

Torino, 1 giugno 2021

ANZIANI MALATI CRONICI NON AUTOSUFFICIENTI: QUALI INSEGNAMENTI CI LASCIA LA PANDEMIA?

Da oltre un anno le strutture residenziali socio-sanitarie (Rsa) stanno fronteggiando la pandemia di Covid-19, con tutti i tragici risvolti che si sono riversati a carico dei pazienti anziani malati cronici non autosufficienti ricoverati in tali strutture: le migliaia di morti prima e, successivamente, le misure di “confinamento” che quasi impediscono ogni forma di contatto con i familiari ed i propri cari.

Una domanda sorge spontanea: si sarebbe potuto evitare o quantomeno prevenire quanto successo, limitando almeno in parte i danni?

La risposta è sì. Per anni le strutture hanno operato senza tener conto delle norme che prescrivono (e prescrivevano) le misure da adottare proprio per prevenire il rischio di possibili ondate pandemiche.

Il piano pandemico non applicato

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

- a) «*identificare, confermare e descrivere rapidamente casi di influenza causati da nuovi sottotipi virali, in modo da rimuovere tempestivamente l'inizio della pandemia*»;
- b) «*minimizzare il rischio di trasmissione e limitare la morbosità e la mortalità dovute alla pandemia*»;
- c) «*ridurre l'impatto della pandemia sui servizi sanitari e sociali ed assicurare il mantenimento dei servizi essenziali*»;
- d) «*assicurare una adeguata formazione del personale coinvolto nella risposta alla pandemia*»;
- e) «*garantire informazioni aggiornate e tempestive per i decisori, gli operatori sanitari, i media ed il pubblico*».

Inoltre il Piano pandemico dovrebbe definire le attrezzature da immagazzinare, in modo che possano essere immediatamente disponibili, iniziativa che, se fosse stata assunta, avrebbe evitato i numerosi decessi del personale sanitario e la diffusione del virus

inevitabilmente favorita dagli operatori a causa della mancanza degli indispensabili dispositivi di protezione

Il ruolo emarginante delle Rsa e il mancato rispetto delle leggi vigenti

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

Le principali criticità delle Rsa

- È mancato il piano di prevenzione della pandemia: non è stato aggiornato il piano pandemico nazionale, fermo al 2006, mentre la legge 208/2015 all'articolo 1, lettera b, prevede che le Regioni attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario;
- non sono stati rispettati gli obblighi previsti dalla legge 24/2017 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie" (articoli 1,2 3), anche questi ignorati; (cfr. Fonti normative a pag. 4)
- sono emerse le gravissime carenze dovute alla disorganizzazione delle cure sanitarie nelle Rsa, dove sono ricoverati anziani malati con pluripatologie croniche dalle quali deriva anche la non autosufficienza, nella maggioranza dei casi affetti altresì da Alzheimer o altre forme di demenza;
- la Dgr della Regione Piemonte n. 14-1150 del 20 marzo 2020 (pubblicata sul B.U. Regione Piemonte n. 15, suppl. ord. 5 del 10 aprile 2020), è stata certamente una concausa delle morti presso la Rsa D'Azeglio e Chiabrera di Torino, con il trasferimento di 60 pazienti Covid-19 positivi dall'ospedale alla Rsa (delibera: 268/A.08/2020 del 02/04/2020 dell'Asl Città di Torino);
- ancora più grave la situazione registrata in Lombardia, per effetto di analoghe deliberazioni, con particolare riferimento al Pio Albergo Trivulzio di Milano.

Perché è potuto accadere: dimissioni selvagge da ospedali e assenza di cure domiciliari sanitarie

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

Gli ospedali e le case di cura convenzionate non dovrebbero più dimettere malati cronici non autosufficienti (salva la decisione volontaria degli interessati se in grado di

programmare il loro futuro e/o di chi li rappresenta) in assenza di continuità terapeutica, che deve essere assicurata dall'Asl di residenza ai sensi della normativa vigente, attraverso l'erogazione di prestazioni domiciliari, semiresidenziali e residenziali convenzionati con il Servizio sanitario nazionale.

In assenza del riconoscimento dei diritti vigenti, compresi quelli economici a sostegno dei maggiori oneri che comporta la presa in carico del malato cronico non autosufficienti, i congiunti dei malati cronici non autosufficienti sono costretti ad assumere oneri e responsabilità, anche penali per quanto riguarda il domicilio, che spesso li costringe a ricorrere a strutture non idonee perché poco costose.

Priorità alle cure domiciliari

In particolare, si sottolinea l'importanza di ottenere una legge che obblighi il Servizio sanitario nazionale a garantire prioritariamente il diritto del malato cronico non autosufficiente alle prestazioni sanitarie domiciliari.

Le prestazioni sanitarie domiciliari dovrebbero essere erogate a tutti i cittadini, compresi i minorenni di competenza pediatrica, nei casi in cui siano soddisfatte le seguenti condizioni.

Per il primo livello:

- valutazione positiva delle prestazioni domiciliari da parte del medico di medicina generale dell'infermo acuto o cronico;
- volontaria disponibilità di un congiunto o di una terza persona ad assicurare il compito di "accuditore domiciliare" nei casi in cui il paziente non sia in grado di provvedere autonomamente alle esigenze vitali;
- garanzia, da parte dell'Asl competente, dell'intervento di infermieri, assistenti sociali sanitarie e altri operatori, delle richieste del medico di medicina generale (o del pediatra per i minori) di cui sopra; l'Asl di competenza, in base alla residenza dell'infermo, predisponga - con il malato (adulto o anziano) non autosufficiente o con la persona che lo rappresenta giuridicamente - un progetto individualizzato di cure comprensivo di un contributo economico, mediamente non inferiore al 70% dell'onere a carico del Servizio sanitario nei casi di degenza presso le Rsa, Residenze sanitarie assistenziali, di infermi aventi analoghe esigenze diagnostiche e terapeutiche;
- accesso tempestivo alle cure ospedaliere nei casi in cui detto intervento venga richiesto dal medico di medicina generale dell'infermo per motivi diagnostici o terapeutici e nei casi di inidoneità dell'accuditore domiciliare o di sua impossibilità di garantire la presenza di un suo sostituto.

In merito al secondo livello:

- richiesta dell'intervento del servizio di ospedalizzazione a domicilio da parte del medico di medicina generale nei casi in cui ne valuti la necessità. Il servizio di ospedalizzazione a domicilio deve essere obbligatoriamente istituito da tutte le strutture ospedaliere pubbliche (il riferimento è al Servizio di ospedalizzazione a

domicilio dell’Azienda ospedaliera universitaria Città della Salute e della Scienza di Torino, funzionante ininterrottamente dal 1985, le cui funzioni sono state confermate dalla delibera della Giunta regionale del Piemonte n. 85/2010);

- prevedere le prestazioni relative alle cure palliative e alla terapia del dolore nonché i ricoveri di sollievo.

N.B. le Regioni dovrebbero assumere le necessarie iniziative per l'organico collegamento delle prestazioni domiciliari con i servizi di ospedalizzazione a domicilio per infermi con patologie acute.

Indagini di Nas e Procure

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

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

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

Le ipotesi degli inquirenti riguardano i reati di epidemia e/o omicidio colposo.

Come prevenire

Le organizzazioni aderenti al Csa, Coordinamento sanità e assistenza fra i movimenti di base, da anni richiedono che sia introdotta la certificazione di idoneità per tutto il personale che opera in strutture che accolgono persone totalmente non autosufficienti e non in grado di difendersi autonomamente al fine di contenere al massimo episodi di maltrattamento.

Da tempo si chiede altresì che siano previste prestazioni sanitarie e socio-sanitarie adeguate alle esigenze dei malati ricoverati, con la necessaria revisione degli standard del personale, la posa in ciascuna Rsa dei tabelloni concernenti la presenza del numero e della qualifica degli operatori nelle 24 ore per ogni reparto; la richiesta di trasmissione da parte delle Rsa al servizio sanitario incaricato del pagamento delle rette sanitarie, delle copie dei versamenti effettuati dalle Rsa all'Inps e all'Inail delle fatture rilasciate dagli operatori non dipendenti (Cfr. "Strutture socio-sanitarie residenziali: accurata scelta del personale e controlli semplici ed efficaci" in *Prospettive assistenziali* 197/2017)

Fonti normative sopra citate

La legge n. 208/2015 stabilisce all'articolo 1 che:

- a) *«la realizzazione delle attività di prevenzione e gestione del rischio sanitario rappresenta un interesse primario del Sistema sanitario perché consente maggiore appropriatezza nell'utilizzo delle risorse disponibili e garantisce la tutela del paziente»* (comma 538);
- b) *«per la realizzazione dell'obiettivo di cui al comma 538 (...) le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano dispongono che tutte le strutture pubbliche e private che erogano prestazioni sanitarie [pertanto comprese le Rsa] attivino un'adeguata funzione di monitoraggio, prevenzione e gestione del rischio sanitario (...)*» (comma 539);
- c) *«l'attività di gestione del rischio sanitario è coordinata da personale medico dotato delle specializzazioni in igiene, epidemiologia e sanità pubblica o equipollenti ovvero con comprovata esperienza almeno triennale nel settore»* (comma 539).

La legge n. 24/2017, recante "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie", precisa:

- a) all'articolo 1 precisa che: *«la sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività»*, che *«si realizza anche mediante l'insieme di tutte le attività finalizzate alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso alla erogazione di prestazioni sanitarie e l'utilizzo appropriato delle risorse strutturali, tecnologiche e organizzative»* e che *«alle attività di prevenzione del rischio messe in atto dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche o private [pertanto comprese le Rsa] è tenuto a concorrere tutto il personale, compresi i liberi professionisti che vi operano in regime di convenzione con il Servizio sanitario nazionale»*.
- b) all'articolo 2 attribuisce compiti al Difensore civico *«nella sua funzione di garante per il diritto alla salute»* e stabilisce l'istituzione in ogni Regione del *«Centro per la gestione del rischio sanitario e la sicurezza del paziente che raccoglie dalle strutture sanitarie e sociosanitarie pubbliche e private i dati regionali sui rischi ed eventi avversi e sul contenzioso e le trasmette annualmente, mediante procedura telematica unificata a livello nazionale, all'Osservatorio nazionale delle buone pratiche sulla sicurezza nella sanità»*;
- c) all'articolo 3 della stessa legge n. 24/2017, detto Osservatorio *«è istituito presso l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas)»* che *«individua idonee misure per la prevenzione e la gestione del rischio sanitario e il monitoraggio delle buone pratiche per la sicurezza delle cure, nonché per la formazione e l'aggiornamento del personale esercente la professione sanitaria»*. L'articolo 3 della legge in oggetto stabilisce altresì che *«il Ministro della salute trasmette annualmente alla Camera una relazione sull'attività svolta dall'Osservatorio»*;
- d) all'articolo 4 dispone che *«le prestazioni sanitarie erogate dalle strutture pubbliche e private sono soggette all'obbligo della trasparenza»*.