

PERCHÉ IL RAPPORTO GIORGIO ROTA OMETTE LE VIOLAZIONI DELLA LEGGE ANTIPANDEMIA? URGENTE LA NECESSITÀ DI INIZIATIVE VOLTE A GARANTIRE IL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE DEGLI ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI

Il Rapporto Giorgio Rota, affermato e autorevole strumento di lettura della realtà torinese e metropolitana redatto annualmente dai ricercatori del Politecnico di Torino e dalla Fondazione Einaudi, ha dedicato una parte della ventunesima edizione – presentata il 28 novembre 2020 – al tema del devastante impatto del Coronavirus Sars-CoV-2 specialmente sui degenti delle Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, anziani malati cronici non autosufficienti colpiti da una pluralità di patologie invalidanti gravi.

Tra i dati forniti dal Rapporto segnaliamo «per quanto riguarda la città metropolitana di Torino, qualche indizio sull'andamento dell'epidemia Covid nelle Rsa si può ricavare indirettamente dai dati relativi all'incremento anomalo di mortalità riscontrato in singoli comuni: dei 30 che nel periodo marzo-giugno 2020 hanno registrato i maggiori incrementi, 13 sono compresi anche tra i 30 comuni della provincia con più posti letto in Rsa. Ad esempio, a San Gillio (dove opera un Rsa da 60 posti) la mortalità tra gli anziani è cresciuta del 241% (valore simile a quelli registrati in comuni della provincia di Bergamo, la più colpita dal Covid); a Corio (che ha un Rsa da 120 posti) +159%, a Cavour (98 posti) +92%, ad Alpignano (120 posti) +86% (fonti: Regione Piemonte e Istat)» (1).

A fronte di questi dati, però, spicca nel "Ventunesimo Rapporto Giorgio Rota" l'assenza totale di citazioni delle leggi a tutela dei malati non autosufficienti e dei provvedimenti come il Piano pandemico nazionale e regionale, completamente disattesi, che avrebbero potuto prevenire e mitigare i disastrosi effetti

della pandemia. Perché questa grave omissione?

Desti in effetti notevole preoccupazione che nella relazione non vi siano riferimenti di sorta in merito all'assenza totale dell'obbligatorio aggiornamento del piano pandemico nazionale, fermo al 2006.

1. Al riguardo si ricorda altresì che la legge n. 208/2015, mai citata nel Rapporto Rota, stabilisce all'articolo 1 che:

a) «la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente» (comma 538);

b) «per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538 (...) le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie [pertanto comprese le Rsa, n.d.r.] attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (...)» (comma 539);

c) «l'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore» (comma 539).

2. Risulta, inoltre, che nel Rapporto in oggetto non vi sono riferimenti alla legge n. 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", il cui articolo 1 precisa che «la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività», che «si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative» e che «alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e

(1) Centro Einaudi, *Ventunesimo Rapporto «Giorgio Rota» su Torino*, 2020, pag. 214, nota 29.

sociosanitarie pubbliche o private [pertanto comprese le Rsa] è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale».

Inoltre la legge n. 24/2017 attribuisce compiti al Difensore civico «nella sua funzione di garante per il diritto alla salute» e stabilisce l'istituzione in ogni Regione del «Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e le trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità».

In base all'articolo 3 della stessa legge n. 24/2017, detto Osservatorio «è istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)» che «individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente la professione sanitaria».

L'articolo 3 della legge in oggetto stabilisce altresì che «il Ministro della salute trasmette annualmente alla Camera una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio».

Infine l'articolo 4 dispone che «le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo della trasparenza». In merito è assai preoccupante che queste importanti disposizioni siano rimaste lettera morta e che il Rapporto in oggetto non ne faccia menzione.

3. Com'è stato precisato da Filippo Curtale nell'articolo "C'era una volta il Piano pandemico", pubblicato su "Salute Internazionale" del 15 aprile 2020, gli obiettivi del Piano pandemico dovevano assicurare il rafforzamento della «preparazione alla pandemia a livello nazionale e locale», in modo da:

a) «identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da rimuovere tempestivamente l'inizio della pandemia»;

b) «minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia»;

c) «ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali»;

d) «assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia»;

e) «garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico».

Ciò premesso, ci sembra evidente la necessità e l'urgenza, non evidenziata nel Rapporto in oggetto, della predisposizione di un Piano pandemico, che assuma come base gli obiettivi sopra riportati e definisca altresì le funzioni di competenza nazionale, regionali e locali con l'indicazione precisa degli organismi incaricati, nonché le caratteristiche del relativo personale, in modo che sia possibile l'attivazione quasi immediata dei centri preposti ad assumere interventi in tutte le possibili future evenienze, anche allo scopo di superare le attuali nefaste conseguenze dell'improvvisazione e dei conflitti di competenza fra Stato e Regioni.

Inoltre, il Piano pandemico dovrebbe definire le attrezzature da immagazzinare, in modo che possano essere immediatamente disponibili, iniziativa che, se fosse stata assunta, avrebbe evitato i numerosi decessi del personale sanitario e la diffusione del virus inevitabilmente favorita dagli operatori a causa della mancanza degli indispensabili dispositivi di protezione.

4. Preso atto del preoccupante numero di decessi e delle sofferenze delle persone colpite dalla pandemia Covid e dei loro congiunti, rileviamo che nel Rapporto in oggetto nulla viene rilevato in merito all'evidente ruolo emarginante assegnato alle Rsa e alle cause che hanno determinato e determinano ancora attualmente la loro funzione di eugenetica sociale nei riguardi degli infermi anziani non autosufficienti, pertanto totalmente e definitivamente impossibilitati ad autotutelarsi.

Il ruolo decisamente e incontestabilmente emarginante assegnato alle Rsa risulta evidente allorché si consideri che non solo vengono ricoverati in dette strutture infermi non autosufficienti e quindi in pessime condizioni di salute a causa delle patologie/disabilità che li hanno colpiti, ma anche e soprattutto per il fatto che, non essendo previste norme vincolanti per le

prestazioni sanitarie, sono assai frequenti le situazioni di semplice badanza (2).

Se si volesse veramente evitare il devastante confinamento degli adulti e degli anziani malati cronici non autosufficienti in strutture di per sé emarginanti, occorre, come primo e fondamentale intervento, assumere tutte le iniziative necessarie per il puntuale rispetto della Costituzione e delle leggi 833/1978 e 38/2010 (3), che si richiamano nell'allegato "Documento base per una azione comune", riportato nel n. 210/2020 di "Prospettive assistenziali".

La situazione in Piemonte

Non dimentichiamo che la strage degli anziani nelle Rsa ha nomi e cognomi.

- È mancato il piano di prevenzione della pandemia: non è stato aggiornato il piano pandemico nazionale, fermo al 2006, mentre la legge 208/2015 all'articolo 1, lettera b, prevede che le Regioni attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario;

- non sono stati rispettati gli obblighi previsti dalla legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (articoli 1,2 3), anche questi ignorati;

- sono emerse le gravissime carenze dovute alla disorganizzazione delle cure sanitarie nelle Rsa, dove sono ricoverati anziani malati con pluripatologie croniche dalle quali deriva anche la non autosufficienza, nella maggioranza dei casi affetti altresì da Alzheimer o altre forme di demenza.

(2) Come ha giustamente rilevato Nunzia Coppedè nell'articolo "La pandemia ci ha costretti a cambiare paradigma", pubblicato sul n. 113 di "Alogon", le Rsa sono «vere e proprie gabbie di morte (...), un sistema per far soldi tenendo poco conto dei diritti di chi ci abita».

Si tratta delle stesse valutazioni riportate nell'allegato articolo "Sanità di serie B, famelici profitti dei gestori privati e controllo inadeguati o inesistenti", apparso sul n. 208/2019 di "Prospettive assistenziali", e quindi prima dell'insorgere della pandemia.

Si veda anche di Vinicio Albanesi, "Anziani deportati", e-book, 28 maggio 2020, nonché il rapporto di Amnesty International del 17 dicembre 2020 "Abbandonati - Violazione del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali durante la pandemia in Italia".

(3) Cfr. "Documento base per un'azione comune", *Prospettive assistenziali*, n. 210/2020.

Da tempo si stava chiedendo la revisione dei provvedimenti regionali e la pandemia ha fatto strage anche per le gravi carenze già presenti: il Direttore sanitario ha esclusivamente funzioni di coordinamento del lavoro e non ha alcuna competenza sull'attività clinica; le Rsa con meno di 40 infermi non hanno l'obbligo della presenza di un Direttore sanitario; negli altri casi vi sono Direttori sanitari che operano a tempo parziale anche per più Rsa. I medici delle Rsa sono esclusivamente i medici di medicina generale dei ricoverati, normalmente presenti "a chiamata" o per orari ridottissimi. In questa situazione di Covid spesso essi sono assolutamente assenti dalle strutture e, in ogni caso, intervengono a livello individuale nei confronti dei degenti (non più di 20) e non hanno alcun compito di operare secondo i fondamentali metodi del lavoro di gruppo/lavoro in *équipe* e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario (4).

In questa situazione si è inserita l'aggravante della Dgr 14/2020.

L'abrogazione della delibera e l'approvazione della Dgr 2-2254/2020, non cancella la gravità di quanto accaduto, anche se ricono-

(4) La normativa di riferimento delle Rsa è richiamata nell'allegato 1.C del Dpcm del 29 novembre 2001, all'art. 54 della legge 289/2002 (finanziaria 2003), che ha reso cogenti i Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria, dove è prevista l'"attività sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito di programmi riabilitativi a favore di anziani non autosufficienti in regime residenziale". Le norme indicate di riferimento per quanto riguarda l'organizzazione delle cure nelle Rsa sono la legge 67/1988 e le linee guida del Ministero della sanità del 31 marzo 1994; la legge n. 451/1998, il Decreto legislativo n. 229/1998 e il Dpr del 23 luglio 1999 "Piano sanitario 1998/2000", il quale a proposito dei requisiti minimi autorizzativi delle strutture Rsa, richiama il Dpr 14 gennaio 1997.

Il richiamato Dpr 14 gennaio 1997 prevede che «*La Rsa deve utilizzare un modello organizzativo che, anche attraverso l'integrazione con i servizi territoriali delle Unità sanitarie locali, garantisca: valutazione multidimensionale attraverso appositi strumenti validati dei problemi/bisogni sanitari, cognitivi, psicologici e sociali dell'ospite al momento dell'ammissione e periodicamente; stesura di un piano di assistenza individualizzato corrispondente ai problemi/bisogni identificati; lavoro degli operatori deputati all'assistenza secondo le modalità e le logiche dell'équipe interdisciplinare; raccolta dei dati delle singole valutazioni multidimensionali tale da permettere il controllo continuo delle attività della Rsa; coinvolgimento della famiglia dell'ospite; personale medico, infermieristico, di assistenza alla persona, di riabilitazione e di assistenza sociale in relazione alle dimensioni e alla tipologia delle prestazioni erogate*». Inoltre, il decreto in oggetto stabilisce per le Rsa una «*Capacità recettiva non inferiore a 20 e non superiore, in via eccezionale, a 120 posti articolata in nuclei da 10/20 soggetti*».

sciamo che adesso sono indicate strutture appositamente dedicate per la degenza dei pazienti Covid-19 positivi ma deospedalizzabili, al di fuori dalle Rsa che già hanno pazienti degenti.

Tuttavia la Dgr della Regione Piemonte n. 14-1150 del 20 marzo 2020 (pubblicata sul B.U. Regione Piemonte n. 15, suppl. ord. 5 del 10 aprile 2020), è stata certamente una causa delle morti presso la Rsa D'Azeglio e Chiabrera di Torino, con il trasferimento di 60 pazienti Covid-19 positivi dall'ospedale alla Rsa (delibera: 268/A.08/2020 del 02/04/2020 dell'Asl Città di Torino); la Procura della Repubblica ha iscritto nel registro degli indagati i responsabili della struttura e tre membri della commissione di vigilanza dell'Asl Città di Torino che ha autorizzato senza verificare se erano applicati (e non lo erano) i requisiti previsti dalle disposizioni del Ministero della salute.

Le responsabilità che Nas e Procure stanno individuando evidenziano che la pandemia ha fatto una strage di anziani per gravi omissioni. Le ispezioni dei Nas attivate dalla Procura, a seguito degli esposti presentati dai familiari delle vittime e dal personale, hanno riscontrato solo negli ultimi tre mesi:

- episodi di maltrattamento e di abbandono di persone impossibilitate ad accudirsi autonomamente;
- carenze strutturali ed igieniche dei locali;

- strutture totalmente abusive;
- inadeguato livello di prestazioni fornito ai ricoverati;
- operatori privi di qualifica professionale e in numero insufficiente;
- manza di programmi riabilitativi e di mantenimento motorio;
- sovraffollamento di anziani rispetto ai posti previsti e personale presente inadeguato;
- carenze nella somministrazione dei pasti e dei farmaci mal conservati e/o scaduti di validità;
- mancata applicazione delle disposizioni di contenimento alla diffusione del Covid-19;
- mancato uso di dispositivi di protezione da parte degli operatori;
- mancata formazione del personale;
- mancata individuazione di percorsi e aree dedicati;
- mancata programmazione delle fasi di pulizia e sanificazione.

Risulta che in molte strutture non vi era personale presente in quantità e per le professionalità richieste alle condizioni sanitarie dei ricoverati e alle loro esigenze: i controlli e le verifiche delle Asl sui requisiti delle Rsa risultano totalmente inadeguati.

Le ipotesi di reato sono per epidemia e/o omicidio colposo con l'accertamento delle misure di sicurezza adottate e delle tempistiche dei trasferimenti in ospedale e delle procedure di separazione dei percorsi tra i ricoverati.