

## Consultazione Membri CIV-N

### La risposta italiana al COVID-19 e l'impatto sulla terza età

Il CIV-N ha lo scopo di valutare quale sia stato l'impatto del COVID-19 sugli anziani e su coloro che vivono in condizioni di povertà in Italia, con lo scopo di aiutare i decisori politici ad individuare da una parte le azioni e le politiche attuate prima e durante la crisi che potrebbero aver aumentato preesistenti disuguaglianze di salute e averne innescato di nuove e dall'altra le misure che dovrebbero essere attivate nel caso di una seconda nuova ondata per tutelare la salute dei gruppi più vulnerabili della popolazione.

Come prima attività del network, abbiamo chiesto ai membri che hanno aderito al CIV-N di rispondere a tre domande sulla risposta italiana al COVID-19 e su come questa abbia risposto o meno ai bisogni degli anziani tramite azioni e politiche implementate dall'inizio della pandemia fino ad oggi.

Di seguito riportiamo i punti principali che sono emersi durante la consultazione con i membri del CIV-N operanti, direttamente o indirettamente, con la terza età.

#### **Domanda 1: Ritiene che i bisogni degli anziani siano stati messi all'ordine del giorno della risposta italiana all'epidemia COVID-19?**

I membri del network hanno risposto che, nei primi mesi della pandemia, l'Italia non è riuscita a mettere in atto strategie ed azioni sufficienti per rispondere ai bisogni degli anziani in modo coordinato sul territorio. Hanno suggerito che questo si sia verificato anche a causa di un sistema frammentato e di situazioni regionali molto differenti tra loro. Hanno suggerito però che, successivamente, le amministrazioni e i soggetti del terzo settore si sono attivati cercando di tutelare e sostenere la popolazione anziana.

Gli anziani sono stati i soggetti più colpiti dal virus in Italia. Al 18 aprile si è osservato che l'83% dei deceduti da COVID-19 aveva un'età superiore a 70 anni.<sup>1</sup> In particolare, si valuta che circa il 50% dei decessi da COVID-19 si sia verificato in strutture per anziani di vario tipo esistenti in Italia, tra cui le residenze sanitarie assistenziali (RSA).<sup>2</sup>

I membri hanno sottolineato come, per quanto riguarda gli anziani, non c'è stata una vera e propria pianificazione degli interventi volta a rispondere ai loro bisogni e criticità, ma sono state date risposte frammentarie in emergenza, che hanno avuto un impatto negativo sia sui residenti in RSA sia sugli anziani presso il loro domicilio. Per quanto riguarda il primo caso, il

---

<sup>1</sup> Associazione Nazionale Anziani e Pensionati . CORONAVIRUS: I DATI DEGLI ANZIANI.

<https://www.anap.it/notizia/coronavirus-i-dati-degli-anziani>

<sup>2</sup> Epicentro. Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie  
<https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-rsa-rapporto-%203.pdf>

CIV-N ha evidenziato come fin dall'inizio è mancata una pronta risposta nel fornire dei dispositivi di protezione individuali (DPI) alle strutture residenziali, nonché nell'effettuare i tamponi necessari sia ai residenti che agli operatori (non numericamente all'altezza delle necessità e delle richieste e, alle volte, non adeguatamente preparati a fronteggiare il rischio derivante dal virus). Per esempio, secondo un membro del CIV-N: "gravi errori sono stati commessi là dove è stato consentito l'accesso di persone provenienti dagli ospedali e positive al COVID-19 dentro le strutture, dove hanno rappresentato un veicolo di contagio".

I membri del CIV-N hanno osservato che coloro che sono stati a casa durante la pandemia, soprattutto durante il primo periodo di lockdown, si sono sentiti soli. La maggior parte dei servizi (legati, per esempio, alla consegna della spesa a domicilio ed all'acquisto di farmaci, così come all'assistenza psicologica degli anziani soli e fragili) è stata delegata alle associazioni del terzo settore, senza che sia stata costruita una risposta organica dai governi locali.

Gli intervistati hanno sottolineato come si sia poco salvaguardata la loro salute psicologica, in particolare se si considera il "diritto alla socializzazione" dell'anziano.

In un periodo storico in cui le tecnologie sono diventate il principale strumento di comunicazione e connessione tra le persone, come dimostrato dagli esperimenti di didattica a distanza e dalla diffusione dello smart working, il CIV-N ha fatto notare come, per la maggior parte, non ci si è curati di mettere in condizione di accedere a questi strumenti le persone più anziane, generalmente poco esperte nell'uso della tecnologia. Di fatto, l'impressione dei membri del CIV-N, è che la responsabilità di istruire e connettere le persone anziane sia stata lasciata a figli e nipoti, escludendo di fatto la fetta di popolazione che comprende gli anziani soli, esponendoli ulteriormente alla solitudine. Secondo un membro del CIV-N: "La quarantena, con il conseguente ritiro ed isolamento sociale, ha portato ad accentuare il vissuto di solitudine che troppo spesso colpisce gli anziani, con gravi ripercussioni sul loro stato di salute mentale".

Diverse risposte si sono focalizzate sulla mancanza di un supporto medico efficace per coloro che presentano disturbi e malattie croniche e pregresse, che ha determinato l'impossibilità di effettuare visite di base in strutture ospedaliere o strutture specializzate.

La telemedicina è stata menzionata da alcuni membri del CIV-N come una soluzione per "remotizzare" l'assistenza. Tuttavia, gli stessi membri hanno sottolineato come, nonostante nel decreto DPCM "Rilancio Italia" si sia menzionata parzialmente, il tema della telemedicina non è ancora pienamente considerato dalla politica, dai media e dai policy maker locali.

I membri del CIV-N hanno anche sottolineato come la popolazione anziana è stata quella più colpita dalle principali criticità del sistema socio-sanitario che, come nel caso della Lombardia, ha preferito un modello sanitario prevalentemente ospedale-centrico che, secondo alcune delle risposte ricevute, lascia in una posizione secondaria il sistema socio-sanitario territoriale.

Infine, i membri del CIV-N sostengono che una delle più importanti questioni nei prossimi mesi riguarderà lo sviluppo di un vaccino contro il COVID-19, sottolineando che alla popolazione anziana e al personale sanitario dovrà essere data la massima priorità.

**Domanda 2: Quali sono, secondo lei, le azioni da intraprendere adesso per ridurre l'impatto del COVID-19 sugli anziani in modo che, nel caso di un'eventuale prossima ondata epidemica, abbiamo un livello maggiore di salute e benessere?**

I membri del CIV-N hanno suggerito diverse azioni che si potrebbero intraprendere per garantire un livello maggiore di salute e benessere della terza età.

La principale strategia da loro identificata per la protezione degli anziani consiste soprattutto nella realizzazione di soluzioni efficaci per la prevenzione del contagio in ambito sanitario.

Da una parte, le RSA che non l'hanno fatto fin da subito, dovrebbero prevedere misure igienico-sanitarie volte a impedire la diffusione del virus, con significativi investimenti economici e organizzativi. Tali misure, hanno osservato i membri, dovrebbero necessariamente prevedere:

- l'esecuzione del tampone sistematica a residenti, operatori e a tutti i pazienti all'ingresso, per cui sarebbe necessario aspettare il risultato del test, così da procedere con l'isolamento degli eventuali positivi prima del contatto con altri ospiti della struttura;
- la messa in atto di specifiche e stringenti regole per l'accesso dei visitatori (incluso il corretto uso dei DPI);
- la creazione di una corsia preferenziale per effettuare i tamponi agli operatori che, al termine della quarantena, devono effettuare il controllo per poter tornare a lavorare, in modo da evitare carenze di personale;
- la limitazione dell'invio dei residenti in Pronto Soccorso e in ospedale per visite specialistiche ed esami strumentali, privilegiando le visite nella RSA di specialisti ambulatoriali e potenziando la dotazione tecnologica sanitaria;
- la formazione specifica del personale socio-sanitario alla gestione delle emergenze;
- la riorganizzazione interna delle strutture residenziali per privilegiare una compartimentazione in gruppi di anziani seguiti da gruppi di operatori dedicati, per evitare l'eventuale diffusione del virus;
- l'attivazione di camere utili a trattare l'isolamento di anziani affetti da COVID-19 o con sospetto;
- l'adozione di sistemi di telemonitoraggio cardiorespiratorio, per individuare precocemente il deterioramento dei parametri vitali e consentire il tempestivo trasferimento dei residenti in ospedali COVID adeguatamente attrezzati.

Per quanto riguarda i soggetti anziani residenti presso il loro domicilio, i membri del network hanno suggerito altrettante misure che dovrebbero essere tenute in considerazione nell'eventualità di una seconda ondata o di un'altra epidemia. Queste includono:

- un'efficace comunicazione ai cittadini più giovani, con l'obiettivo di mantenere alto il livello di attenzione circa la necessità di rispettare in modo stringente le misure di sicurezza igienico-sanitarie, in particolare durante il contatto con soggetti anziani.
- monitoraggi preventivi attraverso la programmazione territoriale di test sierologici e di tamponi;
- diffusione di mezzi informatici/telefonici per monitorare la situazione epidemiologica delle persone anziani presso il loro domicilio da parte di medici, infermieri/OSS di comunità;
- formazione specifica rivolta ai caregiver "informali" che, nella maggior parte dei casi, sono parenti stretti delle persone anziane;
- aumento dei servizi per la consegna a domicilio di farmaci, beni di prima necessità, spesa, ma anche servizi per la cura della persona;
- sviluppo e diffusione di tecnologie accessibili rivolte alle persone anziane, non abituate a usare dispositivi digitali; utili per monitorare la loro salute e mantenere relazioni sociali;
- rafforzamento dell'assistenza a domicilio per i pazienti più fragili: malati gravi, persone non autosufficienti.

In questa categoria, secondo i membri del CIV-N, è molto importante non dimenticare dei soggetti anziani in ottime condizioni di salute, per i quali un secondo lockdown, con le conseguenti limitazioni nei movimenti e nell'incontro con le persone care, potrebbe risultare davvero poco sostenibile. I membri hanno riportato che, alcune delle misure sopra elencate, come il potenziamento dell'accesso alle tecnologie digitali e la creazione di spazi di scambio e condivisione, anche virtuali, atti a ridurre il senso di isolamento, sono anche fondamentali per prevedere fin d'ora delle soluzioni efficaci per rendere un eventuale secondo isolamento più sostenibile per gli anziani in buone condizioni di salute, con il fine di prevenire un decadimento.

Secondo le risposte ricevute, indipendentemente dalla loro residenza, sarebbe opportuno prevedere dei programmi di intervento per gli anziani tali da limitarne l'isolamento e l'inattività o comunque da ridurre significativamente le conseguenze attraverso la promozione di iniziative (in presenza o a distanza) di partecipazione, inclusione e integrazione sociale. Le risposte suggeriscono che questo sia possibile tramite un cambiamento di prospettiva, che miri ad un concetto di assistenza centrato sulla comunità, e non sul paziente individuale.

I membri del CIV-N hanno sottolineato l'importanza della riapertura immediata delle attività ambulatoriali e domiciliari di riabilitazione per i disabili e gli anziani con malattie croniche. Hanno sottolineato l'importanza dei servizi integrati e il ruolo fondamentale ricoperto dai medici di medicina generale, dei medici di continuità assistenziale e degli specialisti, affinché possano operare in maniera integrata e garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.

Infine, in modo da meglio fronteggiare una seconda emergenza, le risposte ricevute hanno suggerito le seguenti azioni per avere un riscontro positivo sulla terza età:

- recare un registro degli 'anziani fragili' o a 'rischio di fragilità' per concentrare interventi di prevenzione e cura su questa fascia della popolazione attraverso tre canali: medici di famiglia, assistenti sociali comunali e un sistema di segnalazione volontaria;
- potenziare i percorsi volti alla prevenzione e gestione delle fragilità, mediante corsi sul territorio di promozione dell'attività fisica (Attività Fisica Adattata, AFA) che promuovano anche la socializzazione e rallentino il decadimento fisico e cognitivo;
- implementare sistemi di monitoraggio che connettano gli utenti con il personale sociosanitario e i caregiver in modo tale da garantire cure e assistenza anche in un eventuale nuovo lockdown;
- creare reti territoriali durature che stimolino la collaborazione e la partecipazione dei cittadini per sviluppare/mantenere i legami comunitari;

Sarà importante porre l'accento sulla necessità di una sanità per tutti e sull'urgenza di cambiare approccio per non "svalutare" la vita di chi ha meno anni da vivere o possiede delle vulnerabilità.

### **Domanda 3: È a conoscenza di azioni/politiche locali o regionali che hanno cercato di compensare le lacune delle politiche governative nazionali per ridurre l'impatto del COVID-19 sugli anziani?**

Fin dall'inizio della pandemia, il Governo italiano ha promosso molte iniziative per contrastare il diffondersi del COVID-19 a livello nazionale. Nonostante questo importante sforzo, secondo i membri del CIV-N, si sono riscontrate delle lacune sia nelle tempistiche sia nella proposta di linee guida.

A livello locale le risposte all'emergenza sono state attivate sia a livello istituzionale da Regioni e Comuni, che dai privati del Terzo Settore.

Secondo le risposte ricevute, alcune regioni sono state più tempestive di altre a sviluppare delle misure locali e/o regionali per compensare la mancanza di una risposta nazionale. Tra le misure adottate da diverse regioni, i membri che hanno risposto a questa terza domanda hanno evidenziato le seguenti esperienze.

- La Regione Veneto ha ben gestito la situazione degli anziani in RSA attraverso l'uso di tamponi e di test sierologici ogni 15 giorni per tutti gli anziani ed il personale presente nella struttura. Secondo quanto riportato nelle risposte ricevute, questa pratica ha limitato i contagi ed abbassato i tassi di morte nelle strutture residenziali.
- Le Regioni Toscana ed Emilia-Romagna hanno rafforzato sul territorio il ruolo delle USCA (Unità Speciali di Continuità Assistenziali) al fine di limitare le ospedalizzazioni. In collaborazione con associazioni di volontariato e rappresentanti del Terzo Settore, è stato riadattato il progetto "A casa in buona compagnia" per la specifica gestione del COVID-19. Questo prevede il rafforzamento dell'assistenza domiciliare e il telemonitoraggio per gli anziani a casa e presso unità residenziali autonome di co-housing.
- La Regione Lazio ha introdotto nuove "Linee Guida Regionali per i centri anziani del Lazio". La principale novità riguarda proprio gli utenti del centro anziani che saranno non più solo fruitori del servizio, ma diverranno soci a tutti gli effetti, responsabili e parti attive nella programmazione delle attività e nella scelta degli interventi, in stretto collegamento con il servizio sociale del Comune e in integrazione con i servizi territoriali. Un'ulteriore novità riguarda l'apertura delle attività dei Centri anziani anche alle persone fragili. Questo ha lo scopo di migliorare l'organizzazione dei centri, rafforzare il ruolo e la partecipazione delle persone anziane alla vita della comunità, contrastando ogni forma di isolamento ed esclusione sociale e favorendo la massima socializzazione della popolazione anziana.
- Nella Regione Piemonte alcuni medici di medicina generale si sono organizzati per contattare i pazienti anziani telefonicamente con cadenza periodica per informarsi sulle loro condizioni di salute e per fornire loro consigli comportamentali. Per migliorare una gestione integrata durante la fase 2, il 13 maggio 2020 è stato firmato un accordo integrativo regionale con le organizzazioni di medici di medicina generale con l'obiettivo di creare reti di monitoraggio incentrate sulla funzione del medico di medicina generale come "medico sentinella", il quale viene messo nelle condizioni di disporre l'isolamento dei casi sospetti e dei contatti stretti, oltre che dell'eventuale trattamento terapeutico a domicilio dei pazienti secondo protocolli prestabiliti, già dal momento del sospetto clinico e prima della presa in carico da parte del Sisp (Servizi di igiene e prevenzione), ossia prima dell'esecuzione dei tamponi e dell'ottenimento dei risultati.