



ABBANDONATI

VIOLAZIONE DEL DIRITTO ALLA VITA, ALLA SALUTE E ALLA NON DISCRIMINAZIONE
DELLE PERSONE ANZIANE NELLE STRUTTURE SOCIO SANITARIE
E SOCIOASSISTENZIALI DURANTE LA PANDEMIA IN ITALIA

ITALIA

AMNESTY
INTERNATIONAL



Amnesty International è un movimento globale di oltre sette milioni di persone impegnate in campagne per un mondo dove tutti godano dei diritti umani. La nostra visione è che ogni persona possa godere dei diritti sanciti dalla Dichiarazione universale dei diritti umani e altri standard internazionali sui diritti umani. Siamo indipendenti da qualsiasi governo, ideologia politica, interesse economico o religione e ci finanziamo principalmente grazie ai nostri soci.

Amnesty International Italia
Via Goito 39, 00185 Roma
www.amnesty.it
<https://www.facebook.com/AmnestyInternationalItalia>
<https://twitter.com/amnestyitalia>

2020 © Amnesty International
Sezione Italiana



Credit foto: ANSA

www.amnesty.it



INDICE

1. RIEPILOGO	6
2. METODOLOGIA	14
3. MACABRO BILANCIO	16
Decessi di persone anziane in strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali	16
4. CRONOLOGIA	28
5. CONTESTO	36
Quadro normativo e responsabilità	36
Composizione del settore residenziale socio-sanitario e socio-assistenziale	37
Sistemi di vigilanza e controllo tra frammentazione e lacune	42
Ispezioni inadeguate o inesistenti	43
Mancanza di trasparenza	46
6. MANCANZE E RISPOSTE INADEGUATE DELLE AUTORITÀ	48
Restrizioni tardive alle visite	50
Pazienti COVID-19 positivi inviati presso le strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali	54
Sistemi di prevenzione delle infezioni rimasti inattuati	58
Pochi tamponi arrivati troppo tardi	62
Carenza di DPI e insufficiente formazione del personale	67
Piano pandemico inadeguato	74
Ostacoli all'accesso agli ospedali per gli anziani residenti nelle strutture	75
7. CRITICITÀ SISTEMICHE AGGRAVATE DALLA PANDEMIA	80
Carenza di personale	80
Condizioni di lavoro difficili e assistenza inadeguata	81
Licenziamenti e provvedimenti disciplinari	83
Reclutamento straordinario	83
8. IMPATTO DEVASTANTE DELL'ISOLAMENTO	86
Le difficoltà di comunicare a distanza	87
Dopo mesi di isolamento, restrizioni angoscianti	89
9. DIRITTI UMANI, IL QUADRO GIURIDICO	92
10. RACCOMANDAZIONI	96

INDICE DELLE ABBREVIAZIONI

ASL	Azienda Sanitaria Locale
ASP	Azienda Pubblica di Servizio Alla Persona
ATS	Azienda Tutela Salute
ATSS	Azienda Sociosanitaria Territoriale
AUSL	Azienda Unità Sanitaria Locale
CRA	Centro Residenziale Per Anziani
CSA	Centro Servizi per Anziani
CIGL	Confederazione Generale Italiana del Lavoro
CISL	Confederazione Italiana Sindacati Lavoratori
DPC	Dipartimento Protezione Civile
DPCM	Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri
DPI	Dispositivi di Protezione Individuale
FNOMCEO	Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri

FNOPI	Federazione Nazionale degli Ordini delle Professioni Infermieristiche
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
NAS	Nucleo Anti Sofisticazione
OSS	Operatore Socio Sanitario
PAAPSS	Dipartimento Programmazione, Accreditamento, Acquisto di Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie
PEC	Posta Elettronica Certificata
Rsa	Residenza Sanitaria Assistita
UIL	Unione Italiana del Lavoro
UNEBA	Unione Nazionale Istituzioni e Iniziative di Assistenza Sociale
URIPA	Unione Regionale Istituti per Anziani
ULSS	Unità Locale Socio Sanitaria
USB	Unità Sindacale di Base

1. RIEPILOGO

“La nostra risposta al COVID-19 deve rispettare i diritti e la dignità delle persone anziane”

Segretario generale delle Nazioni Unite António Guterres¹

La fase iniziale della pandemia da COVID-19² nei primi mesi del 2020 ha fatto registrare in Italia il numero più elevato di casi in Europa, concentrati per la maggior parte in una ristretta area del nord del paese. Al 31 maggio, al termine della prima ondata di contagi, avevano perso la vita 33.415 persone affette da COVID-19³, ulteriori 11.600 decessi in eccesso rispetto allo stesso periodo degli anni precedenti⁴. Al 14 dicembre 2020 i decessi totali di persone con COVID-19 registrati in Italia dall'inizio dell'emergenza sanitaria sono **65.011**⁵.

La regione più colpita dalla pandemia è stata la Lombardia, dove risiede un sesto della popolazione nazionale ed è stato registrato un terzo del totale dei casi e la metà di tutti i decessi da COVID-19 in Italia⁶.

I primi casi diagnosticati di COVID-19 e le prime morti in Italia si sono verificati in Lombardia tra il 19 e il 21 febbraio, seguiti da una fulminea spirale di contagi e di decessi nelle settimane successive sia nelle comunità sia tra le persone anziane residenti in strutture sociosanitarie e socioassistenziali. Nel solo mese di marzo, la Lombardia ha registrato un aumento dei decessi del 186,5% rispetto allo stesso periodo degli anni precedenti; l'incremento è ancora maggiore tra i decessi di ospiti in strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane: un aumento del 270% nelle strutture dell'area di Milano e del 702% nella bergamasca. Sulle 16.262 persone decedute con COVID-19 in Lombardia alla fine di maggio, 3139 (il 19%) sono morte in strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane⁷.

1 UNDESA Secretary-General's Policy Brief: The Impact of COVID-19 on older persons (Documento strategico del Segretario generale UNDESA: L'impatto del COVID-19 sulle persone anziane), 1° maggio 2020, www.un.org/development/desa/ageing/news/2020/05/COVID-19-older-persons/

2 Il COVID-19 è una patologia respiratoria infettiva causata da un coronavirus (SARS-CoV-2), identificato per la prima volta in Cina a dicembre 2019.

3 Open data prodotti dalla Protezione civile (Presidenza del Consiglio dei ministri della Repubblica Italiana), <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>

4 "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente. Primo quadrimestre", Istat, 4 giugno 2020, https://www.istat.it/it/files/2020/06/Rapp_Istat_Iss_3Giugno.pdf

5 Open data prodotti dalla Protezione civile (Presidenza del Consiglio dei ministri della Repubblica Italiana), <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>

6 La Lombardia conta una popolazione di 10 milioni di abitanti, sui 60 milioni dell'Italia. "Resident population of Italy in 2020, by region", Statista, <https://www.statista.com/statistics/617497/resident-population-italy-by-region/>

7 Verbale della seduta del 9/09/2020, n.26/2020, III Commissione "Sanità e Politiche Sociali" <https://www.consiglio.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8b0248c7-b17f-4631-add9-870ff5b0c6b7/Verbale+n.+26+del+9+settembre+2020.pdf?MOD=AJPERES>

L'impatto della pandemia sugli ospiti delle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali per persone anziane varia notevolmente tra le diverse aree del paese, in parte in conseguenza della situazione epidemiologica generale relativa al COVID-19 nelle singole aree, in parte in base alla risposta delle autorità di fronte all'emergenza a livello locale: in Italia le competenze inerenti all'assistenza sanitaria e socioassistenziale sono demandate alle regioni, le quali dispongono di un notevole grado di autonomia nell'interpretazione e nell'attuazione delle politiche del governo centrale. Per la realizzazione del presente rapporto, Amnesty International ha concentrato l'attenzione su tre regioni: Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto.

Nel rispondere alla pandemia, il governo italiano e le autorità regionali non sono riusciti a intraprendere misure tempestive per tutelare la vita e i diritti delle persone anziane presenti nelle strutture residenziali socioassistenziali e, di fatto, hanno adottato politiche e consentito pratiche che hanno messo a rischio la vita e la sicurezza sia degli ospiti che degli operatori sanitari. Tali decisioni e politiche hanno prodotto o contribuito a determinare violazioni dei diritti umani degli ospiti anziani residenti, in particolare del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione⁸. Hanno anche avuto un impatto sui diritti alla vita privata e familiare degli ospiti delle strutture ed è possibile che, in certi casi, ne abbiano violato il diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani e degradanti.

L'Italia non è riuscita a reagire in modo tempestivo al dilagare di decessi correlati al COVID-19 nelle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali per persone anziane. Misure di protezione fondamentali (quali restrizioni alle visite, procedure di controllo delle infezioni, esecuzione di tamponi su ospiti e personale di strutture residenziali socioassistenziali per persone anziane) non sono state adottate affatto oppure non lo sono state nella misura necessaria, se non quando il virus era già diffuso in maniera incontrollabile. Mentre, per decisione del ministero della Salute, le visite ai pazienti ricoverati in ospedale sono state vietate dal 22 febbraio a livello nazionale⁹, le restrizioni alle visite nelle strutture residenziali socioassistenziali per persone anziane sono state lasciate alla discrezionalità delle autorità regionali, che ne hanno permesso la prosecuzione in qualche forma fino a metà marzo. Durante questo periodo il virus si è diffuso all'interno di queste strutture che, nonostante fossero abitate dalle persone più vulnerabili, erano impreparate ad affrontare la sfida, con un conseguente significativo picco di decessi. Sebbene i dati siano molto lacunosi, laddove questi sono disponibili rivelano uno sconvolgente aumento dei decessi nelle strutture residenziali socioassistenziali per persone anziane verificatosi nel mese di marzo, con un aumento del 270% a Milano (capoluogo della Regione Lombardia¹⁰) e del 702% a Bergamo¹¹.

“Noi nelle Rsa siamo stati abbandonati; siamo stati messi in situazioni ad alto rischio per le quali non avevamo le capacità e non abbiamo ricevuto alcuna guida, nessun supporto”. Direttore di una Rsa, Milano

Nello stesso periodo in cui ai visitatori si continuava a consentire l'accesso alle strutture residenziali socioassistenziali per persone anziane (e alcune delle più grandi accoglievano centinaia di visitatori al giorno), nelle stesse strutture arrivavano anche pazienti infetti dimessi dagli ospedali. Alcuni non erano stati affatto sottoposti al tampone, ma per altri era stata accertata in ospedale la positività al COVID-19

⁸ In base agli obblighi assunti dall'Italia secondo la Convenzione europea di salvaguardia dei diritti dell'uomo e delle libertà fondamentali (Cedu), il Patto internazionale relativo ai diritti economici, sociali e culturali, il Patto internazionale relativo ai diritti civili e politici, la Convenzione contro la tortura ed altre pene o trattamenti crudeli, disumani o degradanti e la Convenzione sui diritti delle persone con disabilità.

⁹ Circolare n. 5443 del ministero della Salute del 22 febbraio 2020, <https://www.certifico.com/news/274-news/10363-circolare-ministero-della-salute-n-0005443-del-22-febbraio-2020>

¹⁰ “Report Rsa”, 11 giugno 2020, Ats Milano. Tale report raccoglie i dati di 162 strutture che includono una popolazione di circa 16.000 ospiti, <https://www.ats-milano.it/portale/Epidemiologia/Valutazione-dellepidemia-COVID-19>

¹¹ Nelle Rsa di Bergamo 1308 decessi solo a marzo. I dati inediti dell'Ats sull'impatto del COVID-19”, Altreconomia, 23 settembre 2020, <https://altreconomia.it/decessi-Rsa-bergamo-dati-ats>

e si era proceduto all'invio presso le strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane senza verificarne la capacità di assistere queste persone in sicurezza.

L'8 marzo, al culmine del contagio, la Regione Lombardia ha assunto la decisione di dimettere i pazienti ospedalieri inviandoli verso strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane, compresi pazienti positivi al COVID-19, nell'intento di liberare posti letto ospedalieri¹².

La direttrice di una Rsa di Bergamo (Lombardia) ha raccontato ad Amnesty International cos'è successo:

“Il 29 [febbraio], alle 10 del mattino, arriva un nuovo paziente dall'ospedale. Alle 17 l'ospedale ci invia via fax l'esito del tampone nasofaringeo (COVID-19) a cui è stato sottoposto in ospedale: è positivo. È il nostro primo caso ufficiale. Mettiamo in atto procedure ordinarie per il caso di epidemia, senza ricevere alcuna indicazione, pur avendo informato della situazione l'Ats (l'azienda sanitaria locale). Nella prima settimana di marzo, i casi di febbre iniziano a moltiplicarsi nella Rsa, a dimostrazione del fatto che il COVID-19 circolava già da un po' all'interno. Dalle autorità regionali riceviamo soltanto a fine marzo le prime informazioni che spiegano come operare per evitare la propagazione del virus”.

Un operatore sanitario di Milano (Lombardia) ribadisce:

“Qui il virus è scoppiato il 13 marzo, dopo l'arrivo di pazienti dal pronto soccorso. Il 13 marzo abbiamo ricevuto 17 pazienti. Ci hanno detto e ripetuto che non erano pazienti COVID, ma come potevano saperlo se non erano mai stati sottoposti al test? A due giorni dai nuovi arrivi, si sono ammalati il medico, il caposala e due altri operatori di assistenza del mio reparto... Continuavano a dirci che non erano pazienti COVID e che avevamo introdotto noi il virus dall'esterno. Il personale non era stato informato della possibile positività di questi pazienti dimessi dagli ospedali. Inoltre, molti infermieri venivano costantemente spostati nei vari reparti della Rsa e non era possibile tenere sotto controllo nulla”.

Lo stesso problema si è replicato in Emilia-Romagna il 20 marzo, quando le autorità regionali hanno indicato alle autorità sanitarie locali e alle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane di *“provvedere a organizzarsi adeguatamente per affrontare dimissioni ospedaliere di persone colpite da coronavirus¹³”*. La direttiva regionale prescrive la presenza di procedure per l'*“isolamento precauzionale, per evitare eventuali rischi di contagio”*, senza però fornire indicazioni specifiche in relazione alle misure da adottare a livello operativo in quelle strutture che, ad esempio, non erano materialmente in grado di garantire l'isolamento.

I dirigenti delle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali per persone anziane hanno riferito di essersi sentiti sotto pressione nell'accettare i pazienti dimessi dall'ospedale; in alcuni casi perché era l'unico modo per garantire un'entrata economica a fronte di posti letto altrimenti vuoti; in altri casi per timore di compromettere le relazioni con le autorità regionali, che costituiscono una fonte essenziale di finanziamento per i presidi residenziali sociosanitari¹⁴.

12 Deliberazione N° XI / 2906, Regione Lombardia, 8 marzo 2020, <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c/DGR+2906+8+marzo+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c-n7b410B>

13 “Emergenza COVID-19: indicazioni per i servizi territoriali sociosanitari e strutture per anziani e persone con disabilità”, 20 marzo 2020, https://www.comune.valsamoggia.bo.it/images/2020/indicazioni_CRA.pdf

14 “Dipendiamo per un buon 30% dai finanziamenti della Regione – logico che molti abbiano paura di perderli”, Luca Degani, presidente di Uneba Lombardia, associazione che rappresenta 400 Rsa lombarde; in: “La denuncia di Uneba, così in Lombardia si è acceso il fuoco nelle Rsa”, Vita, 4 aprile 2020, <http://www.vita.it/it/article/2020/04/04/la-denuncia-di-uneba-cosi-in-lombardia-si-e-acceso-il-fuoco-nelle-Rsa/154874/>

La carenza di dispositivi di protezione individuale (Dpi) nelle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane era estremamente grave: il 77% delle strutture intervistate dall'Istituto superiore di sanità¹⁵ ha individuato nell'assenza di Dpi una delle sfide principali; la maggior parte delle strutture non ha potuto accedere ai tamponi fin dopo il periodo della massima diffusione del virus. Le strutture, tranne alcune eccezioni, non disponevano di sistemi e/o infrastrutture necessari per isolare in modo efficace gli ospiti contagiati o potenzialmente infetti e facevano fronte a una grave carenza di personale, poiché sempre più operatori sanitari si stavano ammalando. Per le strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane, le carenze di personale hanno ulteriormente indebolito la capacità di intraprendere le misure assolutamente necessarie per prevenire e tenere sotto controllo l'infezione e per prendersi cura in modo adeguato di un crescente numero di ospiti ammalati.

L'assenza di tamponi e la carenza di Dpi sono stati individuati come le principali sfide affrontate praticamente da tutto il personale operativo e dirigenziale delle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane che Amnesty International ha intervistato e da molti che si sono esposti sui mezzi di informazione e sui social media. Il responsabile di una struttura residenziale sociosanitaria per persone anziane si è espresso così: *“Combattevo il fuoco senza estintori e con le mani legate dietro la schiena”*.

La direttrice sanitaria di una Rsa a Milano ribadisce: *“Ho iniziato immediatamente a perseguire [le autorità sanitarie locali] per ottenere i tamponi per tutti, anche per gli asintomatici. Il 10 aprile abbiamo ricevuto i primi tamponi per il personale, dopo aver inviato richieste a non finire. Chiedevamo tamponi per ogni caso di febbre ma (le autorità sanitarie locali) non rispondevano mai. Il direttore generale ha ottenuto cinque tamponi intorno a Pasqua”*.

Al culmine della pandemia, verso fine febbraio e per tutto il mese di marzo, le strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane hanno avuto scarso accesso ai Dpi e le indicazioni che ricevevano dalle autorità sanitarie erano poche, tardive e contraddittorie, secondo le testimonianze raccolte da Amnesty International tra il personale e i responsabili delle strutture. Il 17 marzo, il parere emesso dal ministero della Salute indicava che le mascherine FFp2/FFp3 erano necessarie solo per il personale impegnato in procedure che generassero aerosol con pazienti affetti da COVID-19. La raccomandazione è stata modificata soltanto il 29 marzo, con l'indicazione agli operatori sanitari di servirsi delle mascherine FFp2/FFp3 in presenza di pazienti positivi al COVID-19. Oltre ad arrivare in ritardo, sembra che (secondo le testimonianze di operatori sanitari) tale raccomandazione sia stata ampiamente ignorata, specialmente a causa della scarsa disponibilità di mascherine di questo tipo.

I dirigenti delle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane hanno riferito ad Amnesty International di non aver potuto ottenere per varie settimane alcun Dpi dalle autorità sanitarie locali e che quel po' di forniture che eventualmente riuscivano ad acquistare autonomamente sul mercato veniva requisito dalle autorità doganali e reindirizzato agli ospedali. Il personale di varie strutture ha raccontato ad Amnesty International di aver ricevuto Dpi solo nella prima metà di aprile, ormai dopo la morte di migliaia di ospiti a causa del COVID-19.

Analogamente alla questione dei tamponi, la carenza di Dpi è risultata una sfida che ha riguardato ampiamente tutta l'Europa e non solo, sia per gli ospedali sia per le strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane. Le autorità italiane hanno chiaramente dato la priorità agli ospedali rispetto ai presidi residenziali sociosanitari per persone anziane. In assenza di tutti i dettagli rilevanti, non è possibile accertare in che misura le autorità italiane avrebbero potuto garantire maggiori approvvigionamenti, ma le informazioni disponibili indicano che si sarebbe potuto e dovuto approfondire

15 “Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020”, Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

un impegno maggiore sia per assicurare una maggiore quantità di forniture che per gestire meglio l'allocazione di quelle disponibili nel paese, in modo da garantire scorte per le strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane al culmine della pandemia, essendo chiaro che i loro residenti fossero il segmento più a rischio di contagio e mortalità. Ciò che sembra certo è che il settore delle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane, le autorità sanitarie competenti presumibilmente preposte a sostenere e vigilare le attività delle strutture stesse, nonché le autorità regionali e locali, siano stati tutti colti miseramente impreparati, sprovvisti di un piano efficace predefinito per affrontare una pandemia.

Sono emerse denunce diffuse secondo cui non è stato garantito un accesso paritario alle cure ospedaliere agli ospiti delle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane, di cui si sospettava il contagio da COVID-19. In Lombardia, le autorità regionali hanno adottato una direttiva specifica che indicava come opportuno, per i residenti delle strutture sociosanitarie di età superiore ai 75 anni con COVID-19 o con sintomi a esso riconducibili – in presenza di precedente fragilità o più comorbidità –, di continuare a prestare loro le cure presso le strutture stesse, limitandone di fatto l'accesso all'ospedale¹⁶. È difficile stabilire in che misura gli ospiti di strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane che avrebbero potuto beneficiare di cure ospedaliere si siano visti negare l'accesso all'ospedale in conseguenza di questa direttiva, considerato che in quel momento gli ospedali della regione erano estremamente oberati e talvolta non erano in grado di fornire le cure necessarie a tutti coloro che ne avevano bisogno. Tuttavia, dalle testimonianze raccolte da Amnesty International tra il personale e i parenti di ospiti di strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane emerge che la direttiva si sia tradotta talvolta in un rifiuto generalizzato nei confronti di ospiti ultrasettantacinquenni di Rsa, invece di essere una decisione basata su valutazioni cliniche individuali dei bisogni di specifici pazienti.

Il presidente di Uneba (associazione che riunisce strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali per persone anziane) Lombardia sottolinea:

“La direttiva del 30 marzo rischia di ostacolare l'accesso agli ospedali per le persone anziane, che dovrebbe invece basarsi su una valutazione clinica specifica per ogni soggetto, poiché il diritto alla salute va al di là dell'età anagrafica”.

La figlia di una residente sopravvissuta al COVID-19 in una Rsa di Milano:

“Dopo forti insistenze, l'8 maggio mia madre è stata trasferita in ospedale in fin di vita; nella Rsa mi è stato detto ripetutamente che non c'era nulla da fare. Tuttavia, secondo il medico del pronto soccorso in ospedale, il problema era la setticemia sanguigna, l'insufficienza renale dovuta a disidratazione e malnutrizione. Nel reparto malattie infettive dell'ospedale hanno fatti miracoli e lei ce l'ha fatta. Ora però si è rinchiusa in sé stessa, ha 75 anni ma ha perso 20 anni di vita. Sono morte la metà delle persone nel reparto in cui si trovava mia madre”.

Durante l'estate i valori del contagio del COVID-19 sono decisamente calati, ma l'impatto brutale ha continuato a sentirsi. Con la ripresa delle visite esterne in forme diverse, si è rivelato con maggiore evidenza l'impressionante effetto della pandemia sulla salute e sul benessere delle persone anziane sopravvissute nelle strutture residenziali sociosanitarie per persone anziane. Per alcune persone anziane, le conseguenze sono tragiche: indebolimento delle funzioni motorie e cognitive, perdita dell'appetito, depressione e una generale perdita della voglia e del desiderio di vivere, con un impatto particolarmente significativo per i soggetti affetti da demenze o Alzheimer.

16 Delibera regionale XI/3018 del 30/03/2020, “Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Indicazioni per gestioni operative per le Rsa e le Rsd” stabilisce, rispetto all'“ospite con sintomatologia simil influenzale o COVID positivo”, <https://www.sicp.it/normative/regionali/2020/04/dgr-xi-3018-regione-lombardia-30-mar-2020/>

La figlia di un'ospite di una Rsa in Lombardia ha detto a Amnesty International:

“La prima volta è stato uno shock rivederla, non parlava e non reagiva, non credeva che fossi sua figlia. Dopo 20 minuti, si è resa conto che ero io e mi ha chiesto: ‘come stai?’ Quando la vediamo di persona, spesso tiene le mani sul viso, come presa da una terribile angoscia, continuamente”.

Mentre l'Italia si ritrova ancora una volta di fronte a un livello elevato di contagi, le visite nelle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane sono state nuovamente drasticamente ridotte o sospese del tutto. È assolutamente indispensabile che non si risparmino gli sforzi per permettere ai residenti anziani delle strutture socio-sanitarie di ricevere visite appropriate da parte dei loro cari e di interagire con il mondo esterno. A tal fine, sarebbe molto utile un sostanziale incremento dell'esecuzione di tamponi sia sugli ospiti delle strutture residenziali, che sui visitatori; ciò consentirebbe di attenuare restrizioni sproporzionate imposte alla libertà di movimento e di riunione degli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane, senza trascurare i requisiti di distanziamento sociale e altre forme di controllo dell'infezione.

L'insieme delle sfide strutturali radicate sofferte dal settore delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane (la frattura tra assistenza sanitaria e socio-sanitaria, le carenze croniche di organico e un numero crescente di problematiche derivanti dalla privatizzazione e dai tagli ai finanziamenti negli ultimi anni, insieme alla molteplicità di sistemi nel meccanismo di vigilanza generale poco chiaro per garantire la coerenza e l'implementazione degli standard) esulano dallo scopo di questo rapporto, ma hanno contribuito tutte ad amplificare l'impatto della pandemia da COVID-19 sui diritti umani dei residenti delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali per persone anziane.

Inoltre, l'assenza di un sistema che definisca con chiarezza quali autorità abbiano il compito in ultima istanza di vigilare sulla situazione nelle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane, nonché di garantire che siano protetti e sostenuti i diritti delle persone anziane che vi si trovano, ostacola l'identificazione delle responsabilità e il perseguimento di azioni correttive quando le cose vanno male su così ampia scala, come è indubbiamente accaduto in questo frangente. Le indagini giudiziarie avviate in numerosi casi sono importanti; è però improbabile che risolvano le distorsioni e gli schemi di abusi che hanno caratterizzato la risposta alla pandemia nel settore delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane.

A tal fine, dovrebbe essere condotta un'inchiesta pubblica completamente indipendente e fondata su un approccio di diritti umani, che riconosca gli obblighi nazionali e internazionali dell'Italia nella promozione dei diritti umani di tutti/e, per esaminare la preparazione generale alla pandemia e la risposta nelle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane. L'inchiesta pertanto dovrebbe:

- identificare i limiti e le carenze strutturali a livello locale, regionale e nazionale e nell'intersezione tra i tre sistemi;
- raccomandare misure concrete per affrontare e superare tali carenze;
- potenziare i meccanismi di vigilanza e rafforzare le misure di accertamento delle responsabilità.

Al contempo, le autorità competenti devono lavorare in sinergia con il settore delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane e con la società civile per fare in modo che le problematiche identificate in questo rapporto vengano risolte. In particolare, le autorità dovrebbero:

- rispettare e realizzare il diritto dei residenti anziani nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali a ottenere il più elevato standard di cura raggiungibile, anche garantendo un accesso prioritario ai tamponi e ai Dpi per gli ospiti, per il personale e per i visitatori di tali strutture, nonché un accesso pieno e paritario alle cure ospedaliere per i residenti anziani;
- assicurare che le linee guida per le visite nelle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane siano orientate al miglior interesse degli ospiti;
- garantire un'adeguata rappresentanza e coinvolgimento delle persone anziane, degli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane e del settore delle strutture residenziali assistenziali e socio-sanitarie per persone anziane nei processi di pianificazione e decisionali correlati a questioni che incidono sui residenti delle strutture stesse, a tutti i livelli;
- garantire la fornitura adeguata e continuativa di Dpi per le strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane, per permettere loro di conformarsi alle linee guida nazionali e garantire che tutto il personale sia formato sul loro scopo e sull'utilizzo corretto;
- stabilire un meccanismo adeguato per valutare e sviluppare le capacità delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane di garantire un livello appropriato di prevenzione e controllo delle infezioni, anche in relazione alle loro capacità di isolare in modo efficace ospiti nuovi o riammessi e limitando il più possibile gli spostamenti di personale tra varie strutture, oltre a fornire cure adeguate agli ospiti affetti da COVID-19 e agli altri ospiti;
- prevedere il potenziamento delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane perché queste possano formulare direttive sulle visite improntate al rispetto e alla realizzazione dei diritti umani degli ospiti, che diano voce e rappresentanza a questi ultimi, ai familiari e/o tutori legali, garantendo al tempo stesso la sicurezza per le strutture stesse e per gli ospiti che vi risiedono;
- garantire piena trasparenza nella raccolta e nella pubblicazione di tutti i dati rilevanti in materia di decessi di persone anziane nelle strutture residenziali socio-sanitarie durante la pandemia da COVID-19.



© Eugenio Grossi

2. METODOLOGIA

Questo rapporto analizza l'impatto di provvedimenti, politiche e processi decisionali a livello locale e nazionale sui diritti umani delle persone anziane nelle strutture di residenza socioassistenziali e socioassistenziali in tre regioni d'Italia – Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto – nel contesto della pandemia da COVID-19.

Il rapporto è focalizzato sulle tre regioni citate perché i fattori che hanno caratterizzato la prima ondata dell'emergenza sanitaria in queste aree le rendono emblematiche rispetto a quanto accaduto nelle strutture di residenza socioassistenziale e socioassistenziale in Italia:

1. in tutte e tre queste regioni il COVID-19 si è abbattuto con violenza sugli ospiti delle strutture di residenza socioassistenziali e socioassistenziali; Lombardia ed Emilia-Romagna, inoltre, sono le prime due regioni per eccesso di decessi totali¹⁷;
2. i sistemi sanitari di queste tre regioni sono, tra loro, diversi e tali differenze si sono riflesse nella risposta alla pandemia da parte delle istituzioni;
3. a risposte diverse, sono corrisposti esiti diversi in termini di violazioni o mancata tutela del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione degli ospiti delle strutture di residenza socioassistenziali e socioassistenziali.

Il rapporto presenta i risultati dell'attività di ricerca condotta tra luglio e dicembre 2020.

Amnesty International ha realizzato un totale di 87 interviste approfondite per l'elaborazione di questo rapporto. Nello specifico: 28 familiari di persone anziane decedute o residenti in strutture di residenza socioassistenziali e socioassistenziali, 26 membri di personale dirigenziale e operatori/trici sanitari/e della stessa tipologia di strutture, sei membri di associazioni professionali di rappresentanza delle medesime, sei membri di associazioni di familiari e operatori sanitari che difendono i diritti delle persone anziane ivi residenti, nove delegati/e sindacali, un rappresentante dell'ordine dei medici, quattro avvocati/e, sette giornalisti/e e analisti/e esperti/e del settore socioassistenziale.

Amnesty International ha poi ottenuto numerose testimonianze scritte da parte delle associazioni di familiari che difendono i diritti delle persone anziane residenti nelle strutture.

Tutte le testimonianze concernono le strutture socioassistenziali e socioassistenziali residenziali di varia natura, pubbliche e private, profit e non profit, nelle tre regioni oggetto di studio, Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto.

17 "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020", Istat, 9 luglio 2020, https://www.istat.it/it/files/2020/07/Rapp_Istat_Iss_9luglio.pdf

La larga maggioranza delle persone che hanno testimoniato per questo rapporto ha chiesto che il proprio nominativo, quello dei propri parenti o colleghi e i relativi dettagli personali non venissero menzionati. I familiari delle persone anziane residenti hanno espresso il timore che l'esposizione pubblica potesse aggravare la situazione dei propri cari. I membri del personale sanitario che hanno segnalato violazioni invece temono ripercussioni e misure disciplinari sul posto di lavoro. Il rapporto già menziona alcune delle ripercussioni subite dal personale che ha deciso di denunciare le violazioni nella fase precedente la pubblicazione.

Molti membri del corpo dirigenziale e del personale sanitario delle strutture hanno rifiutato di rilasciare interviste ad Amnesty International per timore di ritorsioni o di mettere a rischio il rapporto con le autorità sanitarie locali.

Amnesty International ha ritenuto opportuno non intervistare residenti delle strutture di residenza socio-sanitarie e socio-assistenziali, a causa dell'impossibilità dello svolgimento di interviste in presenza, determinata dalle restrizioni relative alle visite in vigore al momento della raccolta delle testimonianze. Non è possibile, infatti, escludere che le stesse interviste condotte da remoto, in queste circostanze, possano essere motivo di ulteriore stress per gli/le intervistati/e, la maggior parte dei/le quali ha sofferto per mesi una condizione di isolamento prolungato da famigliari e amici.

Amnesty International ringrazia tutte le persone che hanno condiviso la propria storia e testimonianza, senza le quali questo rapporto non sarebbe stato possibile.

Amnesty International ha richiesto informazioni e dati anche alle autorità nazionali e locali rilevanti (ministero della Salute, ministero della Giustizia, agli organi competenti in seno alle regioni, alle aziende sanitarie locali) in data 6-7 agosto 2020. Solo due aziende sanitarie locali dell'Emilia-Romagna (Ausl Ferrara e Ausl Romagna) hanno risposto fornendo dati e informazioni rilevanti. La Direzione generale rilevante del ministero della Salute ha risposto il 7 agosto, informando di non disporre dei dati richiesti e suggerendo la consultazione di un rapporto già disponibile pubblicamente, senza fornire informazioni aggiuntive.

Una seconda richiesta di informazioni è stata poi inviata a tutte le aziende sanitarie territoriali delle tre regioni in data 4 novembre 2020. Alla data di pubblicazione del rapporto, solo due aziende sanitarie lombarde avevano risposto ribadendo che tutti gli operatori sono impegnati nella gestione dell'emergenza in corso e pertanto impossibilitati a trattare la richiesta.

Questo rapporto si focalizza su violazioni specifiche e non mira a realizzare un'analisi esaustiva dell'impatto sui diritti umani dell'emergenza COVID-19 nelle strutture di residenza socio-sanitarie e socio-assistenziali. L'approfondimento di ulteriori preoccupazioni non affrontate in profondità in questo rapporto richiederebbe ulteriore ricerca mirata, come per esempio l'impatto delle decisioni delle autorità sui diritti degli/le operatori/trici sanitari/e all'interno delle strutture.

3. MACABRO BILANCIO

DECESSI DI PERSONE ANZIANE IN STRUTTURE SOCIO SANITARIE E SOCIOASSISTENZIALI

“Il problema è che le autorità non sono state in grado di capire che i luoghi destinati a prendersi carico di patologie croniche andavano protetti invece di essere lasciati soli in carenza di linee guida cliniche e capacità gestionali. Le strutture socio sanitarie assistenziali erano il luogo più delicato, dove chiaramente l’infezione sarebbe arrivata come ovunque, ma con un tasso di letalità molto più alto per la presenza di grandi anziani con grandi patologie croniche che oltretutto conducono una vita collettiva. Si è generato l’effetto ping-pong e i contagi per contatti con operatori e parenti”

Luca Degani, presidente di Uneba¹⁸

In molti considerano che le risposte delle autorità all'emergenza sanitaria abbiano trascurato il settore socio sanitario e socio assistenziale.

¹⁸ Uneba è un'associazione che raggruppa 900 strutture private socio sanitarie e socio assistenziali non profit su tutto il territorio nazionale, di cui 400 in Lombardia, <https://www.uneba.org/>

L'IMPATTO DEL COVID-19



SUGLI ANZIANI

DECESSI TOTALI (TUTTE LE FASCE D'ETÀ) CON COVID-19

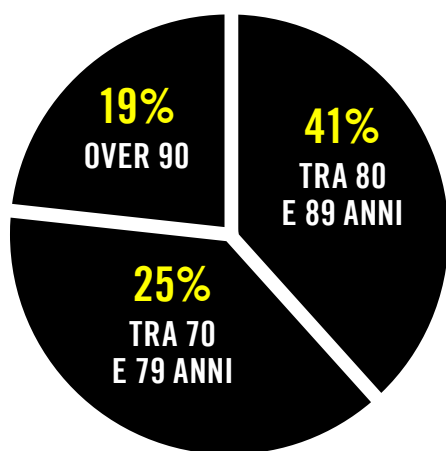
65.011 SU **1.855.737** CASI TOTALI

LETALITÀ SUL TOTALE
DEI CASI

3,5%

DECESSI PER FASCIA D'ETÀ
TRA LA POPOLAZIONE

OVER 70



I DECEDUTI
CON COVID-19 **OVER 70**
SONO L'**86%**
(50.885) DEL TOTALE

ETÀ MEDIA PAZIENTI
CON COVID-19 DECEDUTI

80
ANNI

Fonte: Protezione Civile - Presidenza del Consiglio dei Ministri (dati aggiornati al 14 dicembre 2020) e Istituto superiore di sanità (dati aggiornati al 9 dicembre 2020).

La fotografia più immediata dell'impatto che l'emergenza COVID-19 ha avuto sulla popolazione anziana delle strutture sociosanitarie e socioassistenziali per anziani ci viene fornita dai dati, ma questi sono spesso non accessibili, disponibili solo per pochi territori, raccolti con metodologie diverse.

Al 14 dicembre 2020 i decessi totali di persone con COVID-19 registrati in Italia dall'inizio dell'emergenza sanitaria sono **65.011**¹⁹.

L'Istituto nazionale di statistica (Istat) ha pubblicato due rapporti relativi all'eccesso di decessi registrati a livello nazionale e regionale in relazione alla diffusione del COVID-19. Uno di essi si sofferma su quanto avvenuto nel primo quadrimestre del 2020²⁰. Rileva come, a partire dal primo caso italiano di COVID-19, individuato in Lombardia il 20 febbraio 2020, l'epidemia sia stata caratterizzata da una **trasmissione locale**: la diffusione è stata molto contenuta nelle regioni del Sud e nelle isole, mediamente più elevata in quelle del Centro e **molto elevata nelle regioni del Nord**.

Nel primo quadrimestre sono stati registrati **28.561** decessi tra persone positive al COVID-19, il 53% dei quali avvenuto entro il mese di marzo²¹. Nel solo mese di marzo 2020, a livello medio nazionale, è stata registrata **una crescita del 48,6% dei decessi per il complesso delle cause**. Da gennaio a marzo, invece, le persone decedute passano da una media di 65.592 (2015-2019) a 90.946, con un incremento, quindi, di 25.354: il 54% di queste persone aveva ricevuto una diagnosi di positività al COVID-19²². Inoltre, **il 91% dell'eccesso di mortalità riscontrato a livello medio nazionale nel mese di marzo 2020 si concentra nelle aree ad alta diffusione dell'epidemia**²³: 3271 comuni, 37 province del Nord più Pesaro e Urbino, dove i decessi per il complesso delle cause nel mese di marzo sono più che raddoppiati rispetto alla media 2015-2019 del mese di marzo e aumentati di oltre 23.000 unità se si fa partire l'analisi di marzo. Il 52% di questi ultimi decessi è stato riportato al Sistema di Sorveglianza Integrata COVID-19 (12.156)²⁴. Le province più colpite dall'epidemia hanno pagato un prezzo altissimo in vite umane, con incrementi percentuali altissimi dei decessi nel mese di marzo 2020, rispetto al marzo 2015-2019: **Bergamo (+568%), Cremona (+391%), Lodi (+371%), Brescia (+291%), Piacenza (+264%), Parma (+208%), Lecco (+174%), Pavia (+133%), Mantova (+122%), Pesaro e Urbino (+120%)**²⁵.

Nel mese di marzo, periodo di picco, la **Lombardia** ha registrato il più grande incremento in numero di decessi rispetto alla media 2015-2019: +190% (eccesso che resta elevato ad aprile, con il +112%), seguita dall'Emilia Romagna con +71%; il Veneto, invece, è l'ottava regione per eccesso di decessi con il 25%²⁶.

Sebbene sia necessario tenere conto, nella lettura dei dati che stiamo per fornire, che i tamponi per testare la positività al virus non sono stati eseguiti su tutti i pazienti deceduti a partire dal principio dell'emergenza sanitaria e che, dunque, il numero di decessi di persone con una diagnosi che ha accertato la presenza del COVID-19 siano al ribasso, è molto utile porre a confronto i dati Istat relativi

19 Open data prodotti dalla Protezione civile (Presidenza del Consiglio dei ministri della Repubblica Italiana), <http://opendatadpc.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/b0c68bce2cce478eaac82fe38d4138b1>

20 "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo quadrimestre 2020", Istat, 4 giugno 2020, https://www.istat.it/it/files/2020/06/Rapp_Istat_Iss_3Giugno.pdf

21 Ibidem.

22 "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente primo trimestre 2020", Istat, 4 maggio 2020, https://www.istat.it/it/files/2020/05/Rapporto_Istat_ISS.pdf

23 Ibidem.

24 Ibidem.

25 Ibidem.

26 "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020", Istat, 9 luglio 2020 https://www.istat.it/it/files/2020/07/Rapp_Istat_Iss_9luglio.pdf

alle morti COVID-19 avvenute a livello nazionale e nelle regioni, con quelli forniti dalle regioni stesse rispetto alla sola popolazione anziana delle strutture di residenza socio-sanitaria e socio-assistenziale.

Secondo l'Istat tra gennaio e maggio 2020 i decessi COVID-19 totali in Lombardia sono stati 16.262²⁷, mentre **nelle Rsa**, secondo quanto dichiarato dall'assessore al Welfare della Regione Lombardia il 9 settembre, durante una seduta del Consiglio regionale, **i decessi di persone positive al COVID-19 nello stesso periodo sono stati 3139 (il 19%²⁸)**.

LOMBARDIA



**DECESSI
TOTALI
CON COVID-19**

GENNAIO-MAGGIO 2020

16.262

**DECESSI DI OSPITI
RSA POSITIVI
AL COVID-19**

GENNAIO-MAGGIO 2020

3.139

1 DECESSO SU 5 HA AVUTO LUOGO IN UNA RSA

Nota: nella lettura di questi dati è essenziale tenere in considerazione il fatto che, nel periodo di picco di contagi e decessi, registrato nel mese di marzo, i tamponi non erano ancora eseguiti in modo regolare sugli ospiti delle strutture, pertanto restano esclusi dal computo tutti i pazienti deceduti con sintomi riconducibili al COVID-19 i quali, tuttavia, non sono stati sottoposti a tampone e che sarebbero risultati positivi se testati.

Fonti: Istat; Regione Lombardia.

²⁷ Ibidem.

²⁸ Verbale della seduta del Consiglio della Regione Lombardia n.26/2020, III Commissione "Sanità e Politiche Sociali", 9 settembre 2020 <https://www.consiglio.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8b0248c7-b17f-4631-add9-870ff5b0c6b7/Verbale+n.+26+del+9+settembre+2020.pdf?MOD=AJPERES>

OVER 65, I DECESSI

TRA MARZO E MAGGIO



REGIONE	DECESSI OVER 65 TRA MARZO E MAGGIO 2020			
	UOMINI			
	TOTALE	65-74 AA	75-84 AA	≥85 AA
Piemonte	7.621	1.429	2.944	3.248
Valle d'Aosta	209	43	85	81
Lombardia	22.129	4.675	9.253	8.201
Trentino-Alto Adige	1.377	235	499	643
Veneto	5.832	1.070	2.290	2.472
Friuli-Venezia Giulia	1.575	293	651	631
Liguria	3.153	562	1.219	1.372
Emilia-Romagna	7.698	1.380	2.968	3.350
Toscana	4.977	892	1.808	2.277
Umbria	1.060	176	354	530
Marche	2.377	388	884	1.105
Lazio	5.354	1.105	2.028	2.221
Abruzzo	1.590	292	578	720
Molise	393	63	152	178
Campania	5.113	1.349	1.920	1.844
Puglia	4.326	904	1.573	1.849
Basilicata	590	106	205	279
Calabria	2.094	453	746	895
Sicilia	5.109	1.111	1.935	2.063
Sardegna	1.693	354	651	688
Totale	84.270	16.880	32.743	34.647

Fonti: Istat; Istituto Superiore di Sanità

REGIONE	DECESSI OVER 65 TRA MARZO E MAGGIO 2020			
	DONNE			
	TOTALE	65-74 AA	75-84 AA	≥85 AA
Piemonte	8.742	745	2.346	5.651
Valle d'Aosta	248	25	61	162
Lombardia	23.993	2.217	6.692	15.084
Trentino-Alto Adige	1.684	141	408	1.135
Veneto	6.684	567	1.641	4.476
Friuli-Venezia Giulia	1.887	167	494	1.226
Liguria	3.743	317	1.017	2.409
Emilia-Romagna	8.432	776	2.174	5.482
Toscana	5.621	560	1.436	3.625
Umbria	1.277	102	297	878
Marche	2.496	193	646	1.657
Lazio	6.050	715	1.691	3.644
Abruzzo	1.786	179	463	1.144
Molise	435	45	115	275
Campania	5.590	819	1.709	3.062
Puglia	4.826	539	1.377	2.910
Basilicata	688	67	163	458
Calabria	2.295	245	639	1.411
Sicilia	5.781	724	1.653	3.404
Sardegna	1.905	197	520	1.188
Totale	94.163	9.340	25.542	59.281

Fonti: Istat; Istituto Superiore di Sanità

DUE CASI: MILANO E BERGAMO

ATS DI MILANO:

IL 46% DEGLI OVER 70 SONO DECEDUTI IN RSA

Seppur circoscritti a territori limitati, anche i dati diffusi a livello locale, in Lombardia, da alcune Agenzie di tutela della salute (Ats) appaiono utili per la lettura del fenomeno e per mostrare il suo grado di frammentazione.

Nelle Rsa di Milano, secondo l'Ats **l'eccesso di decessi tra i pazienti over 70 tra il 1° gennaio e il 30 aprile 2020** (rispetto alla media 2016-2019) è di **+2574 (+118%), quasi tutti riconducibili all'arco temporale che va dal 1° marzo al 30 aprile**²⁹ (in questo periodo l'eccesso stimato è 270%). L'incremento di rischio complessivo dal 1° gennaio al 30 aprile è stato di due volte superiore rispetto alla mortalità di riferimento 2016-2019, mentre dal 1° marzo al 30 aprile è stato di quattro volte superiore. Secondo un altro rapporto dell'Ats di Milano, tra il 1° gennaio e il 30 aprile 2020 (rispetto alla media 2016-2019) c'è stato un incremento del 55% della mortalità degli over 70 del territorio di riferimento, 5602 decessi extra³⁰. Restringendo al solo primo trimestre (1° gennaio-31 marzo 2020), tale incremento è del 130%³¹.

Incrociando i dati prodotti dall'Ats di Milano in questi due diversi studi osserviamo che **sui 5602 decessi in più che hanno colpito la popolazione over 70 di riferimento tra il 1° gennaio e il 30 aprile** (rispetto al 2016-2019) **il 46% di questi si è verificato in Rsa.**

ATS DI BERGAMO:

AUMENTO DEL 702% DI DECESSI NELLE RSA A MARZO 2020

Secondo i dati forniti dall'Ats di Bergamo i decessi registrati nelle Rsa sono aumentati del **127% nel primo semestre del 2020**³². Circoscrivendo al solo mese di marzo, nel quale è stata registrata la maggior parte dei decessi (1308 su 2255), l'aumento è del **702%**³³.

Secondo Altreconomia, che ha ottenuto i dati dall'Ats: *"A gennaio 2020 le morti in Rsa a Bergamo sono state in termini assoluti in linea con l'andamento del 2019, addirittura al di sotto: 186 contro le 207 dello stesso periodo nel 2019 (-10,1%). Stessa dinamica a febbraio: 203 morti nel 2019 contro le 158 del 2020 (-22,2%). A marzo – il mese della delibera regionale sui trasferimenti dagli ospedali verso le Rsa e delle conseguenze della mancata istituzione della "zona rossa" nei comuni di Nembro e Alzano Lombardo – è avvenuto qualcosa di sconvolgente. Se nel 2019 i morti in quei 31 giorni erano stati 163, nel 2020, stando ai dati forniti dall'Ats, il dato è schizzato a 1308 (+702%)³⁴".*

29 "Report Rsa", 11 giugno 2020, Ats Milano. Tale report raccoglie i dati di 162 strutture che includono una popolazione di circa 16.000 ospiti, <https://www.ats-milano.it/portale/Epidemiologia/Valutazione-dellepidemia-COVID-19>

30 "Confronto della mortalità 2020 vs 2016-2019", Ats Milano, 21 maggio 2020 <https://www.ats-milano.it/portale/Epidemiologia/Valutazione-dellepidemia-COVID-19>

31 Ibidem.

32 "Nelle Rsa di Bergamo 1308 decessi solo a marzo. I dati inediti dell'Ats sull'impatto del COVID-19", Altreconomia, 23 settembre 2020, <https://altreconomia.it/decessi-Rsa-bergamo-dati-ats>

33 Ibidem.

34 Ibidem.



IL CASO STUDIO: ECESSO DI DECESSI DI ANZIANI A MILANO

ECESSO DI DECESSI
TRA GLI OSPITI
DELLE RSA OVER 70
(01/01-30/04):

+2.574

+118%

LA MAGGIOR PARTE DEI DECESSI IN ECCESSO
È RICONDUCEBILE ALLA FASE CHE VA DAL 1° MARZO AL 30 APRILE.
IN QUESTA FASE L'ECESSO DI DECESSI È **+270%**.

ECESSO DI DECESSI
TRA GLI OVER 70
(01/01-30/04):

+5.602

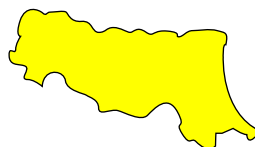
+55%

I DECESSI IN ECCESSO DEGLI OSPITI OVER 70 DELLE RSA
RAPPRESENTANO IL **46%** DEI DECESSI IN ECCESSO DI OVER 70.

Fonte: Ats Milano.

In **Emilia-Romagna** 1032 residenti di strutture per anziani sono deceduti entro il 3 giugno con COVID-19, ossia il 25% dei 4081 decessi con COVID-19 nella regione tra gennaio e maggio 2020³⁵.

EMILIA-ROMAGNA



DECESSI TOTALI CON COVID-19

GENNAIO-MAGGIO 2020

4.081

DECESSI DI OSPITI RSA POSITIVI AL COVID-19

AL 3 GIUGNO 2020

1.032

1 DECESSO SU 4 HA AVUTO LUOGO IN UNA RSA

Nota: nella lettura di questi dati è essenziale tenere in considerazione il fatto che, nel periodo di picco di contagi e decessi, registrato nel mese di marzo, i tamponi non erano ancora eseguiti in modo regolare sugli ospiti delle strutture, pertanto restano esclusi dal computo tutti i pazienti deceduti con sintomi riconducibili al COVID-19 i quali, tuttavia, non sono stati sottoposti a tampone e che sarebbero risultati positivi se testati.

Fonti: Istat; Servizio Assistenza Territoriale della Regione Emilia-Romagna.

35 "Diffusione del contagio COVID-19 nelle strutture residenziali per anziani e disabili", dati aggiornati al 3 giugno del Servizio assistenza territoriale della Regione Emilia-Romagna, analizzati sul portale "I luoghi della cura", <https://www.luoghicura.it/sistema/programmazione-e-governance/2020/07/cra-accreditate-in-emilia-romagna-e-COVID-19/>

Per la regione Veneto sono disponibili dati più recenti e completi rispetto alle altre regioni: 1120 residenti di strutture socio-sanitarie residenziali per anziani sono deceduti con COVID-19 tra il 20 febbraio e il 10 novembre³⁶, ossia il 42% dei 2643 decessi con COVID-19 registrati nella regione fino a quel momento³⁷. Secondo i dati dell'Istat 1839 persone sono decedute con COVID-19 nelle strutture socio-sanitarie per anziani nella regione Veneto nel periodo gennaio-maggio³⁸. Durante lo stesso periodo il presidente della Regione Veneto, Luca Zaia, rivela, in una conferenza stampa, che su circa 300 strutture (30.000 ospiti e 30.000 operatori), il 75% è rimasto COVID-19 free, mentre nel restante 25% i contagi sono stati molto variabili, con focolai gravi in una ventina di strutture dove si è verificata "un'autentica strage al loro interno"³⁹.

VENETO



**DECESSI
TOTALI
CON COVID-19**

GENNAIO-MAGGIO 2020

1.839

**DECESSI DI OSPITI
RSA POSITIVI
AL COVID-19**

AL 26 MAGGIO 2020

1.032

1 DECESSO SU 3 HA AVUTO LUOGO IN UNA RSA

Nota: nella lettura di questi dati è essenziale tenere in considerazione il fatto che, nel periodo di picco di contagi e decessi, registrato nel mese di marzo, i tamponi non erano ancora eseguiti in modo regolare sugli ospiti delle strutture, pertanto restano esclusi dal computo tutti i pazienti deceduti con sintomi riconducibili al COVID-19 i quali, tuttavia, non sono stati sottoposti a tampone e che sarebbero risultati positivi se testati.

Fonti: Istat; Regione Veneto.

³⁶ Bollettino a cura della Regione Veneto, 10 novembre 2020, riportato su <https://www.veronasera.it/cronaca/coronavirus-COVID-19-case-di-riposo-11-novembre-2020.html>

³⁷ Bollettino a cura della Regione Veneto, 10 novembre 2020, riportato su https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2020/11/10/covid-veneto-48-morti-e-2.763-nuovi-contagi_1990eda3-43c3-4cb2-9ad8-74080eb3455b.html

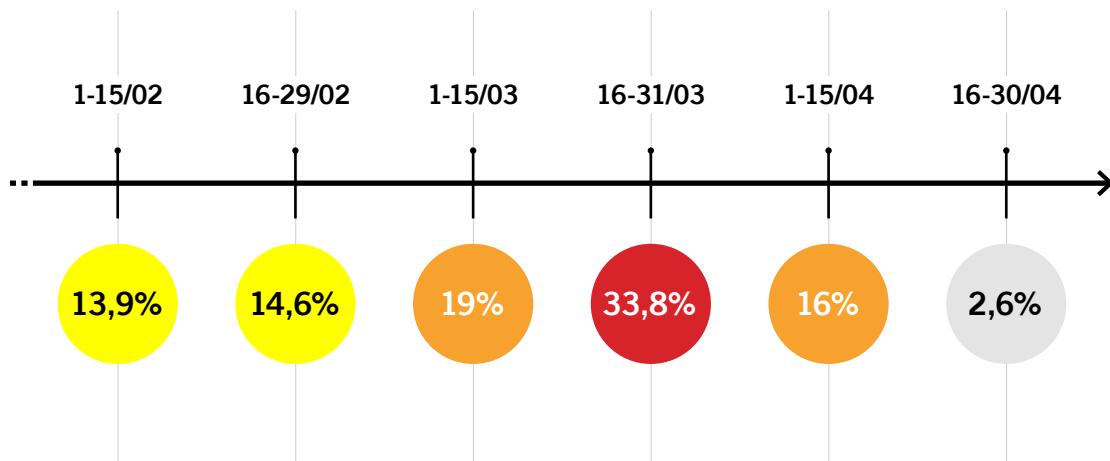
³⁸ "Impatto dell'epidemia COVID-19 sulla mortalità totale della popolazione residente periodo gennaio-maggio 2020", Istat, 9 luglio 2020, https://www.istat.it/it/files/2020/07/Rapp_Istat_Iss_9luglio.pdf

³⁹ Conferenza stampa, Regione Veneto, 26 maggio 2020, disponibile in versione integrale su <https://www.radiopiù.net/wordpress/conferenza-stampa-del-presidente-del-veneto-luca-zaia-26-maggio-2020>

Un sondaggio condotto dall'Istituto superiore di sanità rileva che a livello nazionale tra il 1° febbraio e il 5 maggio 2020 la più ampia quota di decessi (33,8%) nelle strutture che è stato possibile collocare temporalmente ha avuto luogo nel periodo che va dal 16 al 31 marzo, seguito dall'intervallo 1-15 marzo (19%) e da quello 1-15 aprile (16%⁴⁰).



ANDAMENTO DECESSI NELLE STRUTTURE DI RESIDENZA PER ANZIANI



L'incidenza dei decessi riportata nella timeline è stata elaborata dall'Iss sulla base delle risposte ricevute da un campione di strutture di residenza per anziani. Il campione di decessi nelle strutture è riferito a tutte le cause e corrisponde a 7.392 casi.

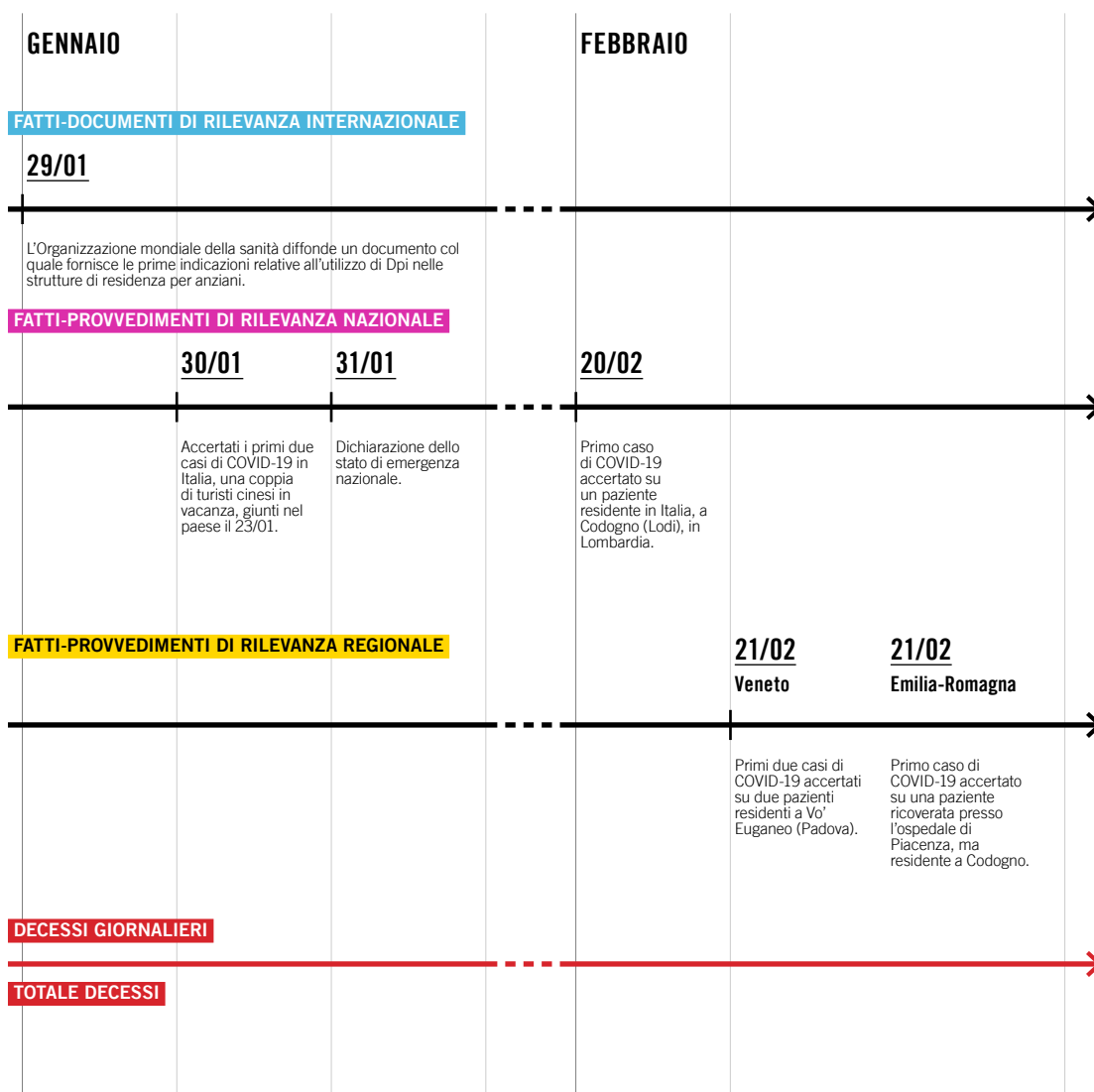
Fonte: Istituto Superiore di Sanità.

40 "Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socioassistenziali. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020", 5 maggio 2020, Istituto superiore di sanità <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

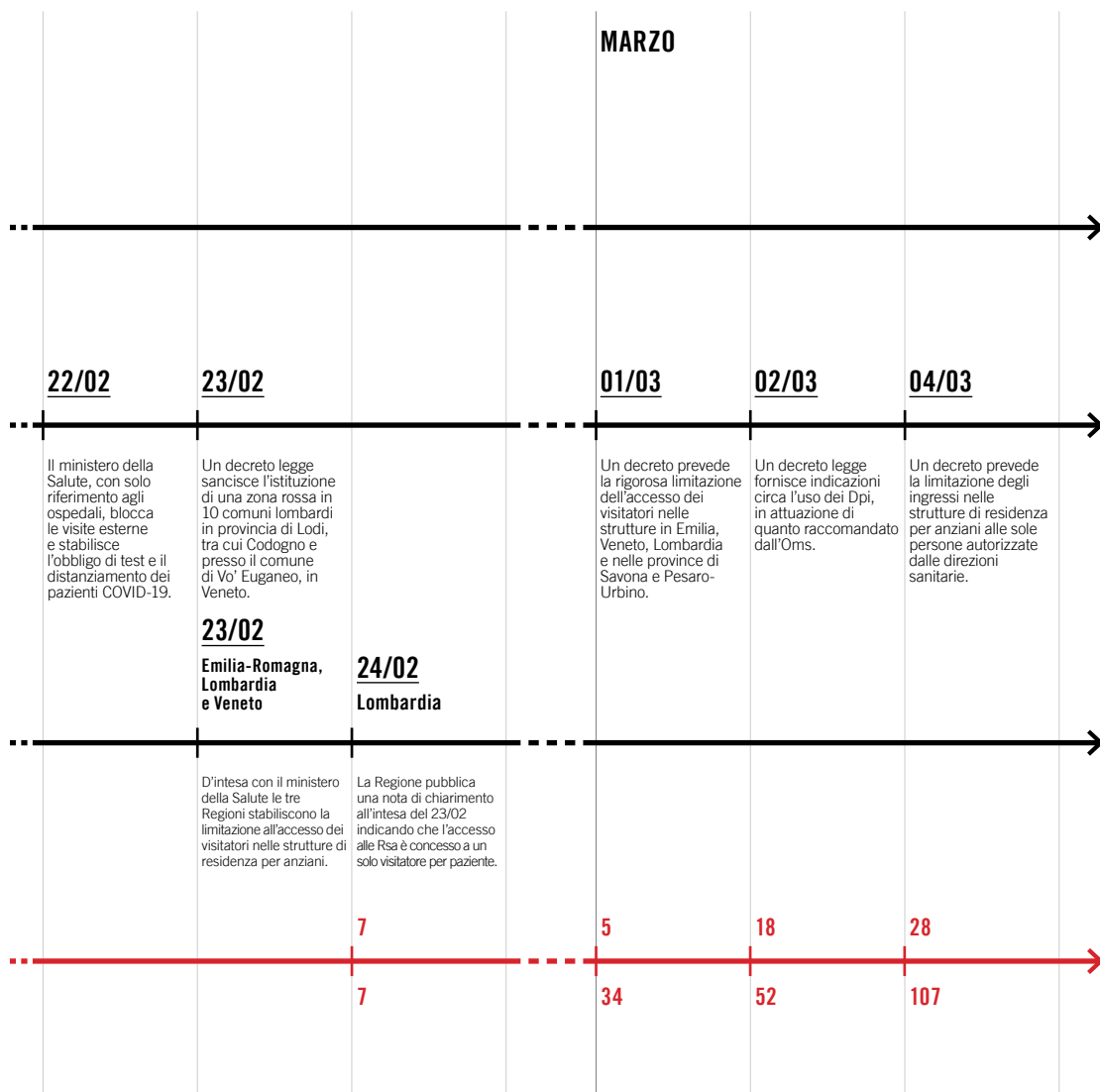


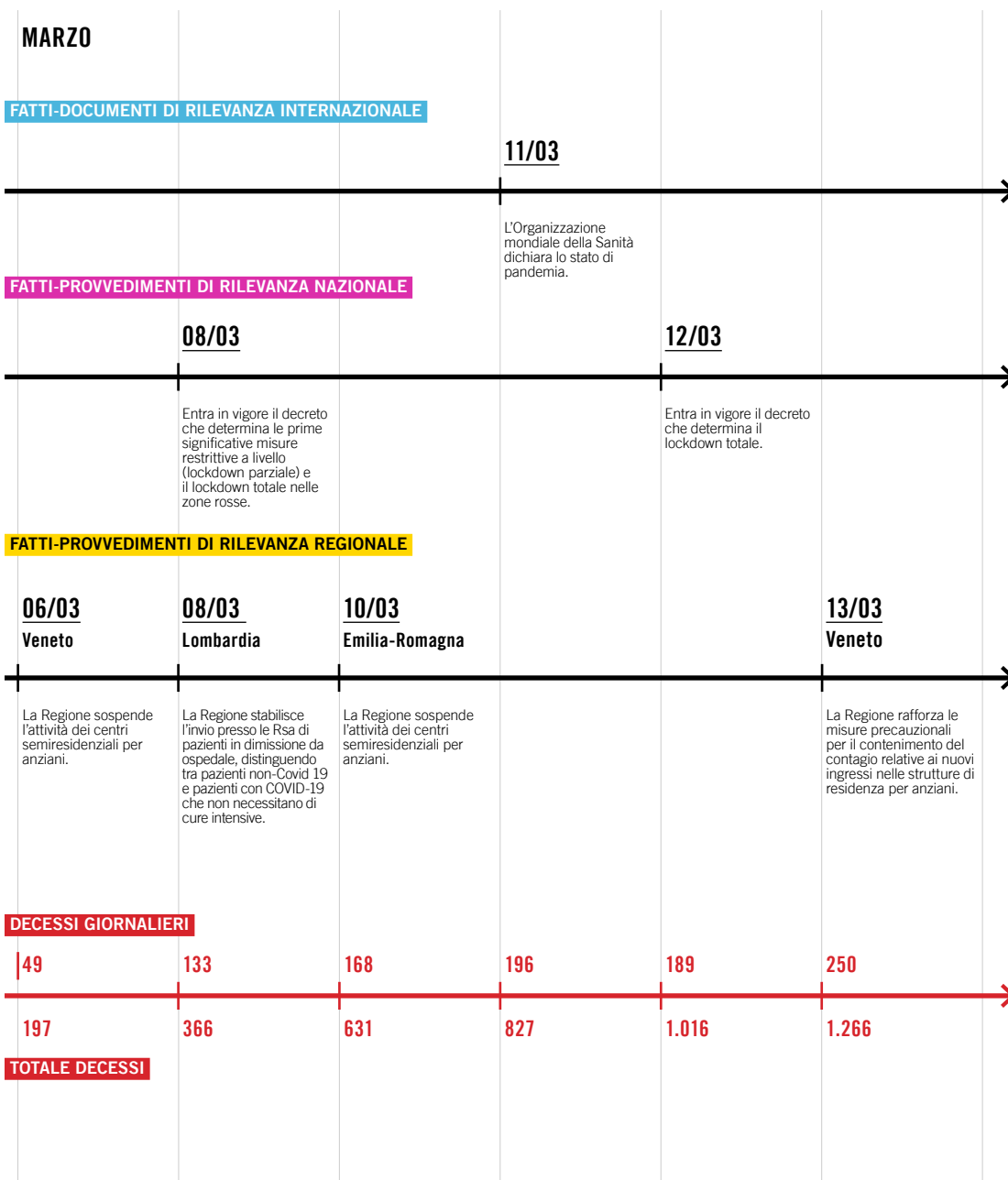
© Ansa.it

4. CRONOLOGIA



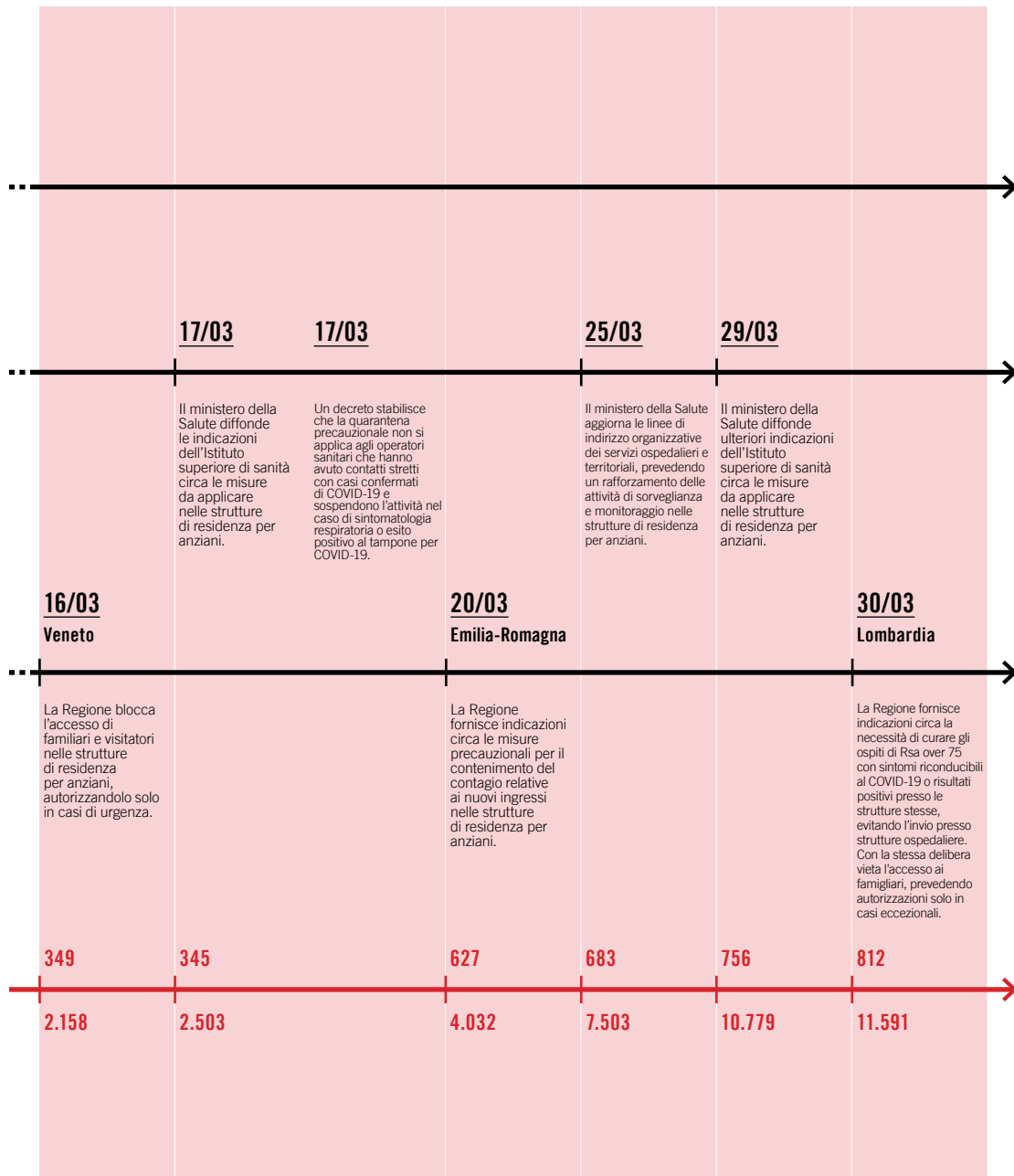
Fonte dati: Protezione Civile (Presidenza del Consiglio dei Ministri).

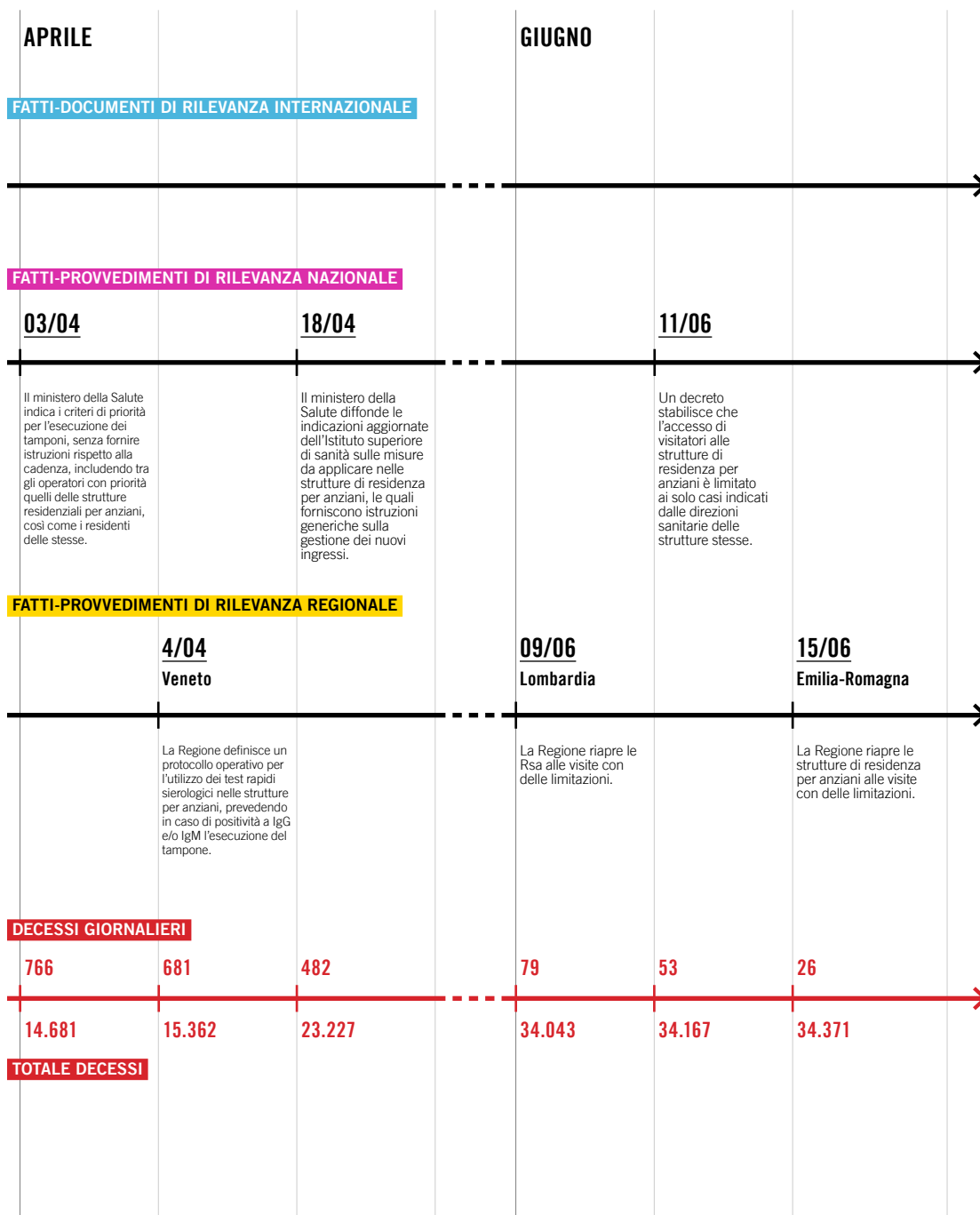




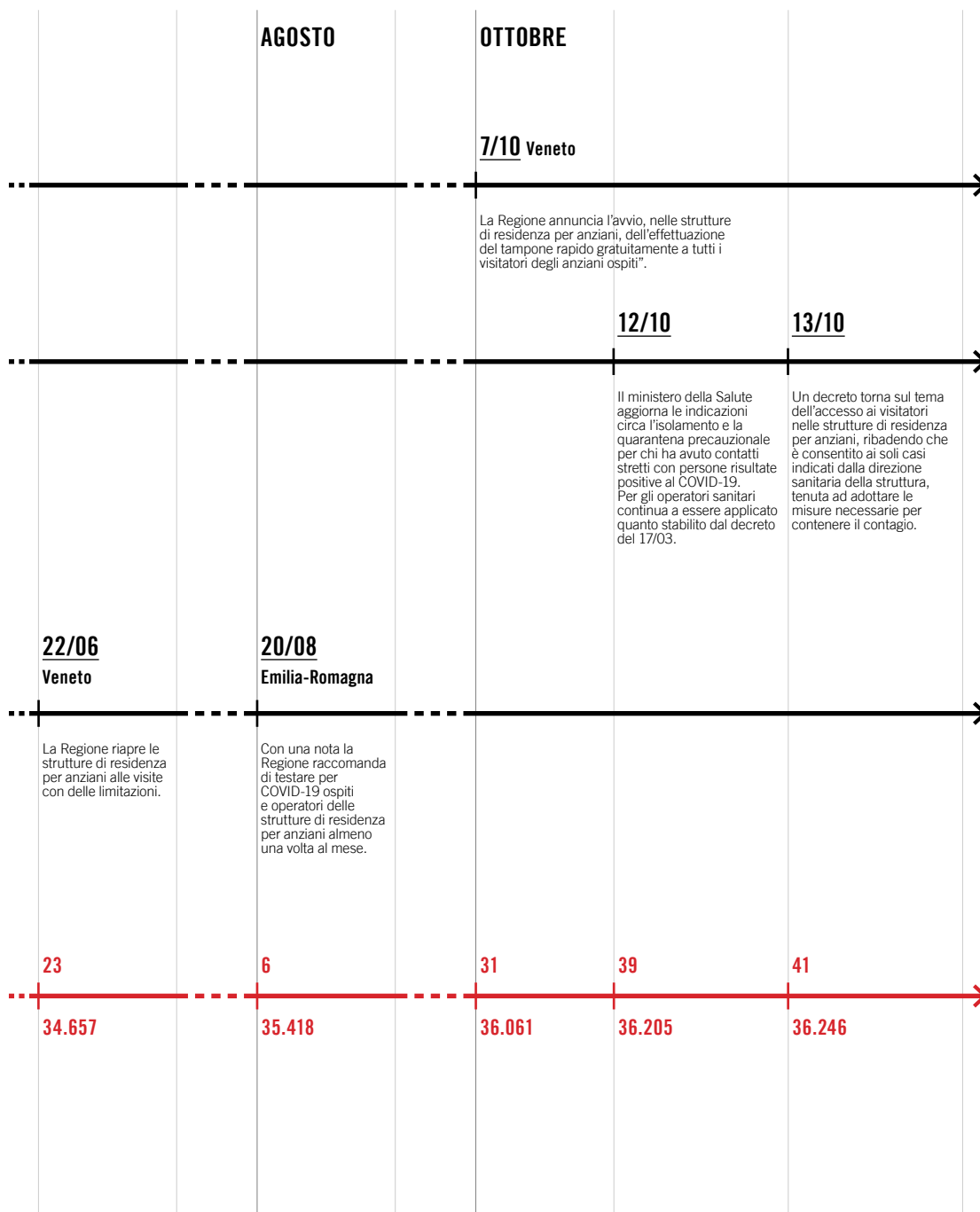
Fonte dati: Protezione Civile (Presidenza del Consiglio dei Ministri).

16-31/03: PICCO DEI DECESSI NELLE STRUTTURE RESIDENZIALI SOCIO SANITARIE





Fonte dati: Protezione Civile (Presidenza del Consiglio dei Ministri).





Fonte dati: Protezione Civile (Presidenza del Consiglio dei Ministri).

NOVEMBRE		
3/11 Lombardia	6/11 Emilia-Romagna	25/11 Lombardia
La Regione introduce l'utilizzo dei test antigenici rapidi nelle strutture socio-sanitarie e attribuisce il compito della fornitura degli stessi test al Commissario Straordinario per l'attuazione.	La Regione annuncia l'arrivo della prima parte di un lotto di quasi due milioni di tamponi rapidi. Tra gli usi previsti l'esecuzione nelle strutture di residenza per anziani, per uno screening periodico di operatori e ospiti e per i visitatori.	La Regione prevede per i pazienti delle Rsa con COVID-19 in condizioni di gravità moderata-severa il trasferimento in ospedale e, nel caso in cui, invece possa proseguire la permanenza nella struttura, l'accesso a consulenze specialistiche e esami diagnostici anche da remoto. Per i pazienti paucisintomatici e asintomatici, le strutture che non possono mantenerli in isolamento potranno trasferirli in strutture dedicate a loro. Infine, prevede test ogni 15 giorni su personale e pazienti, con l'obiettivo di andare a testare anche i familiari degli ospiti.
353	446	722
39.412	40.638	52.028

5. CONTESTO

QUADRO NORMATIVO E RESPONSABILITÀ

La struttura del sistema sociosanitario in Italia è complessa, con linee di responsabilità multiple e sovrapposte in quanto alla promozione della salute e al benessere dei residenti delle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali, risultato di interventi legislativi successivi e non ancora organici⁴¹.

“(...) Va evidenziato come a livello nazionale il quadro normativo riferito alle prestazioni residenziali per anziani, ancorché abbia radici certamente non recenti, non appaia compiuto e organico, ma risulti piuttosto dalla somma di provvedimenti successivi che rispondono a logiche e principi non sempre omogenei”⁴²

La Costituzione prevede una legislazione concorrente tra stato e regioni in materia di tutela della salute, al cui raggiungimento concorrono diversi enti e organi. Il **ministero della Salute** è l'organo centrale che ha la responsabilità ultima di proteggere la salute della popolazione, anche in caso di emergenza sanitaria, nel cui caso il **Consiglio dei ministri**, su proposta del **presidente del Consiglio**, ha il potere di indicare l'amministrazione pubblica competente per intervenire per il superamento dell'emergenza.

Con la dichiarazione dello stato di emergenza nazionale il 31 gennaio 2020, il Presidente del Consiglio dei ministri ha affidato al **capo del Dipartimento della protezione civile** (Dpc) la responsabilità dell'attuazione degli interventi normativi emessi nel quadro della situazione d'emergenza. Il 3 febbraio, l'ordinanza 630 della Protezione civile istituisce un **Comitato tecnico scientifico** (Cts) che ha il compito di coordinare tutti gli interventi per fronteggiare l'emergenza, con competenza di consulenza e supporto⁴³.

41 “L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care - 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care”, Cergas, 2018, <https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ> e “Prestazioni residenziali e semiresidenziali”, ministero della Salute, Direzione generale della programmazione sanitaria, dei livelli di assistenza e dei principi etici di sistema, - Commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_646_allegato.pdf

42 Primo Quaderno di Approfondimento “La residenzialità per gli anziani: possibile coniugare sociale e business?”, Assoprevidenza e Itinerari Previdenziali, 2016.

43 Ordinanza del capo della Protezione civile n. 630, 3 febbraio 2020, http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/ocdpc-n-630-del-3-febbraio-2020-primi-interventi-urgenti-di-protezione-civile-in-relazione-all-emergenza-relativa-al-rischio-sanitario-connesso-all-in

Per la definizione delle politiche e indirizzi del sistema socio-sanitario e socio-assistenziale gioca un ruolo centrale anche il **ministero del Lavoro delle politiche sociali**.

A livello nazionale concorrono al diritto alla salute l'**Istituto superiore di sanità**, in quanto organo tecnico-scientifico che orienta le politiche sanitarie sulla base delle evidenze scientifiche e gli Istituti zooprofilattici sperimentali.

A livello decentrato, le **venti regioni e le due province autonome** hanno la responsabilità di programmazione, indirizzo e controllo della rete dei servizi socio-sanitari sul territorio, di garanzia nell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (Lea) e di definizione dei requisiti di accreditamento, traducendo gli indirizzi ministeriali⁴⁴.

Per gli aspetti socio-sanitari compete agli **enti sanitari locali**, talvolta in collaborazione con i comuni, la pianificazione degli interventi, il monitoraggio, l'ispezione e la regolazione delle strutture perché compiano con gli standard strutturali, organizzativi e gestionali. Con le riforme del settore sanitario, gli enti sanitari locali sono diventati aziende dotate di personalità giuridica pubblica e di autonomia facenti capo principalmente alle regioni⁴⁵.

L'altro soggetto istituzionale decisivo, in Italia, è quello delle autonomie locali. In base al decreto legislativo 299/99, il **sindaco** diventa autorità sanitaria locale e ha la responsabilità sulle condizioni di salute della popolazione sul suo territorio, che condivide con il consiglio comunale e ha poteri di programmazione, di controllo e di giudizio sull'operato del direttore generale delle aziende sanitarie locali⁴⁶.

COMPOSIZIONE DEL SETTORE RESIDENZIALE SOCIO-SANITARIO E SOCIOASSISTENZIALE

“Il futuro delle Rsa deve passare attraverso un investimento economico strutturale per salvaguardare salute di ospiti e personale”⁴⁷

Melania Cappuccio, direttrice di una Rsa bergamasca

I presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali per persone anziane assumono forme e denominazioni diverse su base regionale e possono essere pubblici (circa il 26%), privati non profit (circa il 48%) e privati for profit (circa il 25%⁴⁸). Le strutture private possono avere posti letto

44 Sito del ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=355

45 “La regionalizzazione e la leale collaborazione tra i livelli di governo”, ministero della Salute, http://www.salute.gov.it/portale/ministro/p4_5_2_4_2.jsp?lingua=italiano&menu=uffCentrali&label=uffCentrali&id=574

46 Decreto legislativo del presidente della Repubblica del 19 giugno 1999, n. 229, “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1999/07/16/099G0301/sg>

47 “Le Rsa del futuro o senza futuro? Ecco come rivedere un ‘servizio necessario’”, Redattore Sociale, 9 settembre 2020,

<https://www.redattoresociale.it/article/notiziario/le-rsa-del-futuro-o-senza-futuro-ecco-come-rivedere-un-modello-necessario>

48 Dati dell'Osservatorio settoriale sulle Rsa, Liuc Business School, aggiornati al 31 agosto 2020, consultabili in Milena Gabanelli, Mario Gerevini e Simona Ravizza, “Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per privati”, Dataroom del Corriere della Sera, 1° novembre 2020, <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/Rsa-covid-perche-case-riposo-sono-diventate-focolai-virus/c79559d4-1c5c-11eb-a718-cfe9e36fab58-va.shtml>

accreditati, ossia contrattualizzati presso il servizio sanitario pubblico. Con denominazioni diverse, si tratta di strutture che erogano servizi residenziali assistiti a persone anziane, prevalentemente non autosufficienti. Le modalità di accesso, le caratteristiche specifiche dei servizi e il costo variano in base alle disposizioni normative regionali e ai regolamenti emanati dai comuni di appartenenza⁴⁹.

L'Italia ha la più alta percentuale di persone anziane in Europa, ma uno dei livelli più bassi di disponibilità di posti letto in presidi residenziali sociosanitari: 18,6 posti letto per 1000 persone anziane, paragonato a una media europea di 43,8⁵⁰. Circa il due per cento delle persone anziane in Italia vive in strutture di residenza sociosanitarie, la maggioranza nel nord del paese⁵¹.

POPOLAZIONE OVER 65



Fonte: Istat.

49 "L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care - 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care", Cergas, 2018, <https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ>

50 Dati dell'Osservatorio settoriale sulle Rsa, Liuc Business School, aggiornati al 31 agosto 2020, consultabili in Milena Gabanelli, Mario Gerevini e Simona Ravizza, "Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per privati", Dataroom del Corriere della Sera, 1° novembre 2020, <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/Rsa-covid-perche-case-riposo-sono-diventate-focolai-virus/c79559d4-1c5c-11eb-a718-cfe9e36fab58-va.shtml>

51 Le aree geografiche in cui vi è una più ampia popolazione anziana nelle strutture di residenza sociosanitarie sono, nell'ordine (sia in numeri assoluti che per incidenza sulla popolazione anziana totale): Nord-Ovest, Nord-Est, Centro, Sud + isole.

I presidi residenziali socioassistenziali e socioassistenziali, secondo gli ultimi dati Istat disponibili, relativi al 2015⁵², sono 12.828 e dispongono di un totale di 390.689 posti letto con 382.684 assistiti. Oltre il 75% di questi – quasi 288.000 persone – ha almeno 65 anni e 218.000 sono non autosufficienti. Secondo cifre più recenti ci sarebbero strutture socioassistenziali e socioassistenziali per un totale di 250.000 posti letto⁵³.

Negli ultimi anni i servizi residenziali socioassistenziali per persone anziane stanno vivendo profonde trasformazioni, con una crescita esponenziale della domanda in termini numerici, accompagnata da una difficoltà del *welfare* pubblico di soddisfare il bisogno potenziale e un cambiamento del profilo della popolazione beneficiaria.

L'aumento dell'età media della popolazione comporta un incremento della diffusione di patologie croniche⁵⁴, ma nonostante l'aumento nell'ultimo decennio del numero di persone anziane non autosufficienti, il tasso di copertura del bisogno – ovvero il numero di anziani non autosufficienti raggiunti da servizi pubblici residenziali e diurni – è rimasto pressoché stabile, riuscendo a coprire solo una parte residuale del bisogno⁵⁵. Questo vale anche per le regioni con maggiori servizi. In Lombardia, per esempio, una delle regioni con il miglior rapporto tra posti letto in Rsa e popolazione anziana, vi sono annualmente almeno 25.000 potenziali utenti in lista d'attesa⁵⁶.

Negli ultimi anni il settore ha cercato di ridurre il costo del lavoro, attivando modalità di appalto verso cooperative per diminuire i costi previdenziali collegati a tale tipologia di soggetti giuridici, o riducendo dove possibile le ore-operatore con effetti sul *burn out* dei lavoratori e sulla loro professionalità (attivando meccanismi di selezione *avveRsa*)⁵⁷.

Il Fondo sanitario regionale copre una parte della quota sanitaria per gli utenti dei posti letto accreditati. I provider si lamentano che gli aumenti della quota sanitaria intervenuti negli ultimi anni non sono sufficienti a coprire l'aumento dei costi sanitari per utente, dovuto essenzialmente all'aumento di utenti con più patologie e più gravi. L'insufficienza della contribuzione pubblica comporta un aumento dei costi per gli utenti e/o le loro famiglie. Mediamente almeno il 44% del fatturato viene corrisposto alle strutture direttamente dalle famiglie⁵⁸, con grosse differenze tra regioni.

52 “I presidi residenziali socioassistenziali e socioassistenziali”, Istat, 31 dicembre 2015, https://www.istat.it/it/files//2018/05/Presidi-residenziali_2015.pdf

53 Dati dell'Osservatorio settoriale sulle Rsa, Liuc Business School, aggiornati al 31 agosto 2020, consultabili in Milena Gabanelli, Mario Gerevini e Simona Ravizza, “Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per privati”, Dataroom del Corriere della Sera, 1° novembre 2020, <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/Rsa-covid-perche-case-riposo-sono-diventate-focolai-virus/c79559d4-1c5c-11eb-a718-cfe9e36fab58-va.shtml>

54 “Il futuro del settore LTC. Prospettive dai servizi, dai gestori e dalle policy regionali - 2° Rapporto Osservatorio Long Term Care”, Cergas, 2019, https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/99aaf88a-1c66-42ec-add9-df76ae31a5d8/fosti_notarnicola.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mRDrVdE

55 I dati disponibili dimostrano che dal 2013 al 2016 (anno per cui è possibile calcolare il dato più aggiornato) gli over 65 non autosufficienti in Italia sono aumentati del 4,6%. Ibidem.

56 “Sviluppi e prospettive per la residenzialità”, Lombardia Sociale, 8 maggio 2019, http://www.lombardiasociale.it/2019/05/08/sviluppi-e-prospettive-per-la-residenzialita/?doing_wp_cron=1604594017.7460699081420898437500

57 “L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care - 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care”, Cergas, 2018, <https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ>

58 Ibidem.

Dirigenti e rappresentanti del settore lamentano che l'emergenza COVID-19 ha aumentato i costi e ridotto gli introiti delle strutture, creando migliaia di posti letto vacanti e difficoltà per nuovi ingressi⁵⁹. La Regione Lombardia ha parzialmente risposto a questa situazione il 3 novembre 2020 con un aumento del 2,5% delle tariffe sanitarie, che coprono il 40% circa dei costi per i posti letto accreditati nelle strutture di residenza⁶⁰.

Anche se i requisiti strutturali e organizzativi dei presidi sociosanitari e socioassistenziali vengono definiti dalla legge nazionale⁶¹, gli standard operazionali e gestionali variano da regione a regione.

In **Lombardia**, le strutture residenziali sociosanitarie che ospitano anziani parzialmente o totalmente non autosufficienti vengono tutte classificate come **Residenze sanitarie assistenziali (Rsa)**. Oltre alle Rsa, esistono poi altri servizi per persone anziane e non autosufficienti con bisogni specifici, come i nuclei Alzheimer. Il numero totale delle Rsa accreditate sul territorio lombardo è di 717⁶², con una capienza di circa 64.000 posti letto autorizzati/accreditati⁶³. La riforma sanitaria attuata nella Regione Lombardia sin dal 2004 ha portato ad un processo di privatizzazione di gran parte delle Rsa lombarde. Oggi la maggioranza delle Rsa e le strutture più grandi sono private, in maggioranza gestite da enti non profit (394) e profit (269). La minoranza di Rsa pubbliche (54), include alcune strutture a grande capienza, inclusa la più grande.

In **Emilia-Romagna** esistono 1742 strutture sociosanitarie e socioassistenziali per anziani e disabili⁶⁴ chiamate Case residenza per anziani non autosufficienti (Cra), la grande maggioranza delle quali gestite da privati. Le strutture sociosanitarie (private) per anziani devono essere autorizzate al funzionamento dai comuni, i quali si avvalgono della collaborazione delle aziende sanitarie locali e quindi, di fatto, del sistema sanitario regionale. La maggioranza delle Cra è soggetta ad autorizzazione e accreditamento e una minoranza è soggetta alla sola dichiarazione di avvio attività ai comuni⁶⁵. Tra queste ultime vi sono le case-famiglia, piccole strutture che possono ospitare fino a un massimo di sei persone⁶⁶.

In **Veneto** vi sono 346 strutture sociosanitarie assistenziali (chiamate Centri di servizio per non autosufficienti, Csa) di cui 150 strutture pubbliche, incluse le più grandi e 155 private non profit con 32.588 posti letto accreditati per le persone anziane non autosufficienti e/o con disabilità⁶⁷.

59 Secondo le organizzazioni che rappresentano le Rsa, nel primo semestre 2020 queste avrebbero registrato un deficit di 180 milioni di euro. "Rsa in crisi tra Commissione, Covid e mancanza di fondi di rappresentanza", Lorenzo Maria Alvaro, Vita, 25 settembre 2020, <http://www.vita.it/it/article/2020/09/25/Rsa-in-crisi-tra-commissione-covid-e-mancanza-di-fondi-e-rappresentanz/156756/>. Stando a un'indagine dell'Ats di Brescia, su 42 Rsa prese a campione (3655 posti letto) tra marzo e maggio la media dei posti letto occupati è stata dell'80%, ben inferiore alla media. Residenze per anziani, gestori lombardi: "Senza risposte da governo e regione chiudiamo", Il Fatto Quotidiano, 25 settembre 2020, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/09/25/residenze-per-anziani-grido-disperato-dei-gestori-lombardi-senza-risposte-da-governo-e-regione-chiudiamo/5943818/>

60 delibera n. 3782 del 3 novembre 2020, Regione Lombardia, <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-3782-legislatura-11>

61 Decreto del presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/sg>

62 Regione Lombardia, elenco Rsa accreditate, <https://www.dati.lombardia.it/Famiglia/Elenco-Rsa-Accreditate/ve/4-8fnp>

63 Rapporto annuale del 2019, Dipartimento Welfare Fnp Cisl pensionati Lombardia, https://www.pensionaticislombardia.it/public/pdf/pdf_2469_informa-1-2020.pdf

64 Strutture pubbliche e private, accreditate e autorizzate, presenti in Emilia-Romagna, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2682313.pdf>

65 Regione Emilia-Romagna, "Autorizzazione e accreditamento dei servizi sociosanitari e sociali", <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/autorizzazione-e-accreditamento/servizi-socio-sanitari-e-sociali>

66 Considerando anche quelle che accolgono persone disabili (107), le case-famiglia in Emilia-Romagna raggiungono quota 505, <http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato2682313.pdf>

67 Dati forniti ad Amnesty International Italia da Uripa Veneto.

Le strutture private for profit sono 41, con 4051 posti letto, tutte nate negli ultimi tre anni⁶⁸. L'accreditamento delle strutture sociosanitarie assistenziali viene concesso dalla regione, via l'Azienda Zero⁶⁹.

POPOLAZIONE OVER 65 NELLE STRUTTURE DI RESIDENZA PER ANZIANI



Regione	Valore assoluto	Per 100.000 abitanti ≥ 65 anni
Piemonte	37.612	21.293,9
Valle d'Aosta	1.024	21.900,6
Liguria	11.308	14.277,3
Lombardia	65.563	19.581,7
Trentino-Alto Adige	9.445	26.600,2
Bolzano	4.424	26.933,6
Trento	5.021	26.345,8
Veneto	32.213	18.692,0
Friuli Venezia Giulia	9.642	18.698,6
Emilia Romagna	27.868	15.154,8
Toscana	15.414	9.450,2
Umbria	2.734	6.794,8
Marche	7.072	10.558,5
Lazio	14.410	7.153,1
Abruzzo	4.085	7.521,9
Molise	1.272	8.937,3
Campania	6.126	3.512,7
Puglia	8.840	6.319,4
Basilicata	1.567	6.692,2
Calabria	3.833	5.196,4
Sicilia	12.704	7.143,8
Sardegna	5.919	9.972,7

Fonte: Istat.

68 Ibidem.

69 69 L'Azienda Zero è responsabile per la razionalizzazione, l'integrazione e l'efficientamento dei servizi sanitari, sociosanitari e tecnico amministrativi delle strutture regionali, Atto aziendale Azienda Zero, Regione Veneto, https://salute.regione.veneto.it/c/document_library/get_file?p_l_id=997527&folderId=1502722&name=DLFE-33614.pdf

SISTEMI DI VIGILANZA TRA FRAMMENTAZIONE E LACUNE

Nonostante, come già menzionato, il decreto del presidente della Repubblica del 1997⁷⁰ definisca i requisiti strutturali minimi autorizzatori per i presidi sociosanitari e socioassistenziali su tutto il territorio nazionale, le strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali assumono caratteristiche diverse che vengono definite dai piani regionali e dalle aziende sanitarie territoriali competenti, con importanti differenze in quanto a competenze e responsabilità di controllo. Il principale meccanismo di controllo della qualità delle cure e dei servizi sono le aziende sanitarie locali, con diversità su base regionale conseguite alle riforme del settore sociosanitario regionale.

In **Lombardia** otto aziende sanitarie, le **agenzie di tutela della salute (Ats)** gestiscono il procedimento amministrativo di accreditamento e di vigilanza e controllo delle Rsa. La responsabilità di vigilanza e controllo per tutte le unità d'offerta sociosanitarie pubbliche e private è in capo al Dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie (**Dipartimento Paapss**⁷¹), struttura interessata dell'Ats, che risponde alla Direzione generale Welfare regionale⁷².

In **Emilia-Romagna**, compete ai **comuni** la vigilanza su tutte le strutture sociosanitarie e socioassistenziali soggette ad autorizzazione o a comunicazione per l'avvio dell'attività, in collaborazione con un organismo tecnico (Otap) nominato dal direttore dell'**azienda sanitaria territoriale (Ausl)** competente⁷³. È la stessa commissione Otap a effettuare periodicamente le operazioni di vigilanza per verificare il mantenimento dei requisiti. I controlli possono essere eseguiti in qualsiasi momento e senza preavviso.

In **Veneto** il contratto stipulato tra regione, **Ulss (Azienda unità locale sociosanitaria)** e strutture sociosanitarie residenziali stabilisce una fattiva collaborazione e partnership tra la struttura e l'ente pubblico. È prevista la figura del **medico coordinatore**, dipendente Ulss che fa da ponte tra l'attività gestionale del centro servizi e la Ulss stessa, il quale verifica anche il mantenimento dei requisiti⁷⁴.

A livello nazionale, i **nuclei antisofisticazioni e sanità (Nas)** del Comando dei carabinieri per la tutela della Salute, alle dipendenze funzionali del ministero della Salute, hanno potere di ispettori sanitari in materia di igiene e sanità pubblica e di profilassi delle malattie infettive e diffuse⁷⁵. Possono essere incaricati dal Comando dei carabinieri d'intesa con il ministero della Salute⁷⁶ o intervenire a seguito di segnalazioni.

Il Garante nazionale dei diritti delle persone detenute o private della libertà personale è un organismo indipendente che può esercitare una funzione di vigilanza e controllo nei luoghi di privazione delle libertà personale, incluse le strutture sociosanitarie residenziali. A seguito dell'adesione dell'Italia

70 Decreto del presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private", <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/1997/02/20/097A1165/sg>

71 Ats Milano, Dipartimento per la programmazione, accreditamento, acquisto delle prestazioni sanitarie e sociosanitarie, <https://www.ats-milano.it/portale/Ats/Organizzazione/Dipartimenti/PAAPSS>

72 elibera Regionale 2569 del 2014, Regione Lombardia, http://www.lombardiasociale.it/wp-content/uploads/2014/12/DGR-X_2569_20141.pdf

73 Regione Emilia-Romagna, "Accreditamento questioni generali", <https://salute.regione.emilia-romagna.it/ssr/strumenti-e-informazioni/autorizzazione-e-accreditamento/servizi-socio-sanitari-e-sociali/accreditamento-socio-sanitario-domande-e-risposte-1/accreditamento-questioni-general>

74 Informazioni fornite ad Amnesty International da Uripa Veneto.

75 Ministero della Difesa, Comando dei carabinieri per la tutela della Salute, <http://www.carabinieri.it/cittadino/tutela/salute/organizzazione-e-compiti>

76 Ministero della Salute, 19 agosto 2019, http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_2_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=nas&id=1992

al Protocollo opzionale delle Nazioni unite per la prevenzione della tortura, il Garante nazionale è stato designato come **meccanismo nazionale di prevenzione della tortura** (Npm) per monitorare, con visite e accesso a documenti, i luoghi di privazione della libertà al fine di prevenire qualsiasi situazione di possibile trattamento contrario alla dignità delle persone. Il Garante nazionale può poi delegare temporaneamente specifici compiti ai garanti territoriali, i difensori civici regionali⁷⁷.

Il **Difensore civico regionale**⁷⁸, in quanto organo amministrativo locale indipendente con il mandato di tutelare i cittadini da possibili abusi delle amministrazioni pubbliche, può ricevere segnalazioni da singoli cittadini e intervenire con le autorità sanitarie locali, senza però avere un potere di vigilanza.

L'Italia è uno dei pochi paesi europei a non essere dotato di un'istituzione nazionale per i diritti umani, ma due progetti di legge che propongono la creazione di un'autorità nazionale indipendente per i diritti umani (Nhri) sono attualmente in esame in parlamento⁷⁹.

ISPEZIONI INADEGUATE O INESISTENTI

“Io ho scoperto che mia madre era stata legata solo attraverso le cartelle cliniche”

Figlia di un'ospite di una Rsa milanese

“Alcuni mi hanno raccontato di ospiti affetti da demenza pesantemente sedati e addirittura legati ai letti, per impedire loro di girare per la struttura dal momento che non c'erano le condizioni per l'isolamento”

Parente di un'ospite di una struttura del modenese

“Gli operatori dell'Ats sono venuti nel mese di giugno per chiedere cartelle e verifiche, prima di allora non si sono visti. In realtà durante l'emergenza non ho mai sentito nessuno, nessuno mi ha chiamato neppure per verificare che applicassimo i protocolli COVID-19”

Direttrice sanitaria di una struttura di Milano

Con la chiusura delle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali e l'assenza di visite dei familiari e altri visitatori è venuto a mancare un importante meccanismo di controllo. In tali circostanze, i controlli da parte delle autorità competenti avrebbero dovuto essere rafforzati, avvenire più frequentemente e in modo più approfondito. Invece le testimonianze ricevute da Amnesty International indicano il contrario.

Non esistono dati disponibili rispetto al numero di sopralluoghi e altre attività di verifica e controllo effettuate dalle Aziende sanitarie locali durante il periodo dell'emergenza e i rapporti delle verifiche effettuate non sono pubblici. Ad agosto 2020, Amnesty International ha inviato una richiesta formale alle aziende sanitarie di Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto per chiedere quante visite di monitoraggio fossero state realizzate nel periodo dell'emergenza sanitaria da parte degli organismi competenti in seno alle aziende sanitarie territoriali nelle strutture residenziali sociosanitarie e

77 Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/>

78 A titolo di esempio: il Difensore regionale della Lombardia, <http://www.difensoreregionale.lombardia.it/garante-dei-detenuiti/>

79 “The rule of law situation in the European Union - 2020 Rule of Law Report”, Commissione europea, 30 settembre 2020, https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/communication_2020_rule_of_law_report_en.pdf

socioassistenziali per anziani e quale piano di monitoraggio fosse stato messo in atto per supportare le stesse. Solo due aziende sanitarie dell'Emilia-Romagna hanno risposto fornendo dati esaustivi.

La maggior parte dei dirigenti sanitari e del personale intervistato da Amnesty International ha confermato che l'attività ispettiva non è stata interrotta nel periodo dell'emergenza, ma che in molti casi le ispezioni realizzate dalle aziende sanitarie locali sono consistite solo in controlli formali e amministrativi e che è mancato un ruolo di controllo effettivo e di maggiore supporto per le strutture, con profonde differenze su base territoriale.

Le maggiori criticità relative alle attività di controllo emergono dalle testimonianze della Regione Lombardia, evidenziando l'assenza di supporto da parte delle aziende sanitarie territoriali competenti. Tra la seconda metà di marzo e il mese di aprile, il dipartimento Paaps-Uoc Vigilanza e controllo strutture sociosanitarie dell'Ats di Milano ha predisposto e diffuso tra le Rsa una check-list di autocontrollo per la "verifica della gestione dell'emergenza COVID-19⁸⁰" in cui veniva chiesto alle Rsa di segnalare i protocolli di prevenzione e gestione. Sebbene questo documento di autocontrollo avrebbe dovuto supportare l'Ats nel costruire interventi in risposta delle criticità procedurali e organizzative menzionate nella check-list, la direttrice sanitaria di una Rsa nel milanese afferma di non aver ricevuto alcuna visita d'ispezione fino alla metà di giugno⁸¹.

La relazione della commissione d'inchiesta istituita ad aprile 2020 dall'Ats della città metropolitana di Milano su richiesta della Regione Lombardia e relativa alla gestione dell'emergenza COVID-19 in una Rsa milanese sottolinea che al 20 giugno 2020 sono stati effettuati sopralluoghi nella quasi totalità delle Rsa⁸², senza specificare quando tali sopralluoghi sarebbero iniziati. Secondo altre testimonianze e fonti informative, i sopralluoghi sono stati effettuati soltanto dopo che erano stati resi pubblici centinaia di decessi all'interno delle Rsa milanesi. Amnesty International non ha potuto confermare questa informazione, in quanto l'Ats di Milano non ha reso pubbliche le informazioni relative alla sua attività di vigilanza, inclusi gli allegati della relazione stessa, né ha risposto alla richiesta ufficiale di Amnesty International di agosto.

Secondo la relazione menzionata, la visita di sopralluogo presso la Rsa milanese – successiva all'invio della check-list sulle procedure COVID-19 – sarebbe stata realizzata solo il 20 maggio, dopo che era stata resa pubblica l'informazione sulle centinaia di decessi avvenuti nella struttura. I risultati dettagliati dell'istruttoria, presenti nell'allegato 30 della relazione, non sono stati pubblicati.

Alcuni operatori sanitari hanno dichiarato ad Amnesty International che le visite ispettive dei tecnici dell'Ats nelle Rsa si sono focalizzate solo su aspetti amministrativi, senza fornire alcun supporto alle strutture interessate per risolvere problemi quali carenza di Dpi e tamponi e/o per soddisfare i bisogni di formazione dello staff e senza effettuare i sopralluoghi necessari per scoprire eventuali negligenze o abusi.

80 "Vademecum Coronavirus strutture socio-sanitarie", Uoc Vigilanza e controllo strutture sociosanitarie dell'Ats di Milano, https://www.ats-milano.it/Portale/Portals/0/AtsMilano_Documenti/Vademecum%20COVID19_UdO_sociosan_260620_3daea6d3-daf1-4869-9dc6-6d5cfc908ab3.pdf

81 Questa testimonianza corrisponde anche con quanto denunciato dall'inchiesta "Senza Respirò", secondo la quale gli operatori del dipartimento Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (Psal) dell'Ats di Milano, addetti alla vigilanza negli ambienti di lavoro, fossero stati collocati in smart working e impossibilitati pertanto a svolgere il loro ruolo di ispezione nelle Rsa nella fase più critica dell'emergenza. Secondo l'inchiesta, solo a seguito di una richiesta del prefetto del 14 aprile 2020, l'attività ispettiva con sopralluoghi nelle Rsa sarebbe stata riattivata (il 23 aprile) con équipe integrate di operatori Psal e operatori del dipartimento Programmazione, accreditamento, acquisto di prestazioni sanitarie e sociosanitarie (Paaps). "Senza Respirò. Un'inchiesta indipendente sulla pandemia Coronavirus, in Lombardia, Italia, Europa", Vittorio Agnoletto, Altreconomia, ottobre 2020, <https://altreconomia.it/prodotto/senza-respiro/>

82 La relazione conclusiva della Commissione Regionale sulla gestione dell'emergenza relativamente al Pio Albergo Trivulzio è stata consegnata alla Regione Lombardia, al Comune di Milano e alla Procura della Repubblica il 9 luglio 2020 ma mai pubblicata, <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-07-09/coronavirus-pat-pio-albergo-trivulzio-assenteismo-mascherine-lombardia-commissione-9112972/>

Un operatore sanitario di una struttura del milanese racconta ad Amnesty International: *“L’Ats è venuta a controllare nel periodo dell’emergenza, ma non è servito a niente, hanno fatto solo controlli su questioni procedurali da rispettare ma non c’è stata alcuna sostanza. Ci hanno comunque abbandonati nella fase più dura”*.

La delibera n. 3524 del 5 agosto 2020 della Regione Lombardia ha poi previsto un piano COVID-19 obbligatorio per tutte le Rsa, da depositare ufficialmente all’Ats, che prevede anche la designazione di un “referente COVID-19” per struttura. La testimonianza rilasciata ad Amnesty International da una direttrice sanitaria di una Rsa lombarda indica:

“Il deposito del piano era conditio sine qua non per riaprire ai nuovi ingressi. L’unico ruolo che ha Ats però è quello di verificare il deposito del documento. Non si esprimono sui contenuti del documento nel caso in cui ci fossero errori o mancanze nei protocolli, ma fungono solo da notaio che registra il piano COVID-19 per far entrare le persone, senza esprimere alcun parere. Oggi in quanto struttura con focolaio siamo tenuti a inviare quotidianamente una Pec all’Ats con le informazioni sul numero di contagiati, i protocolli adottati. Ma finora non abbiamo ricevuto alcuna restituzione da parte di Ats”.

Alcune testimonianze raccolte in Veneto descrivono invece un ruolo di sostegno maggiore da parte delle Ulss territoriali nei confronti delle strutture sociosanitarie residenziali. Il coordinatore sanitario di una struttura veneta testimonia che:

“In fase emergenziale abbiamo ricevuto visite di controllo da parte della Ulss mirate a comprendere quali fossero le nostre difficoltà principali. A seguire abbiamo ricevuto il supporto della geriatra territoriale che ha fatto formazione agli operatori che andavano a lavorare nel nucleo COVID-19 separato, su protocolli e prassi. I lavoratori del reparto COVID-19 hanno avuto sicuramente attenzione particolare da parte delle Ulss. Anche gli altri nuclei hanno ricevuto una piccola formazione e poi slide e opuscoli informativi su come trattare i pazienti COVID-19”.

In **Emilia-Romagna**, due Ausl che hanno risposto alle richieste ufficiali di Amnesty International hanno confermato di aver realizzato le visite ispettive di vigilanza e controllo delle misure COVID-19 durante la fase emergenziale.

Alla data di pubblicazione di questo rapporto, varie indagini giudiziarie avviate dalle procure sono in corso per investigare su quanto avvenuto nelle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali nelle regioni Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto e altrove. In data 7 agosto 2020 Amnesty International ha richiesto al ministero della Giustizia il numero di inchieste avviate dalle procure della Repubblica in Italia che vedono il coinvolgimento delle strutture di residenza sociosanitarie e assistenziali dove risiedono anziani. A questa richiesta non abbiamo ricevuto risposta.

In parallelo, i nuclei antisofisticazione e sanità con incarico del ministero della Salute hanno effettuato verifiche circa l’applicazione delle misure di prevenzione e contenimento della diffusione epidemica e l’adozione dei dispositivi di protezione da parte degli operatori, successivamente a segnalazioni ricevute dalle procure. Le ispezioni dei Nas sono iniziate nel mese di aprile, poi proseguite durante i mesi estivi⁸³ e molte sono ancora in corso⁸⁴.

83 “Carabinieri NAS: oltre 14.200 ispezioni da giugno a settembre per contenimento COVID-19”, ministero della Salute, 12 ottobre 2020, http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5118

84 “COVID-19, controllate dai Carabinieri Nas 232 strutture socio-sanitarie per anziani”, ministero della Salute, 17 novembre 2020, <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioNotizieNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=5177>

Un numero elevato di esposti individuali e collettivi⁸⁵, presentati da famigliari, associazioni di famiglie⁸⁶ che difendono i diritti delle persone residenti nelle strutture, sindacati e associazioni di consumatori⁸⁷ sono ad oggi al vaglio delle autorità giudiziarie.

Nella sua relazione al parlamento del giugno 2020⁸⁸, l'ufficio nazionale del Garante nazionale per le persone detenute e private della libertà personale aveva segnalato la mancanza di un giusto sostegno da parte del sistema sanitario regionale alle strutture sociosanitarie per anziani. Lo stesso Garante ha effettuato monitoraggio e vigilanza sulle condizioni di ospitalità delle persone e sulle misure adottate per affrontare l'emergenza sanitaria⁸⁹. Il Garante però non ha effettuato visite nelle strutture nel periodo dell'emergenza sanitaria.

MANCANZA DI TRASPARENZA

L'assenza di dati aggregati su scala nazionale e disaggregati per genere e settore (pubblico, privato) impedisce un'analisi comparativa scientifica a livello nazionale. Il primo *“Rapporto sull'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care”*⁹⁰ pubblicato nel 2018 e realizzato da Cergas Sda Bocconi indica che la frammentazione che caratterizza il settore coinvolge anche i sistemi informativi che lo riguardano, ostacolando un'analisi complessiva dei bisogni e delle risposte offerte.

“I dati oggi esistenti sulla Long Term Care hanno infatti queste caratteristiche: sono parziali e non sufficienti ad arrivare ad una visione completa del fenomeno; sono eterogenei per fonti e per anno di riferimento (in alcuni casi non recentissimo); sono disomogenei per oggetto di rappresentazione e per perimetro di analisi”.

Il sistema sociosanitario e sociale non dispone di un sistema informativo integrato che permetta di associare univocamente a ciascun beneficiario il numero e la tipologia di prestazioni di cui usufruisce, né di arrivare a dare una rappresentazione completa ed esaustiva del settore. Inoltre, il materiale informativo sconta frequentemente un differenziale temporale importante con l'anno in cui vengono effettuate le analisi in un quadro generale di gravi ritardi nella pubblicazione delle statistiche ufficiali⁹¹.

Nello scenario attuale dell'emergenza inoltre, il governo e le autorità regionali e locali responsabili nella gestione della pandemia non hanno reso pubblici dati essenziali e informazioni relative alla diffusione del contagio nelle strutture residenziali sociosanitarie⁹², fondamentali per valutare l'impatto delle

85 “Il giorno delle denunce in procura. A Bergamo falle nella linea di comando”, il Fatto Quotidiano, Simone Bauducco, 10 giugno 2020, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/06/10/coronavirus-il-giorno-delle-denunce-in-procura-a-bergamo-falle-nella-linea-di-comando-la-battaglia-parte-da-qui-ma-e-per-tutti-gli-italiani/5830153/>

86 A titolo di esempio, l'associazione Felicità per i diritti nelle Rsa, <https://www.associazionefelicitaitalia.it/wp/>, il Comitato “Noi denunceremo. Verità e Giustizia per le vittime di COVID-19”, <https://www.noidenunceremo.it/>, Comitato verità e giustizia ospiti Rsa Crema, <https://www.facebook.com/Comitato-verita-e-giustizia-ospiti-Rsa-Crema-106787554360769/>

87 A titolo di esempio, Codacos Lombardia, coordinamento di associazioni per i diritti dei consumatori, <https://www.codacons Lombardia.it/decessi-nelle-Rsa-della-regione-lombardia/>

88 Relazione al parlamento del Garante nazionale per le persone detenute e private della libertà personale, giugno 2020 <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/c11fcf360be0e8a21d6afea885d93b6a.pdf>

89 “Ancora più stretta la collaborazione fra Garante nazionale e Istituto superiore di sanità sul monitoraggio delle Rsa nell'emergenza COVID-19”, Garante nazionale per le persone detenute e private della libertà personale, https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/dettaglio_contenuto.page?contentId=CNG8980&modelId=10017

Lettera del Garante ai presidenti delle Regioni sulle Rsa, https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/dettaglio_contenuto.page?contentId=CNG9172&modelId=10017

90 “L'innovazione e il cambiamento nel settore della Long Term Care- 1° Rapporto Osservatorio Long Term Care”, Cergas, 2018, <https://www.cergas.unibocconi.eu/wps/wcm/connect/a4e696bb-3695-4da2-be3b-ea6f939b6043/1%C2%B0+Rapporto+LTC.pdf?MOD=AJPERES&CVID=mnCHXMJ>

91 Ibid.

92 A titolo di esempio, le informazioni relative all'ingresso di pazienti dimessi da ospedali infetti o possibilmente infetti da COVID-19 e a eventuali contagi avvenuti successivamente all'ingresso di questi pazienti.

decisioni prese sui diritti umani delle persone anziane residenti e per garantire che le criticità vengano identificate e affrontate con urgenza già nel corso di questa seconda ondata di COVID-19.

Alcune informazioni essenziali sono state inserite nel *“Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie”*⁹³ a cura dell'Istituto superiore di sanità, aggiornato al 5 maggio 2020, che però è una fotografia parziale della situazione in un dato momento e non di una raccolta sistematica di dati. La partecipazione al sondaggio è stata su base volontaria, del 42,2%, fra il numero ridotto di strutture contattate, solo 3292 sulle 7372 esistenti in base ai dati Liuc Business School aggiornati al 31 agosto 2020⁹⁴.

Alcune aziende sanitarie locali e istituzioni hanno fornito ulteriori dati, che sono però circoscritti a territori limitati e molto parziali per una lettura complessiva. Amnesty International ha richiesto queste informazioni essenziali per la lettura del fenomeno ai ministeri della Salute e della Giustizia e a livello decentrato a due riprese a tutte le aziende sanitarie delle regioni Lombardia, Emilia-Romagna e Veneto. Alla data della pubblicazione, solo due aziende sanitarie della regione Emilia-Romagna hanno risposto alle richieste fornendo dati e risposte esaurienti. Altre aziende sanitarie lombarde hanno risposto che il personale sanitario, tecnico e amministrativo è occupato nella gestione della pandemia che ha colpito il territorio, pertanto impossibilitato a collaborare alla raccolta delle informazioni richieste.

Alcuni giornalisti e associazioni hanno richiesto dati attraverso la Foia (Freedom of Information Act). Ad aprile la testata Altreconomia⁹⁵ ha fatto richiesta tramite Foia alle aziende sanitarie lombarde (Ats e Asst) di accesso ai dati relativi a decessi (negli ospedali e nelle Rsa), contagi tra il personale sanitario inclusi i medici di base, dispositivi di protezione distribuiti anche nelle Rsa e i flussi registrati tra ospedali e residenze per anziani (da/verso).

La risposta dell'Ats di Bergamo, specularmente alle risposte ricevute dal portale dalle altre Ats, indica che *“Tutto il personale, non solo sanitario ma anche tecnico e amministrativo è occupato nella gestione dell'epidemia che ha particolarmente colpito il territorio di appartenenza della nostra Ats”* e aggiunge che *l'istanza “richiedendo l'elaborazione di una mole considerevole di dati, allo stato non aggregati stante il quadro aziendale sopra descritto non può essere evasa”*. Dopo il primo diniego, tutte le Ats risponderanno ad Altreconomia successivamente a un'istanza di riesame presentata dai giornalisti della rivista, tranne l'Ats di Bergamo. La maggior parte delle risposte evidenziava però che i dati richiesti non fossero pubblicabili per non creare un *“pregiudizio concreto alla tutela degli interessi pubblici inerenti la regolare conduzione delle indagini”*⁹⁶ in corso. L'Ats di Bergamo invece comunicherà i dati ufficiali a Altreconomia il 21 settembre, dopo un ricorso al Tribunale amministrativo regionale competente di Brescia⁹⁷.

93 “Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie, report finale”, Istituto Superiore di Sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

94 Dati dell'Osservatorio settoriale sulle Rsa, Liuc Business School, aggiornati al 31 agosto 2020, consultabili in Milena Gabanelli, Mario Gerevini e Simona Ravizza, “Anziani e Covid, perché le Rsa sono un affare solo per privati”, Dataroom del Corriere della Sera, 1° novembre 2020, <https://www.corriere.it/dataroom-milena-gabanelli/Rsa-covid-perche-case-riposo-sono-diventate-focolai-virus/c79559d4-1c5c-11eb-a718-cfe9e36fab58-va.shtml>

95 “Regione Lombardia non rende pubblici i dati sull'epidemia: la trasparenza è un ‘intralcio’”, Altreconomia, 9 aprile 2020, <https://altreconomia.it/regione-lombardia-dati-epidemia-mancata-trasparenza/>

96 “Decessi COVID-19 nelle Rsa lombarde: la trasparenza negata dalla maggioranza delle Ats”, Duccio Facchini, Altreconomia, 15 giugno 2020 <https://altreconomia.it/decessi-Rsa-lombardia-trasparenza-negata/>

97 “Nelle Rsa di Bergamo 1.308 decessi solo a marzo. I dati inediti dell'Ats sull'impatto del COVID-19”, Duccio Facchini, Altreconomia, 23 settembre 2020 <https://altreconomia.it/decessi-Rsa-bergamo-dati-ats/>

6. MANCANZE E RISPOSTE INADEGUATE DELLE AUTORITÀ

Una circolare del ministero della Salute del 22 gennaio segnalava, su indicazione dell'Organizzazione mondiale della Sanità (Oms), la diffusione in Cina di una polmonite da nuovo coronavirus e i potenziali rischi a essa connessi per le persone con condizioni cliniche croniche pregresse e una possibile maggiore incisività per le persone più anziane: *“Una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con condizioni cliniche croniche pregresse, quali ipertensione e altri problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie; anche le persone anziane potrebbero essere più suscettibili alle forme grav⁹⁸”*. La stessa circolare forniva indicazioni per il riconoscimento delle casistiche sospette di infezione e sull'effettuazione di test diagnostici. Lo stesso giorno il ministero istituisce una task force⁹⁹ con il compito di coordinare gli interventi per evitare la diffusione dell'epidemia nel paese.

Il 31 gennaio, il giorno dopo la dichiarazione con cui l'Oms¹⁰⁰ riconosce l'epidemia da Coronavirus in Cina come emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale, la presidenza del Consiglio dei ministri dichiara lo stato di emergenza nazionale per sei mesi¹⁰¹ affidando al capo del dipartimento della Protezione civile la responsabilità dell'attuazione degli interventi normativi necessari. Il 3 febbraio, l'ordinanza 630¹⁰² della Protezione civile istituisce un Comitato tecnico scientifico che ha il compito di coordinare tutti gli interventi per fronteggiare l'emergenza¹⁰³.

Il primo caso accertato di COVID-19 su un paziente residente in Italia viene confermato il 20 febbraio 2020 presso l'ospedale di Codogno, in provincia di Lodi (Lombardia)¹⁰⁴ e nei giorni successivi si verificano vari casi di positività e i primi decessi nella zona. Nel frattempo, la particolare minaccia per le persone anziane nelle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali non viene sufficientemente sottolineata, forse neppure riconosciuta, dalle autorità governative e regionali competenti, nonostante anche al loro interno inizino ad emergere casi di positività già dal 23 di

98 Circolare del ministero della Salute del 22 gennaio 2020, “Polmonite da nuovo coronavirus (2019 – nCoV) in Cina”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=72796&parte=1%20&serie=null>

99 “Coronavirus 2019-nCoV: riunita la task-force del Ministero della Salute”, ministero della Salute, 22 gennaio 2020, <http://www.regioni.it/sanita/2020/01/22/ministero-della-salute-coronavirus-2019-ncov-riunita-la-task-force-del-ministero-della-salute-604445/>

100 World Health Organisation, Statement on the second meeting of the International Health Regulations (2005) Emergency Committee regarding the outbreak of novel coronavirus (2019 nCoV), 30 gennaio 2020, [https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-\(2019-ncov\)](https://www.who.int/news/item/30-01-2020-statement-on-the-second-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-outbreak-of-novel-coronavirus-(2019-ncov))

101 Delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, “Dichiarazione dello stato di emergenza in conseguenza del rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/01/20A00737/sg>

102 Protezione Civile, Ocdpc n. 630 del 3 febbraio 2020. Primi interventi urgenti di protezione civile in relazione all'emergenza relativa al rischio sanitario connesso all'insorgenza di patologie derivanti da agenti virali trasmissibili, 3 febbraio 2020, http://www.protezionecivile.gov.it/amministrazione-trasparente/provvedimenti/dettaglio/-/asset_publisher/default/content/ocdpc-n-630-del-3-febbraio-2020-primi-interventi-urgenti-di-protezione-civile-in-relazione-all-emergenza-relativa-al-rischio-sanitario-connesso-all-in

103 Ministero della Salute, Comitato tecnico scientifico, <http://www.salute.gov.it/portale/nuovocoronavirus/dettaglioContenutiNuovoCoronavirus.jsp?lingua=italiano&id=5432&area=nuovoCoronavirus&menu=vuoto>

104 “Coronavirus: un contagiato in Lombardia”, Ansa, 21 febbraio 2020, https://www.ansa.it/sito/notizie/cronaca/2020/02/21/coronavirus-un-contagiato-in-lombardia_dda62491-4ae1-40af-9cd4-e7dc8402b493.html

febbraio¹⁰⁵. L'attenzione è focalizzata sugli ospedali, che non riescono a far fronte alle all'emergenza, concentrata soprattutto in alcune regioni del nord Italia.

L'interruzione delle visite nelle residenze sociosanitarie e socioassistenziali per anziani viene decretata tardivamente, due o tre settimane dopo l'interruzione delle visite negli ospedali. Durante questo periodo scoppiano i focolai e si propagano i contagi nelle strutture.

Lo stesso problema si riscontra con l'esecuzione di tamponi e la fornitura di dispositivi di protezione individuale (Dpi) alle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali per anziani. La necessità per entrambi viene riconosciuta tardivamente dal ministero della Salute solo il 25 marzo e il 3 aprile¹⁰⁶, quando sono già deceduti centinaia di ospiti delle strutture stesse. L'Istituto superiore di sanità, nella conferenza stampa quotidiana del 31 marzo 2020¹⁰⁷, affermava che: *“Molti decessi legati a polmoniti presumibilmente da COVID-19, per esempio nelle Rsa, non sono testati con tampone. Stiamo lavorando con l'Istat per mettere a punto una stima più precisa su questo. Ci sono dei decessi a casa dove non c'è cartella clinica, o nelle case di riposo, ma è una stima che dobbiamo fare in maniera precisa”*.

A seguito di denunce di numerosi decessi nelle strutture di residenza per anziani emerse su media e social media, il Comitato tecnico scientifico dedica la riunione dell'11 aprile alle misure per la gestione del contagio all'interno di esse. Secondo i verbali de-secretati e pubblicati dalla Protezione civile nel mese di settembre¹⁰⁸, il Cts indica come necessaria una maggiore incidenza d'azione delle istituzioni preposte alla tutela della salute, con azioni di monitoraggio, ma anche di verifica e assistenza sul posto. Nella stessa sede il Cts delibera di affidare all'Iss la stesura in tempi rapidi di un documento di sintesi riportante le misure per la prevenzione del contagio nelle strutture, con *“indicazioni già emanate in precedenti atti e tenuto conto dei più recenti aspetti di rilevanza emersi dalla situazione epidemiologica”*.

Le *“Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie”*, nella versione aggiornata e pubblicata dall'Iss il 17 aprile 2020, sono diramate per la prima volta solo il giorno seguente con una circolare del ministero della Salute¹⁰⁹; contengono indicazioni sulle precauzioni standard da adottare in caso di positività COVID-19 e sulle misure necessarie per l'organizzazione e la formazione del personale.

Nel frattempo, nessun piano viene annunciato per l'effettuazione regolare di tamponi per residenti e operatori sanitari delle strutture, una misura essenziale di contenimento della trasmissione. Molti operatori sanitari, sostenuti anche dai sindacati e da alcuni amministratori locali, avevano sin da marzo richiesto l'estensione dei test anche alle persone asintomatiche¹¹⁰. Oggi, undici mesi dopo la dichiarazione dello stato di emergenza, ancora non esiste una direttiva chiara per l'esecuzione dei tamponi, né lo prevede il protocollo dell'Iss. Il sistema di tamponi varia non soltanto da regione a regione, ma anche con differenze sostanziali tra strutture sociosanitarie nella stessa regione.

105 “Coronavirus, a Mediglia un focolaio nella casa di riposo di Mombretto”, Il Giorno, 15 marzo 2020, <https://www.ilgiorno.it/sud-milano/cronaca/coronavirus-contagi-casa-riposo-mediglia-1.5068504>

106 Circolare del 25 marzo 2020 del ministero della Salute, “Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19”, http://www.anaao.it/public/aaa_3944234_minsalute_25marzo2020.pdf; circolare del 3 aprile del ministero della Salute “Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null>

107 “Per l'Istituto superiore di sanità raggiunto il ‘picco pianeggiante’ dei contagi”, Agi, 31 marzo 2020, <https://www.agi.it/cronaca/news/2020-03-30/coronavirus-dati-contagi-decessi-guariti-8015561/>

108 Protezione Civile, verbali del Comitato tecnico scientifico Coronavirus, <http://www.protezionecivile.gov.it/attivita-rischi/rischio-sanitario/emergenze/coronavirus/verbali-comitato-tecnico-scientifico-coronavirus>

109 Circolare del 18 aprile del ministero della Salute, “Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARSCOV-2 in strutture residenziali e sociosanitarie”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73875&parte=1%20&serie=null>

110 Lettera di 52 sindacati al presidente della Regione Lombardia, 18 marzo 2020, <https://giornaledeinavigli.it/cronaca/lettera-di-52-sindaci-al-presidente-fontana/>

RESTRIZIONI TARDIVE ALLE VISITE

“Noi abbiamo fatto l’ultimo ricovero il 13 marzo e il 14 abbiamo chiuso il poliambulatorio. Nell’azienda c’è poi un’odontoiatria privata che continuava a funzionare anche successivamente. Una collega dottoressa a fine marzo ha inviato una mail alla dirigenza per chiedere perché si fosse mantenuto aperto, ma la dirigenza non ha risposto. Dopo il 13 marzo continuavano ad entrare pazienti esterni della diagnosi e odontoiatria senza percorso dedicato”

Operatore di una struttura nel centro di Milano

“A fine febbraio le modalità visite parenti è cambiata. Dalle direttive di fine febbraio, dopo la colazione riportavamo i pazienti nelle camere di quattro persone. Se arrivava un parente per paziente, poteva stare in camera col familiare, ma se un parente fosse stato infetto avrebbe potuto infettare tutti e quattro nella stanza, compresi i vicini di letto”.

Operatore di una struttura del milanese

Il 22 febbraio una circolare del ministero della Salute¹¹¹ proibiva visite ai pazienti in ospedali, ma non imponeva le stesse misure alle residenze sociosanitarie e assistenziali. Per queste ultime si introdurranno a livello regionale alcune limitazioni prevedendo visite di un solo familiare, per un periodo di tempo ridotto, con l’obbligo di indossare i dispositivi per la protezione individuale, ma senza distanziamento. Quindi decine di familiari – centinaia nelle strutture più capienti – continuavano a entrare nelle strutture e molti aiutavano i loro parenti a mangiare e/o a compiere altre funzioni di cura personale che comportano un contatto molto ravvicinato. In Lombardia tale situazione è proseguita fino alla prima settimana di marzo, in alcuni casi persino fino alla seconda – quindi per una finestra di tempo di due o tre settimane in cui potrebbero essersi verificati contagi attraverso le visite esterne. Solo il 4 marzo, con decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm)¹¹², viene bloccato su scala nazionale “l’accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungodegenza, residenze sanitarie assistite (Rsa) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti”, concedendo però alle direzioni sanitarie il potere discrezionale di decidere. Ma non vengono sospese le attività dei centri diurni per anziani e per persone con disabilità (molti dei quali si trovano nelle stesse strutture residenziali per anziani o in edifici adiacenti ma con staff in comune), le quali proseguono fino al 17 marzo¹¹³; questo avviene nonostante nel frattempo, l’8 marzo, il presidente del Consiglio dei ministri avesse decretato il lockdown del paese¹¹⁴, attuato nei giorni successivi con l’entrata in vigore a distanza ravvicinata di ulteriori decreti che prevedevano misure differenti a seconda delle regioni.

111 Circolare del 22 febbraio 2020 del ministero della Salute, “COVID-19, Polmonite da nuovo coronavirus COVID-19 – ulteriori informazioni e precauzioni ed indicazioni operative su utilizzo DPI”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73704&parte=1%20&serie=null>

112 “Coronavirus, firmato il Dpcm”, presidenza del Consiglio dei ministri, 4 marzo 2020, <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-4-marzo-2020/14241>

113 Decreto-legge n.18 del 17 marzo 2020, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/sg>

114 “Coronavirus, firmato il Dpcm”, presidenza del Consiglio dei ministri, 8 marzo 2020, <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-8-marzo-2020/14266>

In **Veneto** e **Emilia-Romagna**, il 23 febbraio il ministero della Salute ha firmato delle intese con le due regioni stabilendo le “Misure urgenti di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19” e decretando così la necessità di “limitare l'accesso dei visitatori agli ospiti¹¹⁵”.

In **Lombardia**, l'intesa fra la regione e il ministero della Salute del 23 febbraio stipulava la stessa previsione di limitazione delle visite¹¹⁶. Una nota di chiarimento della regione pubblicata il 24 febbraio però indicava che: “i parenti dei pazienti ricoverati devono attenersi alla regola di accesso alla struttura in numero non superiore ad un visitatore per paziente”. Il 27 febbraio, una seconda disposizione regionale prevedeva che i visitatori esterni alle strutture dovessero confermare, per poter essere ammessi, l'assenza di “febbre e/o sintomi respiratori”.

Il decreto del presidente del Consiglio dei ministri (Dpcm) del 1° marzo prevede, inoltre, “*la rigorosa limitazione dell'accesso dei visitatori agli ospiti nelle residenze sanitarie assistenziali per non autosufficienti*¹¹⁷” solo per alcune aree specifiche: Emilia-Romagna, Lombardia, Veneto, provincia di Savona e provincia di Pesaro Urbino.

Lo stesso Dpcm stabiliva comunque la possibilità di deroghe specifiche decise delle direzioni sanitarie delle strutture stesse. Le testimonianze raccolte da Amnesty International confermano regimi di visita molto diversi tra una struttura e l'altra, alcune delle quali hanno effettuato una chiusura molto tardiva.

Dpcm 4 marzo 2020

ART. 1 - Misure per il contrasto e il contenimento sull'intero territorio nazionale del diffondersi del virus COVID-19

[...] allo scopo di contrastare e contenere il diffondersi del virus COVID-19, sull'intero territorio nazionale si applicano le seguenti misure: m) l'accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo degenza, residenze sanitarie assistite (Rsa) e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitata ai soli casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura, che è tenuta ad adottare le misure necessarie a prevenire possibili trasmissioni di infezione [...]

Sulla base del sondaggio dell'Iss del 5 maggio¹¹⁸, tutte le strutture che hanno risposto tranne una hanno comunicato di aver attuato il divieto di visita dei familiari. L'88% delle strutture ha adottato il provvedimento di chiusura in accordo con il Dpcm dell'8 marzo tra il 23 febbraio e il 9 marzo.

Molti degli operatori sanitari intervistati denunciano la mancata chiusura tempestiva delle strutture, segnalando che in molti casi queste ultime abbiano continuato a permettere l'accesso alle visite senza percorsi specifici protetti.

115 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Regione Veneto”, Gazzetta ufficiale, 23 febbraio 2020, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/25/20a01274/sg>; “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Regione Emilia-Romagna”, Gazzetta ufficiale, 23 febbraio 2020, <https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2020/febbraio/sospesa-attivita-scuole-nidi-e-manifestazioni-tutte-le-misure-adottate-contro-il-coronavirus/ordinanza-n-1-2020-COVID-19.pdf>

116 “Misure urgenti in materia di contenimento e gestione dell'emergenza epidemiologica da COVID-19. Regione Lombardia”, Gazzetta ufficiale, 23 febbraio, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/02/25/20a01273/sg>

117 Presidenza del Consiglio dei ministri, 1° marzo 2020, <http://www.governo.it/it/articolo/coronavirus-firmato-il-dpcm-1-marzo-2020/14210>

118 “Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socioassistenziali, report finale”, Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

Uno dei membri del comitato di parenti delle vittime nelle Rsa di Crema riporta invece rispetto alla struttura dove è deceduto il padre:

“La fondazione gestisce la Rsa e l’istituto di riabilitazione. La Rsa ha bloccato i ricoveri per il caso 0 il 21 febbraio e dal 24 hanno chiuso preventivamente anche l’istituto. Poi però l’istituto è stato riaperto e abbiamo testimonianze di persone che hanno ricoverato i propri cari lì fino al 16 marzo. Gli veniva detto di stare tranquilli anche se c’erano già stati casi di contagio e decessi dai primi di marzo (cosa che stiamo denunciando in procura). La gestione della mensa veniva fatta in un istituto e poi il cibo portato ad entrambe le strutture. Il cuoco si era ammalato, con il padre nella Rsa che è deceduto e ha continuato nonostante i sintomi ad andare a lavoro”.

In questa fase iniziale, diverse strutture hanno invece adottato iniziative preventive di chiusura, in anticipo rispetto alle indicazioni regionali e nazionali.

La direttrice sanitaria di una struttura milanese che non ha registrato contagi durante la prima ondata, a settembre ha testimoniato: *“Non avevamo ricevuto alcuna indicazione dall’Ats o dalla regione, se non rispetto alla chiusura della struttura alle persone provenienti da 12 comuni del lodigiano focolai COVID-19. Il problema però è che ci si riferiva soltanto a chi risiedeva lì, ma non c’era nessuna indagine epidemiologica per vedere chi avesse circolato in quelle zone senza essere residente. Sul sito della Regione Lombardia, le FAQ indicavano: “le Rsa restano aperte?” – “Sì, per un massimo di una persona al giorno/alla volta.” Con 90 ospiti, per noi sarebbe significato fare entrare comunque un mondo dall’esterno. Quindi domenica 23 febbraio, dopo una riflessione interna, ho deciso di chiudere la struttura, in assenza di totale copertura dell’autorità sanitaria. Il 23 febbraio ho telefonato a tutte le famiglie, informando che la struttura sarebbe rimasta chiusa per 2 settimane alle visite. Ovviamente la mancanza di direttive delle autorità ha creato un problema, perché quando un parente ostinato insiste di voler entrare, senza direttive regionali è complicato convincerlo. Ma abbiamo chiuso il cancello contrariamente alla normativa e ci siamo attivati. Ad oggi siamo ancora a contagi zero”.*

In provincia di Bergamo invece, alcune strutture si erano attivate per chiudere preventivamente i centri diurni, che in molti casi sono interni o adiacenti alle Rsa o hanno personale in comune con esse, ricevendo però la contestazione da parte dell’ente di vigilanza e controllo (l’Ats territoriale di Bergamo). Queste stesse strutture hanno denunciato di non aver potuto chiudere in modo totale alle visite dei familiari quando avrebbero voluto, con alcuni giorni di anticipo rispetto al Dpcm del 4 marzo, poiché consapevoli del rischio di diffusione del contagio all’interno. Secondo quanto riportato all’interno di un documento visionato da Amnesty International, che riferisce l’esito di un incontro tra l’Ats di Bergamo e le principali organizzazioni che rappresentano le strutture, il 25 febbraio l’Ats avrebbe ordinato di attenersi alle limitazioni previste e non chiudere in modo totale alle visite, pena la ridiscussione dell’accreditamento.

La direttrice sanitaria di una Rsa del bergamasco testimonia ad Amnesty: *“Dal 24 febbraio i dirigenti della struttura decidono in modo autonomo, in assenza di indicazioni ufficiali, di chiudere le visite in Rsa e di chiudere il centro diurno integrato. In pratica nessuno può entrare nella struttura (né parenti, né volontari) a eccezione del personale. Il 25 da Ats di Bergamo arriva una nota inviata a tutte le strutture che indica di tenere aperti i centri diurni, perché servizio territoriale che va tenuto aperto e di proseguire l’assistenza domiciliare. La nota ribadisce di tenere le Rsa aperte alle visite dei parenti, in modo contingentato (un parente per paziente, non più di tre nello stesso momento in un reparto, dotati di guanti e mascherina). Il tono è minaccioso: per chi non obbedisce si mette in discussione l’accreditamento. Ho avvisato tutti i parenti circa i pericoli, per scoraggiarli e non volendo riaprire ci limitiamo al minimo. Il 26 apre il centro diurno ma vengono solo due utenti, che sviluppano febbre in poche ore e vengono dunque rimandati a casa. Da quel momento il centro non viene più aperto. Le visite alla Rsa sono molto ristrette, 15 parenti circa dal 25 al 28 (10 minuti un parente per ospite). Inoltre, la struttura chiede alla Protezione civile (ai volontari) di presidiare l’ingresso proprio per controllare meglio le visite. Il 27 e il 28 l’Ats di Bergamo fa due controlli per verificare se sono state seguite le indicazioni fornite il 25. Prendono atto che è rimasto chiuso perché non c’erano più utenti”.*

Solo con il decreto-legge n. 18 del 17 marzo¹¹⁹ vengono infine sospese le attività dei centri diurni per anziani e per persone con disabilità.

La chiusura totale delle strutture non viene quindi disposta in maniera tempestiva, permettendo di fatto, per alcune settimane dallo scoppio dell'epidemia, il contatto con potenziali portatori del virus. Le misure di chiusura totale vengono poi introdotte sulla base di ordinanze regionali in date differenti da regione a regione.

Limitazioni alle visite regione per regione

Lombardia: la delibera XI/3018 del 30/03/2020¹²⁰, con oggetto *“Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Indicazioni per gestioni operative per le Rsa e le Rsd”* dispone *“il divieto di accedere alla struttura da parte di familiari e conoscenti, (come indicato nel Dpcm n. 9 dell'8 marzo 2020 art.2, comma q); la visita può essere autorizzata in casi eccezionali (ad esempio situazioni di fine vita) soltanto dalla direzione della struttura, previa appropriata valutazione dei rischi-benefici”*.

Emilia-Romagna: l'ordinanza n. 833¹²¹ della regione sospende dal 10 marzo 2020 l'attività dei centri semiresidenziali per anziani e per disabili (centri diurni).

Veneto: il 6 marzo sono chiuse temporaneamente le unità di offerta semi-residenziali sociosanitarie e sociali, per anziani, persone con disabilità, minori, persone con dipendenza, persone con problemi di salute mentale¹²²; il 16 marzo è inibito l'accesso di familiari e visitatori, autorizzando, esclusivamente in casi di urgenza o di indifferibilità (es. nel caso di terminalità), l'accesso a singole persone munite di Dpi adeguati attraverso percorsi protetti predefiniti per l'ingresso e l'uscita¹²³.

In assenza di protocolli condivisi, anche successivamente alle misure di chiusura disposte dalle autorità, sulla base delle testimonianze dei famigliari, appare evidente che le strutture abbiano disposto permessi speciali per l'ingresso dei famigliari all'interno delle strutture stesse, come nel caso della possibilità prevista da alcune strutture di rendere un ultimo saluto agli ospiti in fine vita. Tali disposizioni non risulta siano state applicate in modo uniforme. Alcune strutture hanno previsto tali permessi, altre no; alcune strutture che non hanno previsto tali permessi, avrebbero consentito comunque su base discrezionale l'accesso dei famigliari di alcuni ospiti e non di altri.

PAZIENTI COVID-19 POSITIVI INVIATI NELLE STRUTTURE SOCIOASSISTENZIALI E SOCIOASSISTENZIALI

119. Decreto-legge del 17 marzo 2020 “Misure urgenti in materia di servizi socio-sanitari e di sostegno economico per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/17/20G00034/20200317>

120. Delibera XI/3018 del 30 marzo 2020 della Regione Lombardia, https://www.regione.lombardia.org/wp-content/uploads/2020/04/DGR-XI_3018_DEL_30_03_2020-Rsa-RSD.pdf

121. Ordinanza 833 del 10 marzo 2020 della Regione Emilia-Romagna, <https://www.regione.emilia-romagna.it/notizie/2020/marzo/coronavirus-il-decreto-del-governo-le-misure-in-vigore-in-emilia-romagna/ordinanza-8-marzo-1.pdf>

122. Nota regionale del 6 marzo 2020 della Regione Veneto, https://publ.regione.veneto.it/BUIV/Services/DownloadDownload.aspx?name=OPGR_03_2020_Allegato_3_421029

123. Nota regionale prot. n. 122366 del 16 marzo 2020 della Regione Veneto, “Nuovo Coronavirus (SARS-CoV-2): ulteriori indicazioni per l'attivazione di nuclei di isolamento nelle Strutture residenziali extra-ospedaliere per anziani, disabili, minori, dipendenze e salute mentale”, <https://www.epicentro.iss.it/territorio/veneto/pdf/Strategia%20260820.pdf>

Possiamo distinguere in due casistiche differenti le tipologie di trasferimenti di pazienti COVID-19 positivi dimessi da ospedali e verso le strutture:

- nuovi ingressi da ospedale di pazienti presunti non COVID-19 positivi, ma **non sempre sottoposti a test adeguati per la rilevazione del virus** prima delle dimissioni **e/o ad adeguata procedura di isolamento** all'ingresso in struttura – parte di questi pazienti ha sviluppato i sintomi della malattia a pochi giorni dall'ingresso in struttura;
- nuovi ingressi da ospedale di **pazienti in fase non più acuta ma ancora COVID-19 positivi**.

Secondo le testimonianze raccolte da Amnesty International tra direttori, operatori sanitari e parenti di ospiti residenti nelle strutture, in particolare nelle Rsa lombarde, **i nuovi ingressi di pazienti dimessi dagli ospedali all'interno delle strutture non sempre sono stati accompagnati dall'applicazione di adeguate precauzioni**, favorendo così il contagio.

Si distinguono vari elementi di criticità che hanno reso difficoltosa la gestione di questi pazienti:

- assenza di tampone prima e/o dopo l'ingresso in struttura;
- inefficienza o assenza di misure precauzionali adeguate, quali isolamento e separazione totale dei reparti e del personale a essi dedicato;
- carenza di Dpi per staff e ospiti;
- carenza di personale a causa di malattia e quarantena;
- carenza o assenza di supporto e orientamento da parte delle istituzioni competenti (enti sanitari territoriali competenti);
- carenza o assenza di personale medico specialistico richiesto dalle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali alle istituzioni regionali o locali a sostegno organizzativo;
- carenza o assenza di controlli volti a verificare la corretta attuazione dei requisiti per il contenimento del virus, aggravata dall'assenza di un sistema trasparente che consenta di tracciare tale attività.

Una circolare del ministero della Salute del 25 marzo 2020, quando sono già morte migliaia di persone anziane, indica che: **“è necessario identificare prioritariamente strutture residenziali assistenziali dedicate ove trasferire i pazienti affetti da COVID-19 che non necessitano di ricovero ospedaliero**, per evitare il diffondersi del contagio e potenziare il relativo setting assistenziale¹²⁴”. A tal fine il ministero indica che:

- dovranno essere “previsti **percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale** ivi operante”;
- è “indispensabile potenziare il personale in servizio presso queste strutture, anche attraverso

124 Circolare del ministero della Salute del 25/03/2020 recante Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73751&parte=1%20&serie=null>

i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari”;

- è “indispensabile **effettuare in maniera sistematica tamponi** per la diagnosi precoce dell’infezione a carico degli operatori sanitari e sociosanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale”.

Amnesty International ha chiesto al ministero un chiarimento circa gli eventuali meccanismi di supervisione specifica messi in atto dal dicastero stesso per garantire che le strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali per anziani applicassero le misure previste dalla sopracitata circolare; alla data di pubblicazione di questo report non è stata ricevuta risposta.

Le “Indicazioni *ad interim* per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie” dell’Istituto superiore di sanità, nella sua prima versione del 16 marzo 2020¹²⁵, non menzionano la limitazione dei nuovi ingressi di ospiti in strutture sociosanitarie, per il cui inserimento nel documento occorre attendere la versione del 17 aprile, allegata alla circolare ministeriale emanata il giorno successivo¹²⁶. Tuttavia, **non è fatto riferimento alcuno all’eventualità in cui il nuovo ingresso corrisponda a un paziente dimesso da ospedale**: *“I nuovi ingressi dovrebbero essere limitati ai casi urgenti e improcrastinabili, per consentire una riduzione nel numero dei residenti necessaria a poter gestire i casi in isolamento. Sospendere, se opportuno, gli ingressi temporanei programmati, previa verifica di sostenibilità da parte del contesto familiare, garantendo comunque gli interventi “indifferibili”, cioè quelli senza i quali potrebbe verificarsi un rapido peggioramento delle condizioni cliniche del paziente, nonché il probabile ricorso all’ospedalizzazione. Limitare i nuovi ingressi di ospiti in strutture residenziali sociosanitarie dopo conseguente valutazione dello stato salute e tampone¹²⁷”.*

Mai esclusi, i trasferimenti di pazienti da ospedali a Rsa sono avvenuti in modo continuo, senza avvertimenti, istruzioni o discussioni. Tali negligenze hanno messo in pericolo la salute e la vita di migliaia di persone anziane nelle Rsa.

La direttrice sanitaria di una struttura lombarda del bergamasco che, tra i vari servizi offerti oltre alla Rsa, ha anche un hospice, riferisce ad Amnesty International della totale assenza di indicazioni e supporto da parte della Regione e dell’Ats competente in occasione degli ingressi di pazienti dimessi da ospedale avvenuti in una prima fase, dopo il 20 febbraio, data in cui è registrato il primo caso positivo a Codogno: *“Il 23 [febbraio] viene ricoverato nell’hospice un malato terminale in arrivo dall’ospedale di Alzano, della cui chiusura a causa di un focolaio di COVID-19 sono avvisata in via ufficiosa da un collega, alcune ore dopo, nel primo pomeriggio. Entro in allarme dopo aver scoperto, dalla cartella clinica del paziente, che si trovava nel piano del reparto dove erano stati riscontrati casi di positività. Contatto l’helpline della regione dedicata all’emergenza COVID-19, mi chiedono di lasciare i dati e sono ricontatta solo la sera, quando mi verrà detto di non considerarlo un caso sospetto poiché trattandosi di un malato terminale che non deambulava non poteva avere avuto contatti con gli altri ricoverati del piano. Chiedo al Dipartimento di medicina preventiva dell’Ats di poter fare un tampone, ma la risposta è negativa. Fortunatamente le stanze dell’hospice sono singole. Il 29 [febbraio] alle 10, sempre per l’hospice arriva un nuovo paziente dallo stesso ospedale. Alle 17 ci viene faxato il risultato del tampone nasofaringeo a cui era stato sottoposto in ospedale: positivo. È il primo caso ufficiale che abbiamo. Attuiamo le procedure standard in caso di epidemia,*

125 “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da Sars-Cov-2 in strutture residenziali sociosanitarie”, Istituto superiore di sanità, 16 marzo 2020 <https://www.regione.umbria.it/documents/18/19902698/rapporto+covid/8ae71eb2-70b2-462f-ac6e-b97933f83b65>

126 Circolare del ministero della Salute del 18/04/2020 recante “Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell’infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali sociosanitarie”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/%20renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73875&parte=1%20&serie=null>

127 Ibidem.

senza ricevere alcuna indicazione, pur avendo informato della situazione l'Ats. **La prima settimana di marzo iniziano a moltiplicarsi i casi di febbre nella Rsa, a dimostrazione del fatto che il COVID-19 stesse circolando all'interno già da un po'.** Le prime informazioni dalla regione, in cui si indica cosa fare per evitare la diffusione del virus, le riceviamo a fine marzo”.

Il direttore di una fondazione alla quale fanno capo diverse strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali in Veneto ci racconta: *“Le strutture gestite dalla fondazione sono rimaste tutte Covid-free a eccezione di una, dove invece si è verificato un focolaio di grave portata. Qui è stato inviato un paziente affetto da Alzheimer dopo le dimissioni da un ospedale. Prima dell'arrivo gli era stato fatto un primo e unico tampone risultato negativo. Nel giro di pochissimi giorni ha sviluppato i primi sintomi e un secondo tampone ha confermato la positività. Trattandosi di un paziente Alzheimer e in assenza di indicazioni specifiche da adottare in quella circostanza, non è stato possibile isolarlo”.*

La conferma ci arriva dall'amministratore di alcune altre strutture in Veneto: *“I trasferimenti verso gli ospedali sono stati ridotti al minimo indispensabile, del 95% e di conseguenza anche i rientri dagli ospedali sono calati drasticamente. Quando il paziente vi era stato solo uno o due giorni, erano gestiti con un monitoraggio, se il tempo di ricovero era stato maggiore veniva fatto il tampone, disposto l'isolamento preventivo e, dopo un'altra settimana, un secondo tampone. C'è stato qualche caso di paziente positivamente in un secondo momento, che potrebbe aver alimentato i contagi all'interno delle strutture che ne hanno avuti, ma non sono stati inviati pazienti che si sapeva fossero COVID-19 positivi. Laddove le strutture non avevano la possibilità di isolare creando nuclei separati da subito l'orientamento è stato per l'ospedalizzazione e l'Ulss ci ha aiutato coi ricoveri, quando non si poteva isolare”.*

Nonostante ripetute richieste da parte di Amnesty International Italia alle autorità nazionali, regionali e locali, non è stato possibile ottenere – né sappiamo se siano stati raccolti – dati omogenei che consentano di analizzare la portata di tali pratiche per individuare in modo puntuale possibili correlazioni tra ingressi nelle strutture socioassistenziali residenziali per anziani di nuovi pazienti dimessi da ospedale e contagio all'interno delle stesse.

A livello regionale, l'8 marzo la **Lombardia ha adottato una delibera** (XI/2906)¹²⁸ che stabilisce, in considerazione della necessità di “liberare rapidamente i posti letto degli ospedali per acuti”, di **individuare ambienti extra-ospedalieri per il ricovero di pazienti COVID-19 positivi “a bassa intensità assistenziale”**, ovvero non più in fase acuta, ma ancora positivi.

La responsabilità della conformità delle strutture ai requisiti che dovevano essere garantiti per ospitare questi pazienti con COVID-19, come un padiglione separato o un edificio fisicamente indipendente e personale dedicato¹²⁹, ricadeva sulle Ats, incaricate anche delle verifiche di conformità con i requisiti strutturali e gestionali.

128 Deliberazione N° XI / 2906, Regione Lombardia, 8 marzo 2020, <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c/DGR+2906+8+marzo+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c-n7b410B>

129 Ibidem. Si tratta di pazienti provenienti da reparti internistici con alcune caratteristiche che garantivano che gli stessi non necessitassero assistenza particolare (pazienti con comorbidità stabilizzati, assenza di febbre da almeno 3 giorni, necessità di ossigenoterapia continuativa < 4 litri minuto) per il ricovero presso strutture socioassistenziali come le Rsa con aree dedicate a loro, in grado di garantire reperibilità medica notturna, assistenza infermieristica H24, con la possibilità di riammissione in ospedale per gli acuti, strutture per esami di laboratorio, radiografie, terapie dell'ossigeno ecc.

La direttrice sanitaria di una Rsa di Milano che non ha accettato di accogliere pazienti COVID-19 positivi ha raccontato a Amnesty International come è avvenuto il contatto con le istituzioni: *“A me è sembrata un’idea folle. Con delle rette in meno e le uscite che continuano, è vero che è dura sopravvivere, ma la nostra struttura per fortuna è abbastanza sana e l’Ats in quella circostanza si è rivolta direttamente a me. Il potere intimidatorio dell’Ats c’è, non serve che alzino la voce, ogni comunicazione può essere una forma di intimidazione. Ho ricevuto quattro chiamate da parte di una persona di un call center, senza alcuna competenza medica. Mi ha detto **‘non si preoccupi, la faccio parlare con un medico, ma dopo, ossia dopo aver deciso’**. Mi ha poi chiamato anche l’Ats per capire se avessimo i criteri, ma hanno capito che eravamo piccoli e che non c’era modo di separare gli spazi e il personale”*.

Il parente di una vittima COVID-19 di una Rsa di Milano gestita da un gruppo internazionale ci ha detto: *“Quando sono andato a parlare con il direttore sanitario per chiedere spiegazioni su quanto fosse accaduto all’interno della struttura, mi ha detto che **sono stati sotto pressione per accettare malati COVID-19 in dimissione da ospedale. Hanno rifiutato ma secondo quando mi ha riferito ci sarebbe stata insistenza da parte delle istituzioni”***.

La pressione che la dirigenza di alcune strutture avrebbe avvertito, secondo alcuni rappresentanti del settore, deriva dal timore di pregiudicare le relazioni con le autorità regionali dai cui dipende parte dei finanziamenti ricevuti dalle Rsa¹³⁰. Nonostante l’attenzione del dibattito mediatico circa gli “incentivi” economici¹³¹ forniti alle Rsa disposte ad accogliere pazienti con COVID-19, per queste strutture la vera forma di incoraggiamento ad accettare pazienti COVID-19 positivi non sembra essere stata la possibilità di guadagno extra¹³² quanto la possibilità di occupare posti letti rimasti vacanti.

130 “Dipendiamo per un buon 30% dai finanziamenti della Regione – logico che molti abbiano paura di perderli”, Luca Degani, presidente di Uneba Lombardia in “La denuncia di Uneba, così in Lombardia si è acceso il fuoco nelle Rsa”, Vita, 4 aprile 2020, <http://www.vita.it/it/article/2020/04/04/la-denuncia-di-uneba-cosi-in-lombardia-si-e-acceso-il-fuoco-nelle-Rsa/154874/>

131 “Coronavirus, Trivulzio il grande scandalo: 150 euro al giorno per ogni anziano malato”, Il Messaggero, 12 aprile 2020 https://www.ilmessaggero.it/italia/coronavirus_trivulzio_scandalo_rimborsi_malati_anziani_covid_Rsa-5166976.html

132 Il riconoscimento economico e l’incremento di budget per gli enti coinvolti veniva demandato a successivi provvedimenti; la delibera XI/3529 del 5 agosto 2020 stabilisce che, per l’assistenza a pazienti con COVID-19, sono previsti: “€ 145 a giornata, ridotta del valore delle compartecipazioni/rette secondo quanto previsto dal contratto con l’ospite, per pazienti già inseriti su posti a contratto in strutture socio-sanitarie residenziali per disabili ed anziani; in tale tipologia di attività rientrano i pazienti sottoposti a tampone nasofaringeo, per i quali il periodo oggetto di tale tariffazione è compreso tra la data di effettuazione del primo tampone e la data di referto del secondo tampone negativo oppure, per il periodo febbraio-maggio, in assenza di tampone, pazienti per cui si rileva la presenza nel FASAS di sintomatologia riconducibile alla casistica COVID per il periodo di durata della sintomatologia; tariffa stimata tenendo conto della remunerazione giornaliera che avrebbero avuto in struttura ospedaliera i medesimi casi (DRG 089)”. <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-3529-legislatura-11>. Questo significa che viene corrisposta alle strutture una quota sanitaria pari alla differenza tra 145 euro e la retta alberghiera già in essere per ogni posto letto COVID-19, di fatto superando di poco quella che l’attuale quota sanitaria massima corrisposta alle strutture.

DELIBERA 8 MARZO: PAZIENTI NON-COVID E PAZIENTI COVID¹³³

Nel caso dei pazienti non-COVID si tratta di persone stabilizzate che necessitano di un “percorso di osservazione e cura” provenienti da reparti internistici, da neurologia, da cardiologia e per le quali è richiesta, in Rsa, assistenza medico specialistica e infermieristica e la possibilità di indagini radiologiche e di laboratorio. **Prima delle dimissioni ospedaliere e dell'ingresso presso l'Rsa deve essere accertata la negatività al virus mediante tampone.**

Nel caso di pazienti con COVID-19, si tratta di persone provenienti dai reparti internistici: persone con comorbilità stabilizzate; in caso di assenza di febbre da almeno 3 giorni; con necessità di ossigenoterapia continuativa < 4 litri minuto. Oltre a soddisfare le caratteristiche di indipendenza citate [padiglione separato o un edificio fisicamente indipendente e personale dedicato ndr], le strutture ospitanti devono garantire reperibilità medica notturna, assistenza Infermieristica h24 e la possibilità di riammissione in ospedale per gli acuti.

SISTEMI DI PREVENZIONE DELLE INFEZIONI INATTUATI

“Nella mia struttura il primo controllo è arrivato a maggio; prima non abbiamo avuto nessun contatto con l'Ats, non rispondevano alle nostre chiamate”, racconta ad Amnesty International la direttrice di una Rsa di Milano dove, al momento del primo contatto da parte dell'Agenzia di tutela della salute, erano già morte decine di ospiti con COVID-19.

In teoria la delibera della Regione Lombardia dell'8 marzo conteneva requisiti specifici che avrebbero potuto limitare il rischio di contagio per ospiti e staff delle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali che hanno accolto pazienti dimessi da ospedali COVID-19 positivi. In pratica, dalle testimonianze che Amnesty International ha raccolto, emerge che non sempre questi requisiti sarebbero stati rispettati, sia per mancanza di risorse umane che materiali (carenza di staff, tamponi e Dpi), sia per mancanza di orientamento e formazione, o, infine, per negligenza. Nell'assenza di un sistema di controllo efficace, responsabile e trasparente, centinaia di persone anziane sono state contagiate in queste circostanze e hanno perso la vita in tali strutture.

Secondo le testimonianze di alcuni direttori sanitari e rappresentanti dell'Ordine dei medici della Lombardia, l'abituale attività di verifica condotta dalle Ats prima dell'emergenza talvolta si limitava a un controllo formale della documentazione, non sempre affiancato da un sopralluogo per accertare la sussistenza degli standard fisici e operativi previsti.

In merito alle strutture che hanno accolto pazienti con COVID-19 nell'ambito della delibera dell'8 marzo, non è stato possibile ottenere dati e risposte dalle autorità competenti circa l'attività di verifica portata avanti per garantire che rispettassero i requisiti stabiliti.

Allargando lo sguardo anche al resto delle strutture lombarde, invece, da altre interviste emerge che molte Rsa dove si sono sviluppati focolai di COVID-19 che hanno causato la morte di centinaia di pazienti non avrebbero ricevuto alcuna ispezione durante i primi mesi della pandemia. La stessa delibera dell'8 marzo, infatti, afferma la necessità di **“riorientare le attività procrastinabili delle Ats**

133 Deliberazione N° XI / 2906, Regione Lombardia, 8 marzo 2020, <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c/DGR+2906+8+marzo+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c-n7b410B>

favorendo la disponibilità del personale a contribuire a far fronte all'emergenza epidemiologica da COVID-19, limitando prioritariamente le attività di vigilanza, accreditamento e controllo sulle strutture del sistema sanitario e socio sanitario¹³⁴”.

Secondo le testimonianze di vari operatori sanitari intervistati da Amnesty International il punto di svolta nella situazione dei contagi nelle Rsa, in particolare nelle grandi strutture nel milanese, è da individuare in primo luogo nei trasferimenti relativi ai pazienti spostati prima del 16 marzo e dichiarati dai presidi ospedalieri dimettenti come non-Covid “sulla base dell'assenza di sintomi¹³⁵”, diagnosi solo occasionalmente supportata “dall'esito di specifici accertamenti diagnostici¹³⁶”.

Un operatore di una grande Rsa milanese dove si sono verificati più di 430 decessi tra marzo e giugno, racconta ad Amnesty International: **“Da noi il virus è esploso dal 13 marzo, dopo che sono arrivati pazienti dal pronto soccorso. Il 13 marzo l'azienda ha ricevuto 17 pazienti. Ci hanno detto e ribadito che erano pazienti non COVID-19, ma come potevano saperlo se queste persone non hanno mai fatto il tampone? Due giorni dopo questi nuovi ingressi, il medico, la caposala e altri due operatori specializzati del mio reparto si sono sentiti male. Il medico e la caposala sono stati addirittura ricoverati, sicuramente affetti da COVID-19, ma in quel momento non si effettuavano i tamponi. La direzione ha istituito il reparto Covid nel Primo intervento geriatrico, in una struttura con sei altri reparti, quindi non indipendente e senza personale esclusivo. Ci continuavano a dire che non erano pazienti COVID-19 e che il virus l'avevamo portato noi da fuori. Il personale non era informato della possibile positività di questi pazienti dimessi dagli ospedali. Oltretutto, molti infermieri venivano spostati continuamente e non era possibile controllare”**.

Un operatore di una Rsa di Cremona riferisce ad Amnesty International: **“I pazienti che hanno avuto il COVID-19 in ospedale hanno portato il virus dentro la Rsa. Abbiamo ricevuto circa 20 persone nella mia struttura. All'inizio non ci dicevano niente perché non c'erano protocolli. Dopo, con le disposizioni e il protocollo COVID-19, quelli dimessi dall'ospedale sono stati sistemati in un reparto COVID-19 in quarantena e poi venivano distribuiti nei reparti, stessa cosa per le nuove accoglienze. Ma per i primi tempi questo non si è fatto e si è diffuso il contagio”**.

Secondo il presidente di Uneba Lombardia anche dopo il 16 marzo si sarebbero verificati problemi analoghi: **“Molte dimissioni dagli ospedali di persone apparentemente COVID-19 negative sono state realizzate velocemente e spesso senza doppio tampone negativo nelle ultime 48h prima del trasferimento”**. La stessa preoccupazione era stata espressa in un documento firmato dalle associazioni di rappresentanza degli enti gestori, inviato alla Regione Lombardia il 20 aprile¹³⁷ che critica il sistema di dimissione previsto dalla delibera regionale dell'8 marzo perché spesso è mancata, in fase di dimissione dei pazienti dagli ospedali, la diagnosi tramite doppio tampone, necessaria per l'invio in sicurezza del paziente stesso in una Rsa. Lo stesso documento riporta casi in cui pazienti, segnalati come negativi e inviati nelle Rsa, avrebbero presto manifestato i sintomi tipici del COVID-19¹³⁸.

134 Deliberazione N° XI / 2906, Regione Lombardia, 8 marzo 2020, <https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c/DGR+2906+8+marzo+2020.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-5e0deec4-caca-409c-825b-25f781d8756c-n7b4IQB>

135 Come riferisce la Relazione della Commissione di verifica gestione emergenza COVID-19 presso il Pio Albergo Trivulzio, visionata da Amnesty International Italia, solo a partire dal 16 marzo, nell'ambito della delibera dell'8 marzo, la Centrale Unica Regionale prende in carico la gestione dei trasferimenti degli ospedali (7397 al 3 giugno, incluse sia le strutture extraospedaliere sanitarie che quelle sociosanitarie). I trasferimenti che hanno luogo prima del 16 marzo riguardano pazienti dichiarati “No Covid” dalla struttura di provenienza sulla base dell'assenza di sintomi di infezione in atto e “non era, se non occasionalmente, supportato dall'esito di specifici accertamenti diagnostici”, poi prescritti a partire dal 16 marzo.

136 Ibidem.

137 “Criticità rilevate dagli enti sociosanitari a seguito d'infezione COVID-19 e richiesta costituzione tavolo di lavoro comune”, lettera delle organizzazioni di settore Agespi, Anaste, Aris, Arlea, Anffas, ACI Welfare e Uneba, 20 aprile 2020, <https://www.uneba.org/wp-content/uploads/2020/04/galleria-fontana-sociosam.pdf>

138 Ibidem.

Un operatore di un'altra grande Rsa milanese, anch'essa teatro di molti decessi, ci racconta come, anche in seguito al trasferimento di pazienti con COVID-19, non siano state attuate le misure previste dalla delibera dell'8 marzo: *“Sono arrivate circa 30 persone intorno al 14-16 marzo e hanno occupato mezzo reparto. Non c'erano dispositivi: né mascherine né camice, né visiera, né niente. Il 13 marzo erano arrivate solo le mascherine, ci hanno detto di piegarle e riutilizzarle in seguito. Poi ho scoperto da voci di corridoio che stavano arrivando pazienti COVID-19, non c'è stata una comunicazione o riunione speciale per questo. Poi hanno spostato i pazienti COVID-19 positivi nella struttura, ma c'era un padiglione specifico che non è stato usato. Il personale si spostava dai reparti COVID-19 a quelli non COVID-19. Eravamo tutti mischiati: quelli che lavoravano nel reparto COVID-19 si cambiavano abitualmente nel reparto non COVID-19, tutti nello stesso spogliatoio. Anche per timbrare bisognava spostarsi da un'area all'altra”*.

Con particolare riferimento alla vicenda lombarda, non vi è finora stata trasparenza riguardo ai trasferimenti di pazienti COVID-19 positivi dagli ospedali alle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali e rispetto all'impatto sulle strutture che li hanno accolti – a seguito della delibera 2906 della Regione Lombardia e/o in assenza di linee guida sui rischi che tali trasferimenti comportavano per ospiti e lavoratori delle strutture. Le autorità regionali e le Ats non hanno risposto alle richieste di informazione di Amnesty International e non esistono dati consultabili chiari e completi¹³⁹.

Tuttavia, alcune cifre sono emerse durante la riunione della commissione Sanità del Consiglio della Regione Lombardia il 9 settembre 2020¹⁴⁰. **Diciotto Rsa hanno accolto 210 pazienti dimessi da ospedali**, definiti dall'assessore alla Sanità della Regione Lombardia, Giulio Gallera, come “pazienti che potevano essere dimessi, erano clinicamente guariti [...] quindi una situazione di tranquillità”. In queste 18 Rsa fino al 31 luglio erano **deceduti con COVID-19 163 ospiti e almeno 719 erano risultati infetti dal virus. Questa media di nove decessi per Rsa è quasi doppia** rispetto alla media che otteniamo allargando lo sguardo a tutte le strutture lombarde (708), che al 31 luglio avevano registrato 3378 decessi con COVID-19, **ossia una media di 4,8 decessi per struttura**.

Il problema della garanzia di requisiti adeguati ad affrontare, in condizioni che contenessero il rischio di contagio, i trasferimenti dagli ospedali verso le strutture di residenza per anziani si ripete in **Emilia-Romagna**. Il 20 marzo la direzione generale Cura alla persona, salute e welfare della regione, comunicava ai direttori generali delle unità sanitarie locali¹⁴¹, ai sindaci, ai direttori di distretto, ai gestori degli enti interessati e al commissario ad acta per l'emergenza COVID-19 di **“prevedere un'adeguata organizzazione per rispondere a dimissioni ospedaliere di persone affette da Coronavirus, persone ospiti delle Cra alle quali venga riscontrata positività a COVID-19 [...] Prevedere comunque procedure e percorsi specifici per gli ospiti dimessi dagli ospedali anche senza sintomi, che richiedono inserimenti indifferibili in Cra, per esempio un isolamento precauzionale, per evitare ogni rischio potenziale di contagio”**¹⁴².

Non vengono pertanto fornite indicazioni più specifiche rispetto alle misure da adottare, a livello operativo, in quelle strutture che, per esempio, non sono fisicamente in grado di garantire l'isolamento.

139 In ultimo, il 1° dicembre, l'Ats di Milano ha inviato una nota alle Rsa indicando che, qualora abbiano adottato le misure necessarie a garantire l'adeguato isolamento, “gli ospiti paucisintomatici o asintomatici classificabili come COVID-19 lieve” possono permanere nella struttura a fronte della effettiva mancata risposta della piattaforma Priamo (portale della Centrale Unica Regionale Dimissione Post Ospedaliera istituita con la delibera della Regione Lombardia dell'8 marzo per il trasferimento di pazienti dimessi da ospedale in risposta all'emergenza COVID-19). La comunicazione, che richiedeva alle strutture di provvedere anche all'adeguamento del piano organizzativo e gestionale nelle 24 ore successive al suo invio, è stata criticata da Uneba a causa delle criticità che potrebbero verificarsi se venissero a mancare i requisiti previsti per mantenere gli ospiti positivi in sicurezza.

140 Verbale della seduta del 9/09/2020, n.26/2020, III Commissione “Sanità e Politiche Sociali”, <https://www.consiglio.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/8b0248c7-b17f-4631-add9-870ff5b0c6b7/Verbale+n.+26+del+9+settembre+2020.pdf?MOD=AJPERES>

141 Nella comunicazione via email indicate come UU.SS.LL.

142 “Emergenza COVID-19: indicazioni per i servizi territoriali sociosanitari e strutture per anziani e persone con disabilità”, 20 marzo 2020, https://www.comune.valsamoggia.bo.it/images/2020/indicazioni_CRA.pdf

La parente di una vittima ospitata in una Cra del Modenese afferma, rivolgendosi ad Amnesty International: ***“Nelle strutture ci sono stati ingressi di persone in emergenza e in dimissione dagli ospedali, non solo i rientri di ospiti già presenti in struttura. Per poter liberare posti letto. Una signora, per esempio, è stata dimessa dall’ospedale e portata nella struttura di mia madre dopo aver fatto un solo tampone che era risultato negativo. Dopo quattro giorni ha iniziato a manifestare i sintomi, troppo presto per aver contratto il virus nella Cra. L’hanno riportata in ospedale a quel punto, ma ormai il danno era fatto. La stessa azienda sanitaria di Modena ha ammesso che questi trasferimenti sono avvenuti. In un’interrogazione, per esempio, indicano l’arrivo di un paziente in emergenza da domicilio il 4 marzo, deceduto l’8. Ma è molto strano: in quelle condizioni non lo avrebbero dovuto mandare direttamente in Cra, che non è adeguatamente attrezzata. Sarebbe dovuto passare almeno per il pronto soccorso. E sono stati tanti i trasferimenti da una struttura all’altra nel modenese di pazienti col COVID-19 o già in gravi condizioni con sintomi riconducibili al virus. Non sempre è stato possibile per noi parenti opporci”***.

Per comprendere meglio come tali indicazioni sono state applicate, sarebbe essenziale avere accesso, anche in questo caso, ai dati che potrebbero aiutare a comprendere quanto accaduto, i quali, tuttavia, risultano indisponibili. Nel caso dell’Emilia-Romagna hanno risposto alla richiesta di informazioni di Amnesty International Italia le sole Ausl di Ferrara e di Romagna.

Nel caso del distretto di Ferrara, secondo le informazioni fornite dall’Ausl, al 29 marzo erano ricoverati nelle Cra 1379 pazienti. Tra il primo marzo e il 31 luglio sono stati accolti 355 pazienti arrivati da ospedali o da altre situazioni di emergenza, di cui 27 COVID-19 positivi. Secondo l’Ausl *“gli unici pazienti noti come COVID-19 positivi inseriti in struttura sono quelli inviati nella Cra COVID-19 per completare il periodo di osservazione/quarantena dopo acuzie COVID-19. Gli inserimenti sono avvenuti secondo procedura e dopo valutazione multidimensionale”*. Risulta, inoltre, che *“circa una decina di casi sono usciti dall’ospedale con TNF negativo o senza sospetto di patologia COVID-19, ma hanno sviluppato positività COVID-19 pochi giorni dopo la dimissione per cui si presume che il quadro fosse in via di sviluppo già all’atto della dimissione ospedaliera. Otto pazienti sono stati inseriti in Cra COVID-19, dichiarati clinicamente guariti, ma con residuo di patologia”*.

Tuttavia, stando alle testimonianze di familiari di pazienti di alcune Cra, l’isolamento preventivo all’ingresso dei pazienti dimessi da ospedale non sempre sarebbe stato messo in atto, così come quello sui casi COVID-19 sospetti.

In Emilia-Romagna, come in Lombardia, quasi tutte le testimonianze ricevute da Amnesty International sono concordanti sull’assenza di supporto da parte delle Ausl/Ats alle Cra/Rsa per fare fronte al pericolo di contagio introdotto dai trasferimenti da ospedali di pazienti infetti. L’unica eccezione è offerta dalla voce del direttore di una fondazione che gestisce tre Cra dell’appennino bolognese, rimaste Covid-free nel periodo di picco, che ci ha spiegato: *“Non abbiamo ricevuto alcuna disposizione sull’ospitare malati COVID-19, mentre abbiamo ricevuto indicazioni rispetto alla necessità di fare massima attenzione negli altri passaggi da e per gli ospedali. È stata istituita una task force di esperti della Ausl, alla quale telefonare per avere supporto nella gestione delle varie situazioni. Anche solo un banale raffreddore ci metteva in allerta, era un potenziale caso sospetto, il sistema d’allarme era molto elevato e l’aiuto della task force è stato essenziale, perché nel dubbio sia noi gestori che i medici potevamo rivolgerci a loro per capire come agire. L’indicazione era di limitare i trasferimenti, quindi anche l’ospedalizzazione se non strettamente necessaria. Le strutture in quella fase dell’emergenza sono state chiuse, quindi gli unici pazienti che arrivavano erano quelli che rientravano dall’ospedale: un anziano, per esempio, si rompeva un femore e doveva essere per forza mandato in ospedale, prima di rientrare in struttura veniva sottoposto al tampone e, una volta in struttura, messo in isolamento per almeno 14 giorni. In questo caso gli operatori sanitari erano protetti come se si trattasse di un caso COVID-19”*.

In **Veneto** invece, secondo le testimonianze ricevute da dirigenti e lavoratori di strutture, i trasferimenti di pazienti da ospedali a strutture avvenivano generalmente nel rispetto delle procedure di prevenzione di contagio, con poche eccezioni relative soprattutto alla fase iniziale. La Regione Veneto il 13 marzo 2020 trasmette la terza revisione della Procedura regionale Nuovo Coronavirus SARS-CoV-2¹⁴³, **disponendo che ogni nuovo ingresso sia preceduto dalla verifica della negatività al tampone rinofaringeo**. Ogni struttura deve prevedere, inoltre, **l'organizzazione di un locale con funzioni di astanteria dove alloggiare, precauzionalmente, i nuovi utenti per un periodo di 14 giorni**. [...] Il 20 aprile, si aggiornano le indicazioni per l'ammissione, **raccomandando l'esecuzione del tampone ad ogni nuovo ingresso o trasferimento per dimissioni protette dall'ospedale, da ripetere dopo 14 giorni, prima della sistemazione definitiva**¹⁴⁴.

POCHI TAMPONI ARRIVATI TROPPO TARDI

“Abbiamo un semplice messaggio per tutti i paesi: test, test, test”¹⁴⁵

Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale Oms

“Sono stato contattato il 25 marzo da un medico – non quello abituale, uno sconosciuto – che mi dice che mia mamma aveva la febbre e mi chiede se poteva legarla al letto per evitare che contagiasse il reparto, visto che con l'Alzheimer era difficile controllarla. Io gli chiedo se fosse semplice febbre o Covid. Mi risponde ‘Non lo sappiamo, perché non ci sono tamponi’”. Figlio di un ospite di una Rsa di Milano, dove secondo le testimonianze raccolte i tamponi sono stati eseguiti solo a partire dal 16 aprile, quando già erano deceduti centinaia di ospiti.

Il 16 marzo il direttore generale dell'Oms, Tedros Ghebreyesus, insisteva che lo screening (l'esecuzione sistematica e a tappeto dei tamponi) dovesse essere la “spina dorsale” della risposta globale al COVID-19, poiché da varie settimane si sapeva che il coronavirus era trasmesso anche da persone asintomatiche¹⁴⁶. In quel momento la situazione nelle strutture di residenza per anziani del nord d'Italia era molto critica. Centinaia di pazienti erano deceduti, ma in tantissime strutture, in Lombardia e altrove, i tamponi erano rari, perlopiù del tutto non presenti.

In molte strutture i primi tamponi – sia per i residenti che per gli operatori – sono arrivati solo nel mese di aprile, quando il picco di contagi e di decessi era stato superato e migliaia di decessi erano stati registrati. In altre strutture sono giunti solo varie settimane più tardi.

143 Nota regionale prot. n.120679, 13 marzo 2020, citata nel documento “Combatti il coronavirus con l'organizzazione - Azioni attuate per il contenimento dell'infezione da Covid nel Veneto - Fase 1”, <https://www.epicentro.iss.it/territorio/veneto/pdf/Strategia%20260820.pdf>

144 “Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da SARS-COV-2 in strutture residenziali e socioassistenziali”, Istituto Superiore di Sanità, 17 aprile 2020, <https://www.epicentro.iss.it/territorio/veneto/pdf/Strategia%20260820.pdf>

145 Tedros Adhanom Ghebreyesus, direttore generale dell'Oms, 16 marzo 2020, <https://www.bbc.co.uk/news/av/world-51916707>

146 “Study Reports First Case of Coronavirus Spread by Asymptomatic Person”, Scientific America, 31 gennaio 2020, <https://www.scientificamerican.com/article/study-reports-first-case-of-coronavirus-spread-by-asymptomatic-person/>

La direttrice sanitaria di una struttura lombarda ha raccontato ad Amnesty: *“All’inizio dell’emergenza tutti gli 82 posti letto della Rsa erano occupati. La crisi c’è stata da fine febbraio a inizio aprile: in questo periodo si sono verificati 23 decessi, che potrebbero essere stati per Covid o con Covid. Tuttavia, su nessuno dei pazienti in questione è stato eseguito il tampone in vita, né esami post mortem. Da subito abbiamo chiesto all’Ato la possibilità di eseguirli ma non abbiamo ottenuto risposta. Venivano eseguiti solo su chi si recava in ospedale. Ad aprile la regione ci ha inviato i tamponi, eseguiti direttamente dal nostro personale, sia sugli operatori sanitari che sui pazienti, su tutti loro.*

Ma questo è avvenuto nell’ultima settimana di aprile e nella prima di maggio, quando il picco era già superato. Abbiamo comunque individuato casi asintomatici di positività tra i pazienti, che hanno reso di nuovo necessario l’isolamento”.

Non si tratta di casi isolati, circoscritti a singole strutture o al territorio milanese. In moltissime strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali per anziani, nonostante la popolazione che le abita fosse riconosciuta dalla comunità scientifica internazionale e nazionale come fragile, i tamponi sono arrivati solo dal mese aprile, sia per i pazienti che per gli operatori sanitari¹⁴⁷ e anche dopo di allora non sono stati eseguiti ovunque in modo sistematico.

A livello nazionale, le circolari del ministero della Salute emesse il 25 marzo (*“indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell’infezione a carico degli operatori sanitari e sociosanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale”*¹⁴⁸) e il 3 aprile (effettuare tamponi a: *“operatori, anche asintomatici, delle Rsa e altre strutture residenziali per anziani”* e *“persone che risiedono in residenze per anziani”*¹⁴⁹) contenevano direttive importanti anche se tardive, perché gran parte dei decessi aveva avuto luogo nel mese di marzo. Non fornivano, però, raccomandazioni circa la frequenza e la modalità dell’esecuzione dei tamponi: queste variavano notevolmente da regione a regione e da un ente sanitario locale all’altro, come dimostrato dalle testimonianze raccolte da Amnesty International presso direttori di strutture, operatori sanitari e parenti di ospiti di strutture¹⁵⁰.

L’amministratore delegato di una fondazione che gestisce strutture in Lombardia e Veneto spiega ad Amnesty: *“In Veneto da metà marzo le Ulss hanno messo a disposizione tamponi che il nostro personale poteva eseguire sui pazienti all’interno della struttura e che poi portavamo nei laboratori dell’ULSS stessa. Da subito, quindi, i tamponi sono stati fatti su pazienti e personale che presentava sintomi, per i quali poi c’era l’isolamento immediato in attesa dell’esito. Bisogna considerare, infatti, che nelle strutture del Veneto l’infezione arriva a marzo. Più avanti è stato avviato uno screening a tappeto ogni 20-25 giorni, in tutte le strutture del Veneto, sia su pazienti che sul personale. In Lombardia la situazione è*

147 Alcuni casi riportati dai media: “Coronavirus, residenze per anziani sotto assedio: focolai con vittime, operatori che dormono in auto e dispositivi riciclati. “È emergenza”, Il Fatto Quotidiano, 26 marzo 2020, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/03/26/coronavirus-residenze-per-anziani-sotto-assedio-focolai-con-molte-vittime-operatori-che-dormono-in-auto-e-dispositivi-riciclati-e-emergenza/57493-54/>; “Coronavirus, tamponi nelle Rsa: caos e ritardi”, Corriere della sera, 18 aprile 2020, https://bergamo.corriere.it/notizie/cronaca/20-aprile_18/coronavirus-tamponi-Rsa-caos-ritardi-e51fd99c-813a-11ea-b7e0-dce1b61a80bf.shtml; “Coronavirus, indagini dei Nas sui tempi dei tamponi. «I ritardi hanno rallentato le misure» in casa di riposo”, Corriere della sera, 21 aprile 2020, https://corriere.it/venezia-mestre/cronaca/20-aprile_21/coronavirus-indagini-nas-tempi-tamponi-ritardi-hanno-rallentato-misure-casa-riposo-442899cc-83a4-11ea-b61c-6ccd9433fbd4.shtml; “Strage di anziani, choc in Emilia: ‘Li dentro si muore, qual è il problema?’”, Il Giornale, 25 aprile 2020, <https://www.ilgiornale.it/news/cronache/emilia-coronavirus-anziani-casa-cura-si-muore-qual-problema-1857810.html>

148 “Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19”, ministero della Salute, 25 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/home/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73751&parte=1%20&serie=null>

149 “Pandemia di COVID-19 – Aggiornamento delle indicazioni sui test diagnostici e sui criteri da adottare nella determinazione delle priorità. Aggiornamento delle indicazioni relative alla diagnosi di laboratorio”, ministero della Salute, 3 aprile 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null>

150 Le regioni e/o gli enti sanitari competenti hanno ciascuno stabilito le modalità dello screening. In Veneto, per esempio, il 4 aprile viene definito un protocollo operativo per l’utilizzo dei test rapidi sierologici nelle strutture per anziani, il quale prevede, in caso di positività a IgG e/o IgM, l’esecuzione del tampone rinofaringeo per la conferma diagnostica. Il 20 aprile, applicando quanto raccomandato nelle Indicazioni ad interim dell’Istituto superiore di sanità trasmesse con circolare del ministero della Salute, sono aggiornate le indicazioni per l’ammissione, raccomandando l’esecuzione del tampone ad ogni nuovo ingresso o trasferimento per dimissioni protette dall’ospedale, da ripetere dopo 14 giorni, prima della sistemazione definitiva. Gli esempi appena citati relativi al Veneto sono riportati in “Combatti il coronavirus con l’organizzazione - Azioni adeguate per il contenimento dell’infezione da COVID-19 nel Veneto - Fase 1. Gennaio-aprile 2020”, <https://www.epicentro.iss.it/territorio/veneto/pdf/Strategia%20260820.pdf>

stata completamente *diveRsa*: siamo stati abbandonati come navi nel mare senza carburante, un abbandono totale, non ci rispondevano neppure al telefono. Un approccio opposto. Da aprile ci hanno fornito i tamponi per personale e pazienti, prima niente. L'Ats non ci rispondeva neppure quando li chiedevamo per il personale che presentava sintomi”.

La parente di una donna deceduta in una Rsa milanese ci ha raccontato: **“Solo il 20 aprile le hanno fatto il primo tampone, negativo nonostante i sintomi e un secondo il 27 [aprile]. Io tutto questo l'ho saputo il 28. So che la compagna di stanza di mia mamma era deceduta il 17 aprile. Anche il personale almeno fino a fine aprile non ha fatto tamponi, compresi coloro che lavoravano in più reparti, COVID-19 e non. Noi chiedevamo se ci fossero casi, ma la risposta della dottoressa era: 'potrei averlo anche io per quanto ne so, perché non ci fanno i tamponi'”**.

La direttrice sanitaria di una Rsa di Milano intervistata a settembre ci ha detto: **“Ho iniziato a fare stalking sin da subito per avere tamponi per tutti, anche gli asintomatici. Il 10 aprile abbiamo avuto i primi tamponi per gli operatori, dopo aver mandato Pec a non finire. Per ogni febbre chiedevamo tamponi, ma non rispondevano mai. Il direttore generale ha ottenuto cinque tamponi sotto Pasqua. [Adesso] ne facciamo tutte le settimane agli operatori, anche al personale delle pulizie. La prevenzione è l'unico sistema che abbiamo”**.

La Cisl di Bergamo ha descritto ad Amnesty International le difficoltà riscontrate: **“Abbiamo avuto tantissimi ammalati, ma nessuno faceva il tampone, quindi tecnicamente non lo era, ma dai sintomi era chiaro che fosse COVID-19. Per il personale i tamponi sono iniziati solo a metà aprile. L'Ats aveva dichiarato che avrebbe messo a disposizione 40 tamponi al giorno, poi i dirigenti Rsa insieme a noi sindacati hanno spinto e sbloccato i tamponi. Ma la trattativa è andata avanti fino a metà giugno. A quel punto l'Ats ha chiesto di fare tamponi a tutti, anche agli ospiti”**.

Anche in **Emilia-Romagna** si sono riscontrati gli stessi ostacoli. Il direttore di alcune strutture nella regione ci ha detto: **“I tamponi sui pazienti considerati casi sospetti non sono stati effettuati immediatamente, ma da una fase successiva, nella seconda metà di marzo. All'inizio dall'Ausl, poi la Ausl ha fornito il materiale per farli eseguire direttamente ai nostri infermieri. Anche i tamponi sugli operatori sanitari sono stati eseguiti a partire dalla fine del mese di marzo. In una fase più avanzata sono stati eseguiti tamponi e sierologici a tappeto, non solo sui casi sospetti, anche sul personale, prima ogni 15 giorni, poi con una frequenza inferiore”**.

Un'operatrice sociosanitaria di un ente bolognese, rappresentante sindacale, ci ha raccontato: **“I miei colleghi si sono ammalati uno dietro l'altro. A distanza di mesi si capisce cosa poteva essere fatto meglio e cosa non è stato fatto. Vedevamo ammalarsi persone nelle Cra, ma non c'era la possibilità di fare tamponi. Ora l'ente pubblico che gestisce la struttura ha deciso di farli regolarmente ogni mese, a tutti, operatori e ospiti. A noi hanno iniziato a fine marzo, quando il primo caso, invece, è stato registrato il 6 marzo”**.

Per alcuni, il tampone è arrivato tardissimo. Un operatore sociosanitario del parmense ha riferito ad Amnesty: **“A me il primo tampone lo hanno fatto a fine maggio-inizio giugno. Prima avevamo fatto un paio di volte il sierologico. Tra l'altro se eri positivo alle immunoglobuline, in attesa del tampone gli operatori sanitari continuavano ad andare a lavoro, perché il decreto ministeriale del 7 marzo prevedeva che col sierologico, in attesa di verifica, potevi continuare ad andare a lavoro a causa della carenza di personale”**.

La mancanza di tamponi ha causato periodi di isolamento prolungato per ospiti delle strutture. La figlia di una residente di una Rsa del bergamasco ci ha detto: **“La compagna di stanza di mia madre è morta e la struttura ha detto che poteva essere COVID-19. Allora mia madre è stata messa in quarantena con un'altra donna, che si è ammalata e poi morta. È stata, allora, rimessa in quarantena. La mancanza di tamponi l'ha portata a scontare un totale di 55 giorni di isolamento, da uscire fuori di testa”**.

Il ritardo con cui i tamponi sono stati eseguiti sul personale sanitario delle strutture acquisisce ulteriore rilievo considerando che il 21% delle strutture che ha risposto al sondaggio condotto dall'Istituto

superiore di sanità afferma di aver registrato almeno una positività per SARS-CoV-2 tra il personale¹⁵¹. La Lombardia è la terza regione per incidenza (40%), l'Emilia-Romagna è sesta (18.1%), il Veneto settima (16.6%¹⁵²); le oscillazioni da regione a regione sono molto ampie, secondo l'Iss, a conferma delle differenze di politiche e prassi applicate in termini di tamponi sul personale sanitario¹⁵³.

Il tardo accesso ai tamponi ha comportato per alcuni operatori sanitari il ricorso a test sierologici – disponibili presso laboratori e centri diagnostici, ma mai validati dalle autorità¹⁵⁴ – ma a proprie spese. Una situazione che è proseguita per vari mesi dopo il picco iniziale, quando in teoria la carenza dei tamponi doveva essere stata risolta.

Un'operatrice sanitaria di una Rsa di Milano ha raccontato a Amnesty International ad agosto: *“Non abbiamo alcuna indicazione su come verranno fatti i tamponi nel prossimo periodo. Io mi sono informata per come funzionano qui in zona privatamente, a pagamento si può fare ma mi fa arrabbiare. Non è giusto e non voglio spendere dei soldi per una cosa a cui dovrebbero pensare loro”*¹⁵⁵.

Secondo la Cisl di Bergamo: *“Quando il personale resta a casa per via della febbre non è ancora ben chiara la procedura rispetto ai tamponi. La struttura spesso per tutelarsi dice di andare a fare il tampone, mentre il medico talvolta rifiuta di prescriberlo e il lavoratore si trova in difficoltà. A volte le persone si pagano il tampone privatamente. In pratica la situazione tamponi è ancora a totale discrezione delle strutture: in alcune certificati che non hai avuto i sintomi e ti fanno rientrare senza farti fare il tampone, altre fanno tamponi a tappeto”*¹⁵⁶.

L'infermiera di una Rsa di Milano ci ha detto a settembre: *“Vorrei che programmassero i tamponi agli operatori soprattutto nelle Rsa. Io l'ho fatto a maggio, giugno e luglio, come tutto lo staff e poi più niente. Nel protocollo dell'Iss non è previsto uno screening continuo”*¹⁵⁷.

L'accesso ai tamponi è, in seguito, migliorato notevolmente, ma chi ne beneficia e con quale frequenza varia sia a livello regionale che locale, con notevoli differenze di cadenza: da una settimana a un mese, secondo le testimonianze raccolte da Amnesty International a ottobre.

- A livello nazionale le ultime indicazioni fornite dal ministero della Salute il 30 ottobre “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica¹⁵⁸”, come quelle precedenti, non contengono alcuna indicazione rispetto alla cadenza con cui effettuare i test, ma individuano la tipologia di test che deve essere considerata di “prima scelta” per le varie categorie di persone esposte¹⁵⁹.

151 “Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020”, Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

152 Ibidem.

153 Ibidem.

154 Il test molecolare, detto tampone, resta ad oggi l'unico strumento attendibile per le autorità. Il ministero della Salute nella circolare del 3 marzo 2020 afferma: “I test sierologici sono molto importanti nella ricerca e nella valutazione epidemiologica della circolazione virale. Diversamente, come attualmente anche l'Oms raccomanda, per il loro uso nell'attività diagnostica d'infezione in atto da SARS-CoV-2, necessitano di ulteriori evidenze sulle loro performance e utilità operativa. In particolare, i test rapidi basati sull'identificazione di anticorpi IgM e IgG specifici per la diagnosi di infezione da SARS-CoV-2, secondo il parere espresso dal Cts, non possono, allo stato attuale dell'evoluzione tecnologica, sostituire il test molecolare basato sull'identificazione di Rna virale dai tamponi nasofaringei secondo i protocolli indicati dall'Oms”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73799&parte=1%20&serie=null>

155 Intervista realizzata il 20 agosto 2020.

156 Intervista realizzata il 23 settembre 2020.

157 Intervista realizzata il 17 settembre 2020.

158 “Test di laboratorio per SARS-CoV-2 e loro uso in sanità pubblica”, ministero della Salute, 30 ottobre 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=76939&parte=1%20&serie=null>. Il testo specifica anche nel caso di “Contatto stretto di caso confermato che vive o frequenta regolarmente soggetti fragili a rischio di complicanze o soggetti non collaboranti”, di “Asintomatico per ricovero programmato, ingresso in larghe comunità chiuse laddove previsto (es. Rsa, prigioni, strutture per soggetti con disabilità mentale, altro)” e di “Screening degli operatori sanitari/personale in contesti ad alto rischio” il documento raccomanda il test molecolare su tampone oro-naso faringeo, ribadendo che i criteri di priorità sono quelli indicati con la citata circolare n. 11715 del 3 aprile 2020.

159 Ibidem.

- Il 3 novembre la Regione **Lombardia** con la delibera 3777 introduce l'utilizzo dei test antigenici rapidi nelle Rsa (che nella nota del ministero della Salute è indicato come alternativa qualora non fosse disponibile la “prima scelta”, il tampone) e attribuisce il compito della fornitura degli stessi test al Commissario straordinario per l'attuazione¹⁶⁰.
- In **Veneto** il 7 ottobre la regione annuncia che: *“a giorni partirà, progressivamente in tutte le oltre 300 case di riposo del Veneto, l'effettuazione del tampone rapido gratuitamente a tutti i visitatori degli anziani ospiti”*¹⁶¹ e il 19 ottobre annuncia che: *“La novità di giornata sono i test rapidi che verranno fatti ogni settimana al personale delle case di riposo in tutto il Veneto. Resta una prerogativa delle direzioni, invece, decidere se fare i test rapidi anche ai familiari in visita”*¹⁶².
- In **Emilia-Romagna** il 20 agosto la direzione generale Cura della persona, salute e welfare raccomanda *“di mantenere anche un'attività periodica, almeno una volta al mese, di controllo su ospiti e operatori delle strutture residenziali sociosanitarie”*¹⁶³. La regione ha, inoltre, annunciato: *“Stiamo facendo sempre più tamponi, entro i primi dieci giorni di novembre avremo a disposizione i tamponi rapidi – ne abbiamo acquistati due milioni – che utilizzeremo soprattutto per i luoghi di lavoro, la scuola e le residenze per anziani e persone con disabilità”*¹⁶⁴.

È evidente che le direttive delle autorità nazionali e regionali per l'attuazione di un sistema di screening, così come la fornitura dei tamponi e l'organizzazione del sistema per la loro elaborazione (assegnazione dei laboratori dove i tamponi vengono processati) sono state tardive, giungendo quando lo scenario era estremamente critico. Inoltre, ulteriori ritardi a livello locale, con variazioni notevoli tra le diverse località e tra le singole strutture, hanno fatto sì che i tamponi siano arrivati nelle strutture in gran parte solo dopo il picco di infezioni e decessi. Tra le varie autorità competenti – dal governo alla Protezione civile, dalle regioni agli enti sanitari locali, a oggi non sembra che nessuna di queste autorità abbia assunto la responsabilità per i ritardi che si sono verificati e per le loro conseguenze.

Poiché l'Italia – e in particolare alcune regioni del Nord – è stata colpita dalla pandemia prima di altri paesi, è difficile ipotizzare fino a che punto le risorse necessarie, in relazione all'esecuzione dei tamponi, fossero disponibili e se potessero essere mobilitate più rapidamente.

160 La delibera stabilisce, tra le altre cose, per le strutture sanitarie e sociosanitarie dedicate alle aree anziani, che il servizio sanitario regionale “attraverso le Ats, rende pertanto disponibili i test presso queste strutture prevedendone l'utilizzo per le diverse tipologie di soggetti presenti”. Delibera 3777 della Regione Lombardia del 3 novembre 2020, <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/DettaglioRedazionale/servizi-e-informazioni/cittadini/salute-e-prevenzione/coronavirus/indicazioni-test-antigenici>

161 Comunicato stampa della Regione Veneto, 7 ottobre 2020, <https://www.regione.veneto.it/article-detail?articleId=6713014>

162 Dalla conferenza stampa della Regione Veneto, 19 ottobre 2020, <https://www.veronaserait/video/coronavirus-COVID-19-zaia-veneto-19-ottobre-2020.html>

163 Indicazioni diffuse dalla Regione Emilia-Romagna, 20 agosto, https://www.regione.emilia-romagna.it/coronavirus/protocolli-di-sicurezza/indicazioni-per-le-strutture-residenziali-per-anziani-e-disabili/02_indic_sra.pdf. Il documento indica, tra le altre cose, che le precedenti indicazioni, fornite il 19 giugno in merito ai nuovi ingressi di pazienti, indicavano la necessità di eseguire un tampone due-tre giorni prima dell'ingresso e al termine dell'isolamento di 14 giorni che segue l'ingresso.

164 Notizia pubblicata sul portale della Regione Emilia-Romagna, 25 ottobre 2020, <https://salute.regione.emilia-romagna.it/notizie/il-fatto/assessore-donini-tamponi-anche-quelli-rapidi-tracciamento-screening-epidemiologici-e-test-sierologici>

CARENZA DI DPI E INSUFFICIENTE FORMAZIONE DEL PERSONALE

Durante la prima fase della pandemia, la disponibilità di Dpi all'interno delle strutture per persone anziane si è rivelata immediatamente insufficiente. Le strutture non hanno ricevuto Dpi dalle istituzioni per diverse settimane, talvolta fino ad aprile inoltrato, quando ormai il picco di contagi e decessi era superato. Gli ordini privati fatti dalle strutture, sono stati a volte requisiti e ridestinati ai presidi ospedalieri, considerati prioritari, rendendo così ancora più difficile l'approvvigionamento.

Inoltre, gli operatori sanitari di alcune strutture hanno lamentato di non aver ricevuto alcuna formazione o di non aver ricevuto una formazione adeguata rispetto al corretto utilizzo dei Dpi; alcuni hanno segnalato aver ricevuto indicazioni errate circa il loro utilizzo.

- **Carenza/assenza di Dpi** nelle strutture e **mancato approvvigionamento da parte delle istituzioni** di Dpi alle strutture.
- **Carenza di indicazioni** chiare o indicazioni errate da parte delle istituzioni, in una fase iniziale, circa i Dpi da utilizzare.
- Solo il 29 marzo è raccomandato agli operatori sanitari l'utilizzo di mascherine **FFP2/FFP3** in presenza di pazienti COVID-19 positivi, anche in assenza di assistenza che provoca aerosol¹⁶⁵. Oltre a giungere tardi, questa raccomandazione sembra essere stata, in base alle testimonianze degli operatori sanitari, ampiamente disattesa – soprattutto per mancanza/carenza di questo tipo di mascherine.

165 “Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2 – aggiornato al 28 marzo 2020”, ministero della Salute, 29 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73770&parte=1%20&serie=null>

DPI, LE TAPPE PRINCIPALI

- Il **29 gennaio** l'Oms pubblica indicazioni relative all'utilizzo delle mascherine e raccomanda agli **operatori sanitari** di indossare la mascherina chirurgica vicino a pazienti con COVID-19 verificato o sospettato e durante assistenza agli stessi – a eccezione delle procedure che generano aerosol (intubazione, ventilazione non invasiva, rianimazione cardiopolmonare ecc.), per le quali sono necessarie mascherina FFP2 o equivalente; l'Oms indica che **tali dispositivi devono essere rimpiazzati con uno nuovo non appena diventano umidi**; che i dispositivi monouso **non devono essere riutilizzati** e che devono essere gettati e smaltiti immediatamente dopo la rimozione¹⁶⁶.
- A **livello nazionale** con il decreto-legge n.9 entrato in vigore il **2 marzo**, il governo stabilisce all'articolo 34 che *“fino al termine dello stato di emergenza di cui alla delibera del Consiglio dei ministri in data 31 gennaio 2020, è consentito l'utilizzo di dispositivi di protezione individuali di efficacia protettiva analoga a quella prevista per i dispositivi di protezione individuale previsti dalla normativa vigente”*¹⁶⁷.
- Il **17 marzo** il ministero della Salute diffonde, attraverso una circolare, le *“Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da Sars-Cov-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale Sars-Cov-2”*, aggiornate al 14 marzo¹⁶⁸. Tale documento indica che **all'interno delle aree di degenza, nelle stanze con pazienti COVID-19** (con l'eccezione delle unità di terapia intensiva, per le quali è raccomandato l'utilizzo di FFP2/FFP3) **gli operatori sanitari, così come gli addetti alle pulizie e i visitatori dovrebbero indossare la mascherina chirurgica**; l'unico caso in cui è raccomandato l'utilizzo di FFP2/FFP3 è nel caso di operatori sanitari che eseguono procedure che generano aerosol. Inoltre, **nelle altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (come reparti o corridoi) non è necessario che gli operatori, inclusi gli operatori sanitari, indossino Dpi se non in caso di trasporto prolungato; i Dpi non sono previsti neppure all'interno delle aree amministrative**¹⁶⁹.
- Il **29 marzo** il ministero della Salute diffonde una nuova circolare, recante la versione aggiornata del documento sopracitato, che contiene una modifica significativa: nelle stanze con pazienti COVID-19 positivi, **anche in assenza di procedure capaci di generare aerosol, gli operatori sanitari avrebbero dovuto indossare FFP2/FFP3**¹⁷⁰.

166 “Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak”, Organizzazione mondiale della Sanità, 29 gennaio 2020, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/advice-on-the-use-of-masks-2019-ncov.pdf>

167 Il decreto aggiunge che “L'efficacia di tali dispositivi è valutata preventivamente dal Comitato tecnico scientifico di cui all'articolo 2 dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile del 3 febbraio 2020, n. 630” e che “In relazione all'emergenza di cui al presente decreto, in coerenza con le linee guida dell'Organizzazione mondiale della sanità e in conformità alle attuali evidenze scientifiche, è consentito fare ricorso alle mascherine chirurgiche, quale dispositivo idoneo a proteggere gli operatori sanitari; sono utilizzabili anche mascherine prive del marchio CE previa valutazione da parte dell'Istituto superiore di sanità”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/02/20G00026/sg>

168 “Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da Sars-Cov-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale Sars-Cov-2”, ministero della Salute, 17 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73694&parte=1%20&serie=null>

169 Ibidem.

170 “Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale SARS-COV-2 – aggiornato al 28 marzo 2020”, ministero della Salute, 29 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73770&parte=1%20&serie=null>

La carenza di Dpi ha colpito tutto il sistema sanitario nazionale, ma nelle strutture di residenza per anziani si è manifestato con maggiore gravità perché gran parte delle strutture non aveva riserve sufficienti e le poche quantità di Dpi messe a disposizione dalle istituzioni era indirizzata alle strutture ospedaliere.

In circostanze normali, l'approvvigionamento di Dpi è responsabilità delle strutture¹⁷¹, ma le quantità previste sono limitate e fin dall'inizio della pandemia le strutture stesse hanno necessitato di ulteriori rifornimenti, chiedendo l'intervento delle autorità regionali e nazionali e, in assenza di supporto, provvedendo in modo autonomo all'ordine dei dispositivi.

Secondo le testimonianze di direttori sanitari e di rappresentanti di organizzazioni di categoria raccolte da Amnesty International, nel corso dell'emergenza sanitaria una prima criticità si è verificata subito dopo la diffusione del virus, quando le strutture ricevevano indicazioni "confuse" da parte delle istituzioni circa la tipologia di dispositivi di protezione individuale che i lavoratori dovevano utilizzare.

La direttrice sanitaria di una struttura nel bergamasco ci ha raccontato:

"I Dpi che avevamo a disposizione erano pochi, il personale tanto e quindi ne abbiamo ordinato subito altri, a caro prezzo, perché l'Ats non ci dava risposte in merito a un possibile rifornimento da parte loro. Tra fine febbraio e inizio marzo ci sono arrivate, inoltre, indicazioni contraddittorie dalle istituzioni su quali mascherine usare: prima ci è stato detto FFP2, poi FFP3, poi chirurgiche. Da parte dell'Ats, comunque, i primi Dpi sono arrivati solo ad aprile".

Tale scenario è in parte confermato, risalendo a monte, dalle fonti normative nazionali di riferimento. Dopo il decreto del 2 marzo¹⁷² che riprende quanto prescritto dall'Oms a fine gennaio¹⁷³, per avere raccomandazioni specifiche a livello nazionale circa il corretto uso dei Dpi è necessario attendere il 17 marzo, quando il ministero della Salute diffonde le "Indicazioni ad interim" redatte dall'Istituto superiore di sanità, risalenti al 14 marzo¹⁷⁴. Per i lavoratori nelle aree di degenza (sia operatori sanitari che addetti alle pulizie), nelle stanze con pazienti COVID-19 è sufficiente la mascherina chirurgica, anche in caso di assistenza diretta, purché non preveda la produzione di aerosol (in questo caso è raccomandata la FFP2/FFP3¹⁷⁵). **La mascherina chirurgica è ritenuta sufficiente pure in caso di esecuzione di tampone nasofaringeo**, qualora le FFP2/FFP3 non fossero disponibili¹⁷⁶. **Nelle altre aree di transito e trasporto interno dei pazienti (come reparti o corridoi) non è necessario che gli operatori, inclusi gli operatori sanitari, indossino Dpi se non in caso di trasporto prolungato; i Dpi non sono previsti neppure all'interno delle aree amministrative**¹⁷⁷. Dodici giorni dopo, il ministero dirama una nuova circolare con la versione aggiornata al 28 marzo delle "Indicazioni ad interim" appena citate. Contengono una significativa differenza: nelle stanze con pazienti COVID-19 positivi, **anche in assenza di procedure capaci di generare aerosol, gli operatori sanitari dovrebbe indossare FFP2/FFP3 "ove possibile"** e tenendo conto anche "del significativo incremento del tempo di esposizione, effettuata a livello della

171 Decreto legislativo n.81 del 9 aprile 2008, "Attuazione dell'articolo 1 della legge 3 agosto 2007, n. 123, in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro", <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2008/04/30/008G0104/sg>

172 Decreto-legge n.9 del 2 marzo 2020, "Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19", <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/02/20G00026/sg>

173 "Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak", Organizzazione mondiale della Sanità, 29 gennaio 2020, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/advice-on-the-use-of-masks-2019-ncov.pdf>

174 "Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da Sars-Cov-2 nelle attività sanitarie e socio-sanitarie (assistenza a soggetti affetti da COVID-19) nell'attuale scenario emergenziale Sars-Cov-2", ministero della Salute, 17 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73694&parte=1%20&serie=null>

175 Ibidem.

176 Ibidem.

177 Ibidem.

struttura dal datore di lavoro con la collaborazione del responsabile del servizio di prevenzione e protezione e del medico competente¹⁷⁸”.

L'altra immediata criticità riscontrata riguarda la **difficoltà nel reperimento** dei Dpi. Il sondaggio realizzato presso le strutture dall'Istituto superiore di sanità rileva che **oltre 3 strutture su 4 (77%)** hanno vissuto la mancanza di Dpi¹⁷⁹. **Le scorte di Dpi previste dai piani regionali contro la pandemia influenzale** approvati negli anni precedenti, infatti, anche quando presenti, si sono rivelate **del tutto inadeguate** a fronteggiare l'emergenza fin dal principio.

La Commissione d'inchiesta che ha esaminato gli eventi in una Rsa lombarda dove sono morti centinaia di residenti ha riscontrato che:

“Il reperimento di Dpi ha costituito un aspetto particolarmente problematico [...] la prima consegna di materiali da parte della Protezione civile avveniva solo in data 23 marzo 2020. Dato il grande divario tra disponibilità e fabbisogno sono state mantenute indicazioni di priorità (estendendo però il numero di reparti interessati) che sono state superate estendendo l'uso di Dpi completi a tutte le articolazioni [della struttura] solo in data 13 aprile 2020¹⁸⁰”. Fino al 13 aprile, dunque nel periodo massimo di contagi e decessi, gli operatori [...] non sono stati dotati di Dpi completi in tutti i reparti. Le stesse testimonianze raccolte da Amnesty International tra gli operatori confermano che **mascherine protettive, visiere, camici idrorepellenti e monouso siano stati messi a disposizione solo a partire dal 23 marzo e solo in alcuni reparti**, nonostante il personale li avesse richiesti a più riprese in precedenza.

Riguardo al **Documento di valutazione del rischio biologico**, analisi che il datore di lavoro è tenuto a compiere: solo il **14 marzo**, su impulso del governo (che con il decreto dell'11 marzo raccomanda intese tra organizzazioni datoriali e sindacali), è sottoscritto il Protocollo condiviso di regolazione delle misure per il contrasto e il contenimento della diffusione del virus COVID-19 negli ambienti di lavoro, che fornisce indicazioni sull'adeguamento della valutazione del rischio biologico¹⁸¹. La struttura aggiorna il documento con “esplicito riferimento a esposizione a *droplet* solo nella revisione del 22 marzo e una disamina di tutte le parti del corpo da proteggere con gli adeguati Dpi nella revisione del 10 aprile¹⁸²”.

A peggiorare il quadro per le strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali, i casi in cui **la Protezione civile ha “dirottato” i Dpi da loro ordinati in modo privato verso strutture ospedaliere** che in quel momento erano considerate come aventi maggiore urgenza e priorità nella ricezione di tali materiali, destinando a loro interi carichi di mascherine e altri Dpi originariamente indirizzati alle Rsa. I Dpi sono stati oggetto di requisizione da parte della guardia di finanza e dell'agenzia delle dogane per essere distribuiti dalla Protezione civile negli ambiti ospedalieri, così come previsto dalla normativa di marzo. Secondo le testimonianze raccolte da Amnesty International i Dpi in molti casi iniziano a essere forniti dalle istituzioni alle strutture solo a partire dal mese di aprile e non sempre in quantità adeguata.

La direttrice sanitaria di una struttura del bergamasco ha raccontato ad Amnesty International:

178 “Indicazioni ad interim per un utilizzo razionale delle protezioni per infezione da SARS-CoV-2 nelle attività sanitarie e sociosanitarie (esistenza e requisiti affetti da COVID-19) nell'attuale gestione emergenziale SARS-CoV-2, aggiornato al 29 marzo 2020”, ministero della Salute, 29 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73770&parte=1%20>
Fin dal 28 febbraio abbiamo chiesto all'Asl i Dpi. Li abbiamo chiesti ripetutamente. Niente da fare, abbiamo dovuto comprarli noi, con tre sequestri alla dogana per darli agli ospedali, è ovvio che siamo andati in sofferenza. Abbiamo speso circa 150.000 euro in Dpi, mentre l'Asl me ne ha mandati per un valore di 6000, ad aprile. A marzo noia. Prima della diffusione del COVID-19 avevamo applicato il protocollo relativo alle pandemie da influenza che prevedeva un certo numero di Dpi di scorta, ma era insufficiente in questa situazione”.

179 Ibidem.
180 Ibidem.
181 Ibidem.
182 Ibidem.

Un'altra Rsa di Milano, che ha registrato numerosi contagi e decessi ed è al centro di un'inchiesta, avrebbe ordinato 64.000 mascherine tra il 24 febbraio e il 10 marzo, mai arrivate perché re-indirizzate verso ospedali¹⁸³.

Alcuni operatori sanitari hanno testimoniato di essere stati scarsamente riforniti di Dpi; di aver ricevuto indicazioni all'inizio della pandemia affinché non utilizzassero le mascherine per non spaventare i pazienti; di aver ricevuto indicazioni affinché riutilzassero i pochi Dpi di cui disponevano; di aver dovuto acquistare di tasca propria nuovi Dpi per poterli sostituire. Alcuni familiari intervistati da Amnesty International hanno raccontato di aver osservato, nel corso delle video-chiamate con gli ospiti delle strutture, operatori sanitari e altri lavoratori muoversi nei reparti senza mascherina e/o guanti.

Un'operatrice di una Rsa di Milano ci ha raccontato: ***“Inizialmente ci avevano detto di non usare le mascherine per non creare panico a utenti e famiglie ed è continuato così fino all'inizio di marzo. Alcuni medici della struttura richiamaavano gli operatori che usavano le mascherine, sempre oralmente. Abbiamo sporto denuncia perché avevamo vari testimoni. I Dpi sono arrivati per tutti solo il 13 aprile”***.

Lo stesso problema ha riguardato altre regioni. Un operatore sociosanitario di una struttura del parmense ci ha raccontato:

“Il problema principale sono stati i Dpi. La Regione Emilia-Romagna aveva un piano pandemico dal 2008 che purtroppo è rimasto sempre nel cassetto. Ci è stato detto di utilizzare la stessa mascherina per più giorni. Poi facendo i salti mortali le mascherine sono uscite fuori. La regione ha stanziato soldi per le cooperative per l'acquisto di Dpi, ma se vai a vedere quali sono le cooperative che rispondono ai requisiti per poter accedere a questi stanziamenti, sono solo delle mega-cooperative, più simili a delle spa che alle piccole realtà che davvero fanno promozione sociale. Anche il corso per usare i Dpi è stato fatto tardi. Non siamo stati informati dei corsi online”.

L'Usb (Unione sindacale di base) di Parma afferma con una nota del 31 marzo:

“I dispositivi di prevenzione e protezione sono stati forniti agli operatori solo successivamente alla conclamata esplosione del contagio nelle strutture e in molti casi tali presidi di sicurezza sono forniti in maniera inadeguata e parziale”¹⁸⁴.

In un'e-mail risalente al **13 marzo** visionata da Amnesty International Italia sull'***“uso controllato delle mascherine”***, la direzione Servizi alle persone dell'Asp (Azienda pubblica di servizi alla persona) Città di Bologna domanda ai coordinatori responsabili delle strutture gestite dall'ente di ***“centellinare” l'utilizzo dei Dpi: “Come già comunicato 2 settimane fa, la mascherina non va considerata come monouso. È una barriera che impedisce il passaggio delle particelle, per cui non si carica di materiale. Consegnatela ai vostri Collaboratori e consigliate di custodirla con cura”***.

Tale direttiva è in totale contraddizione con le raccomandazioni dell'Oms circa il non riutilizzo di materiali monouso quali le mascherine chirurgiche del 29 gennaio¹⁸⁵, e il decreto con cui il governo indica di attenersi a esse al 2 marzo¹⁸⁶.

183 “Il Don Gnocchi ordinò 64.000 mascherine ma furono date agli ospedali”, Fanpage, 25 aprile 2020, <https://milano.fanpage.it/il-don-gnocchi-ordino-64mila-mascherine-ma-furono-date-agli-ospedali/>

184 Nota dell'Usb di Parma, 31 marzo 2020, <https://m.facebook.com/usb.fed.di.parma/posts/2361310090637785>

185 “Advice on the use of masks the community, during home care and in health care settings in the context of the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak”, Organizzazione mondiale della Sanità, 29 gennaio 2020, <https://www.who.int/docs/default-source/documents/advice-on-the-use-of-masks-2019-ncov.pdf>

186 Decreto-legge n.9 del 2 marzo 2020, “Misure urgenti di sostegno per famiglie, lavoratori e imprese connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/03/02/20G00026/sg>

Dipendenti dell'Asp Città di Bologna hanno denunciato che l'ente abbia organizzato un corso **in presenza fisica sull'utilizzo dei Dpi nella seconda metà di aprile** presso una delle Cra gestite dall'ente – facendovi recare partecipanti che lavorano in più strutture – che al momento del corso formativo **conteneva un focolaio COVID-19:**

“Durante il corso – ha detto ad Amnesty una operatrice sociosanitaria – è stata trasportata una persona in barella positiva al COVID-19, come abbiamo saputo. Prima di allora non era mai stata fatta formazione. La formazione sulla prevenzione da Ica (infezioni correlate all'assistenza) è diversa, non eravamo mai stati formati su questo. In più durante il corso non sono stati usati veri Dpi per le dimostrazioni, ma surrogati come buste dell'immondizia al posto dei calzari e ci hanno detto come lavare, a casa, le mascherine, per poterle riutilizzare. Ci sono stati anche corsi da remoto, ma non ne siamo stati informati”.

Il direttore di una fondazione che gestisce alcune Cra nell'appennino ci ha riferito:

“Quella dei Dpi è stata una caccia al tesoro. All'inizio c'era grandissima confusione. I guanti li avevamo già perché sono di uso comune, la grande difficoltà è stata il reperimento delle mascherine certificate: si trovavano in commercio mascherine con standard non riconosciuti a livello internazionale. Una grave difficoltà che si è risolta a marzo avanzato. Noi abbiamo trovato mascherine autorizzate in quantità limitate, col timore costante di finirle. La differenza l'ha fatta la collaborazione con le Ausl. Laddove c'era già prima dell'emergenza forte integrazione tra istituzioni e strutture, nei territori dove c'erano tavoli di confronto, dove c'era collaborazione tra gli enti pubblici e i gestori e tra i gestori, la macchina era già avviata. È cambiato il tema, ma il processo di collaborazione e condivisione era già in atto. Dove questo non c'era, si sono verificate situazioni di contrapposizione tra gestori e ente pubblico, di non collaborazione”.

Sulla situazione in Veneto il direttore di una fondazione che gestisce diverse strutture ci ha spiegato:

“Per i Dpi anche in Veneto abbiamo dovuto fare i salti mortali all'inizio. Realizzando persino le mascherine in casa, di tutto e di più. L'accordo contrattuale con l'ente pubblico prevede la fornitura dei dispositivi, ma la sanità è andata in tilt e nella fase iniziale non ne siamo stati provvisti. Abbiamo agito privatamente e in quel momento costavano quanto l'oro. In una fase più avanzata le Ulss, appena ne hanno avuto la possibilità, hanno fornito i dispositivi, dando priorità alle strutture che ne avevano più bisogno”.

In Veneto, la **formazione al personale** sanitario e di assistenza delle strutture residenziali sociosanitarie sia in presenza che da remoto è stata erogata solo **a partire da maggio**.

Rischi di ritorsioni da parte dell'azienda contro lavoratori che denunciavano carenza di Dpi

Ai timori espressi dal personale sanitario circa la carenza di Dpi alcune strutture hanno reagito con ritorsioni. In un'email del 9 marzo, visionata da Amnesty International, la direzione delle risorse umane di una Rsa milanese istruiva dirigenti e coordinatori delle strutture da essa gestite (oggetto: "linee di comportamento per la gestione delle presenze dei collaboratori") indicando di: ***"[...] Favorire la messa in ferie del personale che attualmente, e in vista delle intuizioni evoluzioni, possa non essere immediatamente utile, soprattutto se poco collaborante (VEDI AD ES. LA "PRETESA" DI ESSERE DOTATI DEI DPI ANCHE NEI CASI NON PREVISTI). Le ferie si possono dare d'ufficio senza alcuna limitazione, fino a nuova indicazione. L'isolamento fiduciario volontario è considerato ferie (o permesso non retribuito in mancanza di ferie) fino a nuova indicazione, fatto salvo quanto detto sopra per il servizio esterno. La quarantena è considerata malattia e come tale deve essere certificata dal medico di famiglia. [...] Semplicemente limiterei il ricorso al lavoro da casa, contenendo eventuali derive da panico, mettendo piuttosto il personale che tende a polemizzare o a volere i Dpi in ferie come sopra. Anticipando una possibile obiezione del personale che si vedrà imposte le ferie ricordo che sul totale delle ferie maturate in un anno 4gg sono a scelta del dipendente, il resto può essere assegnato d'ufficio dal Datore di lavoro"***.

In una comunicazione del 17 aprile rivolta alla direzione di un'altra Rsa milanese, come raccontato ad Amnesty International dagli operatori sociosanitari che l'hanno sottoscritta, i lavoratori denunciavano di essere stati ***"redarguiti dal personale direttivo nel caso in cui qualcuno del personale sociosanitario indossasse mascherine portate da casa"***.

Un operatore sanitario della struttura testimonia: ***"Fino alla fine di marzo proibivano l'utilizzo delle mascherine. Un giorno un paziente mi ha fermato in corridoio per chiedermi: 'Scusi, le entrate sono bloccate adesso, ma voi operatori cosa siete, immuni, visto che viaggiate senza Dpi?' La mia prima mascherina l'ho messa il primo aprile"***.

Decessi di operatori sanitari

Non esistono dati aggiornati e organici rispetto ai contagi e ai decessi tra gli operatori sanitari delle strutture di residenza per anziani, impedendo di fatto una valutazione dell'impatto del COVID-19 sul personale di queste strutture.

I sindacati affermano di aver riscontrato che i numerosi casi siano stati sottostimati data la mancanza di tamponi. Un rappresentante sindacale ha detto a Amnesty International:

“Abbiamo avuto tantissimi ammalati, ma nessuno faceva il tampone, quindi tecnicamente la maggior parte non lo erano, ma quando elencavano i sintomi era chiaro che fosse COVID-19. Per il personale i tamponi sono iniziati solo a metà aprile. Per chi poteva dimostrare di essere COVID-19 positivo, la legge prevedeva la trasformazione della malattia in infortunio sul lavoro. Se doveva fare la quarantena, si chiamava isolamento fiduciario ed era pagato. Ma in mancanza di tamponi, molti non hanno potuto goderne¹⁸⁷”.

In ambito sanitario e sociosanitario, secondo la Federazione nazionale degli Ordini dei Medici chirurghi e degli Odontoiatri (Fnomceo), sono morti in totale 233 medici¹⁸⁸; per la Federazione nazionale degli Ordini delle Professioni infermieristiche (Fnopi) hanno perso la vita 49 infermieri¹⁸⁹; infine il portale di informazione di settore Assocarenews riporta il decesso di 30 operatori sociosanitari¹⁹⁰.

PIANO PANDEMICO INADEGUATO

Un piano pandemico nazionale per il contenimento dell'influenza esiste dal 2006¹⁹¹, sulla base delle indicazioni dell'Oms, che le regioni hanno recepito, emanando dei piani pandemici regionali negli anni successivi. Le strutture sono obbligate a rispettare tale piano, che prevede tra le altre cose a livello di prevenzione **la formazione del personale e lo stoccaggio di Dpi**. Secondo le testimonianze raccolte tra i direttori sanitari, tali previsioni si sono dimostrate, anche laddove attuate in modo puntuale, del tutto insufficienti per fronteggiare l'emergenza determinata dalla pandemia da COVID-19.

L'applicazione del piano in **Lombardia** era già stata oggetto di critiche in passato. Una delibera della Regione della Lombardia risalente al 2010¹⁹² osserva che tra gli ambiti di azione previsti dal piano vi è la definizione di un **“accordo-quadro gestori Rsa per aumento assistenza medica ed infermieristica**

187 Alla data di pubblicazione di questo rapporto, sono inoltre in corso iniziative dei sindacati per richiedere ad alcune strutture in Lombardia i mancati pagamenti relativi ai periodi di malattia e denunciare il non avere considerato la malattia da scorporare dal comparto con rischio di superamento dei termini che consentono il licenziamento. Un sindacalista di Milano ha informato Amnesty International di casi di lavoratori immunodepressi, che sono stati considerati idonei al lavoro dalla struttura in cui operano. Non essendo andati a lavoro per proteggersi, le loro assenze sono state considerate ingiustificate.

188 Il dato include tutti i medici deceduti da marzo a al 3 dicembre 2020, non solo quelli deceduti per o con COVID-19, in “Elenco dei medici caduti nel corso dell'epidemia di COVID-19”, Fnomceo, aggiornato al 7 dicembre 2020, <https://portale.fnomceo.it/elenco-dei-medici-caduti-nel-corso-dellepidemia-di-COVID-19/>

189 La nota di Fnopi è riportata dall'AdnKronos e include le vittime al 19 novembre 2020, “Covid Italia. Morti 49 infermieri”, https://www.adnkronos.com/fatti/cronaca/2020/11/19/covid-italia-morti-infermieri_saOmQHoXYduQw0AxzyoV70.html

190 Assocarenews riferisce dei decessi conteggiati al 4 dicembre. Tuttavia, non esiste a livello nazionale un'organizzazione di categoria unica per gli Oss e risulta pertanto difficile una stima accurata. “Coronavirus. Ecco tutti gli operatori sociosanitari (OSS) deceduti per COVID-19”, 4 dicembre 2020, <https://www.assocarenews.it/oss-raa/coronavirus-ecco-tutti-gli-operatori-socio-sanitari-oss-deceduti-per-COVID-19>

191 “Accordo per un Piano nazionale di preparazione e risposta per una pandemia influenzale”, Gazzetta ufficiale, 9 febbraio 2006 https://www.gazzettaufficiale.it/atto/serie_generale/caricaDettaglioAtto/originario?atto.dataPubblicazioneGazzetta=2006-04-01&atto.codiceRedazionale=06A02785&elenco30giorni=false

192 “Conclusione fase 6 pandemia influenzale da virus A/H1N1: valutazione e indicazioni operative”, Regione Lombardia, 22 dicembre 2010, https://www.assolombarda.it/fs/2011120171427_67.PDF

finalizzata al contenimento dei ricoveri” alla quale è corrisposta l’**“assenza di azioni specifiche”**.

Nella delibera si legge che tra le misure generali previste dal piano, sulle Asl ricadono i seguenti compiti rispetto ai Dpi: “definire il fabbisogno dei presidi di protezione”, “modalità di approvvigionamento, stoccaggio, distribuzione”, “dotazioni di un quantitativo adeguato di scorta per la distribuzione ai MMG/PLS”. **Con la riforma del 2015 le Asl cessano di esistere e sono rimpiazzate dalle Ats**, cambiando ruolo e funzioni: non più coordinamento e collegamento col territorio, ma controllo e verifica formale. Tale variazione sul piano formale e sostanziale può aver contribuito alla mancanza di azioni specifiche che ha fatto seguito alla delibera.

La **Regione Emilia-Romagna**, invece, ha ammesso che il piano in occasione dell'emergenza COVID-19 sia stato parzialmente disatteso: *“il piano pandemico nazionale aveva l'obiettivo, prima dell'insorgere dell'eventuale pandemia, di conoscere e controllare l'eventuale rischio ed era inserito nei LEA; tra le azioni di programmazione previste vi erano la fornitura di dispositivi di protezione, nuovi posti di terapia intensiva, il censimento e la formazione del personale [...] all'esplosione della pandemia COVID-19, purtroppo, il piano è rimasto in parte inattuato”*¹⁹³.

OSTACOLI ALL'ACCESSO AGLI OSPEDALI

“La direttiva del 30 marzo rischia di porre un ostacolo all'accesso agli ospedali degli anziani, che invece dovrebbe essere basato su una valutazione clinica specifica per ogni soggetto, perché il diritto alla salute va al di là dell'età anagrafica”

Luca Degani, presidente di Uneba Lombardia

Rosa Kornfeld-Matte, l'allora esperta indipendente delle Nazioni unite sul godimento di tutti i diritti umani da parte delle persone anziane, fin dall'inizio della pandemia si era detta preoccupata che le persone anziane avrebbero dovuto affrontare discriminazioni nell'accesso alle cure mediche e lanciava l'allarme sul rischio che ***“decisioni circa l'assegnazione di risorse mediche scarse come i ventilatori nelle unità di terapia intensiva potrebbero essere prese esclusivamente sulla base dell'età, negando alle persone anziane il pari diritto alla salute e alla vita”***; aveva, inoltre, chiesto che venissero sviluppati e seguiti protocolli di triage *“per garantire che tali decisioni siano prese sulla base delle esigenze mediche, delle migliori prove scientifiche disponibili e non su criteri non medici come l'età o la disabilità”*¹⁹⁴.

Amnesty International Italia ha raccolto numerose testimonianze tra direttori e operatori sanitari e famigliari di pazienti delle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali relative a ritardi nell'ospedalizzazione dei pazienti o all'impossibilità di trasferire in ospedale coloro che lo necessitavano.

Entrambe le fattispecie emergenti dalle testimonianze sono confermate dai dati forniti dall'Istituto superiore di sanità. A oggi, il sondaggio dell'Istituto superiore di sanità¹⁹⁵ risulta la più ampia fonte di

193 Risoluzione n.240, Regione Emilia-Romagna, 8 luglio 2020, <https://bur.regione.emilia-romagna.it/dettaglio-inserzione?i=69ee85f140454d2fa862825c46475a58>

194 “UN expert urges better protection of older persons facing the highest risk of the COVID-19 pandemic”, Nazioni unite, 27 marzo 2020, <https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2020/03/COVID-19/>

195 “Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020”, Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

dati sull'ospedalizzazione, data l'impossibilità di reperire dati in modo eterogeneo sul territorio nazionale. Sulla base delle testimonianze raccolte da Amnesty International e dei dati raccolti dall'Iss, appare evidente come le criticità relative all'ospedalizzazione siano state più acute in Lombardia, l'unica, tra le regioni prese in esame, ad avere emanato una delibera che fornisce indicazioni specifiche circa gli over 75 ospiti di Rsa¹⁹⁶.

Secondo il sondaggio dell'Iss, il 12,5% delle strutture che hanno risposto (157) ha individuato tra le principali difficoltà riscontrate quella relativa al trasferimento dei residenti con COVID-19 in ospedale¹⁹⁷. Tra il 1° febbraio e il 5 maggio, sulla base delle risposte raccolte dall'ISS, risulta che 5292 persone residenti nelle 1342 strutture rispondenti sono state ospedalizzate (per qualsiasi causa, sono inclusi i ricoveri di almeno un giorno), con una media nazionale di circa 4 ospedalizzazioni per struttura. Rispetto alle regioni prese in esame in questo report, in Lombardia si scende a 2,5 ospedalizzazioni per struttura, mentre in Veneto è pari a 6,3 e in Emilia-Romagna a 4,7¹⁹⁸. Tra i residenti ospedalizzati in Lombardia il 27,5% è risultato COVID-19 positivo e il 51,5% aveva sintomi simil influenzali quali tosse, febbre o dispnea, indipendentemente dalla positività al COVID-19; in Veneto rispettivamente il 7% e il 24,2%; in Emilia-Romagna il 22,5% e il 46%. A livello nazionale, invece, le incidenze si attestano al 18,2% e 38,2%¹⁹⁹.

La ritardata o mancata ospedalizzazione in alcuni casi potrebbe aver privato residenti di strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali della possibilità di accedere alle cure necessarie, incluse le cure palliative per alleviare la sofferenza di pazienti terminali, poiché non tutte le strutture di residenza socio-sanitaria e socio-assistenziale sono attrezzate, in termini di personale sanitario, di strumenti e trattamenti, per garantire assistenza e trattamenti pari a quelli ospedalieri.

A livello nazionale, la fonte normativa in merito all'ospedalizzazione degli ospiti di tali strutture è fornita dalla circolare diffusa dal ministero della Salute il 18 aprile 2020²⁰⁰, in cui sono riprese le indicazioni generali fornite dall'Istituto superiore di sanità e con le quali si raccomanda di "evitare per quanto possibile l'invio dei residenti in ospedale, per visite specialistiche ed esami strumentali" con riferimento alle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali (senza menzione dell'età²⁰¹). Ma questa circolare sembra riferirsi a visite o soggiorni ospedalieri elettivi o di routine, non a ospedalizzazioni per cure/trattamenti in casi di COVID-19/altre correlate condizioni²⁰².

In **Veneto** ed **Emilia-Romagna** le istituzioni non hanno fornito indicazioni in merito all'ospedalizzazione degli ospiti di tali strutture o rientranti in una determinata fascia d'età, mentre in **Lombardia** la delibera regionale XI/3018 del 30/03/2020, oggetto "*Ulteriori determinazioni in ordine all'emergenza epidemiologica da COVID-19 – Indicazioni per gestioni operative per le Rsa e le Rsd*"²⁰³ stabilisce, rispetto all'"ospite con sintomatologia similinfluenzale o Covid positivo":

196 Delibera regionale XI/3018, Regione Lombardia, 30 marzo 2020, https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7e200d86-e9f9-4f68-a04e-6f7c8606614f/DGR+3008_30_03_20.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-7e200d86-e9f9-4f68-a04e-6f7c8606614f-n5IRS21

197 "Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e socio-sanitarie. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020", Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

198 Ibidem.

199 Ibidem.

200 Circolare del ministero della Salute del 18 aprile 2020 recante "Indicazioni ad interim per la prevenzione ed il controllo dell'infezione da Sars-Cov-2 in strutture residenziali e socio-sanitarie", <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73875&parte=1%20&serie=null>

201 Ibidem.

202 Ibidem.

203 Delibera regionale XI/3018, Regione Lombardia, 30 marzo 2020, https://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/7e200d86-e9f9-4f68-a04e-6f7c8606614f/DGR+3008_30_03_20.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=ROOTWORKSPACE-7e200d86-e9f9-4f68-a04e-6f7c8606614f-n5IRS21

“Nel caso di:

- Età avanzata (>75 anni) con discrete condizioni di salute, o età inferiore ai 75 anni, devono essere sottoposti a misurazione della saturazione periferica di ossigeno, secondo le indicazioni di cui all'allegato 2. Nel caso di bassa saturazione (così come indicato nell'allegato), si prende contatti con il 112.
- Età avanzata (>75 anni) e presenza di situazione di precedente fragilità nonché presenza di più comorbidità, è opportuno che le cure vengano prestate presso la stessa struttura per evitare ulteriori rischi di peggioramento dovuti al trasporto e all'attesa in Pronto Soccorso²⁰⁴”.

La stessa delibera prescrive di somministrare ossigenoterapia in caso di bassa saturazione, allegando le procedure per la sedazione terminale²⁰⁵.

Tale atto della Regione Lombardia sembrerebbe essersi tradotto, stando alle testimonianze di famigliari e operatori sanitari, nell'impossibilità di ospedalizzare pazienti over 75 in modo generalizzato e non sulla base di valutazioni individuali delle condizioni del singolo paziente da parte del medico responsabile.

La parente di una paziente di una Rsa milanese sopravvissuta al COVID-19 racconta ad Amnesty International: **“Dopo forti pressioni, l'8 maggio mia madre è stata trasferita in ospedale in fin di vita – nella Rsa mi avevano detto che non c'era niente da fare. Il medico in pronto soccorso ha detto che il problema è la setticemia del sangue, blocco renale per disidratazione e denutrizione – hanno fatto un miracolo nel reparto malattie infettive. Ora però si è chiusa in sé stessa e non mangia e non beve – ha 75 anni, ma ha perso 20 anni di vita. Nel reparto di mia madre sono morte la metà delle persone”**.

La direttrice sanitaria di una struttura ci ha detto di considerare “arbitraria” tale indicazione, nonostante concordasse con il fatto che, nelle condizioni di estremo stress al quale erano sottoposti gli ospedali, le Rsa potessero davvero rappresentare una scelta più sicura per i pazienti, per i quali, in ogni caso, l'eventuale ospedalizzazione deve poter essere valutata caso per caso dal medico competente: **“I medici della struttura che dirigo, dopo aver consultato gli infettivologi, hanno deciso di non richiedere l'ospedalizzazione dei pazienti, poiché avevano sintomi abbastanza lievi e sarebbero stati esposti a maggiori pericoli in ospedale. Nel nostro caso non vi sono parenti che hanno insistito per l'ospedalizzazione, ma qui abbiamo l'ossigeno centralizzato, quindi c'è disponibilità di ossigeno (dai 2 ai 10 litri al minuto). Erano poi somministrate terapie idratative, antibiotiche e vitaminiche”**.

Appare necessario considerare che a fine marzo le strutture ospedaliere lombarde si trovano in condizioni di fortissimo stress, con numerosi casi riportati dai media di pazienti costretti a passare giorni in barella nei corridoi, a causa della mancanza di posti letto e con il personale sanitario ridotto allo stremo.

Secondo altre testimonianze, i pazienti di Rsa che venivano ospedalizzati venivano poi rapidamente dimessi e rimandati nella struttura di residenza.

La parente di una donna deceduta in una Rsa milanese ha raccontato ad Amnesty: **“A fine marzo è stata mandata in pronto soccorso per un'emorragia cerebrale; non ho saputo le cause, lei non ricordava di essere caduta. Non mi hanno dato spiegazioni, la dottoressa che ha sostituito la precedente non aveva seguito il caso, quindi non mi ha saputo dire nulla. Non mi hanno avvisata: il giorno in cui è andata al pronto soccorso ho chiamato più volte ma mi dicevano di chiamare più tardi, alla fine mi hanno detto che la stavano portando al pronto soccorso, è stata subito**

204 Ibidem.

205 Ibidem.

dimessa e riportata in struttura. Da quando le hanno diagnosticato la polmonite [il tampone che ha confermato il COVID-19 è stato eseguito solo a fine aprile, ndr] hanno cominciato a dirmi di prepararmi al peggio, che non c'era molto da fare. Io insistevo per farla mandare in ospedale, ma senza successo. Mi rispondevano che avevano tutte le attrezzature, che la potevano curare allo stesso modo. Le hanno somministrato antibiotici, fermenti lattici e altri medicinali contro la diarrea. Basta, perché non poteva essere trattata con farmaci che avevano un'influenza diretta sulla coagulazione del sangue. Non mi spiegavano nulla in modo chiaro. Il 7 di maggio mi hanno detto che l'avrebbero mandata in ospedale a causa di una gamba gonfia, mentre pare avesse una trombosi, forse causata proprio dal COVID-19. Io ho chiamato [l'ospedale] Niguarda e mi hanno detto che l'avrebbero visitata e poi dimessa e rimandata in Rsa. Una dottoressa, con la quale dopo il decesso insistevo sulla mancata ospedalizzazione, mi ha risposto che io non avevo idea di cosa ci fosse in ospedale a fine marzo, quando lei aveva avuto l'emorragia”.

L'amministratore delegato di una fondazione che gestisce strutture sia in Veneto che Lombardia sottolinea le differenze tra le due regioni: ***“In Lombardia siamo riusciti a far ricoverare i primi due casi, dal terzo in poi l'Ats non ci ha più nemmeno risposto al telefono e non c'è stata alcuna possibilità di spostarli fuori dalla struttura. In Veneto – dove tra l'altro nelle strutture che gestisco non ho avuto alcun caso – l'orientamento generale è stato quello di ospedalizzare laddove non si poteva isolare”.***

Anche tra gli operatori sanitari intervistati vi è chi riporta la terribile esperienza della morte di pazienti per i quali, l'unica cura palliativa sono stati analgesici insufficienti a lenire la sofferenza. In Emilia-Romagna, un'operatrice sociosanitaria che lavora in strutture gestite da un ente pubblico ha raccontato ad Amnesty International: ***“Vedevamo persone che si spegnevano, che non venivano mandate in ospedale se non quando stavano per morire. Ci sentivamo inascoltati, perché segnalavamo al medico di reparto il fatto che alcuni ospiti non stessero bene ma non venivano ricoverati. Molti miei colleghi sono profondamente traumatizzati da ciò a cui hanno assistito, quando i ricoveri non avvenivano neppure alla fine. In alcune tipologie di strutture non era possibile garantire loro le cure adeguate ad affrontare più 'dolcemente' quel momento”.***

Un altro operatore sociosanitario che lavora nel parmense ci ha spiegato: ***“Nel periodo più nero, nonostante chiedessimo l'ospedalizzazione, gli anziani restavano in barella in attesa, ma le ambulanze non arrivavano. Nelle strutture che erano Rsa l'ossigeno è centralizzato, nelle altre strutture no, ci sono i concentratori, macchine portatili che arrivano a cinque litri. Quando la persona arrivava in una saturazione troppo bassa non potevamo fare nulla”.***



© Ansa.it

7. CRITICITÀ SISTEMICHE AGGRAVATE DALLA PANDEMIA

CARENZA DI PERSONALE

La carenza di personale sanitario all'interno delle strutture di residenza socioassistenziali è un problema cronico che affligge il settore da tempo e che, durante l'emergenza COVID-19, per via dei numerosi casi di malattia e delle assunzioni operate in ambito ospedaliero (che nella generalità dei casi offre condizioni contrattuali e salariali migliori) è risultato acuito e resta, tuttora, ampiamente irrisolto.

Per far fronte a tale carenza, inoltre, alcune regioni hanno abbassato gli standard e i requisiti richiesti al personale addetto all'assistenza degli ospiti delle strutture.

“Siamo amareggiati e dispiaciuti ma questa volta le case di riposo non ce la faranno a contenere i contagi. Ci eravamo preparati alla nuova ondata, ma ci hanno tolto i soldati per combatterla”, denuncia Uripa Veneto: oggi, infatti, nelle strutture di residenza per anziani venete mancano circa 1500 infermieri e altrettanti operatori socioassistenziali.

La carenza di operatori sanitari nelle strutture è uno dei problemi cronici esplosi con forza durante l'emergenza COVID-19 durante la prima ondata e tuttora non superato. Ci soffermeremo sugli infermieri e sugli operatori socioassistenziali, quali categorie nell'ambito delle quali abbiamo raccolto più testimonianze e in quanto caratterizzate da condizioni di lavoro che le hanno rese particolarmente vulnerabili nel caso specifico delle strutture di residenza, sotto più profili. Le regioni analizzate nell'ambito di questa indagine, come descritto in precedenza, si differenziano a livello di sistema sanitario, che è definito, appunto, su base regionale. Tali elementi di diversità si riflettono anche sulle condizioni lavorative a cui è sottoposto il personale sanitario.

In Lombardia e in Emilia-Romagna, secondo quanto riferiscono i sindacati, è molto ampio il ricorso ai liberi professionisti e ai “somministrati”²⁰⁶, che si dividono tra lavoratori delle cooperative e interinali. Divergono la situazione in Veneto. Il presidente di Uripa ha spiegato ad Amnesty International: ***“Il personale dipendente nel Veneto rappresenta circa il 90%. Non c'è una cultura dell'appalto. Gli appalti sono aumentati per i servizi di ristorazione e pulizia per esempio, mentre il personale a contatto con gli ospiti resta prevalentemente dipendente. Tuttavia, il problema del sottorganico è cronico, non c'è personale disponibile”***.

206 La somministrazione del lavoro, introdotta dalla legge Biagi del 2003 a sostituzione del lavoro interinale, è una tipologia di impiego che permette ad un soggetto (utilizzatore) di rivolgersi ad un altro soggetto (somministratore) per utilizzare il lavoro di personale non assunto direttamente, ma dipendente dal somministratore. Vedere: <https://www.inps.it/nuovoportaleinps/default.aspx?itemdir=43268>

Uno dei fattori che contribuisce al problema del sottorganico è legato al contratto che viene sottoscritto dal personale delle strutture di residenza sociosanitarie e socioassistenziali. Questi, infatti, rientrano tra i contratti di assistenza sociosanitaria alla persona, che prevedono benefici e tutele inferiori rispetto a quelli della sanità. Il risultato è la tendenza del personale sanitario infermieristico e Oss a preferire le strutture ospedaliere o equiparate, che consentono di ottenere condizioni di lavoro migliori. Durante l'emergenza COVID-19, i numerosi casi di isolamento domiciliare e di malattia registrati tra il personale sanitario di tali strutture, così come lo spostamento di parte di esso verso strutture sanitarie quali ospedali (che hanno attivato precocemente meccanismi di reclutamento straordinario), ha comportato una crisi ancora più profonda: una struttura su tre cita le assenze del personale sanitario tra le difficoltà principali riscontrate dalle strutture nel sondaggio dell'Iss, mentre tra le altre difficoltà il 9% delle strutture nomina la carenza di personale²⁰⁷.

CONDIZIONI DI LAVORO DIFFICILI E ASSISTENZA INADEGUATA

“Mi sembra di stare in catena di montaggio, le relazioni con ospiti hanno subito conseguenze, perché non svolgiamo più il ruolo di chi si deve occupare anche dell'aspetto psicologico”.

Un'operatrice di una Rsa lombarda.

Un'infermiera di un'altra struttura della regione, prima della seconda ondata, ci ha riferito: ***“La direzione ha già messo le mani avanti, perché temono che gli manchi il personale. La loro soluzione è annunciare che saremo obbligate a girare tra le varie strutture. Ci hanno già minacciato che sarà così, mi troverò i turni due giorni lì e due giorni là... ma io cosa vado a fare in un'altra struttura? Non lavoro in un ospedale. Nelle nostre strutture il conoscere il paziente è l'essenziale”.***

Come emerge dalle testimonianze, l'impossibilità di dedicare un'adeguata attenzione all'assistenza dell'ospite e le dure condizioni di lavoro a cui sono sottoposti gli operatori sono strettamente connesse. In tali condizioni, quando, per esempio, i lavoratori sono costretti a spostarsi da un reparto all'altro, da una struttura all'altra, risultano anche maggiormente esposti al rischio di contagio.

Una operatrice sociosanitaria di Bologna ha raccontato ad Amnesty:

“I turni erano massacranti. Invece di essere in 10 eravamo in tre, in quattro. C'era chi pur di non assentarsi e non mettere in difficoltà i colleghi già stremati andavano pur non stando bene. Un operatore ogni venti anziani e dovrebbe dedicare un tempo massimo di sette minuti a paziente. In quel periodo con il personale in malattia, è stato davvero difficile. E poi soprattutto gli interinali o i liberi professionisti erano usati come ‘tappabuchi’, infermieri compresi. Un giorno venivano mandati nel reparto X, il giorno dopo quello Y”.

Lo svantaggio dei lavoratori più vulnerabili è sottolineato dai sindacati. A maggio la Nidil (Nuove identità di lavoro) Cgil denunciava la presenza di circa 15.000 lavoratrici e lavoratori somministrati nel comparto della sanità e delle Rsa²⁰⁸. Un terzo di questi, scriveva, si trova proprio nelle ***“residenze e nei servizi per***

207 “Survey nazionale sul contagio COVID-19 nelle strutture residenziali e sociosanitarie. Report finale. Aggiornamento 5 maggio 2020”, Istituto superiore di sanità, 5 maggio 2020, <https://www.epicentro.iss.it/coronavirus/pdf/sars-cov-2-survey-Rsa-rapporto-finale.pdf>

208 Articolo della Nidil, 1° maggio 2020, <https://www.nidil.cgil.it/somministrazione-precari-storici-emergenza/>

anziani²⁰⁹: “Luoghi in cui, oltre alle migliaia di morti tra gli ospiti, le condizioni di lavoro sono ancora oggi e in molte situazioni, al limite della sostenibilità. In queste strutture, oltre alla manifesta incapacità di intervento delle regioni, si è pagato un prezzo altissimo di vite e contagi derivanti dalle scelte di privatizzazione delle strutture e delle conseguenti precarie e pesanti condizioni di lavoro. La somministrazione spesso è elemento strutturale e non sostitutivo o congiunturale²¹⁰”.

Un lavoratore con partita Iva che, prima di essere licenziato per aver presentato un esposto contro la Rsa dove prestava servizio per mezzo di una cooperativa ci ha raccontato: **“Abbiamo fatto la denuncia collettiva alla struttura per il contagio e da lì siamo stati lasciati in quarantena. Per i dipendenti era pagata, anche se con trattenute. Io risultavo infortunato sul lavoro e non mi hanno dato nulla. Da sempre ho subito discriminazioni all'interno, anche in periodo non COVID-19. Ci sono grosse differenze di tariffe/stipendi per gli stessi identici incarichi, oltre a non avere divise e benefici come la mensa e altri”.**

Condizioni simili sono quelle che ci ha descritto un operatore sociosanitario di Parma: **“In un reparto di 26 posti letto hai tre Oss per la mattina e due per il pomeriggio, un infermiere su due reparti (per un totale di 52 anziani) la mattina e uno il pomeriggio. Quando hai 26 persone, tutte con bisogni diversi e sei in due, come fai? Arrivi stremato. Fai fino a cinque giorni di fila oltretutto, poi uno di riposo. Questo già normalmente, figuriamoci in emergenza. Il personale è all'osso. Hanno aumentato le ore assistenziali, ma senza aumentare il personale”.**

Un operatore lombardo ci ha detto: **“Nella mia struttura abbiamo avuto due ricoveri in ospedale e una persona in rianimazione tra gli operatori. La percentuale del contagio tra gli operatori è stata del 70%. In parallelo, non abbiamo avuto nessuna assunzione straordinaria durante l'emergenza, non hanno voluto assumere nessuno – uno dei medici di supporto è arrivato dalla Croce Rossa e uno altro della zona che era in pensione, perché avevamo problemi e mancanze di tutto”.**

Anche il rappresentante sindacale della Cisl di Bergamo ha segnalato ad Amnesty International che molte strutture del territorio, con la crisi avuta a seguito del picco della pandemia, non hanno effettuato nuove assunzioni e hanno ridotto i servizi: **“Le nostre strutture nella provincia di Bergamo garantiscono 1000-1050 minuti settimanali per ospite prima della pandemia, più dei 901 previsti dai Livelli essenziali di assistenza, qui in Lombardia, dal 2010. Dalla fine dell'emergenza, le strutture per risparmiare si stanno adattando ai 901 previsti dalla normativa. Vanno al risparmio, provocando stress nei lavoratori e diminuzione considerevole della qualità per gli ospiti”.**

In una Rsa milanese, secondo il bollettino informativo emesso dalla direzione sanitaria, 220 dipendenti sono stati in malattia nel periodo del picco della pandemia (marzo-maggio 2020). Alcuni operatori segnalano ad Amnesty International che i ritardi nell'effettuare i tamponi abbiano provocato assenze prolungate, fino a quasi due mesi, nonostante il personale insistesse per rientrare in servizio. Anche la Cisl di Bergamo ha ci riferito di situazioni simili: **“Ci sono persone che sono rimaste anche quasi due mesi a casa, dovendo utilizzare le ferie o la malattia. Magari sei guarito dal virus ma devi fare il tampone e aspettare anche 15 giorni a volte per avere il risultato. Il danno più grosso è lo stress, le persone chiamavano piangendo”.**

Il delegato Cisl di un'altra Rsa milanese segnala, invece, che alcuni lavoratori, anche se sottoposti a sorveglianza sanitaria, siano stati costretti a lavorare anche se potenzialmente contagiati, divenendo così potenziali veicoli di contagio dentro le strutture e nel proprio nucleo familiare. Ne è un esempio il caso segnalato ad Amnesty International di un coordinatore che dopo aver fatto il tampone, anziché stare a casa in attesa dell'esito, ha dovuto continuare a lavorare in vari reparti senza uso di Dpi; è risultato poi positivo. Un altro caso nella provincia di Bergamo, riferito ad Amnesty dal sindacato, è quello di un

209 Ibidem.

210 Ibidem.

operatore sanitario in attesa del responso del tampone, poi risultato negativo, che è stato chiamato dalla sua coordinatrice perché rientrasse in servizio. In seguito, è stato vittima di licenziamento disciplinare, secondo la versione del lavoratore, proprio perché rientrato prima di aver ricevuto il referto, mentre avrebbe dovuto rifiutare nonostante le pressioni che afferma di aver subito.

LICENZIAMENTI E PROVVEDIMENTI DISCIPLINARI

Cinque operatori che lavoravano in una Rsa milanese – attraverso una cooperativa che gestisce l'appalto presso la struttura – sono stati licenziati dopo aver presentato un esposto contro la Rsa stessa per avere tenuto “nascosti moltissimi casi di lavoratori contagiati da COVID-19, benché ne fossero a conoscenza almeno dal 10 marzo” e di avere “impedito ai lavoratori l'uso delle mascherine per non spaventare l'utenza”.

Uno degli operatori licenziati durante il suo periodo di malattia per COVID-19 ha detto ad Amnesty International:

“Il 14 marzo è arrivato un messaggio Whatsapp della responsabile della cooperativa in cui si diceva che eravamo stati in contatto con qualcuno positivo, ma poi ho saputo che il primo contagio accertato era di una settimana prima. Gli spogliatoi erano gli stessi per 1000 persone e continuavamo a lavare le divise a casa, portandole così, potenzialmente infette, sui mezzi di trasporto e nelle nostre abitazioni. Solo la notte del 12 di marzo, quando un collega era in ospedale per COVID-19, mi hanno consegnato la mascherina. Prima di lui due altri erano andati in ospedale. Nel mio reparto si sono infettate 42 persone su 46”.

Altri operatori sanitari hanno raccontato ad Amnesty International di essere stati vittime del clima di ritorsione da parte delle dirigenze di alcune Rsa. Nell'arco di due mesi in una struttura milanese sono stati emessi 120 provvedimenti disciplinari ai danni di operatori sanitari che hanno espresso preoccupazioni per la gestione interna, quasi il doppio di quelli intrapresi nei cinque anni precedenti²¹¹. Il 12 novembre, un operatore sanitario e delegato della Cgil presso una Rsa milanese ha ricevuto una sospensione disciplinare di un mese dal lavoro. Lo stesso aveva denunciato la gestione opaca della struttura nella fase emergenziale e insistito sull'utilizzo delle mascherine, ricevendo già sei misure disciplinari precedentemente. Recentemente poi aveva lamentato ai media il “clima di terrore” creatosi nella struttura milanese²¹².

RECLUTAMENTO STRAORDINARIO

Il ministero della Salute con circolare diffusa il 25 marzo afferma che è “indispensabile potenziare il personale in servizio presso queste strutture, anche attraverso i meccanismi di reclutamento straordinario già attivato per le strutture di ricovero ospedaliero, nonché la possibilità di ricorrere a personale già impiegato nei servizi semiresidenziali e domiciliari²¹³”.

211 “Pio Albergo Trivulzio, sospeso dal servizio il sindacalista che ha raccontato al fatto le sanzioni contro medici e personale interno”, Il Fatto Quotidiano, 12 novembre 2020, <https://www.ilfattoquotidiano.it/2020/11/12/pio-albergo-trivulzio-sospeso-dal-servizio-il-sindacalista-che-ha-raccontato-al-fatto-i-provvedimenti-contro-medici-e-personale/6001149/>

212 “Tecnico denuncia il Trivulzio di Milano e viene sospeso”, Radio Radio, 12 novembre 2020, <https://www.radioradio.it/2020/11/tecnico-denuncia-il-trivulzio-di-milano-e-viene-sospeso/>

213 “Aggiornamento delle linee di indirizzo organizzative dei servizi ospedalieri e territoriali in corso di emergenza COVID-19”, ministero della Salute, 25 marzo 2020, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=73751&parte=1%20&serie=null>

Un esempio di come tale indicazione sia stata applicata è il caso dell'Emilia-Romagna, che ha previsto una riduzione degli standard richiesti alle strutture per far fronte alla penuria di Oss. Con una comunicazione datata 20 marzo, visionata da Amnesty International, la direzione generale Cura alla persona, salute e welfare della Regione Emilia-Romagna comunicava ai direttori generali delle UU.SS. LL., ai sindaci, ai direttori di distretto, ai gestori degli enti interessati e al Commissario ad acta per l'emergenza COVID-19 che era possibile "il ricorso non prevalente a tutti gli altri istituti e strumenti previsti dalla legislazione vigente (es. lavoro somministrato) e dai contratti di lavoro" e che era altresì consentito "utilizzare un numero inferiore di personale con qualifica di Oss aumentando il numero del personale con la qualifica di Addetto all'assistenza di base o di Operatore tecnico dell'assistenza [personale che non è preparato per assistenza diretta ai pazienti, ndr] [...]. È possibile inoltre utilizzare operatori anche in fase conclusiva del percorso di formazione Oss [...]. Può inoltre essere utilizzato anche personale con differente qualifica, es. educatori con almeno tre anni di esperienza [...]".

Secondo quanto raccontato ad Amnesty da una operatrice sociosanitaria della regione molti sono stati ***"assunti da fuori regione con contratti di sei mesi, offrendo loro l'alloggio. Ragazzi prevalentemente in arrivo dal Sud. Persone appena diplomate, senza esperienza, che all'inizio dovevano fornire solo l'autocertificazione sulla propria condizione di salute, a cui non era fatto il tampone prima dell'ingresso. Alcuni di loro si sono ammalati dopo. Il personale non dipendente era trattato come una pedina: venivano spostati, costretti a fare le lunghe (due turni di seguito) e richiamati nei giorni di riposo, obbligati a rinunciare alle ferie. Possono rifiutare, certo, ma il rischio è che il contratto vada a qualcun altro"***.

I dirigenti di alcune Rsa lombarde affermano che le assenze più gravose siano state quelle relative a figure professionali come medici e infermieri, già storicamente difficilmente reperibili sul territorio. Ciò ha forzato in alcuni casi le strutture ad avvalersi delle agenzie interinali con un surplus di costi del personale senza avere la tempistica sufficiente per poter effettuare colloqui a garanzia di un'assunzione mirata. Inoltre, in molti casi di emergenza si sarebbero effettuate assunzioni di personale assistenziale che non aveva ancora ultimato il corso ed ottenuto l'attestato, sfruttando la deroga prevista dalla Regione Lombardia²¹⁴.

214 Il Vademecum Coronavirus strutture sociosanitarie dell'Ats di Milano specificava che "Stante la situazione di emergenza epidemiologica da COVID-19, è consentito ai gestori di riorganizzare le attività. I servizi devono comunque essere garantiti nella continuità, senza pregiudizi per la sicurezza degli ospiti e degli operatori, anche in carenza degli standard riferiti al personale e in deroga al debito orario e del mix di qualifiche previste dagli standard di autorizzazione e accreditamento. (...) Può essere utilizzato personale ASA/OSS che ha ultimato il percorso formativo, ma non ha sostenuto l'esame di fine corso per le sopravvenute disposizioni di legge in materia di prevenzione e contenimento di COVID-19", https://www.ats-milano.it/Portale/Portals/0/AtsMilano_Documenti/Vademecum%20COVID19_UdO_sociosan_260620_3daea6d3-daf1-4869-9dc6-6d5cfc908ab3.pdf



© Ansa.it

8. IMPATTO DEVASTANTE DELL'ISOLAMENTO

“La prima volta è stato un trauma rivederla, lei non parlava e non reagiva, non mi credeva che fossi sua figlia. Dopo 20 minuti ha capito che ero io, poi mi ha chiesto ‘come stai?’. Quando la vediamo dal vivo spesso ha le mani sul viso, come una persona disperata, in maniera continuativa.”

La figlia di un'ospite di una struttura lombarda.

Tutti i famigliari e gli operatori sanitari intervistati da Amnesty International lamentano il deterioramento delle condizioni degli/le ospiti, dovuto al prolungato isolamento e alle condizioni che si sono perpetuate durante la fase di picco dell'emergenza sanitaria. La mancanza di stimolo e contatto sociale dovuto alla chiusura delle visite, congiuntamente alla sospensione delle attività sociali e ricreative all'interno delle strutture, sono risultate in un deterioramento delle condizioni di salute fisica e mentale degli anziani residenti. Recenti studi mostrano l'impatto disastroso dell'isolamento sulla salute mentale e fisica di persone anziane sofferenti di demenza che vivono in strutture socioassistenziali²¹⁵.

Un'operatrice sanitaria della Lombardia riporta che ***“Abbiamo riscontrato un decadimento cognitivo dei pazienti pazzesco – mandavamo giù i carrelli del cibo pieni perché la gente non mangiava – molti non se ne accorgevano nemmeno del virus ma quello che pesava molto era l'isolamento prolungato, le distanze e la mascherina”***.

Inoltre, la carenza di personale sanitario sopravvenuta durante il picco dell'emergenza avrebbe condotto a una maggiore “incuria” nei confronti degli ospiti: i famigliari e gli operatori sanitari denunciano l'impossibilità di dedicare tempo adeguato a ogni ospite e la negligenza nel trattamento riservato ai residenti. Tale carenza si sarebbe manifestata sia attraverso una minore attenzione alle condizioni igienico-sanitarie del paziente, sia attraverso la carente o assente presenza di attività ludico-ricreative, quali esercizi per la psicomotricità che in condizioni normali sono garantiti, sia attraverso l'impossibilità di compiere passeggiate o altre modalità di movimento. L'assenza prolungata di comunicazioni e contatti coi famigliari, il cui ruolo risulta secondo gli stessi operatori sanitari fondamentale nel

215 Per esempio, vedere: “Impact and mortality of COVID-19 on people living with dementia: cross-country report”. Il rapporto analizza l'impatto del COVID-19 sulle persone con demenza in nove paesi, inclusa l'Italia, e in particolare le misure estremamente rigide di isolamento quali l'interdizione delle visite alle strutture residenziali e l'effetto deleterio che queste hanno avuto sulla salute mentale e cognitiva delle persone affetti da demenza. Agosto 2020, <https://www.ucl.ac.uk/brain-sciences/news/2020/sep/impact-and-mortality-covid-19-people-living-dementia-cross-country-report>

coadiuvare i compiti degli animatori socioculturali, ha condotto secondo le testimonianze dei famigliari a un deterioramento, da lieve a grave, delle condizioni pregresse del paziente, soprattutto nei casi di patologie quali Alzheimer e forme di demenza. In alcuni casi gli ospiti avrebbero smesso di nutrirsi; avrebbero smesso di parlare; non sarebbero oggi più in grado di riconoscere i parenti in visita o avrebbero perso la capacità di deambulazione a causa dell'interruzione della fisioterapia e della scarsa mobilità. In alcuni casi i parenti segnalano che pazienti affetti da Alzheimer o demenza senile sono stati legati al letto per impedirgli di muoversi nel reparto e facilitare il contagio.

La contenzione, sia meccanica che chimica, può avere gravi effetti sulla salute, in particolare per le persone anziane. Il Relatore speciale delle Nazioni Unite sulla tortura, in un rapporto sulla situazione delle persone con disabilità, osserva che **“l'uso prolungato di i mezzi di contenzione possono portare ad atrofia muscolare, potenzialmente deformabile insufficienza d'organo fatale o addirittura aggravata da disturbi psicologici” e dichiara che “non può esserci giustificazione terapeutica per l'uso prolungato di contenzione che può costituire un atto di tortura o maltrattamento”²¹⁶.**

L'uso di metodo di contenzione deve essere eccezionale e qualsiasi uso deve essere registrato; le persone soggette a vincoli devono essere tenute sotto stretta sorveglianza e i loro rappresentanti devono essere informati²¹⁷.

DIFFICOLTÀ DI COMUNICARE A DISTANZA

Con la chiusura delle visite, l'unica modalità di comunicazione dei pazienti residenti nelle strutture socio-sanitarie con le proprie famiglie è diventata quella virtuale, attraverso chiamate telefoniche o video chiamate.

Le testimonianze di famigliari e operatori sanitari all'interno delle strutture riportano però che questa modalità è stata introdotta con tempi e modalità diverse a seconda delle strutture e che in particolare le videochiamate sono state introdotte solo dopo alcune settimane.

Sebbene in molti casi durante le prime settimane siano state consentite telefonate, con cadenza diversata, da parte dei famigliari per conoscere lo stato di salute dell'ospite della struttura, molte famiglie intervistate riportano che le comunicazioni con il personale delle strutture sono state discontinue e non organizzate. In alcuni casi i familiari riportano di non aver ricevuto informazioni sulle condizioni di salute dei parenti per un periodo prolungato.

La comunicazione diretta con l'ospite è stata possibile nei casi in cui l'ospite era provvisto di un telefono cellulare personale, circostanza tuttavia resa spesso impossibile dalle condizioni di salute dell'ospite stesso, soprattutto per i pazienti affetti da demenza senile o da forme avanzate di Alzheimer. In molti casi le famiglie sono state costrette ad affidarsi alla disponibilità del personale sanitario di utilizzare i loro telefoni personali o a dedicare il proprio tempo a questa funzione.

Le criticità principali emerse riguardano l'impossibilità per le famiglie nel reperire informazioni ufficiali e tempestive relative alla presenza del COVID-19 all'interno delle strutture; ritardo nella comunicazione della presenza di sintomi riconducibili al COVID-19 sull'ospite e, in relazione a ciò, informazioni

216 Si veda “Interim report of the Special Rapporteur on torture and other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment”, <https://undocs.org/en/A/63/175>

217 Si veda inoltre “United Nations Principles for the Protection of People with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care”, Risoluzione 46/119 (1991) dell'Assemblea generale delle Nazioni Unite, Principio 11 (11), <https://undocs.org/en/A/RES/46/119>

contraddittorie sui casi di contagio all'interno della struttura. Molte famiglie lamentano l'assenza di trasparenza da parte delle strutture sull'andamento epidemiologico all'interno e sulle misure prese per proteggere i propri familiari. L'isolamento domiciliare/la malattia di molti medici ha reso in molti casi impossibile il confronto diretto tra i famigliari e il medico della struttura per ottenere informazioni più approfondite.

Dalle testimonianze raccolte emerge che alcune strutture invece hanno integrato il servizio fornendo alle famiglie dei report o altri tipi di comunicazione via mail in modo regolare, riportando con trasparenza anche l'andamento epidemiologico interno.

Dopo alcune settimane dalla chiusura totale alle visite, con cadenza variabile da struttura a struttura, è stato previsto il servizio di video-chiamata; le video-chiamate sono state condotte, principalmente, dagli educatori professionali e dagli animatori socioculturali.

Alcune famiglie hanno lamentato l'interruzione del servizio avvenuta nel caso in cui gli animatori fossero impossibilitati a recarsi sul posto di lavoro a causa di isolamento domiciliare o malattia e in assenza di operatori che potessero sostituirli. Alcuni famigliari riportano anche che in alcuni casi le strutture opponevano resistenza per condurre tali video-chiamate perché non consentivano di mascherare l'assenza parziale o totale di dispositivi per la protezione individuale nel personale presente in struttura e/o perché rivelatorie del peggioramento delle condizioni del paziente. Secondo alcuni familiari, i loro cari sarebbero apparsi in stato confusionale, fisicamente deperiti, e altri avrebbero lamentato in modo esplicito l'assenza di pratiche igieniche quali il bagno.

Un familiare di un'ospite di una struttura lombarda riporta ***“Intorno all'8 marzo la struttura ha chiuso le visite ai parenti. Noi abbiamo avuto un black-out totale di informazioni per almeno due settimane, non riuscivamo a contattare nessuno e chiamavamo tutti i giorni, mentre nei giornali già si parlava di problemi all'interno e di contagi. Durante la mia ultima visita il 6 marzo, sono entrata all'ora di cena senza mascherina né niente. Da quel momento, per quattro mesi non l'abbiamo più vista. Chiamavamo per telefono, ma nessuno rispondeva. Dopo due settimane, abbiamo iniziato a mandare Pec alla direzione per chiedere informazioni. Abbiamo ricevuto risposta una sola volta, in cui dicevano che la mamma stava bene, però non hanno mai risposto a tutte le altre domande sulle precauzioni che stavano mettendo in piedi per fronteggiare l'emergenza. Le videocchiamate sono arrivate molto tempo dopo, a metà aprile, e il personale era evidentemente molto disturbato dalle nostre chiamate. Volevamo capire che cosa stessero facendo dentro la struttura, i bollettini erano numeri sparsi in una situazione non chiara e senza indicazioni su cosa stavano per fare”***.

Alcuni familiari hanno segnalato le mancate tempestive comunicazioni da parte delle Rsa rispetto al degradarsi delle condizioni di salute dei propri familiari.

Un familiare di un'ospite sopravvissuta al COVID-19 in una struttura del milanese racconta: ***“Per tutto il mese di marzo ho continuato a parlare con gli operatori della struttura chiedendo insistentemente informazioni su mia madre. La risposta era sempre che andava tutto bene e di non preoccuparmi. Tutto questo fino al 13 aprile, data in cui ho chiamato di nuovo in reparto e un infermiere mi ha riconosciuto. Poiché mi conosceva, non è riuscito a mentirmi e ha detto ‘Ci hanno detto di dirvi che va tutto bene, ma non riesco a non dirti la verità. Sono morte la metà la metà delle persone in reparto, tua madre è da una settimana che non beve e non mangia più e non parla ormai più’”***.

Alcune strutture hanno invece investito nella qualità delle comunicazioni con le famiglie, facilitando le videocchiamate durante il lockdown e istituendo percorsi speciali che hanno permesso un contatto di migliore qualità.

La direttrice di una struttura lombarda indica che **“Da fine maggio abbiamo aperto alle visite, abbiamo una struttura vecchia con finestre e abbiamo creato un percorso dedicato per familiari dietro la finestra con sistema di amplificazione senza limiti di tempo in grande tranquillità. Lo facciamo per tutti i pazienti. Per le persone affette da demenza sono l’Oss o il medico a facilitare la comunicazione e supportare anche la videochiamata”**.

DOPO MESI DI ISOLAMENTO, RESTRIZIONI ANGOSCIANTI

Molti familiari hanno espresso preoccupazione che l’assenza prolungata di visite ha reso impossibile l’attività di monitoraggio delle condizioni dei loro cari. A tali difficoltà accresciute di comunicazione, contribuiscono, secondo i famigliari, le circostanze in cui le visite hanno luogo; soprattutto in una fase iniziale vi sono state strutture che hanno previsto che le visite venissero effettuate attraverso una finestra chiusa.

Con l’allentamento delle restrizioni a livello nazionale e locale, la maggioranza delle strutture di residenza sociosanitarie e assistenziali hanno poi riaperto alle visite dei famigliari a partire dal mese di giugno, sulla base di ordinanze regionali, che delegavano la responsabilità della riapertura alle strutture stesse sulla base di criteri specifici. Le visite sono state consentite con grosse limitazioni al fine di contenere la diffusione del COVID-19 all’interno, mantenendo gli incontri contingentati e all’aperto, indossando i dispositivi di sicurezza e sotto la supervisione di operatori sanitari a fine di evitare che vi siano contatti fisici. Gli stessi operatori sanitari lamentano la difficoltà emotiva di gestire tali incontri. In alcune strutture, le testimonianze raccolte indicano che gli ospiti allettati non hanno la possibilità di ricevere visite delle famiglie.

Un’operatrice sociosanitaria dell’Emilia-Romagna racconta: **“per un periodo le visite si sono svolte con una finestra chiusa a separare i pazienti dai famigliari. Ora invece si svolgono per mezz’ora in uno spazio interno, con il distanziamento e i dispositivi di protezione. Il nostro ruolo è di supervisionare, di fatto dobbiamo controllare che non ci siano contatti: non si possono toccare, né abbracciarsi, solo parlare a distanza. Anche per noi è un dolore vedere la sofferenza e la difficoltà che comportano queste limitazioni. Tanti anziani così non riescono neppure a capire o a rendersi conto di cosa accade”**.

Il Dpcm del 11 giugno 2020²¹⁸ conferma espressamente che “l’accesso di parenti e visitatori a strutture di ospitalità e lungo-degenza, residenze sanitarie assistite, hospice, strutture riabilitative e strutture residenziali per anziani, autosufficienti e non, è limitato ai solo casi indicati dalla direzione sanitaria della struttura”.

218 Dpcm dell’11 giugno 2020, “Ulteriori disposizioni attuative del decreto-legge 25 marzo 2020, n. 19, recante misure urgenti per fronteggiare l’emergenza epidemiologica da COVID-19, e del decreto-legge 16 maggio 2020, n. 33, recante ulteriori misure urgenti per fronteggiare l’emergenza epidemiologica da COVID-19”, <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2020/06/11/20A03194/sg>

La normativa regionale di riapertura limitata delle visite

Lombardia: La Deliberazione della Giunta di Regione del 9 giugno²¹⁹ aveva riaperto le strutture alle visite regolando gli ingressi.

Emilia-Romagna: la riapertura si è verificata a partire dal 15 giugno²²⁰, sulla base di un'ordinanza regionale.

Veneto: l'ordinanza regionale del 22 giugno²²¹ riapre alle visite e le regola.

Alcune strutture, però, non hanno riaperto tempestivamente a seguito delle direttive regionali.

In Lombardia, il 12 giugno l'Associazione Felicità per i diritti nelle Rsa, che riunisce i familiari di vittime e sopravvissuti, ha fatto richiesta ufficiale al prefetto di Milano Saccone perché intervenisse con il Comune di Milano, la Regione Lombardia e la dirigenza di una grande Rsa milanese per permettere l'avvio delle visite (poi riprese in fase sperimentale il 22 giugno, anche se in forma estremamente contingentata).

A seguito di una richiesta della stessa associazione Felicità²²², nel mese di agosto, anche il Garante diritti dei detenuti Mario Palma²²³ ha avviato un'interlocuzione con il Comitato tecnico-scientifico e le regioni per esprimere la profonda preoccupazione in merito al protrarsi dell'isolamento delle persone residenti in alcune strutture socioassistenziali e socioassistenziali per disabili o anziani nell'attuale fase di diffusione del COVID-19 e ha sollecitato la disposizione di un documento che contenga indicazioni per dirimere tali criticità che richiedono urgenti risoluzioni al fine di garantire percorsi di salute e assistenza certi e omogenei in tutto il territorio nazionale a tutela di una fascia di popolazione particolarmente vulnerabile.

Secondo la testimonianza raccolta nel mese di settembre di un familiare di un'ospite di una Rsa lombarda: ***“Grazie all'intervento del prefetto le visite sono riprese in maniera progressiva il 22 giugno, ma in maniera molto ridotta; ad oggi ci sono solo 30 visite giornaliere e con limitazioni molto grosse. Chi per esempio non si muove dal letto o chi ha l'Alzheimer e si toglie la mascherina non può vedere i familiari. Noi abbiamo sempre chiesto di mettere un plexiglas per vedere i parenti senza mascherina e più direttamente. Altrimenti i parenti anziani rischiano di non riconoscere nemmeno i familiari quando sono tutti 'bardati'”***.

Consentire visite più frequenti e di migliore qualità richiede inevitabilmente più risorse materiali e umane, il che a sua volta può significare costi più elevati. Trovare il giusto equilibrio tra consentire agli ospiti delle strutture socioassistenziali un miglior contatto con i loro cari e gestire il rischio di infezione è senza dubbio una sfida e l'aumento di casi di COVID-19 nelle ultime settimane mostra che è necessario regolare periodicamente l'equilibrio a seconda del rischio di contagio in generale e della

219 Regione Lombardia, Delibera n.3226- (DI) Atto di indirizzo in ambito socio-sanitario successivo alla “fase 1” dell'emergenza epidemiologica da COVID-19, 9 giugno 2020, <https://www.regione.lombardia.it/wps/portal/istituzionale/HP/istituzione/Giunta/sedute-delibere-giunta-regionale/DettaglioDelibere/delibera-3226-legislatura-11>

220 Regione Emilia-Romagna, Ordinanza n. 109 del 15 giugno 2020, https://www.regione.emilia-romagna.it/coronavirus/norme/ordinanza-12-giugno-2020-decreto-n-109_2020.pdf/@download/file/ORDINANZA%2012%20GIUGNO%202020%20-%20DECRETO%20N.%20109_2020.pdf

221 Regione Veneto, Ordinanza del 22 giugno 2020, <https://bur.regione.veneto.it/BurVServices/pubblica/DettaglioOrdinanzaPGR.aspx?id=422739>

222 “Rsa, Lettera al Garante dei detenuti”, Il Giorno, 30 giugno 2020, <https://www.ilgiorno.it/milano/cronaca/Rsa-lettera-al-garante-dei-detenuti-1.5273850>

223 “Lettera del Garante ai Presidenti delle regioni sulle Rsa”, Garante Nazionale dei diritti dei detenuti e delle persone private della libertà personale, https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/it/dettaglio_contenuto.page?contentId=CNG9172&modelId=10017

situazione dei singoli ospiti e della specifica struttura. Non esiste una soluzione a rischio zero, poiché anche in assenza di visite familiari, i residenti sono in stretto contatto quotidiano con il personale delle strutture che vive nella comunità e attualmente viene testato solo una volta alla settimana/al mese. Le persone anziane che vivono nelle Rsa non dovrebbero essere soggette a restrizioni generali sulla loro vita privata e familiare, ad eccezione delle restrizioni che sono necessarie per le loro circostanze specifiche sulla base di valutazioni di rischio personalizzate. È necessario esplorare tutte le opzioni che permettano di ridurre le restrizioni dei diritti di base – tali opzioni sono per esempio test frequenti e regolari per gli operatori e gli ospiti delle presidi residenziali per anziani. È importante valutare tutte le opzioni in un processo di consultazione partecipata con gli ospiti, le famiglie e il personale al fine di garantire che le restrizioni siano proporzionate.

Il recente arrivo dei test antigenici, che non necessitano elaborazione in laboratorio e permettono di conoscere il risultato in pochi minuti, potrebbero facilitare enormemente la qualità delle visite dei familiari nelle strutture sociosanitarie e socioassistenziali e il contatto degli ospiti con i loro cari. Anche in questo caso l'approccio varia da regione a regione e all'interno di queste da struttura a struttura²²⁴.

Solo il 30 novembre la circolare del ministero della Salute²²⁵ riconosce l'importanza di garantire un contatto significativo dei pazienti delle strutture con le famiglie anche per il benessere fisico e psichico, richiedendo alle direzioni sanitarie di “predisporre un piano dettagliato per assicurare la possibilità di visite in presenza e contatti a distanza in favore degli ospiti delle strutture”, promuovendo screening con test antigenici rapidi per familiari e visitatori esterni e spazi specifici dove possa avvenire il contatto fisico in sicurezza, con soluzioni tipo “sale degli abbracci”.



© Eugenio Grosso

224 “Rsa e Rsd in Lombardia: nuove regole per i pazienti Covid anziani e disabili gravi”, Cisl Pensionati Lombardia, 26 novembre 2020, <https://www.pensionaticislombardia.it/articolo-1376/Rsa-e-rsd-in-lombardia-nuove-regole-per-i-pazienti-covid-anziani-e-disabili-gravi/>

225 Circolare del ministero della Salute, 30 novembre, “Disposizioni per l'accesso dei visitatori a strutture residenziali socioassistenziali, sociosanitarie e hospice e indicazioni per i nuovi ingressi nell'evenienza di assistiti positivi nella struttura”, <https://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2020&codLeg=77455&parte=1%20&serie=null>

9. QUADRO NORMATIVO DEI DIRITTI UMANI

L'Italia ha ratificato vari trattati internazionali e regionali sui diritti umani che la impegnano a proteggere e a garantire diritti umani fondamentali rilevanti nell'ambito delle preoccupazioni analizzate in questo rapporto, tra cui, in particolare, il diritto alla vita, il diritto di ogni individuo a godere dei più elevati standard di salute mentale e fisica che sia possibile raggiungere, il diritto alla non-discriminazione – compresa quella fondata sull'età, sulla disabilità o sullo stato di salute – il diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani o degradanti e il diritto al rispetto della vita privata e familiare²²⁶.

In conformità con gli obblighi derivanti dal diritto internazionale in materia di diritti umani, l'Italia si impegna a garantire il rispetto, la protezione e l'applicazione dei diritti umani degli individui sotto la sua giurisdizione.

La maggior parte di questi diritti sono sanciti dalla Convenzione europea per i diritti umani (Cedu) e sono direttamente applicabili nell'ordinamento giuridico italiano. Tali diritti comprendono il diritto alla vita (art. 2 della Cedu), il diritto a non essere sottoposti a tortura e a trattamenti inumani o degradanti (art. 3), il diritto al rispetto della propria vita privata e familiare, del proprio domicilio e della propria corrispondenza (art. 8), e il diritto alla protezione contro la discriminazione nel godimento dei diritti e libertà riconosciuti (art. 14). Sebbene la protezione del diritto alla salute non venga espressamente menzionata nella Cedu, gli obblighi che ricadono sugli stati aderenti alla Convenzione sono stati ribaditi più volte dalla giurisprudenza²²⁷. Inoltre, l'Italia è tenuta a proteggere il diritto alla salute, come sancito dalla Carta sociale europea riveduta (art. 11), nonché dagli strumenti internazionali di tutela dei diritti umani ratificati, in particolare la Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (Cdesc) e la Convenzione per i diritti delle persone con disabilità (Ccrpd).

L'articolo 23 della Carta sociale europea (nella sua versione rivista) stabilisce che *“ogni persona anziana ha diritto alla protezione sociale” e ne specifica il significato, includendo l'obbligo dello stato di “garantire alle persone anziane che vivono in istituto un'adeguata assistenza nel rispetto della vita privata e la possibilità di partecipare alla determinazione delle proprie condizioni di vita nell'istituto”*. Il Comitato, in una recente dichiarazione sull'interpretazione dei diritti per la tutela della salute (art. 11),

226 Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, <http://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
Convenzione internazionale sui diritti civili e politici, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CCPR.aspx>
Convenzione contro la tortura e altre pene o trattamenti crudeli, inumani o degradanti, <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
Convenzione internazionale per i diritti delle persone con disabilità, <http://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/ConventionRightsPersonsWithDisabilities.aspx>

227 “Gli obblighi che incombono agli stati parte della Convenzione sono sia di tipo negativo che positivo. In ottemperanza agli obblighi negativi, uno stato parte non deve interferire con la salute di un individuo a meno che non ci sia un motivo giustificato dalla Convenzione. Gli obblighi positivi impongono allo stato parte di adottare provvedimenti per salvaguardare la salute di un individuo, per ‘Health-related issues in the case-law of the European Court of Human Rights’ (‘Questioni relative alla salute della Corte Europea dei diritti dell'uomo’), Corte europea dei diritti dell'uomo 2015, https://www.echr.coe.int/Documents/Research_report_health.pdf

ha sottolineato che le persone anziane devono essere adeguatamente salvaguardate con l'adozione di misure di assistenza sanitaria messe in atto in tempi di pandemia²²⁸.

Come menzionato, l'Italia è inoltre tenuta a proteggere il diritto alla salute come sancito dagli strumenti internazionali sulla tutela dei diritti umani da essa ratificati, in particolare la Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (Cdesc)²²⁹ e la Convenzione per i diritti delle persone con disabilità (Crpd)²³⁰. Quest'ultima protegge, con riferimento specifico alle persone con disabilità, una serie di diritti – quali il diritto alla vita (art. 10), alla salute (art. 25), all'uguaglianza e alla non discriminazione (art. 5) – più nello specifico in riferimento alle persone con disabilità.

Al fine di garantire il diritto alla salute sancito dalla Cdesc, le strutture sanitarie, i beni e i servizi devono essere disponibili in quantità sufficiente; devono essere accessibili a tutti senza alcuna discriminazione, inclusa l'accessibilità fisica, economica e alle informazioni; devono essere accettabili per tutte le persone, rispettosi dell'etica medica, culturalmente appropriati e di buona qualità. È essenziale anche la *“partecipazione della popolazione in tutto il processo decisionale a livello di comunità, a livello nazionale e internazionale”*²³¹.

Il diritto alla salute comprende l'obbligo all'adozione di misure necessarie per *“la prevenzione, il trattamento e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e di altra natura”*. Il Comitato per i diritti economici, sociali e culturali ha esplicitato chiaramente i doveri degli stati che derivano da questo diritto, sottolineando che *“[le] misure atte a prevenire, trattare e controllare le malattie epidemiche ed endemiche” costituiscono “obblighi con priorità analoga”* agli obblighi essenziali (o “i livelli essenziali minimi”) del diritto alla salute²³².

Tutti gli individui e le comunità interessati hanno il diritto di ricevere informazioni semplici, accessibili, tempestive e significative, relative alla natura e al livello di minaccia alla salute, alle possibili misure da adottare per mitigare i rischi, alle informazioni di allerta tempestive sulle possibili conseguenze future e sugli sforzi in atto per rispondere. Cure preventive, beni, servizi e informazioni devono essere disponibili e accessibili a tutte le persone, così come il trattamento e se necessario, la terapia di supporto per la gestione dei sintomi e delle conseguenze del virus. Nella progettazione delle risposte al COVID-19, gli stati devono essere consapevoli dell'impatto particolare del virus su gruppi di persone specifici e assicurare che le loro necessità ed esperienze siano pienamente rappresentate nei piani e nelle strategie.

Ai sensi della Cdesc, lo stato ha l'obbligo di soddisfare le esigenze in materia di salute fisica e mentale delle persone anziane. In particolare, deve garantire l'accesso a servizi sanitari di buona qualità per le persone anziane, compreso il *“trattamento sanitario preventivo, terapeutico e riabilitativo”*²³³.

228 Comitato europeo dei diritti sociali. Dichiarazione interpretativa sul diritto alla protezione della salute in tempi di pandemia. Pubblicata il 21 aprile 2020. <https://rm.coe.int/statement-of-interpretation-on-the-right-to-protection-of-health-in-ti/16809e3640>

229 “Gli stati parte della presente Convenzione riconoscono il diritto di ogni individuo a godere le migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”, art. 12, 1; “Le misure che gli stati parte della presente Convenzione dovranno adottare per assicurare la piena attuazione di questo diritto comprenderanno quelle necessarie per: (c) la profilassi, la cura e il controllo delle malattie epidemiche, endemiche, professionali e d'altro genere; (d) la creazione di condizioni che assicurino a tutti servizi medici e assistenza medica in caso di malattia”. Art. 12, 2; ICESCR <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>. Vedere anche OHCHR, 'Toolkit on the Right to Health', <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=4slQ6QSmIBEDzFE-ovLCuW1AVC1NkPsgUedPIF1vfPMJ2c7ey6PAz2qaojTzDmCOy%2B9t%2BsAtGDNzdEqAG6SuP2r0w%2F6sVBGTpvTSCbiOr4XVFtqh-QY65auTFbQRPWNDxL> and “The Right to Health, Fact Sheet 31”, Ohchr e Who, <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/Factsheet31.pdf>

230 <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities-2.html>

231 Comitato per i diritti economici, sociali e culturali (CESCR), Commento generale n. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health, (Il diritto a godere del più alto standard di salute raggiungibile), UN Doc. E/C.12/2000/4, 11 agosto 2000.

232 Ibidem.

233 ICESCR, Osservazione generale 14, paragrafo 25. Vedere inoltre l'Osservazione generale 6, paragrafo 35

Rosa Kornfeld-Matte, l'allora esperta indipendente delle Nazioni unite in materia di godimento di tutti i diritti umani da parte delle persone anziane, ha affrontato la situazione degli anziani all'inizio della pandemia, manifestando preoccupazione rispetto alla possibile discriminazione degli anziani nell'accesso alle cure mediche. La stessa ha lanciato l'allarme circa il rischio che "le decisioni in merito all'assegnazione delle scarse risorse mediche, come i ventilatori nei reparti di terapia intensiva, potrebbero essere prese unicamente sulla base dell'età, rifiutando alle persone anziane il diritto alla salute e alla vita al pari degli altri". Ha inoltre richiesto lo sviluppo e il rispetto dei protocolli di triage "per assicurare che le decisioni vengano prese in base alle necessità mediche, la migliore prova scientifica disponibile e non su criteri non medici quali età e disabilità²³⁴".

Vale la pena ricordare che, nonostante la maggior parte dei residenti in presidi residenziali socioassistenziali e socioassistenziali in Italia alloggi in strutture appartenenti a società private, ciò non riduce in alcun modo l'obbligo del governo italiano di garantire la protezione degli anziani nelle strutture da violazioni dei propri diritti. Ciò presuppone il dovere di proteggere dagli abusi dei diritti umani da parte di terzi, comprese le imprese commerciali. "Gli stati devono proteggere dagli abusi dei diritti umani nell'ambito del proprio territorio e/o giurisdizione da parte di terzi, comprese le imprese commerciali. Questo richiede l'adozione di misure adeguate atte a prevenire, investigare, punire e prevedere riparazioni a tali abusi mediante politiche, leggi, norme e sentenze adeguate²³⁵".

Molti dei residenti delle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali in Italia sono affetti da demenza e da altre condizioni che colpiscono le capacità cognitive. È essenziale che vi siano solidi meccanismi di salvaguardia per assicurare che tutte le limitazioni imposte alle persone anziane nelle strutture siano necessari a impedire effetti nocivi e che costituiscano una risposta proporzionale alla probabilità e alla gravità del danno. Le limitazioni devono essere imposte unicamente sulla base delle valutazioni dei rischi individuali, che prendono in considerazione il rischio del danno e i vantaggi dei soggetti interessati e di coloro che gli sono accanto. Ciò significa che i divieti generalizzati in materia di spostamenti, visite o uscite possono, per esempio, non essere giustificati.

Alcune delle decisioni, delle politiche e delle azioni intraprese dalle autorità e dalle istituzioni locali e nazionali, nonché dalle imprese private, hanno violato i diritti umani dei residenti anziani delle strutture residenziali socioassistenziali per persone anziane in Italia. Nella maggior parte delle circostanze le autorità italiane non sono riuscite a garantire la necessaria vigilanza atta a impedire violazioni commesse da altre parti, ma in alcuni casi sono state direttamente responsabili delle violazioni. Più specificamente, con la decisione da parte di alcune delle autorità regionali, specialmente la Regione Lombardia, di dimettere dagli ospedali pazienti infetti o potenzialmente infetti da COVID-9 e di trasferirli in strutture residenziali per persone anziane, senza aver accertato che tali strutture disponessero delle necessarie risorse umane, gestionali e operative (compreso l'accesso ai tamponi tempestivi per i residenti e per il personale e ai dispositivi di protezione individuale in quantità sufficienti e di adeguata qualità), né che attuassero le procedure necessarie per isolare i pazienti appena entrati in seguito a dimissioni ospedaliere e proteggere i residenti e il personale delle strutture residenziali dalla trasmissione: tale decisione si configurava come violazione degli obblighi dell'Italia a garantire una protezione efficace del diritto alla vita (ai sensi dell'art. 2 della Cedu) e il diritto alla salute (ai sensi dell'art. 12 della Cdesc) dei residenti e del personale delle strutture di residenza, adottando misure specifiche e assicurando l'attuazione di quadri normativi e legislativi nazionali efficaci.

234 "Unacceptable" – UN expert urges better protection of older persons facing the highest risk of the COVID-19 pandemic, 27 marzo 2020, <https://www.un.org/development/desa/ageing/news/2020/03/covid-19/>

235 Applicazione dei principi quadro, orientativi delle Nazioni Unite "protezione, rispetto e rimedio" sul commercio e sui diritti umani, Ohchr, https://www.ohchr.org/Documents/Publications/GuidingPrinciplesBusinessHR_EN.pdf

La Cdesc riconosce che l'attuazione effettiva del diritto alla salute (per citarne uno) sarà "progressiva" (contrapposto a immediata) e in accordo alle "massime risorse disponibili" dello stato interessato, ma vieta in maniera assoluta la "discriminazione in ogni sua forma" (art. 2).

Ai sensi del diritto internazionale in materia di diritti umani, gli stati sono tenuti a prevenire le violazioni del diritto alla vita, adottando misure atte a contrastare le minacce effettive o prevedibili al diritto alla vita, esercitando la dovuta diligenza ("due diligence") per prevenire, perseguire, investigare e prevedere una riparazione non solo rispetto alle violazioni perpetrate dai propri agenti, ma anche rispetto agli abusi condotti da attori privati che potrebbero avere ripercussioni negative sul diritto alla vita. Ciò impone che si presti particolare attenzione alla protezione di coloro che sono maggiormente a rischio, siano essi individui o comunità o gruppi marginalizzati o vulnerabili.

L'incapacità delle autorità nazionali e regionali di garantire che le strutture residenziali socioassistenziali e socioassistenziali che ospitavano alcune delle persone maggiormente a rischio di COVID-19 avessero equo accesso, a parità di trattamento offerto dal servizio sanitario nazionale, ai tamponi per i residenti e per il personale delle strutture e di dispositivi di protezione individuale in quantità sufficienti e di adeguata qualità durante la pandemia, costituisce una violazione dei propri obblighi alla protezione del diritto alla vita e del diritto alla salute del personale e dei residenti delle strutture, senza discriminazioni.

L'incapacità delle autorità nazionali e regionali di garantire che i residenti delle case di riposo avessero pieno e pari accesso alle cure mediche e alle cure ospedaliere costituisce una violazione del diritto alla salute e alla non discriminazione dei residenti delle strutture socioassistenziali e verosimilmente al loro diritto alla vita. Nei casi in cui la mancata ospedalizzazione ha comportato un'ulteriore evitabile sofferenza, ha inoltre violato il loro diritto a non essere sottoposti a trattamenti inumani (art. 3 della Cedu). Questo è stato il caso in particolare della Regione Lombardia (che ha emesso la delibera regionale XI/3018 del 30/03/2020, illustrata alle pagine 35 e 54).

Alcune limitazioni imposte sulle visite alle strutture socioassistenziali e socioassistenziali per anziani, che limitavano o impedivano significativi contatti tra i residenti delle strutture e i loro familiari e amici, impedivano ai residenti di uscire dalle strutture (anche solo per uscire a fare una passeggiata al parco, in campagna, o in altri contesti isolati), e che non sono basate sulla valutazione del rischio individuale, sono sproporzionate e possono essere di fatto discriminatorie. Come tali, queste limitazioni violano il diritto dei residenti delle strutture a una vita privata e familiare (art. 8 della Cedu) e alla non discriminazione. Laddove tali limitazioni hanno causato un deterioramento delle capacità cognitive e della salute mentale dei residenti, queste costituiscono anche una violazione del diritto alla salute. L'incapacità del governo di garantire che i residenti delle strutture siano protetti dall'ingerenza arbitraria su questi diritti viola i propri obblighi ai sensi della Cedu e di altri trattati internazionali per i diritti umani ratificati dall'Italia.

10. RACCOMANDAZIONI

La risposta del governo italiano alla pandemia COVID-19 non è stata adeguata a proteggere e a garantire i diritti umani degli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali per persone anziane. È imperativo che non si risparmino sforzi per dimostrare che la lezione è stata appresa e che si mettano in atto senza indugi azioni correttive per evitare che gli errori si ripetano. I processi decisionali errati devono essere immediatamente rivisti e corretti.

Al fine di affrontare gli errori e le carenze strutturali verificatisi nelle regioni più colpite è necessario che, in aggiunta alle numerose indagini giudiziarie già aperte, venga condotta un'inchiesta pubblica totalmente indipendente per esaminare in profondità la preparazione generale e la risposta alla pandemia per quanto riguarda i presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali per persone anziane. Tale inchiesta dovrebbe fondarsi su un approccio basato sui diritti umani, che riconosca gli obblighi internazionali e nazionali da parte dell'Italia nella promozione dei diritti umani di tutti, oltre che esaminare le più ampie questioni strutturali che hanno pesato in maniera significativa nella risposta al COVID-19.

L'inchiesta dovrebbe garantire la partecipazione reale degli ospiti anziani dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali e delle famiglie, comprese quelle in lutto, e dovrebbe esaminare una serie di questioni, fra le quali:

- le ragioni della ripetuta incapacità a mettere in atto e garantire screening con tamponi periodici per gli ospiti e per il personale delle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali;
- l'adeguatezza del supporto governativo al settore dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali per persone anziane per quanto riguarda la garanzia di approvvigionamento di Dpi e tamponi e le questioni relative al personale;
- la misura in cui i diritti e la sicurezza degli operatori sanitari nelle strutture sono stati rispettati durante la pandemia, in particolare se sono state adottate le misure necessarie per garantire l'accesso a Dpi adeguati (per quantità e qualità), le linee guida e la formazione (per la protezione del personale stesso e degli ospiti);
- la mancanza di piani di preparazione alla pandemia adeguati e praticabili.

Considerata la mancanza strutturale di dati, che ha ostacolato gli sforzi per valutare e rispondere alle necessità degli ospiti delle strutture residenziali socio-sanitarie per persone anziane durante la pandemia, sono necessarie misure urgenti per raccogliere e rendere disponibili dati in maniera olistica.

Inoltre, il ministero della Salute deve garantire che vengano messi tempestivamente in atto i meccanismi

necessari a livello nazionale per garantire:

- che le decisioni di natura medica siano sempre ed esclusivamente basate su valutazioni cliniche individualizzate, sulle necessità mediche, su criteri etici e sulla migliore evidenza scientifica disponibile²³⁶.
- Pieno accesso a tamponi frequenti e regolari nei presidi residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per gli ospiti, per il personale sanitario e per i visitatori, allo scopo di favorire visite familiari e contatti significativi²³⁷.
- La fornitura adeguata e continuativa di Dpi alle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per persone anziane, affinché queste ultime possano ottemperare alle linee guida nazionali e la garanzia della formazione del personale sul loro scopo e utilizzo corretto.
- Che i datori di lavoro – siano essi pubblici o privati – forniscano al personale dei presidi residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per persone anziane adeguati Dpi e mettano in atto misure di prevenzione e controllo delle infezioni (Ipc - Infection, Prevention and Control) in linea con gli standard internazionali.
- Che sia garantita l'effettiva priorità del personale delle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per persone anziane rientri nei gruppi prioritari nell'accesso tempestivo e frequente ai tamponi COVID-19, per la sicurezza propria, delle loro famiglie e di coloro dei quali si prendono cura.
- Un meccanismo adeguato per valutare la capacità delle strutture residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per persone anziane nel fornire non solo un'adeguata prevenzione e controllo delle infezioni, anche per quanto riguarda la loro capacità di isolare efficacemente ospiti nuovi o riammessi e di limitare il più possibile il movimento del personale tra le strutture, ma anche cure adatte ai residenti con COVID-19 e per altri residenti.
- L'accesso pieno e paritario agli ospedali e ai servizi sanitari per i residenti dei presidi residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per persone anziane.
- Che le linee guida per le visite nelle strutture mettano al centro l'interesse degli ospiti, tenendo conto delle diverse fonti di esposizione al rischio e delle possibili misure di mitigazione del rischio – quali ad esempio tamponi più frequenti per gli operatori sanitari, residenti e visitatori, protocolli di lavoro e accesso a Dpi adeguati a ridurre i rischi di infezione.
- Presenza e coinvolgimento adeguati del settore dei presidi residenziali socioassistenziali e socioassistentziali per persone anziane nei processi di pianificazione e decisionali relativi ad istanze che riguardano gli ospiti a tutti i livelli.
- Che le strutture socioassistenziali assicurino che i residenti anziani siano in grado di comunicare regolarmente con le loro famiglie e che le famiglie siano mantenute informate sulle condizioni dei propri parenti.

236 Si veda Organizzazione mondiale della sanità, Who, <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>

237 Si veda Organizzazione mondiale della sanità, Who, <https://www.un.org/development/desa/ageing/wp-content/uploads/sites/24/2020/05/COVID-Older-persons.pdf>

Sebbene il futuro dell'assistenza socio sanitaria più in generale vada oltre lo scopo di questa ricerca, un'inchiesta pubblica rappresenterebbe un'opportunità per esaminare i molteplici problemi sottostanti e strutturali del settore, che sono stati a lungo trascurati e che devono essere affrontati urgentemente per garantire che i diritti degli anziani e degli altri ospiti dei presidi residenziali socio sanitari e socio assistenziali per persone anziane siano rispettati nel contesto del COVID-19 e oltre. Temi chiave riguardanti la gestione, l'accertamento delle responsabilità e il sistema di finanziamento, così come il ruolo del governo, del volontariato, del settore non profit e profit nel fornire assistenza socio sanitaria ad alcuni dei settori più vulnerabili della società, devono essere analizzati per garantire conformità con gli obblighi stabiliti dalla legislazione in materia di diritti umani e al fine di garantire i diritti fondamentali degli anziani residenti nelle strutture residenziali socio sanitarie (e di tutti coloro che rientrano in tale giurisdizione).

Abbandonati

Violazione del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione delle persone anziane nelle strutture socio-sanitarie e socio-assistenziali durante la pandemia in Italia

Amnesty International Italia

 <https://www.facebook.com/AmnestyInternationalItalia>

 <https://twitter.com/amnestyitalia>

www.amnesty.it

