

ESPOSTO DELL'ULCES ALLE PROCURE: ACCERTARE SE NELLE RSA SONO STATI COMMESSI ILLECITI E SE QUESTE STRUTTURE SONO CONFORMI AL DIRITTO ALLE CURE SANITARIE PER I MALATI NON AUTOSUFFICIENTI

Il 1° giugno 2020 l'Unione per la lotta contro l'emarginazione sociale, Ulces, organizzazione che fa parte del Csa - Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base ha inviato a venti Procure d'Italia (1) l'esposto che riportiamo integralmente con oggetto: "Coronavirus. Segnalazione in merito alle morti nelle Rsa per verificare se la normativa di riferimento rispetta il diritto alle cure sanitarie e socio-sanitarie costituzionalmente garantite degli anziani malati cronici non autosufficienti e delle persone colpite dalla malattia di Alzheimer o da altre analoghe forme di demenza senile".

In merito alle lodevoli iniziative delle Procure della Repubblica dirette ad accertare le eventuali responsabilità concernenti i numerosi decessi di anziani malati cronici non autosufficienti e di persone colpite dalla malattia di Alzheimer ricoverati presso Rsa, lo scrivente presidente dell'Unione per la promozione sociale (Ulces), con sede in via Artisti 36 a Torino, ritiene utile mettere a disposizione ulteriori elementi, acquisiti attraverso la propria esperienza nell'ambito dell'attività dell'organizzazione che rappresenta, **affinché si valuti:**

- se le morti nelle Rsa degli anziani malati non autosufficienti, sovente con malattia di Alzheimer o altre forme di demenza, siano conseguenti ad omissioni da parte dei Direttori sanitari delle strutture in cui erano ricoverati;
- per quale motivo non siano stati impediti gli inserimenti in Rsa già funzionanti e con altri degenti ricoverati di pazienti Covid-19 positivi dimessi da ospedali;
- se vi siano responsabilità o colpe specifiche a livello delle Istituzioni nazionali e/o regionali – di seguito precisate – nel mancato rispetto

(1) L'esposto è stato inviato alle Procure di Alessandria, Ancona, Aosta, Asti, Bari, Bergamo, Bologna, Brescia, Cuneo, Firenze, Genova, Milano, Modena, Parma, Perugia, Piacenza, Roma, Torino, Venezia e Vercelli.

delle leggi in vigore, che tutelano il diritto alla salute, costituzionalmente garantito, degli anziani malati non autosufficienti, in conseguenza delle quali in tanti sono deceduti tra sofferenze terribili, perché malati affetti da pluripatologie croniche. Situazione aggravata dall'isolamento a cui i malati non autosufficienti sono stati sottoposti – anche lontani dalla presenza di familiari e amici – sovente persone non in grado di difendersi autonomamente, o incapaci di chiedere aiuto o esprimere bisogni vitali (fame, sete, dolore).

Per quanto sopra, e al fine di prevenire il ripetersi di comportamenti futuri da cui possano derivare danni per i singoli (e la collettività, intesa come familiari delle vittime e il personale che li cura), si sottopone alla Vostra attenzione quanto segue:

1. nelle Rsa sono ricoverati in massima parte anziani malati cronici non autosufficienti affetti da pluripatologie croniche, come è stato riconosciuto dai massimi esperti e consulenti del Ministero della salute e del Consiglio superiore di sanità. È emerso altresì, che proprio per la complessità delle cure che questi malati richiedono, le Rsa non prevedono, tuttavia, una organizzazione sanitaria delle cure adeguate a soddisfare le esigenze dei malati anziani cronici non autosufficienti che vi sono ricoverati (2).

Già l'Ordine dei Medici e chirurghi e odontoiatri di Torino e provincia aveva segnalato, nel documento del 6 luglio 2015 (3), che «*gli anziani malati cronici non autosufficienti e le*

(2) A titolo di esempio delle condizioni sanitarie dei degenti in Rsa è stato allegato l'articolo del dott. Pietro Landra, geriatra, "Chi sono i malati non autosufficienti, con esigenze sanitarie indifferibili, degenti nelle Rsa", pubblicato in *Prospettive assistenziali*, n. 208/2019.

(3) Cfr. "Documento dell'Ordine dei medici di Torino per il riconoscimento dei prioritari interventi socio-sanitari a domicilio e contro le liste di attesa per le prestazioni agli anziani malati cronici non autosufficienti", *Ibidem*, 191/2015.

persone colpite da demenza senile sono soggetti colpiti da gravi patologie che hanno avuto come esito la devastante compromissione della loro autosufficienza e pertanto hanno in tutti i casi esigenze sanitarie e socio-sanitarie indifferibili in relazione ai loro quadri clinici e patologici»;

2. in considerazione del loro *status* di malati inguaribili, ma sempre curabili, se non altro per morire con dignità e senza sofferenze inutili come è accaduto, in base alla normativa vigente il Servizio sanitario nazionale deve:

- ai sensi dell'articolo 2 della legge 833/1978, assicurare «*la diagnosi e la cura degli eventi morbosi quali ne siano le cause, le fenomenologia e la durata*» e deve altresì provvedere «*alla tutela della salute degli anziani anche al fine di prevenire e di rimuovere le condizioni che possono concorrere alla loro emarginazione*»;

- in base all'articolo 1 della sopra citata legge 833/1978, operare «*senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del Servizio*»;

3. in base alle norme di cui sopra, il diritto alle cure sanitarie è un diritto soggettivo anche per i malati acuti o cronici non autosufficienti, al pari dei malati acuti o cronici autosufficienti; non può dipendere dalla presenza o meno di familiari.

È opportuno ricordare al riguardo che:

- la legge 1580/1931 (“Nuove norme per la rivalsa delle spese di ospedalità e manicomiali”) è stata abrogata;

- gli articoli 433 e segg. del Codice civile (“alimenti”) non riguardano il diritto alle cure sanitarie;

- ai sensi dell'articolo 23 della Costituzione «*Nessuna prestazione personale o patrimoniale può essere imposta se non in base alla legge*». Ne consegue che, non avendo mai il Parlamento approvato norme per assegnare ai congiunti degli infermi, compresi quelli non autosufficienti, i compiti attribuiti al Servizio sanitario, nessuno può imporre ai familiari dei

sopra citati malati di assicurare le prestazioni di competenza del Servizio sanitario nazionale. La solidarietà familiare va certamente incoraggiata, ma non può sostituire gli obblighi di cura previsti dalla legge 833/1978;

4. la normativa di riferimento delle Rsa è richiamata nell'Allegato 1.C del Dpcm del 29 novembre 2001, all'articolo 54 della legge 289/2002 (legge 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 di riferimento per quanto riguarda l'organizzazione delle cure nelle Rsa sono la legge 67/1988 (Legge Finanziaria 1988) e le linee guida del Ministero della sanità n.1 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), leggi e piani regionali, che avrebbero dovuto rispettare i principi stabili dalle norme nazionali;

5. la Rsa è pertanto una struttura extraospedaliera, accreditata dal Servizio sanitario regionale, e non è pertanto né una «casa di riposo», né una «residenza assistenziale o casa protetta», ma una struttura del Servizio sanitario preposta alla cura di malati non autosufficienti, che hanno continue fasi di acuzie.

La titolarità è in capo all'Assessorato alla sanità delle Regioni, in quanto le Rsa rientrano nell'ambito delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie garantite dal Servizio sanitario nazionale ai sensi della legge 833/1978, del decreto legislativo 502/1992 e decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (Dpcm) n. 15 del 12 gennaio 2017, articoli 1 e 30 (“Livelli essenziali di assistenza socio-sanitaria”).

Tenuto conto che l'accreditamento è l'istituto attraverso il quale l'ente pubblico attribuisce ai servizi che ne sono oggetto la natura di servizi pubblici, ed al soggetto accreditato quello di concessionario della pubblica amministrazione, ne consegue che l'Azienda sanitaria – ove non sia in condizione di erogare direttamente le prestazioni socio-sanitarie residenziali di

livello essenziale delle quali è, in ogni caso, pienamente responsabile e alle quali è tenuta per legge – non può limitarsi a finanziare il sistema di offerta delegandone l'organizzazione, ma deve esercitare i propri poteri di intervento, specie in merito ai criteri gestionali generali, nei confronti dei soggetti privati chiamati ad espletare i servizi in qualità di organi indiretti delle amministrazioni.

Come prima richiamato, dobbiamo al Coronavirus, Covid-19, se è stato ormai riconosciuto da tutti i massimi esperti del nostro Servizio sanitario nazionale, che nelle Rsa 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.

Più nello specifico, confidiamo quindi che l'indagine possa accertare:

- se a seguito delle deliberazioni approvate dalla Giunta regionale del Piemonte siano stati trasferiti presso le Rsa pazienti Covid-19 positivi dimessi dagli ospedali in strutture Rsa dove erano degenti malati non autosufficienti, la categoria più esposta a conseguenze letali da eventuale contagio;

- se è stato disposto il tampone per l'accertamento da contagio Covid-19 a tutto il personale delle Rsa che era assente perché in mutua, al fine di avviare tempestivamente al lavoro quanti risultavano negativi al tampone e ancora a casa in "auto-quarantena" preventiva (ma immotivata in caso di negatività), per assicurare gli organici alle Rsa – personale che già di norma è in numero inadeguato – che al momento erano al collasso.

Inoltre auspichiamo che, in considerazione della presenza di malati anziani con pluripatologie croniche e non autosufficienza, spesso associata a demenza la Vostra attività consenta di:

- controllare se nelle Rsa il personale è presente in quantità e per le professionalità richieste in base all'accreditamento;

- esaminare le condizioni sanitarie dei ricove-

rati e le loro esigenze per valutare se gli standard del personale e dei tempi di cura, risultano adeguati. I controlli e le verifiche delle Asl sui requisiti delle Rsa risultano totalmente inadeguati. In particolare non si riesce a comprendere, tenuto conto delle precarie condizioni di salute della stragrande maggioranza dei degenti presso le Rsa, in base a quali motivi, da quanto ci risulta, non sia mai stato previsto dalla Regione, che deve versare il 50% del costo totale delle rette, l'obbligo degli Enti gestori delle Rsa di trasmettere, congiuntamente ai dati relativi agli infermi occorrenti per il versamento della citata quota del 50% delle rette, copia dei pagamenti effettuati all'Inps e all'Inail per il personale dipendente, nonché copia delle fatture emesse dal personale non dipendente. Questa verifica, possibile anche per via esclusivamente digitale, consentirebbe di verificare il fabbisogno delle strutture, in relazione alle necessità dei degenti, e l'effettiva presenza del personale;

- verificare l'idoneità dell'organizzazione delle cure in Rsa, in relazione a seguenti punti:

- a) non sempre le Rsa, specie se aventi meno di 40 infermi, 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. In ogni caso, il Direttore sanitario ha esclusivamente funzioni di coordinamento del lavoro e non ha alcuna competenza sull'attività clinica;

- b) i Medici delle Rsa sono esclusivamente i Medici di medicina generale dei ricoverati, normalmente presenti «a chiamata» o per orari ridottissimi. Nella situazione di Covid-19 spesso essi erano 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 *equipe* e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario.

Ne deriva una situazione di assenza di direttive e di discrezionalità degli interventi, senza controllo, che si ripercuote negativamente sui degenti, specialmente nei casi di emergenza

individuale o ancor di più se si tratta di evenienze concernenti tutti i ricoverati ed il relativo personale.

Per quanto sopra si chiede a codesta Procura di disporre gli opportuni accertamenti in ordine ai fatti così come esposti dettagliatamente in narrativa, valutando gli eventuali profili d'illiceità penale degli stessi e, nel caso, individuare i possibili soggetti responsabili al fine di procedere nei loro confronti.

In subordine,

si segnala altresì che, tutto ciò premesso, nelle Rsa vengono inseriti in regime totalmente privato, anziani malati cronici non autosufficienti, equiparati a «ospiti di un albergo» e, pertanto, come tali considerati, ai quali non sono neppure assicurate le prestazioni sanitarie, già inadeguate, degli utenti inviati in convenzione dall'Asl di residenza.

Nella stessa Rsa sono inseriti pazienti con medesime esigenze di cura e stessi diritti, ma per una parte consistente è negato il riconoscimento della prestazione sanitaria rientrando nei Lea sopra richiamati.

In base alla esperienza maturata con le iniziative di tutela dei casi singoli, ai quali la scrivente Ulces contribuisce insieme alla Fondazione promozione sociale onlus, fornendo consulenza gratuita per accedere alle prestazioni del Servizio sanitario nazionale garantite dalle norme nazionali vigenti (l'attività è in corso dal 1978, come Csa - Comitato per la difesa dei diritti degli assistiti e dal 2003, come Fondazione promozione sociale), a nostro avviso la discriminazione in atto tra malati non autosufficienti sopra evidenziata è stata aggravata dall'approvazione del Dpcm 12 gennaio 2017 "Definizione e aggiornamento dei Livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" che, pur essendo un atto puramente amministrativo, stabilisce disposizioni nettamente contrastanti con le sopra citate norme di legge e quindi anche con il fondamentale articolo 32 della Costituzione.

Infatti, nonostante le garanzie stabilite dall'articolo 5, «*il Servizio sanitario nazionale garantisce la continuità assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana. Le Aziende sanitarie organizzano le attività sanitarie per assicurare l'erogazione, nelle ore serali e notturne e nei giorni prefestivi e festivi, delle prestazioni assistenziali [rectius, sanitarie] non differibili*», l'articolo 30 dello stesso decreto in oggetto prevede per le «*persone non autosufficienti*» – senza precisare, aspetto assai inquietante, se si tratta di infermi con patologie acute o croniche – che:

- l'accesso alle prestazioni, comprese quelle indifferibili (cfr. punto 1) deve obbligatoriamente essere ammesso non solo «*previa valutazione multidimensionale*» ma deve attendere anche la «*presa in carico*», dell'Asl di residenza, che non precisa mai una data certa.

Inoltre sono previste numerose istanze: occorre richiedere una certificazione al proprio medico di famiglia accertante la non autosufficienza, inoltrare l'istanza alla Commissione incaricata della valutazione multidimensionale, attendere – in genere alcune settimane – la convocazione della Commissione, portare l'infermo alla sede in cui viene effettuata la valutazione (se il malato non è trasportabile, nemmeno in ambulanza, stante l'estrema gravità delle sue condizioni di salute, la Commissione dispone che gli accertamenti vengano effettuati dove il paziente si trova), attendere il responso della Commissione, nonché la comunicazione concernente «*la presa in carico*». Al termine del lungo iter, il malato non autosufficiente non riceve la prestazione - che, si ricorda, è indifferibile - ma è collocato in una lista di attesa, che è da ritenersi illegittima in quanto in contrasto con il diritto alla continuità terapeutica senza limiti di durata assicurata dall'articolo 2 della legge 833/1978.

A titolo di esempio si informa che in Piemonte sono quasi 30mila gli infermi in lista d'attesa, come risulta dall'articolo del giurista Prof. Francesco Pallante, pubblicato sul n. 1/2019 de "Il Piemonte delle Autonomie" (4).

(4) Cfr. "Le richieste di differenziazione della Regione Piemonte in materia di tutela della salute", Il Piemonte delle Autonomie, Anno IV, Numero 1 - 2019..

Nel frattempo, in genere mesi e mesi, l'infermo deve forzatamente essere curato dai suoi familiari che non hanno alcun obbligo giuridico. (cfr. precedente punto 3) sulla base delle capacità e delle risorse disponibili con la conseguente caduta in povertà di ben 1,8 milioni di persone, come risulta dal VII Rapporto Rbm Assicurazioni – Censis;

- ottenuto il ricovero, ai sensi del citato articolo 30 i «*trattamenti estensivi di cura e recupero funzionale a persone non autosufficienti con patologie che, pur non presentando particolari criticità e sintomi complessi, richiedono elevata tutela sanitaria con continuità assistenziale e presenza infermieristica sulle 24 ore*» hanno durata «*di norma*» e «*non superiore a sessanta giorni*», disposizione che viene interpretata da istituti pubblici e privati applicabile a tutti gli infermi.

A titolo di esempio si segnala che la Residenza “Le Clarisse” di Genova impone ai congiunti degli infermi non autosufficienti ivi inviati dalle Asl (e quindi malati di esclusiva competenza del Servizio sanitario nazionale) di firmare una impegnativa in cui viene stabilito che «*con la sottoscrizione del presente contratto [?!] di ospedalità dichiaro di acquisire primaria e definitiva consapevolezza di accettare che, in caso di rifiuto della dimissione [di un infermo non autosufficiente e quindi necessitante di prestazioni sanitari indifferibili, n.d.r.] anche laddove questo risultasse contrario alla legge o alle disposizioni di pubbliche autorità, a partire dal 121° giorno o dal giorno determinato dall'Uvg sopra richiamata per la cessazione delle condizioni di ricovero dell'utente, rimango obbligato al pagamento di una retta giornaliera pari a euro 113,40*». **Accertamenti disposti dalla S.V. possono evidenziare analoghi abusi praticati nelle zone di Sua competenza** da parte delle case di cura e delle Rsa.

Si osserva altresì che:

I. nella sentenza n. 1858/2019 il Consiglio di Stato ha purtroppo confermato il sopra citato Dpcm n. 15 del 12 gennaio 2017 che, pur essendo un atto amministrativo, ha pertanto assunto valore di legge, anche se lo scrivente

ritiene che non sia coerente con quanto previsto dagli articoli 76 e 77 della Costituzione;

II. il Dpcm n. 15/2017 ha altresì ammesso la creazione di un separato Servizio sanitario di «serie B», in cui vengono trasferiti dagli ospedali e confinati in strutture socio-sanitarie i malati cronici non autosufficienti, siano essi giovani, adulti o anziani, sulla base dell'illogica affermazione secondo cui, per tutti, compresi gli infermi cronici non autosufficienti, sarebbe valida «*l'idea ordinaria di quello che dovrebbe essere il progressivo percorso di recupero del paziente che viene, dunque, accompagnato, per progressivi passaggi, verso forme sempre più ridotte di impegno sanitario fino all'auspicabile recupero della piena autosufficienza*»;

III. il citato Dpcm 12 gennaio 2017 – altro aspetto di notevole gravità – non contiene alcun riferimento alla legge n. 38/2010 (“Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore”) il cui articolo 1 stabilisce:

«*1. La presente legge tutela il diritto del cittadino ad accedere alle cure palliative e alla terapia del dolore; 2. È tutelato e garantito, in particolare, l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore da parte del malato, come definito dall'articolo 2, comma 1, lettera c) nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001*». Al riguardo è significativo tener conto che l'articolo 2 della sopra citata legge n. 38/2010 stabilisce che per cure palliative si intende «*l'insieme degli interventi terapeutici, diagnostici e assistenziali rivolti sia alle persone malate sia al suo nucleo familiare, finalizzato alla cura attiva e totale dei pazienti la cui malattia di base, caratterizzata da un arrestabile evoluzione e da una prognosi infausta, non risponde più a trattamenti specifici*».

Il Dpcm n. 15/2017 si limita a prevedere all'articolo 31 l'“Assistenza sociosanitaria residenziale alle persone nella fase terminale della vita”, ma indica quella erogata negli hospice, ospedali o al domicilio mediante le equipe multidisciplinari e multiprofessionali, che si collocano nell'ambito dell'assistenza sociosanitaria territoriale. Non vi è cenno alcuno alle Rsa.