

GESTIONE COVID-19 NELLE RSA DEL PIEMONTE: TRENTAMILA MALATI ABBANDONATI DAL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Riportiamo, con minime modifiche formali, un ampio stralcio della relazione finale del gruppo di lavoro costituito all'interno della IV Commissione del Consiglio regionale del Piemonte sulla gestione dell'emergenza Covid-19 da parte dell'amministrazione regionale in carica. Il documento, firmato dal consigliere di minoranza Daniele Valle (Pd), è il risultato di 25 sedute verbalizzate, oltre 50 audizioni di soggetti coinvolti a tutti i livelli nella gestione della pandemia, dai politici agli uffici tecnici, dai sanitari interni al Servizio sanitario a quelli che hanno in gestione servizi da svolgere «in nome e per conto» della sanità pubblica.

La relazione è stata depositata all'attenzione del Consiglio regionale a fine luglio e l'esame per la valutazione e l'eventuale approvazione del documento è previsto per la ripresa dei lavori dopo la pausa estiva.

Diamo qui conto in particolare della sezione che ha preso in esame la disastrosa gestione della diffusione del Covid-19 nelle Rsa. Alla base dell'abbandono di migliaia di malati cronici non autosufficienti malati nelle strutture (tantissimi morti per abbandono terapeutico, senza cure palliative) vi fu il misconoscimento dei vertici della Regione Piemonte – sia tecnici, sia politici – della titolarità dell'Assessorato alla sanità sulle strutture che ricoverano in regime socio-sanitario poco meno di 30mila malati cronici non autosufficienti: non si tratta di privati svincolati da qualsiasi regola, ma di operatori accreditati con il Servizio sanitario nazionale per svolgere una funzione ritenuta essenziale in nome e per conto della sanità pubblica, che rimane responsabile in ultima istanza della presa in carico dei malati.

IL CORONAVIRUS NELLE RSA

1. Le morti in Rsa

Secondo il Comitato Nazionale di Bioetica gli anziani «hanno pagato e stanno ancora pagando il prezzo più alto in vite umane [...] soprattutto se ricoverati in istituzioni sociosanitarie [...] hanno cioè pagato prima e più di altri il prezzo dell'impreparazione generale del sistema sanitario nell'individuare le filiere del contagio, nell'informare correttamente gli addetti all'assistenza sulle misure di prevenzione e, infine, nel fornire questi ultimi gli strumenti di protezione individuale per impedire il contagio».

«Le morti in Rsa si potevano evitare» ha sentenziato a maggio 2020 Paolo Vineis in audizione presso la IV Commissione del Consiglio regionale, duramente rimbrottato dall'assessore alla sanità della Regione Piemonte, Luigi Icardi: «Una enorme sciocchezza, [...] uno sca-

ricabarile senza precedenti: di certe Rsa sulla Regione, di alcuni parenti che vogliono giustizia a tutti i costi e di una politica nazionale che se la prende con le Regioni per nascondere lacune che sono solo sue. In mezzo a tutto questo c'è l'unità di crisi. C'è la Giunta, ci sono io. La mia è una condanna che ha come paragone solo il 41bis».

Ma i fatti ci dicono che il problema è stato prima ignorato, poi si è cercato di evitarlo e quindi ci si è risolti ad affrontarlo, quando ormai era tardi e, in alcuni casi, lo si è anche aggravato con le scelte dell'ente regionale.

2. Marzo 2020 e la natura delle Rsa

Durante la prima fase dell'emergenza Covid19, di fronte al dilagare dell'epidemia con esiti infausti all'interno delle Rsa, si sono confrontate diverse concezioni della natura delle Rsa e delle conseguenti responsabilità in materia di fornitura di dispositivi di protezione indivi-

duale (Dpi, mascherine, camici monouso, guanti...), di predisposizione di misure per il contenimento e di coordinamento delle politiche di screening dei contagi. **Inizialmente, le Rsa non sono state individuate come un comparto di cui è prioritario occuparsi:** il relativo isolamento delle strutture fa sì infatti che il contagio, salvo alcuni casi puntuali (Tortona, Villanova Mondovì), arrivi in ritardo rispetto alla diffusione sul territorio. Questa è l'indicazione che emerge dalle parole del primo commissario dell'Unità di Crisi della Regione Piemonte, Mario Raviolo, audito nel gruppo di indagine. Nonostante ciò e nonostante le smentite successive, la prima comunicazione dell'unità di crisi – il 23 febbraio 2020 – ai direttori generali, sanitari e amministrativi delle Aziende sanitarie regionali ricorda: «*Le strutture private (di ricovero in acuzie e postacuzie, territoriali, residenziali, semiresidenziali, ambulatoriali, ecc) hanno come primo livello di afferenza informativa le aziende sanitarie locali competenti per territorio con le quali esistono rapporti di carattere funzionale*».

La concezione originale della Giunta Regionale, esplicitata in diverse occasioni dall'assessore Luigi Icardi, definiva al contrario le Rsa «**strutture private che hanno un loro direttore sanitario e amministrativo. Sono come piccoli ospedali e le decisioni le prendono loro.** Dopodiché noi le aiutiamo perché il comune intento è salvare delle vite; ci sono commissioni di vigilanza che una volta all'anno vanno a verificare che le strutture abbiano i requisiti necessari, ognuna ha anche un responsabile della sicurezza e un piano per evitare il diffondersi di malattie infettive. Lo ribadisco, le strutture sono private, indipendenti, ci sono delle rette che non vengono incassate dalla Regione, ma comunque le sosterranno» (Corriere della Sera, 9 aprile 2020).

Non è un caso che ancora al 26 marzo l'assessore alle Politiche sociali della Regione Piemonte, Chiara Caucino, potesse lamentare, in seduta di Quarta commissione del Consiglio regionale del Piemonte, la mancanza di coordinamento e informazioni, mancando in unità di crisi personale di riferimento del suo assessorato. Non è la prima, né sarà l'ultima, occasione in cui emerge una difficoltà di coordinamento tra gli assessorati alla sanità e al welfare, che

finisce per ricadere sul delicato comparto socio-sanitario, che per sua natura vive in una terra di mezzo.

In una mail del 30 marzo il dott. Roberto Testi, che presiede il comitato tecnico scientifico dell'Unità di Crisi, scriveva: «**Osservo solo che il concetto di responsabilità diretta sui casi in Rsa, ospedali, aziende e comunità è esattamente quello che sto cercando di evitare con vari provvedimenti dell'Unità di crisi [...]** Non vorrei sembrare antipatico, ma non siamo riusciti a gestire 1.000 quarantene. Non oso pensare che cosa succederebbe prendendo la diretta gestione di circa 40 mila tra ospiti delle strutture socio assistenziali e operatori sanitari». Lo stesso giorno, dall'unità di Crisi, partiva una nota sottoscritta da Vincenzo Coccolo, commissario straordinario per il Coronavirus in Piemonte e Flavio Boraso, coordinatore sanitario dell'Unità per una prima rilevazione del fenomeno Covid all'interno delle Rsa. Solo dal primo aprile vengono individuati in unità di crisi una funzione e personale dedicati alla problematica Rsa.

Dalla definizione della natura giuridica delle Rsa discende quindi un diverso approccio operativo e una diversa accezione delle responsabilità e della loro ripartizione.

Le Rsa non sono semplicemente strutture private. Secondo il decreto legislativo 502/1992 l'autorizzazione alla realizzazione di tali strutture è subordinata alla verifica del «*fabbisogno complessivo e alla localizzazione territoriale delle strutture presenti in ambito regionale, anche al fine di meglio garantire l'accessibilità ai servizi e valorizzare le aree di insediamento prioritario di nuove strutture*».

Il successivo accreditamento dipende dalla capacità del privato di rispondere alla programmazione regionale; devono quindi sussistere «*requisiti di qualificazione*» e «*funzionalità della struttura alla programmazione regionale*». Si tratta di una valutazione discrezionale, che crea un nuovo diritto in capo al privato. L'articolo 8 quater del decreto legislativo 502/1992, stabilisce che «*le regioni assicurano i livelli essenziali e uniformi di assistenza (...) avvalendosi dei presidi direttamente gestiti dalle aziende unità sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, delle aziende universitarie e*

degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, nonché di soggetti accreditati». Gli accreditati svolgono infatti la loro attività assoggettati ad un intenso regime di controlli sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate, che può anche giungere alla revoca dell'accreditamento.

Solo a seguito di questo possono stipularsi accordi contrattuali, i quali però sono vincolati ai bisogni precedentemente individuati dal pubblico. Al privato resta la facoltà di accettare o meno. In definitiva, come è emerso nelle sedute del gruppo di indagine, in sede di audizione con i gestori e con i parenti dei residenti, le Rsa dipendono dal Servizio sanitario regionale per accreditamento e convenzionamento e sono sottoposte al controllo delle Asl. L'Azienda sanitaria, attraverso il convenzionamento, attribuisce ai servizi delle Rsa la natura di servizi pubblici e li finanzia, delegandone l'organizzazione.

Il soggetto convenzionato acquisisce pertanto il ruolo di concessionario della pubblica amministrazione. Addirittura, l'atto autorizzatorio alla realizzazione, secondo parte della dottrina e al di là dell'aspetto nominalistico, avrebbe anch'esso natura concessoria, essendo comunque subordinato a una verifica di carattere discrezionale. L'Asl definisce gli standard ed esercita funzioni di vigilanza nei confronti dei soggetti privati erogatori.

Nelle Residenze socio-sanitarie sono ricoverati anziani malati, con pluripatologie croniche, dalle quali deriva spesso la non autosufficienza. Le problematiche legate alla gestione delle Rsa sono di diverso ordine, ma è evidente che una pluralità di fattori quali autorizzazione, accreditamento e convenzionamento per una parte dei posti letto, la presenza dei medici di medicina generale, responsabili delle terapie e convenzionati col servizio sanitario nazionale, la dipendenza dai Servizi di igiene e sanità pubblica (Sisp) per l'accesso al tampone, sono tutti elementi che riportano a un coinvolgimento importante della Regione e delle Asl in ordine al coordinamento, al controllo, al supporto di tali strutture.

Infine, è il caso di rilevare che diversi interventi normativi nazionali e regionali hanno posto in capo agli operatori privati obblighi su

cui la pubblica amministrazione è tenuta a vigilare:

1) La Legge 208/2015, all'articolo 1, comma 539, prevede che *«le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario»;*

2) La legge 24/2017, all'articolo 1, stabilisce che *«la sicurezza delle cure si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative. Alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie, pubbliche e private, è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale».*

3. Da aprile 2020 i primi interventi della Regione nelle Rsa

Da fine marzo la gravità della situazione impone un cambiamento di approccio al tema Rsa, che si sostanzia a partire dall'individuazione di una precisa responsabilità in unità di crisi a partire dal 1° aprile.

Nei giorni precedenti vengono inviate alle strutture le prime note regionali e viene adottata la prima Delibera di giunta regionale. Con la nota protocollo numero 15343 del 25 marzo 2020 sono state fornite indicazioni operative per le Rsa con riguardo agli ospiti ammessi o riammessi in struttura. Con la nota protocollo numero 15863 del 27 marzo 2020 vengono fornite indicazioni in ordine alla vigilanza sulle strutture residenziali per anziani e disabili, tra cui in particolare la predisposizione di un piano che garantisca l'adeguata allocazione degli ospiti risultati positivi, mediante l'isolamento e l'adozione di tutte le cautele ritenute necessarie per tutelare gli ospiti e il personale; infine la prima delibera di Giunta regionale, la numero 2-1181 del 31 marzo 2020 con cui è stato approvato il Protocollo di Intesa con Unità di crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento Covid-19 e sono state

fornite indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le Rsa. Il protocollo limita ancora agli operatori le operazioni di screening: *«È indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale»*.

a) Le forniture di dispositivi di protezione individuale (Dpi).

Il 18 marzo con la nota 14216 il direttore dell'Assessorato alla sanità Fabio Aimar e il commissario Vincenzo Coccolo scrivono ai direttori generali delle Aziende per conoscere numero delle strutture e degli operatori sanitari di ciascuna ai fini di distribuire i Dpi carenti, ma le forniture sono col contagocce e non riescono a soddisfare la domanda. Riferisce al gruppo di indagine Michele Colaci, gestore di Rsa e rappresentante dell'associazione di categoria Confapi Sanità: *«All'epoca, c'era il problema dei Dpi e noi siamo stati lasciati da soli in balia delle onde, perché all'epoca i Dpi non si trovavano»*. Le Rsa sono anche destinatarie di un lotto delle mascherine «Miroglio», non adeguate a offrire un sufficiente livello di protezione. Le strutture si trovano a doversi rifornire principalmente in maniera autonoma, cosicché si aprirà, nei mesi a seguire, il tema del ristoro dei maggiori costi sostenuti.

L'11 agosto invece il Dipartimento interaziendale malattie e emergenze infettive (Dirmei) scrive alle Asl piemontesi per invitarle a dotarsi entro il 30 di settembre di scorte da destinare alle Asl di Dpi e ossigeno per almeno sei mesi. Inoltre, *«le commissioni aziendali di vigilanza, a partire dagli accessi effettuati dal primo settembre 2020, dovranno verificare che tutte le strutture residenziali dispongano di scorte adeguate di Dpi per far fronte ad almeno 3 mesi di fabbisogno calcolato sui massimi consumi riscontrati durante la pandemia»*. Anaste, associazione nazionale strutture terza età, risponde alla nota del Dirmei: *«L'approvvigionamento di scorte di ossigeno e di farmaci per far fronte ad un eventuale ritorno dell'infezione da Covid 19 all'interno delle nostre Residenze deve essere fatto in collaborazione con i Medici di medicina generale, in quanto ai sensi della vigente delibera di Giunta regionale 45-4248 del 30 luglio 2012,*

tutti i farmaci devono essere forniti dal Servizio sanitario regionale tramite la prescrizione del medico curante dell'anziano ospitato presso le nostre residenze».

Anaste coglie anche *«l'occasione per ribadire alla S.V. che le ns. strutture socio-sanitarie non sono adeguate ad assistere pazienti in fase acuta, per cui in caso di eventuale insorgenza della patologia da Covid 19 fra i ns. ospiti, essi saranno inviati tramite il servizio di emergenza sanitaria del 118 presso strutture sanitarie idonee ad assistere pazienti acuti. Infine, per quanto concerne la fornitura di Dpi per almeno tre mesi, si fa notare che le ns. residenze sono ancora in attesa di ricevere il rimborso da parte della Regione Piemonte dei maggiori oneri sostenuti per l'acquisto dei Dpi utilizzati per la gestione della prima fase della pandemia, mediamente stimati in 5 euro giornalieri a posto letto»*.

b) La carenza di Operatori socio-sanitari (Oss) e infermieri

Tra le problematiche sollevate in numerosissime comunicazioni degli enti locali e dei gestori di strutture all'Unità di Crisi e agli assessorati competenti vi è la carenza di personale infermieristico e Oss nelle strutture, a causa del diffondersi del contagio, del reclutamento effettuato dalle strutture pubbliche e dalle maggiori esigenze dei pazienti affetti da Covid19.

La Delibera della Giunta regionale n. 4-1141 del 20 marzo 2020 dal titolo "Indicazioni inerenti la sostituzione del personale nelle strutture residenziali e semiresidenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali per anziani, disabili e minori in contesto emergenziale da diffusione covid-19" interviene sulle carenze di personale delle strutture e secondo l'assessore Chiara Caucino (IV commissione del 17 aprile), con *«tale provvedimento, la Giunta ha potuto, al verificarsi dell'emergenza, fronteggiare all'assenza del personale nelle strutture residenziali, semiresidenziali sociosanitarie, socioassistenziali per anziani, disabili e minori procedendo alla sostituzione del personale assente con l'assunzione di 650 dipendenti»*. **L'assessore ha così ammesso una evidenza, cioè che si è ricorso a personale non adeguatamente qualificato in supplenza di quello ordinario, mentre la stessa delibera consentirebbe di**

impiegare soltanto «operatori a supporto», ovvero che lavorino sempre in affiancamento a un Oss. La delibera apre il reclutamento a tutti coloro che «- *stiano frequentando un corso Oss; - abbiano conseguito l'attestato di qualifica professionale di assistente familiare; - abbiano svolto, con regolare contratto di lavoro, per almeno 6 mesi, anche non consecutivi, mansioni di assistenza al domicilio di anziani non autosufficienti o disabili; - a conclusione di un corso di studio di istruzione superiore della durata di 5 anni che si conclude con il rilascio di un diploma di maturità, abbiano conseguito il diploma di Tecnico dei Servizi Socio-Sanitari; - abbiano conseguito la laurea triennale in Educazione Professionale (classe di laurea L/SNT2); - siano in possesso del titolo di infermiere volontario (decreto legislativo n. 66 del 2010, articolo 1729 c.c. e seguenti)*».

L'argomento dell'affiancamento a personale esperto come requisito indispensabile delle assunzioni in ruolo di personale sotto-qualificato ha consentito alla Regione di difendere di fronte alla magistratura amministrativa la delibera 4-1141 del 20 marzo 2020, impugnata da una associazione di categoria di operatori socio-sanitari. La tesi regionale è stata accettata dal Tar Piemonte nell'ordinanza 258/2020 pubblicata il 1° maggio 2020.

L'impegno a sostenere le strutture in carenza di personale è ribadito dalla delibera di Giunta regionale 31 marzo 2020, n. 2-1181 con cui si approva lo schema di Protocollo d'intesa con Unità di Crisi regionale, Regione Piemonte, Prefetture piemontesi e Province del Piemonte per ulteriori misure di contenimento Covid-19 e indicazioni operative sull'assistenza territoriale e nelle Strutture assistenziali e socio-sanitarie, ivi comprese le Rsa.

Il 25 marzo, ad esempio, una nota dell'unità di crisi assegna complessivamente 25 infermieri militari, di cui 3 sull'Asl Torino, alle Rsa in sofferenza. Il 30 marzo Vincenzo Coccolo e Flavio Boraso scrivono ai Direttori delle aziende al fine di acquisire una rilevazione dei fabbisogni di personale nelle strutture residenziali per anziani e disabili, impegnandosi alla ricezione ad inviare ai responsabili di distretto i nominativi di Operatori socio-sanitarie e infermieri in graduatoria, mentre non sono disponibili graduatorie utilizzabili.

Questo primo intervento sembra pagare ben poco: ad esempio il 26 aprile la cooperativa Punto Service scrive all'Asl di Novara e per conoscenza alla Giunta regionale per rifiutare i nuovi inserimenti di pazienti Covid-19 positivi e sollecitando la presa in carico di 25 casi positivi dalle strutture che ha in gestione, dei quali nel frattempo si prenderà cura «*tenendo conto della altissima percentuale di operatori assenti per malattia e della impossibilità di trovare operatori disponibili sul mercato del lavoro. A questo riguardo Vi segnaliamo che **dopo essere rimasti "vittime" di assunzioni di nostri operatori da parte del Servizio sanitario nazionale, abbiamo ricevuto dal Servizio sanitario nazionale stesso scarsi elenchi di operatori (nessun infermiere professionale), tutti già occupati e/o in malattia/quarantena e/o che non si sono in ogni caso resi disponibili, una volta contattati, a lasciare il proprio posto di lavoro***». Il 23 aprile 2020 anche Villa Primule Gestioni scrive all'unità di crisi: «*Vi precisiamo che il personale è decimato da malattie oltreché da una, a nostro parere improvvida, ricerca di personale realizzata dalla Regione Piemonte nei confronti del personale delle nostre Rsa*».

La nota dell'Unità di Crisi protocollo numero 17811 del 7 aprile 2020 avente ad oggetto "Emergenza da Covid-19. Incremento dell'attività assistenziale territoriale/alberghiero e residenziale mediante personale infermieristico" individua la possibilità di inviare task force medico infermieristiche nelle strutture residenziali che ne facciano richiesta scritta, motivata e a fronte di criticità debitamente relazionate. In diversi casi l'invio avviene, con problematiche sollevate dai sindacati rispetto all'invio in orario di lavoro e non in prestazione aggiuntiva, come avviene poi in una seconda fase.

4. Screening e accessi nella prima ondata

Il tema dello screening della popolazione residente in Rsa e del personale impiegato potrebbe apparire slegato rispetto alle disposizioni relative alle limitazioni all'accesso alle strutture, ma finisce per intrecciarvisi strettamente **se si considera l'estrema permeabilità "naturale" di queste strutture (sostituzione di degenti venuti a mancare con nuovi**

ingressi, ndr), cui si aggiunge una movimentazione “artificiale” in entrata di pazienti per scelte della Giunta Regionale.

Bisogna infatti considerare che queste strutture, al di là dei visitatori, conoscono fisiologicamente nuovi inserimenti, per quanto ridotti in quel periodo. Inoltre, esiste un considerevole via-vai di utenti in andata e in ritorno dall'ospedale per delle prestazioni specialistiche, eventualità tutt'altro che infrequente nelle Rsa. Inoltre, tutto il personale (dipendente oppure no, com'è ad esempio per i medici di medicina generale) esaurito il proprio turno di servizio ritorna alle proprie case e alla propria vita privata.

A questo ordinario flusso in entrata e in uscita, che comporta di per sé rischi ingenti di veicolazione del contagio, si aggiunga la scelta relativa all'impiego delle Rsa quali polmone per un sistema ospedaliero vicino al sovraccarico e un sistema di assistenza territoriale idoneo a garantire una risposta adeguata.

Se già la circolare 1997 del 22 gennaio 2020 indicava le persone anziane tra «*le più suscettibili alle forme gravi*», in materia di limitazioni alle visite, l'ordinanza ministeriale 20A01277 del 23 febbraio 2020 stabilisce che le Direzioni sanitarie ospedaliere pubbliche e private convenzionate debbano predisporre la massima limitazione dell'accesso dei semplici visitatori nelle aree di degenza, che le strutture residenziali e semiresidenziali territoriali di post acuzie, fra cui ad esempio le Rsa, devono limitare l'accesso dei visitatori e degli ospiti.

La circolare ministeriale 5443 del 22 febbraio 2020 prevede inoltre che «i casi confermati di covid19 devono essere ospedalizzati», ma questo in Piemonte, per i pazienti delle Rsa, non avviene. A titolo di esempio, Residenza Riccardo Bauer di Berzonno di Pogno il 23 aprile 2020 scrive alla presidenza della Regione e agli assessorati competenti: «*Ci preme sottolineare, infine, che con riferimento alla circolare Ministero della Sanità n. 0013468-18 del 18/04/2020 la nostra struttura non è in grado di garantire un servizio infermieristico h/24 e pertanto, se continuerete a rifiutare il ricovero dei pazienti acuti, dovremo provvedere a erogare un servizio compatibile con l'attuale stato di necessità*».

Una circolare, la 7865 del 25 marzo 2020

del Ministero della salute, imponeva inoltre uno screening sistematico di tutti gli operatori delle strutture residenziali: «*È indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell'infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2*».

Il 27 marzo il bollettino regionale riporta che «*l'Unità di Crisi della Regione ha disposto di effettuare il test sierologico a tappeto per tutti i dipendenti e gli ospiti delle oltre 700 case di riposo del Piemonte*» (conteggio nel quale la Regione inserisce le strutture socio-sanitarie e quelle prettamente socio-assistenziali, ndr) e la delibera di Giunta regionale n. 2 -1181 del 31 marzo 2020 impegna la Regione a valutare un «*programma graduale di monitoraggio sierologico*». Di questa campagna non vi è ulteriore traccia, mentre quasi un mese dopo la delibera della Giunta del 21 aprile 2020, n. 1-1253 dispone l'attivazione di un piano di screening tramite test sierologici a favore del personale del Servizio sanitario regionale, dei medici specialisti ambulatoriali, degli operatori del 118 e dei medici convenzionati.

Dalle notizie fornite in commissione e alla stampa è possibile ricavare che nella prima parte di aprile parte una campagna di screening nelle Rsa mediante tampone molecolare. Una campagna che si concluderà soltanto l'8 maggio, raggiungendo 40mila ospiti e dei 13mila dipendenti.

Il 31 marzo l'Unità di crisi scrive alle Rsa per informare della procedura di attivazione delle credenziali necessarie per l'accesso al portale covid Piemonte. **Tuttavia, al 30 aprile, lamenta l'associazione di categoria dei gestori Anaste che le Rsa non sono ancora in grado di accedere all'applicativo per la gestione dei casi Covid, con una media di 6 giorni di attesa per l'esito dall'effettuazione dell'esame.**

Il Ministero della Salute il 3 aprile 2020 emana il documento “Pandemia di Covid-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determi-

nazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio”, dove stabilisce tra le priorità, stante la difficoltà del sistema nell’effettuazione di test diagnostici:

«- operatori sanitari esposti a maggior rischio (compreso il personale dei servizi di soccorso ed emergenza, il personale ausiliario e i tecnici verificatori), per tutelare gli operatori sanitari e ridurre il rischio di trasmissione nosocomiale; operatori dei servizi pubblici essenziali sintomatici, anche affetti da lieve sintomatologia per decidere l’eventuale sospensione dal lavoro; operatori, anche asintomatici, delle Rsa e altre strutture residenziali per anziani;

- persone a rischio di sviluppare una forma severa della malattia e fragili, come persone anziane con comorbidità quali malattie polmonari, tumori, malattie cerebrovascolari, insufficienza cardiaca, patologie renali, patologie epatiche, ipertensione, diabete e immunosoppressione con segni di malattia acuta respiratoria, che possono richiedere ospedalizzazione e cure ad alta intensità per Covid-19; ivi incluse le persone vulnerabili, quali le persone che risiedono in residenze per anziani, dovrebbero essere particolarmente fatti oggetto di attenzione;

- primi individui sintomatici all’interno di comunità chiuse per identificare rapidamente i focolai e garantire misure di contenimento. Se la capacità di esecuzione dei test è limitata, tutti gli altri individui che presentano sintomi possono essere considerati casi probabili e isolati senza test supplementari».

Solamente il 17 aprile l’Istituto superiore di sanità (Iss) produce le “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da Sars-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie”, che fissano «in base alle indicazioni regionali e alla disponibilità, richiedere un tampone ai residenti durante un nuovo ingresso o un trasferimento per dimissioni protette dall’ospedale».

A fronte di queste indicazioni, resta estremamente difficoltoso l’accesso al tampone almeno a tutto il mese di aprile. A titolo di esempio, il verbale dei Nuclei antisofisticazione e sanità - Nas del 13 aprile, in accesso alla Rsa Madama Cristina, di via Madama Cristina 125, riporta ad esempio come la struttura avesse richiesto i tamponi *«per sei ospiti e per tutto il personale*

però l’incaricata dell’Asl ha riferito che i tamponi saranno inviati, ma unicamente per i dipendenti, non essendocene a sufficienza». Inoltre, la richiesta, del 13 aprile, viene evasa solo il 21 aprile. Per questo caso l’ipotesi avanzata dagli esposti in Procura è di epidemia e omicidio colposi.

Agli atti dell’Unità di Crisi, una nota della Rsa Carlo Alberto, gestita dalla cooperativa Il Quadrifoglio, riferisce, dopo primi 8 tamponi a pazienti e 20 a operatori a marzo, di aver potuto contare su uno screening completo dei dipendenti soltanto al 17 aprile e solo nell’ultima settimana di aprile per gli ospiti. Nel sollecito inviato per lo screening degli ospiti, si legge: *«I pochi tamponi effettuati alla data odierna (23 aprile), tutti successivi alla data del 12 marzo, si sono di fatto caratterizzati come segue:*

- somministrazione operata solo presso alcuni presidi ed a seguito di comparsa sintomatologica o di ricovero, pertanto, con prevedibile contagio ormai diffuso ormai già intervenuto [...],

- somministrazione operata per lo più in forma parziale e non sistemica [...], in alcuni casi, addirittura, comunicazione ritardata di positività al tampone rispetto ad ospiti inviati in Rsa dalle strutture ospedaliere» (sic!).

5. La delibera di Giunta n. 14-1150/2020

Nella migliore delle ipotesi, la macchina regionale registra con ritardo quello che sta capitando a marzo e aprile 2020 nelle Rsa: ci sarebbe da chiedersi quale sia stata l’attività svolta dalle commissioni di vigilanza in quei mesi terribili del 2020.

Una scarsa consapevolezza e una mancanza di controlli in cui si inserisce la delibera della Giunta regionale n. 14-1150/2020 e le sue controverse vicende. Il provvedimento, adottato in giunta il 21 marzo, viene anticipato in consultazione a diversi soggetti. Prevedeva la facoltà di trasferire pazienti covid positivi dagli ospedali verso le Rsa. **Solo nella versione ufficialmente pubblicata sul Bollettino regionale, il 10 aprile, il testo della delibera specificava che i pazienti dovevano avere «bisogni sanitari compatibili con l’assistenza in Rsa»** e che si prescriveva la «netta separazione degli spazi, percorsi e personale dedicati».

Tuttavia è nelle quasi tre settimane che intercorrono tra l'adozione da parte della Giunta e la pubblicazione (di un testo diverso da quello uscito dalla Giunta stessa) che accadono gli eventi più significativi di questa vicenda.

Già il 24 marzo, con la nota 15121 il responsabile del coordinamento sanitario Boraso e il commissario dell'unità di crisi si affrettavano a richiedere ai direttori generali e sanitari delle aziende di indicare strutture residenziali con disponibilità di posti per pazienti «dimissibili». La nota specifica la necessità di ospitarne almeno 10 – 15 per volta, in «*strutture o parti di strutture da un lato non in contiguità con altre ospitanti al momento pazienti non covid e dall'altro potendo garantire già una strutturata e solida capacità gestionale*».

La nota 18735, del 14 aprile, a seguito della pubblicazione della delibera nella sua versione definitiva distingue due casistiche: «*Rsa non ancora attive, e quindi vuote*» e «*Rsa già funzionanti e che intendano candidarsi ad ospitare solo pazienti covid, mediante inserimento di pazienti covid positivi insieme a pazienti tutti covid positivi*». Nel secondo caso, si ha cura di specificare che l'area dedicata ai pazienti covid «*deve essere completamente isolata dal resto della struttura e dotata di accessi, percorsi dedicati e personale separato*». Viene inoltre specificato che i nuovi inserimenti o dimissioni da ospedale verso Rsa, per pazienti non covid, devono essere fortemente limitati e comunque devono passare attraverso un tampone negativo e 14 giorni di isolamento.

Una gestione della comunicazione almeno confusionaria di cui nessuno vuole assumersi la paternità: nella quarta commissione del 17 aprile «l'Assessore Caucino precisa che lei può rispondere delle delibere da lei sottoscritte e che questa attiene alla competenza dell'Assessore alla sanità Icardi».

Ciononostante, dopo la delibera regionale 14-1150/2020, il 24 aprile l'Asl To 4 pubblica un avviso per disponibilità «*a ricoverare presso le vostre Rsa pazienti covid positivi*» e le Asl trasmettono il giorno stesso l'avviso pubblico ai direttori delle Rsa del loro territorio (nota 23467 dell'Asl di Novara, nota 26381 dell'Asl Cn2, nota 40394 Asl To4).

Pochi giorni dopo, il 29 aprile, l'unità di crisi

si affretta a chiedere all'Asl di rettificare l'avviso, dovendosi esplicitare la richiesta di «*nuclei vuoti, immediatamente disponibili, con percorsi e personale dedicati*».

Il 27 aprile l'Associazione di categoria dei gestori, Anaste, replica preoccupata alle richieste pressanti di ricovero che provengono dalle Asl: «*La fascia assistenziale alta incrementata da voi richiamata prevede parametri assistenziali non adeguati per un paziente ad alto bisogno di assistenza sanitaria*» (46 minuti al giorno tra infermiere e fisioterapista), inoltre «*vi sollecitiamo a non ridurre la disponibilità di posti letto all'interno dei reparti ospedalieri piemontesi dedicati ai pazienti affetti dal Covid-19, in quanto all'interno delle Rsa piemontesi sono presenti 4000 ospiti risultati positivi, che devono essere presi in carico dal Servizio sanitario regionale per assicurare loro le cure sanitarie dovute*».

Da fonti giornalistiche, riportate nei lavori del gruppo di indagine, è stato possibile apprendere che la magistratura sta indagando su quanto successo in quelle settimane nelle Rsa Chiabrera e d'Azeglio di Torino, dove il 24 marzo sarebbero arrivati 60 ospiti positivi al Covid-19 dagli ospedali Martini, Mauriziano e Molinette, autorizzati senza che la commissione di vigilanza dell'Asl verificasse lo stato dei luoghi di persona, mentre altrettanti pazienti della Chiabrera venivano spostati alla d'Azeglio per fargli spazio, senza verificarne la negatività.

Risultano quindi indagati anche una responsabile della vigilanza sulle Rsa dell'unità di Crisi, che si dimette, e gli 8 commissari che effettuarono 4 sopralluoghi dal 24 marzo al 14 maggio senza prescrizioni significative, mentre non si registravano ingressi e uscite separati, i percorsi erano misti, non c'era attenzione ai dispositivi di protezione individuale.

Mancherebbero inoltre fondamenti giuridici su cui furono autorizzati quei trasferimenti: il richiamato atto ministeriale che autorizzava al trasferimento di pazienti, del 1° marzo, faceva riferimento a «*non affetti*» da covid e a «*strutture private autorizzate all'esercizio di attività sanitaria*». Un'altra nota ministeriale, del 22 gennaio, ammoniva che «*le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme gravi di Coronavirus*».

6. Seconda ondata

Anche nel corso della seconda ondata le strutture residenziali finiscono nuovamente sotto pressione, nonostante i forti limiti ai nuovi inserimenti e agli accessi di familiari non abbiano conosciuto significativi allentamenti durante l'estate. I numeri mostrano tuttavia una situazione più sotto controllo rispetto alla prima ondata.

Il 3 novembre il Dipartimento interaziendale malattie ed emergenze infettive scrive alle Rsa di non trasferire in Pronto soccorso pazienti che non siano in condizioni gravi e questo nonostante i reiterati allarmi del settore sulla difficoltà, per strutture dal carattere assistenziale, di differenziare adeguatamente percorsi e personale.

Il rimbalzo di responsabilità tra Rsa e sistema sanitario sul ricovero dei malati di Covid-19 è una costante. Il tema veniva già sollevato nel corso della prima ondata (come precisava la summenzionata nota di Anaste del 27 aprile indirizzata a Vincenzo Coccolo, commissario straordinario per il Coronavirus in Piemonte). A titolo di ulteriore esempio, nel corso della cabina di regia monitoraggio Rsa della Città metropolitana di Torino del 16 ottobre, Anaste *«chiede ad oggi quante Rsa per pazienti Covid positivi dell'area geriatrica siano stati individuati in tutta la regione e quanti posti letto disponibili ci sono. Perché a noi risulta, come associazione di categoria, che non superano i 200 posti su un totale dei 26.000 autorizzati ed accreditati dalla Regione Piemonte»*. Anaste, attraverso il suo Presidente regionale, Michele Assandri, pone la questione più volte nel corso della riunione, senza ricevere risposte.

Esce a metà novembre un nuovo protocollo sulle Rsa, che vieta le visite di parenti (che nei fatti solo pochi direttori sanitari avevano autorizzato) e prevede un tampone negativo, poi 14 giorni di isolamento e nuovamente un tampone negativo per essere riammesso alla vita comune (senza isolamento) nella Rsa dalla quale il malato era stato ricoverato in ospedale oppure in una struttura dedicata esclusivamente ad ospitare anziani positivi al Covid. Lo stesso percorso, per garantire l'assoluta negatività, è richiesto in caso di primo inserimento nella struttura.

Nel mese di novembre aprono finalmente

alcune Rsa vuote destinate a soli malati Covid: a Torino e in provincia tra le altre la Rsa di via Botticelli a Torino, la Debouchè di Nichelino, la Piccola Mole di Torino e altre ancora.

Una circolare del Dirmei, firmata dai medici Manno e Dasio, del 13 novembre, impedisce l'ingresso di nuovi ospiti in Rsa qualora ci sia un positivo al Covid. Praticamente sono impediti nuovi ingressi ovunque e i soggetti gestori reagiscono con durezza.

I direttori delle Rsa, una novantina, il 30 novembre, scrivono al Presidente della Regione Alberto Cirio e alle Asl, segnalando:

1. Mancanza il personale sanitario e sociosanitario;
2. Inadeguata quantificazione dei parametri assistenziali;
3. Insufficiente osservazione clinica dei Medici di Medicina generale dei pazienti;
4. Mancanza degli inserimenti e calo dei ricavi del 20%.

Inoltre, in più occasioni si lamenta il mancato intervento all'interno delle Rsa delle Usca, le Unità speciali di continuità assistenziale.

Intanto, interviene una parziale retromarcia della Regione, che aveva precedentemente impedito nuovi ingressi in caso di presenza di un positivo in struttura, mentre ora indica la responsabilità ultima decidente in capo al direttore sanitario.

Un provvedimento del 30 novembre 2020 dalle Direzioni della Programmazione Sanitaria e della Prevenzione Sanitaria del Ministero della Salute consente in occasione delle festività natalizie, l'ingresso nelle Rsa ai parenti e la Regione annuncia l'intenzione di mettere a disposizione il tampone rapido per i visitatori.

Altri interventi significativi della Regione nel corso della seconda ondata:

a) i medici a disposizione per chi è privo di direttore sanitario (che non ha competenza di cura sugli utenti, ma solo di organizzazione della struttura e che non è previsto nelle strutture sotto i 40 posti letto). I degenti continuano invece ad avere il loro medico di medicina generale, spesso diverso tra i pazienti e, durante la pandemia, con evidenti difficoltà di presenza, più volte segnalate dalle associazioni dei familiari; per tutto quello che invece riguarda l'apporto specialistico, questo viene reperito

fuori dalla struttura, movimentando i malati fuori dalla struttura.

Nel corso della seconda ondata, per ovviare almeno in parte a queste esigenze, la Regione ha annunciato la messa a disposizione personale medico perché svolgesse la funzione di direttore sanitario.

b) Fornitura di tamponi rapidi

Nel corso della seconda ondata sono stati forniti 700.000 tamponi rapidi alle Rsa per effettuare uno screening ogni 15 giorni (la prima partita da 70.000 è stata consegnata il 26 ottobre, le altre sempre da 70.000 lo sono state il 9 novembre, 23 novembre, 7 dicembre, 21 dicembre, 4 gennaio, 18 gennaio, 1° febbraio, 15 febbraio, 1° marzo); 15.000 nelle residenze per disabili, 12.500 nelle residenze per minori, 20.000 nelle residenze psichiatriche, 5.000 nelle residenze per persone affette da dipendenza.

c) Osservatorio: con la delibera di Giunta regionale del 7 agosto 2020, n. 38-1858 la Regione ha istituito in via permanente un Osservatorio regionale sulle Rsa, articolato in tavoli provinciali.

7. I numeri del contagio nelle Rsa

Nel corso della quarta commissione del 6 aprile 2020 viene riferito che relativamente ai tamponi effettuati all'interno delle diverse Rsa, su 3000 effettuati, circa 1300 hanno dato un esito positivo al coronavirus. I tamponi effettuati complessivamente in Piemonte sono stati circa 40.000, di cui 3000 appunto all'interno delle Rsa.

Al 17 aprile 2020, in commissione sanità, il dottor Edoardo Tegani, direttore sanitario dell'Asl Città di Torino, riferisce che non tutti i pazienti deceduti nelle Rsa hanno effettuato il tampone e che nel primo trimestre 2020 sono stati registrati 388 decessi in più rispetto al primo trimestre dello scorso anno una differenza, precisa, non eclatante e in misura percentuale inferiore al 20%.

A partire dal 22 giugno i dati delle Rsa vengono monitorati con una piattaforma predisposta dal Csi Piemonte e si abbandona l'invio settimanale di fogli excel. Con l'ordinanza del 3 ottobre diventa un obbligo per le strutture caricare i propri dati in piattaforma e questo porta

ad un incremento notevole delle strutture adempienti. A fine 2020 si è raggiunto circa l'80% delle strutture con l'applicativo.

8. Sostenibilità economica e organizzativa

L'epidemia ha duramente messo alla prova anche la sostenibilità del sistema delle Rsa. Durante tutto l'arco dell'epidemia, infatti, sono progressivamente venuti meno i nuovi inserimenti, sia in regime di convenzione, sia in regime privatistico. Contemporaneamente, una elevata mortalità colpiva la popolazione residente.

Si consideri che il Piemonte, a partire dal 2014, ha eliminato il vincolo della delibera di Giunta regionale n. 85 del 2013, per cui i risparmi del settore socio-sanitario residenziale geriatrico non hanno più vincolo di destinazione ma finiscono nel fondo indistinto delle Asl. In questo modo si sono ridotte nell'anno in corso le risorse destinate ai posti letto convenzionati, producendo risparmi per milioni di euro per il sistema Piemonte e allungandosi le liste d'attesa.

Alcuni dati d'insieme:

- Gli anziani malati cronici non autosufficienti in attesa di un posto residenziale in convenzione in Rsa erano al 31 dicembre 2017, 10.389 persone; al 31 dicembre 2018, 10.769 persone; al 31 dicembre 2019, 11.105 persone (interrogazioni n. 216 e 218) [Circa 15mila hanno invece richiesto alle Asl prestazioni socio-sanitarie domiciliari, che sono state negate, ndr].

- La spesa del Servizio sanitario regionale per la compartecipazione alle rette di ricovero in Rsa era di 244 milioni e 895.983 euro nel 2017, 249 milioni 402.754 nel 2018 e 249 milioni 370.350 nel 2019, partendo da una spesa storica di 265 milioni indicata dai gestori delle Rsa al gruppo di indagine.

- I posti letto accreditati in Piemonte erano 29.595 al 31.12.2019. Di questi, circa 2000 sono dedicati a ricoveri di sollievo o di continuità terapeutica limitata nel tempo;

- Tutto il sistema residenziale (compreso quello socio-assistenziale) conta circa 45.000 posti letto e 780 strutture.

- Si stima che con 265 milioni di euro si potrebbero convenzionare all'incirca 16.500

posti letto nelle residenze socio-sanitarie; nel 2020 la spesa per le convenzioni è stata circa di 220 milioni.

Con queste premesse, è possibile dedurre che i posti letto convenzionati siano passati dai 15.500 circa che si sono coperti negli ultimi anni a circa 13.700 del 2020.

Analoga riduzione, per ritiri e decessi, dovrebbe aver interessato anche gli inserimenti in regime privato.

Il risparmio prodotto è stato utilizzato per sostenere (vedi infra) ristoranti e integrazioni per i posti convenzionati.

Altre regioni invece hanno reagito rendendo ancora più rigido il vincolo per tutelare le strutture: non riuscendo a garantire i nuovi inserimenti in sostituzione dei decessi, hanno adottato il pagamento «vuoto per pieno».

Politiche più espansive sono inoltre state adottate nelle altre regioni in materia di dispositivi di protezione individuale. Le associazioni dei gestori – in audizione in commissione di indagine – hanno indicato in audizione una media di 26 euro a paziente convenzionato e 15 euro a paziente privato, di contributo regionale per l'acquisto di tali dispositivi, mentre in Piemonte «l'Assessorato alla Sanità della Regione ha stanziato 13 milioni di euro che verranno erogati sulla base dei costi sostenuti durante la pandemia e consentire ai vari enti mantenere l'equilibrio economico-finanziario», dichiara l'assessore Icardi.

Si tratta della delibera di Giunta regionale 1-2252 del 10 novembre e della rettifica 3-2433 del 1 dicembre 2020, che, oltre al resto, include altri soggetti (Ipab, Enti Morali, Enti pubblici e consorzi) e sposta al 20 dicembre il termine per la rendicontazione delle spese.

Una differenza davvero significativa che sarà in parte colmata dal disegno di legge 128 «Misure urgenti per la continuità delle prestazioni residenziali di carattere sanitario, socio-sanitario e socio-assistenziale per anziani, persone con disabilità, minori, persone affette da tossicodipendenza o da patologie psichiatriche», adottato dalla Giunta Regionale il 23 dicembre 2020. Il disegno di legge prevede risorse importanti a favore del sistema Rsa per ristorarle dai maggiori oneri legati alla pandemia Covid-19.

L'integrazione tariffaria prevista vale 2,65

euro a giornata per le strutture per anziani; 1,5 per le strutture per persone con disabilità, con patologie psichiatriche o per i minori; 1,20 per le strutture per persone affette da tossicodipendenza, impegnando in tutto oltre 40 milioni di euro. Trenta dei quali arrivano dal Servizio sanitario regionale, 6,3 milioni vengono indicati come ricavati dai rimborsi della nuova legge regionale sulle concessioni idroelettriche, 2 milioni dal fondo sull'edilizia sociale e 1,8 milioni dal fondo premi di risultato dei dirigenti della Regione. Il provvedimento diventa legge il 20 gennaio 2020.

Peraltra resta aperto un dubbio importante sulla copertura dei 4,2 milioni di euro (6,3 nel disegno di legge originale) derivanti dalla conversione monetaria della cessione di energia elettrica gratuita alla Regione da parte dei concessionari. Se è vero, infatti, che la norma cui fa riferimento il finanziamento (articolo 17 della legge regionale 31 marzo 2020, n. 7) non è stata impugnata dal Governo, resta un fatto la volontà politica nazionale di riappropriarsi della competenza, esplicitata anche dall'impugnativa della legge regionale 26 del 29 ottobre 2020 "Assegnazione delle grandi derivazioni ad uso idroelettrico". Non è un caso che martedì 29 dicembre, in Consiglio Regionale, l'assessore Marnati riferisca dell'intendimento di alcuni player del settore di resistere al pagamento per vie legali.

Allo stesso modo sussistono **dubbi di legittimità sulle risorse del Servizio sanitario destinate ai ristoranti**, in quanto **attinte dal capitolo finanziamento Lea per le quote sanitarie**, che sono state anche oggetto di un esposto alla Corte dei Conti da parte della Fondazione Promozione Sociale.

In particolare, la legge prevede che agli oneri finanziari derivanti dall'articolo 2 (vale a dire l'integrazione tariffaria per i maggiori oneri per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars-Cov-2 sostenuti dalle strutture contrattualizzate e convenzionate di tipo sanitario e socio-sanitario, con riguardo alle prestazioni acquistate nel periodo intercorrente dal 21 febbraio 2020 al 30 giugno), quantificati in euro 30 milioni, si provveda con risorse a valere sul finanziamento sanitario corrente regionale, di cui alla missione 13 (Tutela della salute), programma 13.01 (Servizio sanitario regionale -

finanziamento ordinario corrente per la garanzia dei LEA), titolo 1 (Spese correnti).

La Dgr 13-2888 del 19 febbraio 2021, provvedimento attuativo della Legge regionale, all'Allegato 1, punto 3, considera «*ammissibili a rendicontazione le spese relative: a) alla sanificazione degli ambienti (ad esempio, detergenti e soluzioni disinfettanti/antisettici e servizi di sanificazione); b) all'acquisto di dispositivi di protezione individuale; c) alle maggiori spese per il personale assunto nei periodi di cui al successivo punto 4; d) allo smaltimento dei rifiuti speciali; e) a specifici investimenti per la messa in sicurezza degli ospiti e degli operatori (ad esempio, costi strutturali e logistici per l'isolamento degli ospiti positivi e la definizione di percorsi separati; f) a specifici investimenti volti a migliorare la qualità dell'assistenza con interventi finalizzati a garantire il benessere psicofisico degli ospiti nel contesto emergenziale (ad esempio, costi per l'acquisto di dispositivi medici, per la gestione delle comunicazioni con le famiglie degli ospiti anche attraverso sistemi di video chiamata o per garantire modalità di accesso sicure dei famigliari in visita agli ospiti della struttura)*».

Si tratta dunque di prestazioni non rientranti nelle prestazioni Lea – Livelli essenziali delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie – così come definite dal Dpcm 12 gennaio 2017 e pertanto si andrebbe a configurare una spesa con fondi Lea che sfuggirebbero così alla perimetrazione delle spese sanitarie obbligatorie.

La Corte dei Conti non risulta si sia ancora espressa sul punto, ma all'inaugurazione dell'anno giudiziario il procuratore generale della magistratura contabile ha indicato in «numerosi» i fascicoli aperti relativi ai decessi nelle Rsa e alle spese della pubblica amministrazione connesse all'emergenza.

(...) I gestori delle strutture segnalano al gruppo di indagine regionale come la generale penuria di personale qualificato per affrontare l'emergenza, in particolare operatori socio-sanitari e infermieri, ha finito per scaricarsi con maggior intensità proprio sulle strutture private, in grado di offrire contratti e garanzia meno concorrenziali sul mercato del lavoro. **In questo senso, a poco sono servite le azioni di compensazione attuate dalle Asl, che hanno**

nesso a disposizione limitate risorse di personale per supplire alle carenze di personale delle strutture che spesso esse stesse avevano contribuito a creare.

Peraltro, circa le modalità, non sono mancate in audizione le rimostranze anche da parte dei lavoratori. Infatti nel corso del gruppo di indagine del 16 novembre il Segretario regionale della Funzione pubblica Cisl, Alessandro Bertaina, lamenta che «*i dipendenti delle Asl [...] vengono mandati a coprire non solo prestazioni di carattere Usca, ma pure turnazioni intere anche di 12 ore, perché in diverse situazioni non esiste più un operatore in Rsa. La stessa cosa che è successa nella prima ondata, con la differenza che, durante la prima ondata, il dipendente veniva mandato quasi esclusivamente in orario di servizio; tra l'altro, atto illegale e giuridicamente non corretto, di natura anche penale, perché un dipendente pubblico non può sostituire intere turnazioni in un contesto privato, tant'è vero che sono partite diverse segnalazioni alla Procura, molte delle quali sono al vaglio. Sulla seconda ondata, nell'urgenza, grazie alle Organizzazioni sindacali qui presenti, sono state fatte molte pressioni e si è riusciti a ottenere che il dipendente pubblico viene comunque mandato a coprire queste turnazioni, però per fortuna viene mandato a coprirle in prestazioni aggiuntive. Che cosa significa? Viene mandato a coprirle al di fuori del proprio orario di lavoro: si creano delle convenzioni con le Rsa, che hanno un prezzo economico di tariffa oraria che si aggira attorno ai 30-35 euro, dove sostanzialmente almeno si recupera l'inghippo che il privato in questione pagherà l'Asl, che pagherà i dipendenti*».

In ultimo, in sede di audizione delle associazioni dei gestori, è stata sollevata la problematica dell'indisponibilità o del prezzo elevato degli strumenti assicurativi dedicati al comparto.

9. Conclusioni

In conclusione, dalle risultanze del gruppo di lavoro e di indagine sulla gestione del Covid-19 da parte della Regione Piemonte in particolare per quanto riguarda le strutture Rsa, è possibile osservare che:

1. Per i primi due mesi almeno di epidemia **il tema Rsa è stato deliberatamente ignorato e**

poi accantonato, sulla scorta di una errata convinzione sull'isolamento delle strutture e di interpretazione sbagliata della natura giuridica delle stesse. Una mancanza grave, che ha portato a terribili conseguenze, e che non può comunque giustificarsi. Infatti, indipendentemente dalla natura giuridica delle strutture, la fragilità particolare dei cittadini lì ricoverati imponeva in ogni caso alla Regione di intervenire con tempestività in ordine alle sue funzioni di tutela della salute pubblica.

2. Non è possibile, per le Rsa, separare con efficacia spazi (buona parte delle camere sono pensate per ospitare due persone), percorsi e personale (che inevitabilmente deve turnare, entrando e uscendo dalla struttura) e garantire quindi il contenimento del contagio interno qualora si presentassero casi di positività, ancorché asintomatici. È necessario, in vista di esigenze future, individuare strutture in grado di accogliere, temporaneamente, gli utenti delle Rsa che risultassero positivi.

3. Non è possibile utilizzare le Rsa con posti vuoti per scaricare le tensioni del sistema ospedaliero. È possibile solo nel caso si ricorra a strutture vuote e autonome da altre, nei percorsi, nelle attrezzature e nel personale.

4. Stante la velocità con cui si propaga il contagio e l'importante numero di chi sviluppa la malattia in maniera asintomatica o paucisintomatica, facilmente confondibile con altre patologie influenzali più comuni, **è necessario provvedere a screening periodici almeno bisettimanali**, anche ricorrendo a strumenti semplificati, quali il tampone cosiddetto «rapido» o il test sierologico. La normativa e l'attività di vigilanza conseguente deve individuare anche standard di scorte di dispositivi di protezione individuale per le strutture.

5. Al fine di evitare il continuo spostamento verso l'ospedale degli utenti delle strutture, con grave stress degli stessi e notevoli rischi di contagio, **è tempo di rivedere l'organizzazione di queste strutture perché l'assistenza medica venga riorganizzata in forma di equipe multidisciplinare**, coinvolgendo gli specialisti necessari ad affrontare le patologie tipiche e frequenti di una popolazione tanto fragile, anche ripensando all'attuale modello che consente all'ospite di scegliere il proprio medico di

medicina di generale. Si potrebbe consentire al direttore sanitario di assumere in carico gli ospiti della Rsa e istituire un medico responsabile di struttura.

Inoltre, per quanto concerne l'aspetto sanitario, è anche il caso di sottolineare che le Rsa con meno di 40 infermi non hanno l'obbligo della sua presenza (circa 340 strutture in Piemonte hanno il direttore sanitario, su un totale di strutture residenziali, comprese le socio-assistenziali, di circa 800), mentre per quanto concerne le strutture più complesse vi sono Direttori sanitari che operano a tempo parziale, sovrintendendo più Rsa. E che infine i medici delle Rsa intervengono a livello individuale nei confronti dei degenti che hanno in carico e non sono tenuti a collaborare fra di loro e con il Direttore sanitario.

In questo quadro, sarebbe quindi interessante, piuttosto che definire standard sulla presenza del direttore o sul minutaggio di certe figure, introdurre indicatori di risultato (quanti ricoveri e di che tipo, quanti invii inappropriati, etc...) cui collegare un sistema di premialità.

6. Stanti i rischi e i costi dei ricoveri in Rsa, nonché alcuni limiti intrinseci e insuperabili di questo tipo di strutture, **è indispensabile sviluppare il sostegno all'assistenza domiciliare.** L'Adi (l'Assistenza domiciliare integrata) dovrebbe essere ricompresa in un unico servizio domiciliare del Servizio sanitario nel quale far confluire l'ospedalizzazione a domicilio, le prestazioni sanitarie dell'Adi, e le prestazioni domiciliari di cui necessitano 24 ore su 24 i malati non autosufficienti, con l'erogazione di un contributo economico, anche forfettario, dell'Asl. Il Piemonte è già dotato di una legge avanzatissima sul tema, la legge regionale 10 del 2010, di cui manca l'approvazione del regolamento attuativo, in modo da garantire in tutto il Piemonte il diritto all'accesso a questi sostegni.

7. Nella Relazione 2020 del Difensore civico, si dava conto di «*narrative dei cittadini pervenute a questo Ufficio nel periodo della fase più acuta della pandemia: alcune di esse volte a sostenere la inaccettabilità dei provvedimenti governativi limitativi della libertà di visita ai parenti, altre, più ponderate e condivisibili, che evidenziavano come, dall'applicazione delle rigorose regole adottate con i Dpcm, fosse con-*

seguito, in non pochi casi, un evidente peggioramento della condizione di salute psicofisica dei propri cari».

La normativa nazionale e regionale ha individuato, per quello che riguardava la regolamentazione degli ingressi dei familiari, una responsabilità finale in capo al direttore sanitario di struttura che, in molti casi, ha preferito sospendere questa possibilità. Diverse strutture non hanno riaperto a questa possibilità neanche nel periodo estivo. Si pone dunque il tema di garantire ai familiari la possibilità di accedere alle strutture per permettere di mantenere un legame coi propri familiari – che non sono dei reclusi – e d'altro canto di attendere a funzioni di cura integrativa e di controllo. Se le restrizioni legate all'epidemia dovessero protrarsi ancora, **bisognerebbe aprire, ai familiari interessati, percorsi di formazione per dotarli di quelle competenze necessarie ad accedere alle strutture in sicurezza**, garantendo contestualmente gli strumenti di screening e protezione individuali. Per alcune situazioni familiari infatti, la presenza costante e continuativa di un familiare di riferimento acquista un rilievo paragonabile a quello del personale di cura.

8. È necessario al più presto un intervento organico e complessivo, da concertare con le associazioni categoria e le associazioni degli

utenti, **sul budget da garantire per gli inserimenti in struttura e lo scorrimento delle liste d'attesa, sull'adeguamento delle tariffe e le quote di compartecipazione** e sui ristori per le maggiori spese legate al periodo emergenziale, che possa garantire la sostenibilità dei servizi negli anni a venire. In questo quadro, non è secondario un confronto Stato – Regioni per la profonda revisione delle cure nelle Rsa, non solo per l'aumento della percentuale di oneri a carico della sanità per il ricovero del paziente (che dovrebbe essere almeno del 70%), ma per la piena appartenenza delle Rsa alla filiera del percorso di continuità terapeutica sanitaria.

9. Al tempo stesso sarebbe necessaria l'apertura di un tavolo per la radicale revisione delle delibere sulla **presa in carico dei malati cronici non autosufficienti**, revisionando i criteri selettivi introdotti dalle delibere di Giunta regionale approvate in vigore del piano di rientro, limitanti gli ingressi in convenzione. La pandemia ha dimostrato – se mai ve ne fosse bisogno – che le gravi patologie e le loro complicanze, anche fatali, in Rsa non guardano alla condizione sociale o socio-economica, ma alla condizione clinica degli utenti, sola condizione che sarebbe da tenere presente per la predisposizione delle opportune prestazioni a loro favore.