

## **RSA BOCCIAE ALLA PROVA DEL COVID: «MIGLIAIA DI MORTI HANNO MESSO IN LUCE CHE LE STRUTTURE NON RISPONDONO AI BISOGNI DI SALUTE DEI MALATI NON AUTOSUFFICIENTI» - IL DOCUMENTO PER IL GRUPPO D'INDAGINE DEL CONSIGLIO REGIONALE DEL PIEMONTE**

*Il 9 novembre 2020 i rappresentanti della Fondazione promozione sociale e del Coordinamento sanità e assistenza tra i movimenti di base sono stati auditi dalla IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte, durante i lavori del Gruppo d'indagine sulla gestione del Covid-19, presieduto dal consigliere Daniele Valle. Riportiamo il documento inviato alla Commissione.*

### **PREMESSA**

Il lavoro del Gruppo di indagine sulla gestione del Covid-19 in Regione Piemonte non può non affrontare il tema delle **morti di anziani malati cronici non autosufficienti avvenute nelle Residenze sanitarie assistenziali - Rsa** a partire da febbraio 2020.

Qualsiasi valutazione sul modo in cui è stata affrontata dalla Regione Piemonte la situazione del contagio dovrebbe tenere conto della **situazione generale precedente** alla pandemia Covid-19 e cioè:

a) **Chi sono i degenti delle Rsa.** Nelle Rsa erano e sono ricoverati anziani affetti da pluripatologie croniche da cui deriva una totale non autosufficienza, per cui sono dipendenti in tutte le funzioni vitali per la loro sopravvivenza. Nell'80 per cento dei casi sono colpiti da malattia di Alzheimer o da un'altra forma di demenza, per cui sono anche incapaci di esprimere richieste di aiuto in caso di dolore, o anche solo fame, sete.

b) **Qual è la dotazione delle Rsa.** Sulla base delle norme della Regione Piemonte – fatto di estrema gravità – le Rsa aventi meno di 40 degenti **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. In ogni caso, il Direttore sanitario ha, a rigore di norme, esclusivamente funzioni di coordinamento del lavoro e **non può intervenire sull'attività clinica.**

I medici delle Rsa sono i medici di medicina generale dei ricoverati, **normalmente presenti "a chiamata" o per orari ridottissimi.** In

questi mesi, dalla prima ondata della pandemia, molto 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.** 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.

Dobbiamo all'emergenza provocata dal Coronavirus Covid-19 se è stato ormai riconosciuto da tutti i massimi esperti del nostro Servizio sanitario nazionale il fallimento del sistema di cura delle Rsa e l'inadeguatezza dei servizi territoriali che non sono stati sviluppati, a fronte dei tagli dei posti letto ospedalieri e di riabilitazione e lungodegenza. È stata da tutti riconosciuta l'urgenza di una **radicale riforma delle cure sanitarie per gli anziani malati non autosufficienti,** sia per quanto riguarda la riorganizzazione delle Rsa, sia per l'investimento prioritario sui servizi territoriali e le cure domiciliari.

### **AZIONI**

Passare dalle parole ai fatti è l'impresa che attende la politica.

Confidiamo quindi che l'indagine della Commissione voglia dare una concreta indica-

zione delle indispensabili azioni per l'urgente modifica strutturale e organizzativa del sistema di presa in carico dei malati cronici non autosufficienti, partendo dalle verifiche di quanto accaduto.

### 1) Verificare l'idoneità dell'organizzazione delle cure in Rsa

Auspichiamo che l'attività della Commissione, in considerazione della presenza di **malati anziani con pluripatologie croniche e non autosufficienza**, spesso associata a demenza, preveda di:

- **controllare** se il personale è/era presente in **quantità e per le professionalità richieste** in base all'accreditamento;

- **esaminare le condizioni sanitarie dei ricoverati e le loro esigenze** per valutare se **gli standard** del personale e dei tempi di cura, risultano adeguati. Totalmente inadeguati risultano i controlli e le verifiche delle Asl sui requisiti delle Rsa. 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 non sia mai stato previsto dalla Regione Piemonte, che paga il 50% 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 degen- ti, e l'effettiva presenza del personale.

### 2) Verificare il rispetto del "Piano di preparazione e risposta ad una epidemia influenzale" (redatto fin dal 2006) e delle altre prescrizioni nazionali.

- È emerso con evidenza che la competenza delle Rsa (che non sono "Case di riposo") è del Servizio sanitario e quindi, per quanto riguarda la Regione Piemonte, dell'Assessore alla sanità Luigi Icardi e del Direttore generale Fabio Aimar, ma nel periodo della pandemia (e anche in precedenza) la responsabilità è stata

informalmente, ma nei fatti, affidata all'Assessore alle politiche sociali, che non può intervenire in materia di decisioni sanitarie;

- Risulta che siano rimaste lettera morta le prescrizioni inviate dal Ministero della salute relativamente alla gestione dei malati già ricoverati in Rsa contenute nell'"Aggiornamento delle Linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza Covid-19" del 25 marzo 2020;

- La delibera 14-1150 del 20 marzo 2020 permetteva – è stata abrogata con la delibera 2-2254 dell'11 novembre 2020, dopo insistenti richieste della Fondazione promozione sociale onlus – il trasferimento di pazienti positivi al Covid-19, ancora contagiosi, presso le Rsa, dove si sono verificati contatti con i soggetti (anziani e malati) esposti a più alta probabilità di conseguenze letali da infezione da nuovo Coronavirus. Il testo della delibera licenziato dalla Giunta regionale nella seduta del 20 marzo è diverso da quello della delibera definitiva, pubblicata sul Bur della Regione Piemonte venti giorni dopo, il 10 aprile. Purtroppo il testo applicato da molte Asl del Piemonte è stato il primo, che non garantiva livelli di sicurezza minimi ai pazienti delle Rsa;

**In proposito**, su La Repubblica del 24 giugno (1) viene riferito: «*C'è una mail, spedita il 21 marzo alle 12,24 – nel momento più grave della pandemia –, a decine di Rsa del cuneese in cui si chiede di 'manifestare eventuali disponibilità ad attivare posti letto per far fronte all'emergenza'. Gli ospedali stanno scoppiando e si devono liberare i posti di chi è ancora positivo al coronavirus ma non necessita più di un'assistenza ospedaliera (...). Il mittente è Luca Monchiero, presidente della commissione di vigilanza dell'Al Cn2. Lo stesso che avrebbe dovuto ispezionare e autorizzare le strutture per anziani eventualmente disponibili. La sera prima la Regione stessa, con una mail alle 20.09, aveva scritto a tutte le Asl e alle commissioni di vigilanza del*

(1) Articolo di Federica Cravero, *Il pasticciaccio brutto delle Rsa. In pista i commissari di vigilanza. Mail spedite alle residenze per chiedere disponibilità di posti letto da chi avrebbe dovuto controllare. Su questo filone indaga la procura allargando l'orizzonte sulle Asl di altre province del Piemonte*, La Repubblica, Cronaca di Torino, 24 giugno 2020.

Piemonte per 'comunicare che la Giunta regionale ha adottato la delibera di Giunta regionale n. 14-1150/2020 che definisce le modalità per il reperimento, in urgenza, di ulteriori posti letto in Rsa autorizzate/accreditate o in strutture private autorizzate. Si richiede alle aziende sanitarie di trasmettere copia della bozza alle strutture private sul proprio territorio, affinché queste possano manifestare eventuali disponibilità' (ad accogliere nelle Rsa che ricoverano anziani malati non autosufficienti anche pazienti Covid-19 positivi dimessi dagli ospedali, ndr). **Nessuno spiega come e quanto debbano essere separati malati Covid e malati non Covid. Quello lo si dirà solo nel testo definitivo del 10 aprile.**

Sono seguite smentite a mezzo stampa dell'Assessore alla sanità Icardi rispetto al trasferimento di pazienti Covid-19 positivi da ospedali in Rsa, questi spostamenti sono invece proseguiti oltre i 60 trasferimenti presso la Rsa d'Azeglio di via Chiabrera 34 (delibera: 268/A.08/2020 del 02/04/2020 dell'Asl Città di Torino), come hanno segnalato le **decine di esposti presentati dai familiari, da organizzazioni e dal personale delle strutture alle Procure** di tutto il Piemonte.

Tale pratica è evidentemente ad elevato rischio per la salute pubblica, perché agevola la **diffusione del contagio Covid-19** in strutture dove sono degenti malati non autosufficienti, la categoria più esposta a conseguenze letali da eventuale contagio.

La **delibera** è stata alla base anche di recenti provvedimenti analoghi a quelli contestati: il 28 ottobre u.s. l'Asl di Novara ha lanciato due bandi per cercare alberghi, ma anche Rsa per trasferire pazienti Covid-19 dimessi dagli ospedali. Nel primo capoverso del bando ha precisato che «*la struttura dovrà essere totalmente dedicata a Residenza socio-assistenziale Covid in edifici completamente adibiti a pazienti Covid e si dovrà realizzare la completa separazione del personale, dei percorsi delle aree di attività*». Ma al capoverso successivo prevede che possa concorrere al bando il gestore di struttura che dispone di un nucleo da 20 pazienti, senza precisare che, comunque, questo dovrà essere **in un edificio completamente adibito a pazienti Covid**, alle condizio-

ni di cui sopra. Le Rsa hanno generalmente molto più di 20 posti letto. 100-120 sono numeri di posti molto diffusi. È quindi estremamente improbabile che una Rsa selezionata con il bando dell'Asl di Novara abbia solo posti Covid. Più facile che si ritenga di destinare un nucleo da 20 all'interno di una struttura da 80-100 posti, ma con quali garanzie di rispetto di parametri che non sono stati richiesti esplicitamente?

**3) Verificare se l'Assessore alla sanità della Regione Piemonte**, come ha dichiarato, ha provveduto a:

- individuare **strutture appositamente dedicate** per la degenza dei pazienti Covid-19 positivi ma deospedalizzabili, al di fuori dalle Rsa che già hanno pazienti degenti;
- **disporre il tamponamento per accertamento da contagio Covid-19** a tutto il personale delle Rsa che è attualmente assente perché in mutua, al fine di avviare tempestivamente al lavoro quanti risultavano negativi al tampone e ancora a casa in «autoquarantena» preventiva (ma immotivata in caso di negatività), per assicurare gli organici alle Rsa – personale che già di norma è in numero inadeguato –, che oggi sono al collasso.

**Gli esposti dei familiari denunciano abbandono terapeutico dei loro congiunti** in Rsa, specialmente di quanti non sono neppure in grado di esprimere i propri bisogni a partire dal saper chiedere aiuto o suonare il campanello della stanza per avvertire il personale.

**Gli anziani malati non autosufficienti sono stati confinati nelle loro camere, allettati spesso con mezzi di contenzione** non per proteggerli da un eventuale contagio, ma per limitarne ogni residua libertà di movimento. È una situazione di allarme sociale, per questo la Fondazione promozione sociale onlus l'ha segnalata anche al Prefetto, perché le famiglie non hanno contatti con il personale, né con i medici e insistono per voler entrare e assistere direttamente i loro cari.

**La commissione potrebbe prevedere**

**un'audizione di rappresentanti di familiari delle Rsa più colpite** per ascoltare la loro testimonianza. La Fondazione è disponibile a promuovere gli inviti.

## CONCLUSIONI E PRIMA PROPOSTA

La Regione Piemonte ha attivato due gruppi di lavoro (guidati dai dott. i Monchiero e Fazio), ma a tutt'oggi non ci sono provvedimenti adottati né per un intervento urgente, né di programmazione.

La seconda ondata dell'epidemia da Sars-CoV-2 che stiamo attraversando dimostra che non si era preparati. L'Osservatorio regionale sulle Rsa e le Cabine di Regia Provinciali hanno ruoli tecnici: **è mancato finora il coinvolgimento politico dell'Assessore alla sanità Luigi Icardi**, cui spetta il ruolo di assumere le decisioni per una programmazione tempestiva di:

- un **piano per affrontare le emergenze sanitarie dovute a epidemie**;

- la riorganizzazione delle cure sanitarie nelle Rsa con la **revisione delle attuali deliberazioni, che riguardano l'organizzazione, gli standard del personale e l'accesso**, nel rispetto delle disposizioni di legge vigenti: articoli 1 e 2, legge 833/1978, decreto legislativo 502/1992, decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 14 febbraio 2001, reso cogente dall'articolo 54 della legge 289/2002, aggiornato dal decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 12 gennaio 2017, che la Regione Piemonte non ha ancora recepito;

- l'approvazione di **un provvedimento che istituisca un unico servizio di cure sanitarie domiciliari**: dall'ospedalizzazione a domicilia-

ri, all'Assistenza domiciliare integrata - Adi, alle cure di lungodegenza con il riconoscimento di contributi economici del comparto sanitario al malato non autosufficiente (non solo anziani) se le cure domiciliari sono alternative al ricovero, perché possa assicurarsi le prestazioni di cui necessita 24 ore su 24.

**È indispensabile attivare un tavolo Regione-territorio** da parte dell'Assessorato alla sanità e politiche sociali, con i rappresentanti di tutte le istituzioni e organizzazioni interessate, sull'esempio positivo che era stato adottato dalla Giunta Ghigo e ripreso dalla Giunta Bresso per il recepimento dei primi Lea.

Si rammenta che dal confronto politico e tecnico di quegli anni sono state approvate le deliberazioni di Giunta regionali 51/2003 (recepimento decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29.11.2001, Livelli essenziali di assistenza - Lea); 17/2005 (riorganizzazione delle strutture residenziali socio-sanitarie); 39/2009 e 56/2010 (prestazioni domiciliari per anziani malati non autosufficienti e per persone con disabilità da 0 a 99 anni).

Il modello delle cure che ne era conseguito, aveva avviato un **percorso virtuoso** volto a soddisfare i bisogni di cura dei malati non autosufficienti ricoverati in Rsa e ottenuto risultati importanti per il mantenimento a domicilio. Il Percorso è stato interrotto dai provvedimenti devastanti approvati con il **Piano di rientro** della Giunta Cota e proseguiti con la Giunta Chiamparino. Le risorse che arriveranno del "Recovery Fund" e, in generale, gli stanziamenti per la Sanità, sono l'occasione per una urgente radicale riforma non più rinviabile.