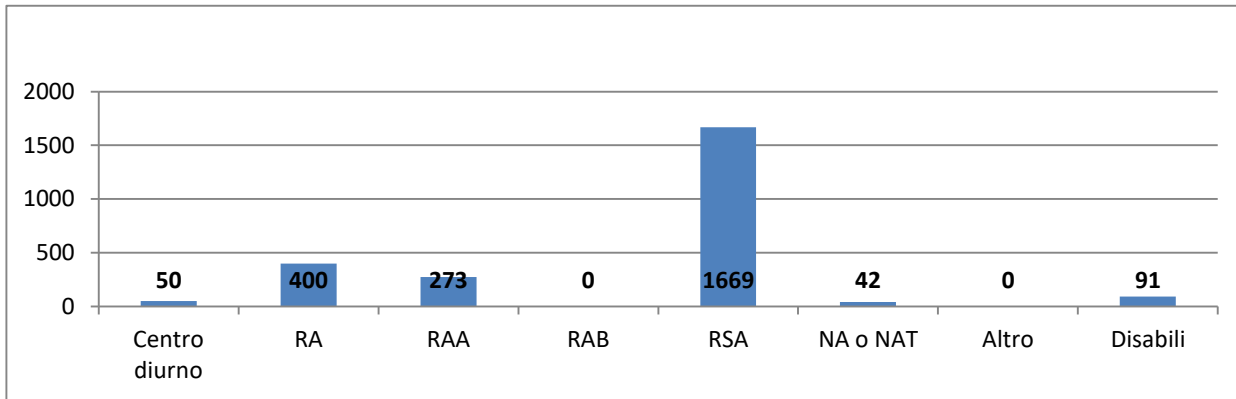
Provincia di Vercelli



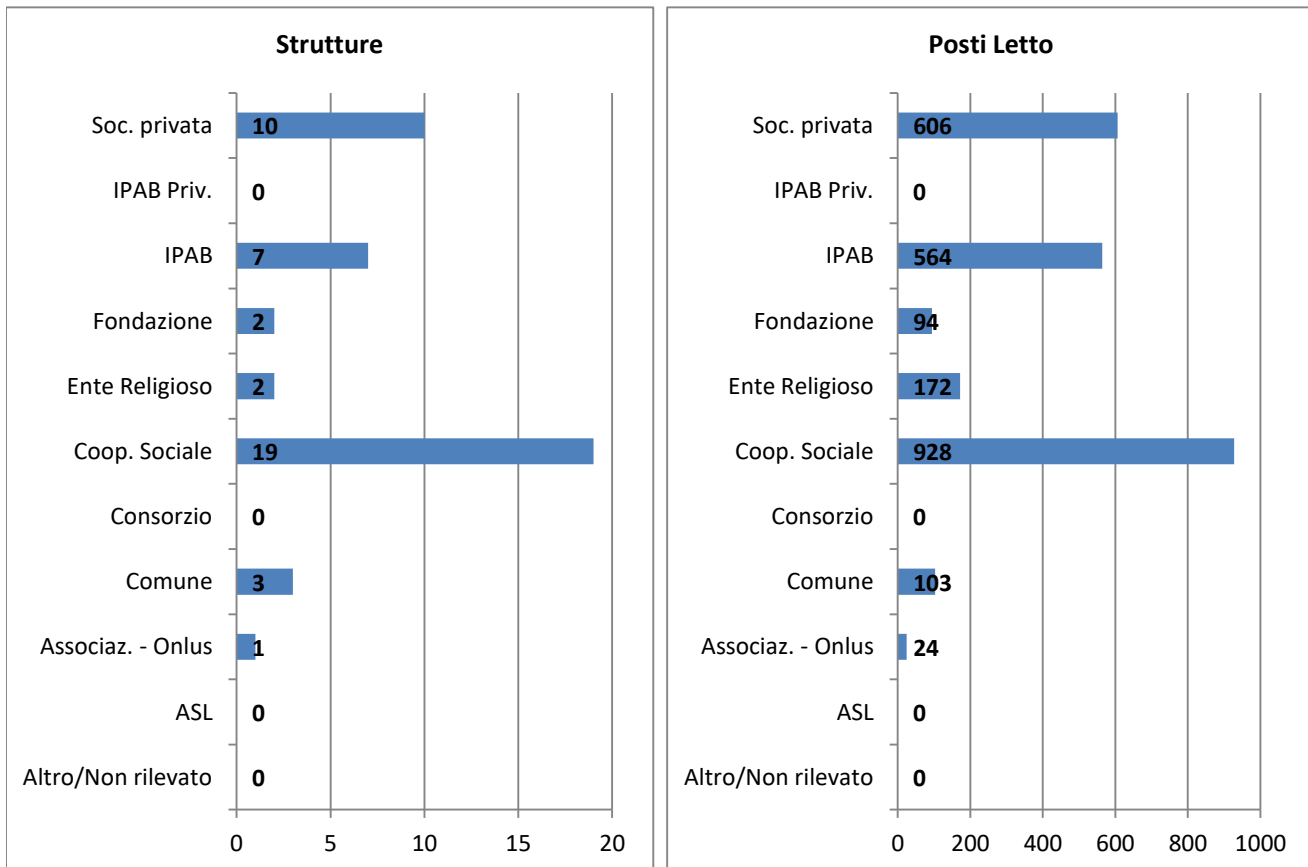
Dati generali



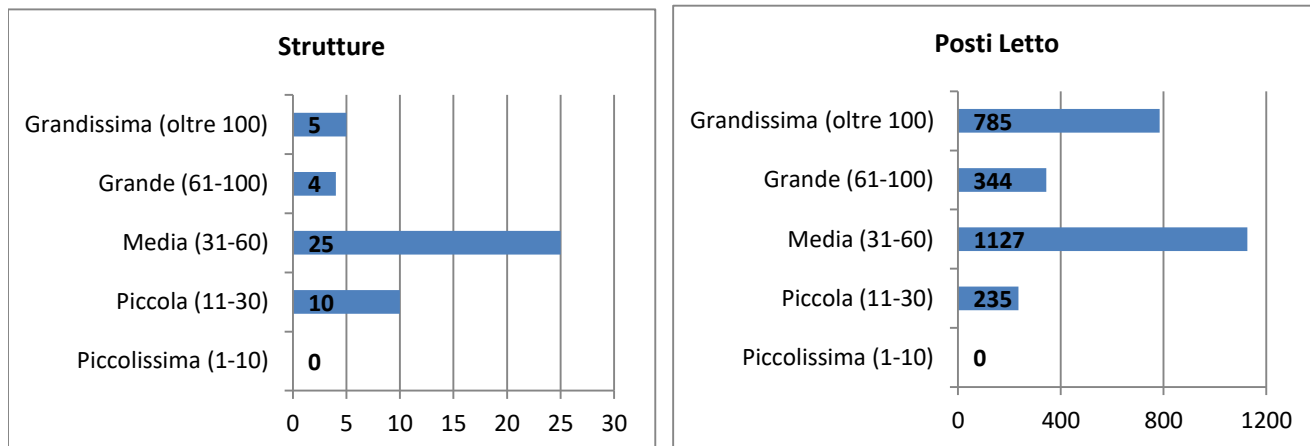
Tipologia posti letto



Numero di strutture e posti letto per titolare dell'autorizzazione

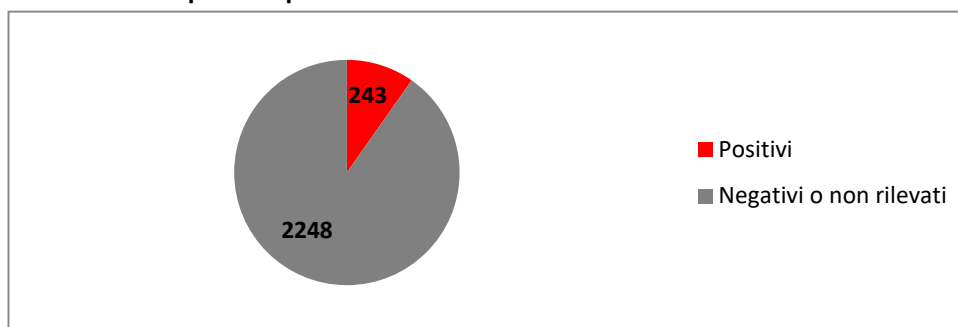


Numero strutture e posti letto per grandezza della struttura



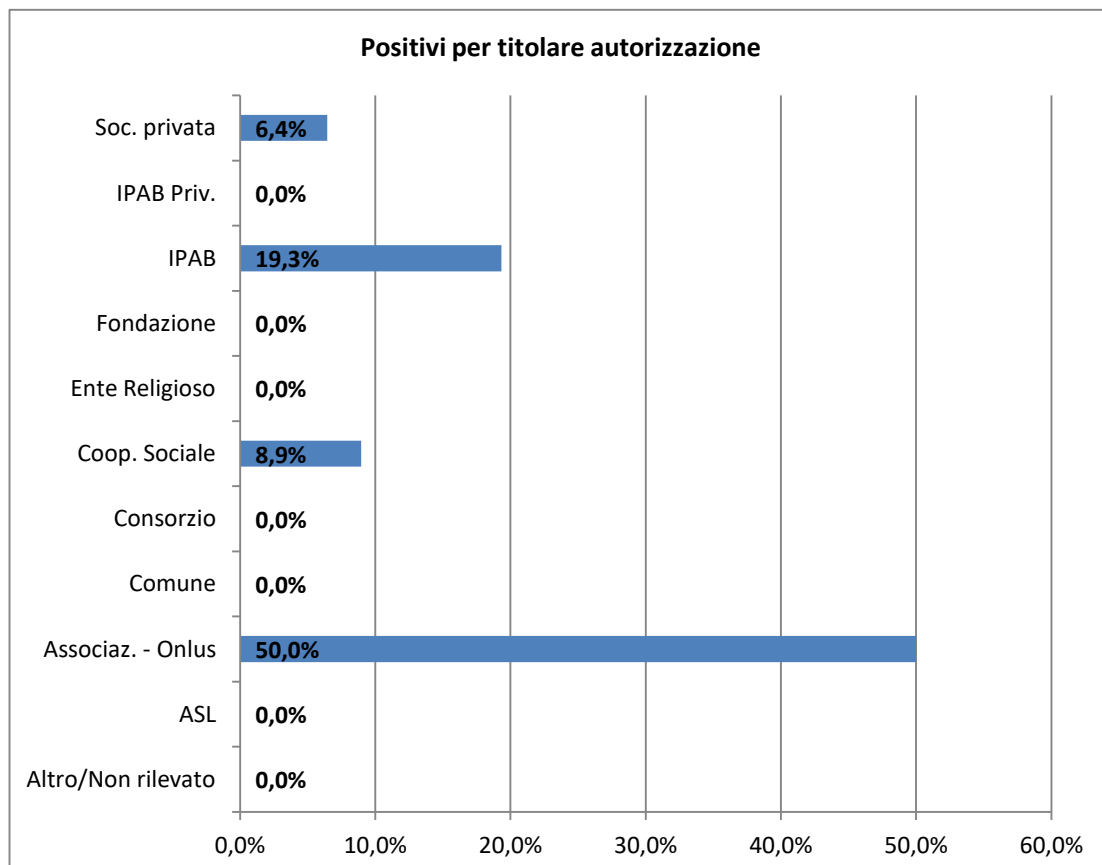
Percentuale positivi al coronavirus rispetto ai posti letto

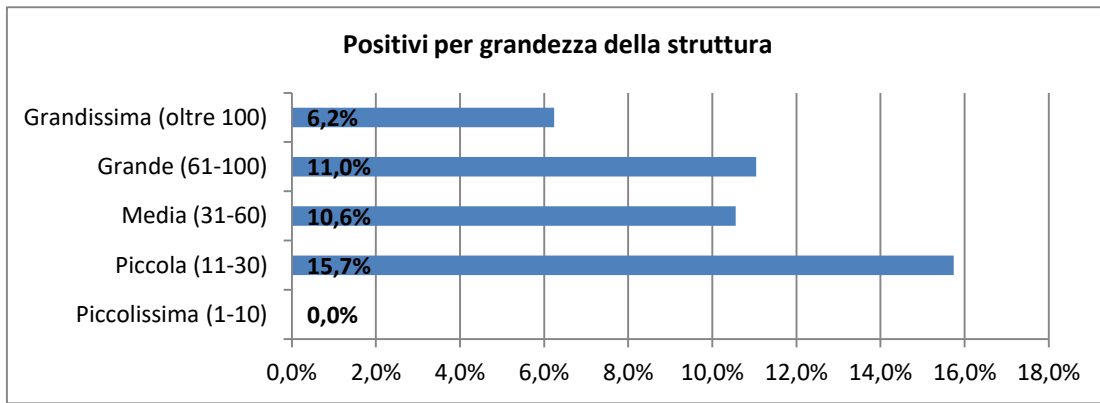
Dato complessivo



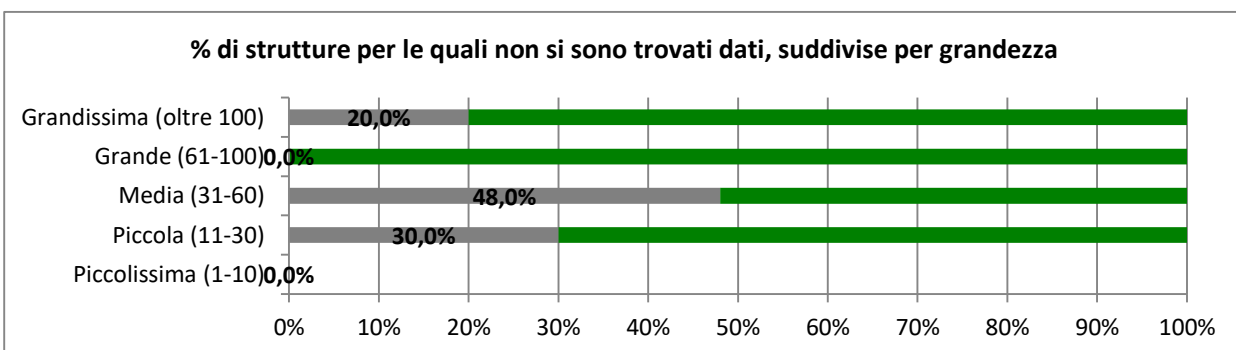
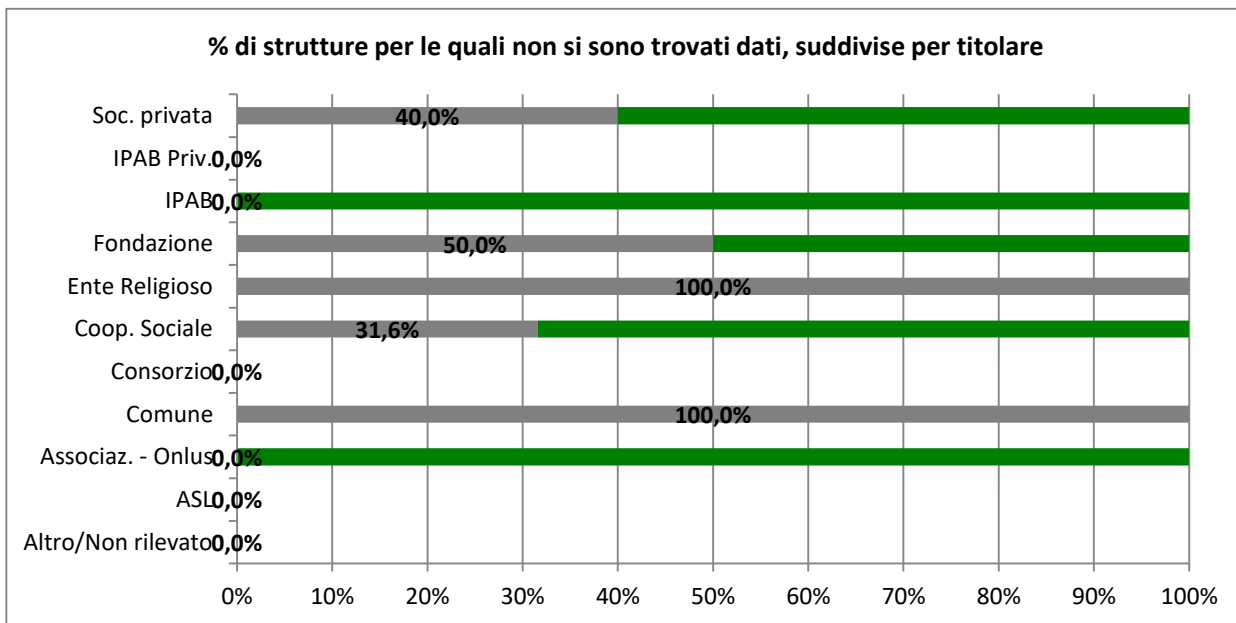
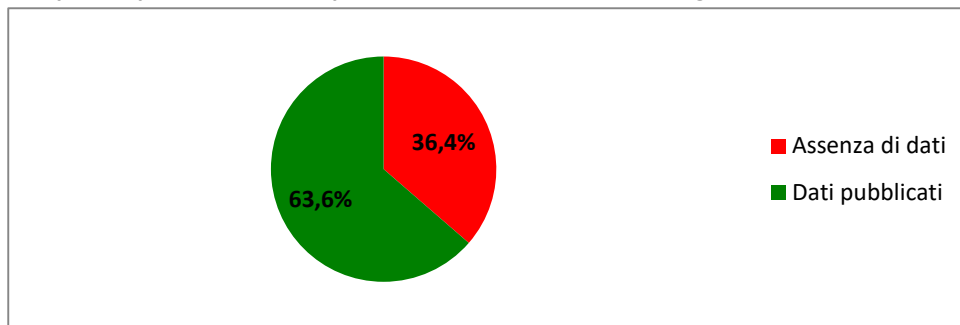
Sono stati rilevati **243** positivi, che corrispondono al **9,8%** dei posti letto complessivi

Positivi per titolare autorizzazione





Assenza di dati: strutture per le quali non è stato possibile rilevare dati sul contagio



6 – Alcune riflessioni sulla pandemia

Per far fronte all'emergenza della pandemia causata dal Covid19, l'intero sistema sanitario regionale deve essere ripensato e riorganizzato. Questo è vero a maggior ragione per quanto riguarda la medicina territoriale, nervo drammaticamente scoperto, che però presenta maggiore complessità e tempi di intervento più lunghi rispetto alla rete ospedaliera, che si è trovata a fronteggiare da sola la pandemia. Nell'immediato bisogna fornire delle indicazioni chiare per poter affrontare possibili recrudescenze dell'epidemia attraverso un protocollo condiviso da ASL, Medici di Medicina Generale, infermieri e nuovi operatori delle U.S.C.A (Unità Speciali di Continuità Assistenziale), come da indicazioni dell'Articolo 8 del Decreto-Legge 9 marzo 2020. Le USCA sono state attivate formalmente la prima settimana di aprile. L'emergenza legata al Covid19 ha messo drammaticamente in evidenza la mancanza di una vera e propria strategia per l'assistenza territoriale. La riorganizzazione di questo aspetto, quindi, appare oggi fondamentale, mettendo al centro di tutta l'organizzazione il Distretto Socio Sanitario.

Le RSA, parte fondamentale della sanità territoriale, hanno presentato durante l'epidemia alcune criticità incontestabili:

- 1) Strutture inadeguate a far fronte a un'emergenza pandemica: ad esempio, non sono presenti in ognuna di esse percorsi differenziati tra contagiati e non contagiati;
- 2) Non sono presenti stanze per l'isolamento dei pazienti sintomatici e asintomatici;
- 3) La mancata esecuzione tempestiva dei tamponi agli operatori e ai pazienti ha causato sicuramente la diffusione dell'infezione;
- 4) Mancata sostituzione del personale che ha contratto l'infezione;
- 5) Mancata formazione del personale sui comportamenti da tenere durante la pandemia;
- 6) Riduzione dell'erogazione dei minutaggi di assistenza tutelare alla persona. L'assistenza è stata inferiore agli standard previsti per consentire il massimo risparmio di personale;
- 7) Difficoltà nel reperimento di DPI per il personale.

Sofferamoci per un istante sul tema della formazione del personale.

Si tratta di un aspetto strategico, volto a migliorare le competenze tecniche e professionali degli operatori sanitari coinvolti nell'assistenza.

L'educazione continua in medicina comprende l'insieme di tutte le attività formative che il personale sanitario a tempo indeterminato è tenuto a seguire. La partecipazione alle attività formative costituisce un requisito indispensabile per svolgere l'attività stessa.

La figura dell'Operatore Socio-Sanitario è presente sia negli ospedali, sia nelle strutture come le RSA, ma per la loro figura professionale non è contemplato alcun tipo di formazione o aggiornamento.

L'OSS con l'accordo Stato-Regioni del 22 febbraio 2001 viene collocato nell'area sanitaria e inquadrato contrattualmente nel ruolo tecnico, pur collaborando attivamente nelle attività di assistenza con il personale infermieristico.

La Legge 3/2018 (Lorenzin) colloca l'OSS nella nuova area delle professioni sanitarie: di fatto, abbandonano la Fascia B per approdare alla Fascia C. Un'evoluzione che però è rimasta sospesa: infatti, si attende ancora uno specifico provvedimento del MIUR che avrà il compito di uniformare la formazione su tutto il territorio nazionale (in questo momento la regolamentazione è affidata alle Regioni).

Infine, non ci si può esimere da una riflessione sull'assistenza domiciliare: si tratta di uno degli aspetti più critici in Piemonte, non essendo abbastanza diffusa. Le RSA, infatti, dovrebbero essere un'opzione solo per persone con più patologie e una condizione generale incompatibile con la permanenza presso il proprio domicilio. L'assenza di una vera strategia di assistenza domiciliare pubblica, invece, finisce per costringere persone che potrebbero rimanere a casa, se adeguatamente assistite, a scegliere una soluzione residenziale.

Dal 2012 ad oggi, se le Leggi emanate a livello nazionale fossero state applicate dalle Regioni, si sarebbe vista una differenza. L'invecchiamento della popolazione, l'aumento dell'aspettativa di vita e il numero crescente di pazienti cronici e fragili hanno portato all'adozione di provvedimenti specifici. La Legge 189/2012 (il cosiddetto Decreto Balduzzi) stabiliva infatti di riorganizzare le cure territoriali proprio per gestire direttamente sul territorio i malati cronici affetti da diverse patologie. Le linee di indirizzo su come realizzare questo cambiamento sono descritte nel dettaglio all'interno del Piano Cronicità emanato dal Ministro della Salute e già recepito da 11 Regioni in specifici Piani Regionali.

Il punto chiave di questa riforma è lo sviluppo di un'assistenza territoriale attiva rivolta a pazienti fragili, utile a ridurre gli accessi in Pronto Soccorso e i ricoveri ospedalieri considerati evitabili. Tuttavia, come evidenziato dagli effetti della pandemia, solo poche regioni hanno realmente avviato progetti di riassetto delle cure primarie.

Questo ha giocato un ruolo importante nelle conseguenze dell'infezione da Covid19, che ha colpito più duramente la popolazione di pazienti fragili proprio nelle Regioni in cui è risultata carente l'assistenza territoriale.

L'emergenza ha messo drammaticamente a nudo la mancanza di strategia della Regione Piemonte sull'assistenza territoriale. Quindi, la riorganizzazione appare oggi fondamentale, considerando che la strategia nella fase iniziale della pandemia è stata incentrata soltanto sul ruolo dell'ospedale.