

Audizione del 22 febbraio 2022 presso la Commissione Lavoro pubblico e privato, previdenza sociale del Senato nell'ambito della discussione sui ddl 934-2347 (Infermieri e OSS in categorie usuranti)

Memorie di Amnesty International Italia

Amnesty International ha avviato un lavoro di documentazione e monitoraggio sulle violazioni dei diritti umani nelle residenze sanitarie e sociosanitarie residenziali per persone anziane nel pieno della prima fase emergenziale in Italia e in altri tre paesi europei, Belgio, Spagna e Inghilterra.

Alla vigilia del secondo anniversario dalla prima dichiarazione dello Stato di emergenza in Italia, alcune delle problematiche evidenziate nel nostro primo rapporto "Abbandonati" - pubblicato a dicembre del 2020 e nel quale denunciavamo le violazioni del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione, alla vita privata e familiare e ad essere liberi da trattamenti inumani e degradanti - sono state risolte.

Ciò nonostante, ancora oggi persistono gravi preoccupazioni irrisolte su temi cruciali per i diritti delle persone anziane che si trovano nelle residenze. In particolare:

- Continuano a mancare dati precisi, aggiornati e raccolti con una metodologia armonizzata a livello nazionale: in Italia ad oggi non esiste una banca dati organica e nazionale che riporti i dati relativi al settore sociosanitario. Dati che vengono raccolti in maniera frammentata e con metodologie diverse, anche sulla base dalla volontà delle diverse aziende sanitarie territoriali di condividerli pubblicamente. In questo senso, l'assenza di dati raccolti a livello nazionale impedisce un'analisi esaustiva dell'impatto della pandemia sul settore e non è in grado di valutare le necessità delle persone anziane nelle strutture.

- Con il progressivo aumento dei contagi, si sta riproponendo una delle criticità gravi vissute nella prima fase della pandemia, ovvero il trasferimento di pazienti COVID-19 positivi dimessi da ospedali o da altre strutture verso le residenze per anziani. Già dalla metà di dicembre ricevevamo segnalazioni da parte di direzioni sanitarie delle RSA in Lombardia rispetto a comunicazioni delle ATS (in particolare ATS Insubria, relativa alla DGR XI/5829 del 29.12.2021) per attivazioni temporanee di posti tecnici di cure sub-acute a favore di pazienti Covid positivi asintomatici. Nelle settimane successive abbiamo poi avuto informazione che anche in altre regioni, inclusa la Toscana e le Marche, si stesse pensando a trasferimenti simili nelle RSA. In altri casi riceviamo segnalazioni allarmate di possibili trasferimenti da navi quarantena di persone positive nelle RSA, in particolare in Liguria. Al culmine del contagio nella prima fase emergenziale, la Regione Lombardia aveva assunto la decisione, con delibera N° XI / 2906, 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 ospedalieri. Dalle testimonianze raccolte da Amnesty International tra direttori, operatori sanitari e parenti di ospiti residenti nelle strutture, i nuovi ingressi di pazienti dimessi dagli ospedali all'interno delle strutture non sempre erano stati accompagnati dall'applicazione di adeguate precauzioni, in primis percorsi, personale e strutture separate e avevano contribuito alla diffusione del virus nelle RSA accoglienti. Ci auguriamo che non tornino a verificarsi tali condizioni di grave promiscuità, che abbiamo denunciato già a varie riprese, e ribadiamo che le RSA non sono le strutture adatte per trasferire pazienti Covid. Due anni dopo l'inizio della pandemia, altre soluzioni alternative avrebbero dovuto vedere la luce.

- In questa nuova fase di affanno del settore sanitario, esiste poi nuovamente il rischio di discriminazioni nell'accesso alle cure per pazienti anziani in caso di saturazione degli ospedali, che avevamo altresì denunciato nella prima fase pandemica. Consapevoli delle difficoltà che il settore sanitario vive in questo momento, continuiamo tuttavia a chiedere garanzia 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 disponibile.

- L'isolamento prolungato per i pazienti anziani delle RSA continua ad essere un'emergenza, in violazione dell'Ordinanza del Ministro della Salute dell'8 maggio 2021 e dell'art. 4-bis del decreto legge 105/2021 che

ripristinano l'accesso di familiari e visitatori, nel rispetto delle norme di sicurezza. Tuttavia, si assiste all'ennesima chiusura generalizzata, non sempre accompagnata da valutazioni proporzionate all'aumento dei contagi, a causa dell'ampio margine di discrezionalità per le direzioni sanitarie delle strutture stesse nelle aperture e nella garanzia del diritto di visita. L'impatto dell'isolamento prolungato sulle persone anziane è devastante sia in quanto a conseguenze fisiche che di deterioramento cognitivo e lo stesso Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale aveva espresso preoccupazione sull'eventualità che il divieto all'accesso così come quello all'uscita, generalizzati e preordinati, potessero avere effetti pregiudizievoli sulla tutela dei diritti delle persone anziane residenti. Lo stesso garante è stato risollecitato nelle ultime settimane da alcuni comitati di famiglie per intervenire su questo tema. E' urgente che le linee guida per le visite nelle strutture mettano al centro l'interesse degli ospiti e garantiscano contatti significativi con le famiglie e con il mondo esterno, tenendo conto delle diverse fonti di esposizione al rischio e delle possibili misure di mitigazione del rischio, in base al principio della proporzionalità.

In ultimo, segnaliamo un tema che rappresenta una **emergenza strutturale**, ma che è andato ad aggravarsi notevolmente con il progredire della pandemia, ovvero quello del **personale sanitario e sociosanitario**, a cui abbiamo dedicato un rapporto specifico uscito nel mese di ottobre 2021, "**Messi a tacere e inascoltati in piena pandemia**".

Questa ricerca ha rivelato un quadro giuslavoristico estremamente complicato e delle condizioni lavorative estremamente precarie e inadeguate per le figure centrali che si occupano della cura e assistenza delle persone anziane nelle strutture. Quando parliamo di lavoratori delle RSA, gli OSS rappresentano oltre il 50% del totale dei lavoratori in RSA, mentre gli infermieri il 16,5%, secondo i dati riportati dall'ultimo rapporto Cergas Bocconi 2022, e rappresentano anche le figure maggiormente intervistate.

Un aspetto centrale da cui partire è certamente la carenza di personale, che caratterizzava il settore già in fase pre-Covid, e che è andata ad aggravarsi con il progredire della pandemia, diventando ormai un'emergenza strutturale.

Già in fase pre-pandemica, l'Italia era largamente al di sotto della media europea rispetto al rapporto tra operatori e pazienti anziani. Secondo dati OCSE 2020, in Italia ci sono circa 2 operatori sociosanitari/ ogni 100 persone maggiori di 65 anni a fronte di una media europea di più del doppio, ovvero 5 operatori/trici ogni 100 persone con più di 65 anni.

Il settore vive poi una grossa sfida legata dell'adeguamento delle professioni alle esigenze dei pazienti anziani, considerato che ad oggi 50-60% utenti Rsa è affetto da demenza medio-grave e non è disponibile personale adeguato e formato per la gestione e trattamento degli anziani affetti da questo tipo di patologie.

Il settore è poi caratterizzato da un'altissima frammentazione contrattuale. Mentre i compensi e le condizioni di lavoro del personale nel settore sanitario (privato e pubblico) sono regolati da un unico contratto collettivo nazionale, nel settore sociosanitario e socioassistenziale vi sono attualmente decine di contratti collettivi firmati da una molteplicità di organizzazioni e sindacati che rappresentano lavoratori/trici e datori di lavoro. Ne abbiamo identificati almeno 42 diversi applicati nelle RSA.

A questo si aggiunge il fatto che per far fronte alle carenze di organico nel settore, spesso le strutture (per la maggior parte private) fanno largo uso di collaboratori esterni che sono sotto contratto con cooperative, di lavoratori/trici con contratti somministrati dalle agenzie interinali e di liberi/e professionisti/e, o partite iva. Il ricorso all'esternalizzazione dei contratti nelle RSA è andato ad ampliarsi notevolmente negli ultimi anni, arrivando in alcune strutture addirittura al 75%. Il ricorso alle libere professioni e partite IVA è sempre più diffuso per i profili assistenziali più alti, ma più recentemente si sta diffondendo anche per professioni che si configurano invece per loro natura come subordinate, in primis gli OSS.

A questo proposito, nel 2020, l'Ispettorato Nazionale del Lavoro ha individuato violazioni per l'utilizzo irregolare di contratti atipici o flessibili nel 20% di casi di lavoratrici e lavoratori sanitari e sociali oggetto di

ispezioni (408 lavoratori su 2.050). L'utilizzo distorto di contratti atipici e flessibili, inclusa la pratica di dichiarare falsamente i/le collaboratori/trici come liberi/e professionisti/e è più diffusa nel settore della sanità e del lavoro sociale che in tutti gli altri settori.

Gli enti gestori delle RSA godono di un ampio margine di discrezionalità nella scelta dei rapporti contrattuali da applicare col personale: possono assumerlo direttamente, ricorrere a collaboratori/trici esterni/e tramite cooperative, rivolgersi ad agenzie di somministrazione¹ e/o pagare i servizi di liberi/e professionisti/e, come infermieri/e e fisioterapisti/e.

Come tutti i settori precari, quello delle RSA ha un'altissima presenza femminile (85%) e un'alta presenza di lavoratori/tici con background migratorio. Anche il settore sanitario in Italia è femminilizzato, anche se in misura minore rispetto al settore Ltc; nel 2017, il 66,8 per cento del personale del settore sanitario era costituito da donne. Nel 2019, il divario retributivo di genere (gender pay gap) in Italia in tutti i settori lavorativi ammontava al 4,7 per cento. In questo settore ciò avviene a causa del glass-ceiling, ovvero che le donne hanno meno probabilità degli uomini di occupare posizioni più retribuite al vertice delle gerarchie. Su questo vari organismi internazionali, tra cui il Comitato CEDAW delle NU, hanno espresso preoccupazione riguardo alla segregazione professionale delle donne in Italia e alla loro sovra-rappresentazione nelle professioni part-time e sottopagate.

Come per altri tipi di dati, non sono disponibili dati sul divario retributivo di genere tra uomini e donne nel settore Ltc in Italia. Tuttavia, l'elevata femminilizzazione del lavoro assistenziale in Italia, combinata con le basse retribuzioni del settore, può contribuire alla segregazione occupazionale e al divario retributivo di genere.

Le condizioni di lavoro, già estremamente precarie e inadeguate come descritto, sono andate poi ad aggravarsi notevolmente con la pandemia, costringendo le operatrici e gli operatori a condizioni di lavoro estreme, dovute anche all'incrementata carenza di personale legata alle assenze per malattia e alla migrazione dalle RSA agli ospedali, soprattutto infermieri, che ha seguito le assunzioni straordinarie nel settore sanitario anche con contratti più brevi. Sebbene non siano disponibili dati ufficiali, i sindacati hanno sottolineato che migliaia di medici/he, infermieri/e e operatori/trici sociosanitari/e che lavoravano in strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali per persone anziane sono stati assunti/e, a tempo determinato o indeterminato, dagli ospedali pubblici. Carenza estrema soprattutto di infermieri – anche FNOPI denunciava l'assenza di 60.000 infermieri nel settore dell'assistenza a lungo termine, ma dati più precisi mancano.

Questa campagna di assunzioni straordinarie nella sanità pubblica non è stata accompagnata da misure complementari che assicurassero il mantenimento di un organico sufficiente nelle strutture residenziali sociosanitarie e socioassistenziali, nonostante i numeri già bassi di personale impiegato in questo settore.

Questo ha dimostrato quanto il settore non sia attraente non solo per questioni di compensi, ma anche meno gratificante, a basso valore aggiunto e altamente usurante.

Le carenze di organico hanno significato anche che gli operatori sanitari e sociosanitari, in particolare quelli con contratti esternalizzati, hanno spesso dovuto lavorare sia nei reparti COVID-19 che ospitavano o persone anziane che avevano contratto il COVID-19 lì o che vi erano state trasferite dagli ospedali dove erano stati in cura per il COVID-19, sia in reparti che ospitavano persone anziane che invece non avevano (ancora) contratto il virus.

Molti operatori sono stati sottoposti a turni di lavoro estenuanti e hanno lamentato l'assenza di misure adeguate a garantire la salute e la sicurezza sul lavoro. I lavoratori esternalizzati poi in misura ancora

maggiori sono stati spesso usati come tappabuchi con turni totalmente destrutturati e spesso senza adeguato riposo, spostati tra reparti covid e non covid.

Tutti i lavoratori che abbiamo intervistato e i sindacati hanno raccontato che i loro turni di lavoro erano diventati più lunghi, più faticosi e più stressanti durante la pandemia e che spesso hanno dovuto svolgere più mansioni di quelle indicate nei loro contratti. In molti casi sono stati gli OSS a dover sopperire, anche svolgendo compiti che non competono a questo ruolo. Molti operatori sanitari e sociosanitari sono obbligati a fare doppi turni e lavorare anche fino a 17 giorni continuativi senza il dovuto riposo. In molti casi, le dirigenze delle case di riposo non applicano il Documento di valutazione dei rischi che è obbligatorio per legge.

Burn out e stress sono molto diffusi e molti lavoratori e lavoratrici stanno prendendo permessi o addirittura si stanno dimettendo e lasciano la professione.

Il tutto è avvenuto in assenza di controlli efficaci da parte degli organismi preposti, in primis l'Ispettorato Nazionale del Lavoro, la cui attività ispettiva è stata depotenziata dell'80% tra il 2017 e il 2020 e quindi incapace di interventi anche tempestivi in casi di segnalazione di irregolarità rispetto alla legislazione sul lavoro o a misure di salute e sicurezza sul lavoro. In molti casi, ispezioni e controlli effettuati dall'Ispettorato hanno individuato mancate applicazioni delle leggi sul lavoro: nel 2020, ad esempio, l'Ispettorato ha riscontrato inadempienze nel 66 per cento delle ispezioni riguardanti l'ambito dei rapporti di lavoro e pratiche irregolari presso il 78 per cento delle cooperative controllate.

Abbiamo, inoltre, denunciato casi gravi di violazione della libertà di espressione, associazione e di riunione sindacale nelle RSA, riportando casi di operatori che hanno segnalato a media o in alcuni casi anche alle autorità giudiziarie le criticità nell'applicazione delle misure sulla salute e la sicurezza nelle RSA in pandemia (criticità che hanno portato conseguenze gravi tra cui aumento delle infezioni e mortalità, tra cui l'assenza di DPI o le minacce a non usare i DPI disponibili per non spaventare l'utenza) e che sono stati silenziati attraverso misure disciplinari o addirittura licenziati, ma anche di casi di sindacalisti che hanno subito ritorsioni per la loro attività sindacale. Abbiamo segnalato una decina di casi di sospensioni disciplinari e licenziamenti, ma temiamo sia solo una punta dell'iceberg, considerato il contesto di rappresaglie e ritorsioni denunciato da tutti i lavoratori intervistati per la nostra ricerca. In alcuni casi le stesse autorità giudiziarie hanno riconosciuto le rappresaglie contro i lavoratori come tali, in particolare un caso, rappresentativo, di un OSS con contratto con cooperativa in una RSA di Milano, licenziato nel maggio 2020 insieme ad altri colleghi per aver denunciato che la direzione della struttura impediva al personale di usare le mascherine sul luogo di lavoro, esponendoli così al rischio di contrarre il COVID-19. A maggio 2021, il Tribunale di Milano ha ordinato il reintegro dell'operatore e ha sottolineato che informare le autorità giudiziarie delle irregolarità fosse una questione di interesse pubblico, perché avrebbe potuto evitare la morte delle persone anziane residenti nelle strutture. Il tribunale ha aggiunto che denunciare illeciti o violazioni della legge alle autorità giudiziarie non può essere considerato un atto soggetto a responsabilità disciplinare e non è un motivo lecito per interrompere il rapporto di lavoro. Altra sentenza importante è del dicembre 2020 e riguarda il caso di un infermiere e sindacalista di un'altra grande struttura privata del milanese, che era stato preso di mira a causa delle sue attività sindacali, in particolare per aver lanciato l'allarme riguardo all'alto tasso di mortalità tra le persone anziane residenti nella struttura. In primo luogo, sono stati avviati sette procedimenti disciplinari a suo carico per aver parlato apertamente dell'argomento; inoltre, a novembre 2020, il suo datore di lavoro ha deciso di sospenderlo per un mese. A dicembre 2020, il Tribunale del lavoro di Milano ha deliberato contro la sospensione e ha ordinato il reintegro del lavoratore, sottolineando come fosse stato vittima della misura in ragione della sua appartenenza al sindacato e come la misura avesse avuto un effetto di intimidazione su tutti gli/le altri/e dipendenti che avessero voluto mettere in discussione i propri datori di lavoro, anche sul piano delle irregolarità nella gestione della salute e della sicurezza sul lavoro.

A tal proposito, chiediamo il pieno recepimento della Direttiva UE 1937/2019 in merito alla protezione della figura del Whistleblower, la quale prevede che le società pubbliche e private istituiscano procedure interne adeguate per ricevere e dare seguito alle segnalazioni di irregolarità. Tutte le imprese dai 50 dipendenti in su sarebbero soggette all'obbligo di stabilire canali interni di segnalazione, indipendentemente dalla natura dell'attività. La direttiva Ue amplia, inoltre, la protezione a una vasta gamma di soggetti, tra cui consulenti, fornitori/trici, tirocinanti e volontari/e. La direttiva, pur lasciando un margine di libertà nei dettagli ai legislatori nazionali, detta uno scopo imprescindibile: garantire un livello minimo di protezione ai soggetti segnalanti. Ad oggi, ben 13 paesi dell'Unione hanno già avviato il recepimento della Direttiva, nella maggior parte dei casi attraverso consultazione pubblica e trasparente e con il coinvolgimento della società civile. In Italia, come denunciava anche nel mese di dicembre Transparency International, questa trasparenza e partecipazione non è stata ancora garantita e non risultano dispositivi di recepimento attualmente in discussione. Pertanto, la legge entrata in vigore nel 2017 sul WHISTLEBLOWING resta per ora il principale riferimento normativo nazionale a tutela dei lavoratori che denunciano irregolarità sia nel settore privato che in quello pubblico, prevedendo tuttavia procedure diverse tra i due settori. Se nel settore pubblico le segnalazioni dei whistleblowers sono raccolte dall'Autorità nazionale anticorruzione (Anac), nel settore privato la norma non ha portato precettivo ed è discrezionalità delle imprese di istituire sistemi interni di segnalazione. Queste differenze procedurali tra il settore pubblico e il privato sono determinanti, se si considera che il 73 per cento delle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali in Italia è privato.

La possibilità che gli/le operatori/trici sanitari/e e socio-sanitari/e delle strutture private abbiano avuto accesso a procedure adeguate a denunciare irregolarità durante la pandemia è oggetto di forti dubbi. Tutti i datori di lavoro dovrebbero favorire un ambiente sicuro che incoraggi a segnalare apertamente le irregolarità, nel rispetto del diritto alla libertà d'espressione e del diritto di accesso alle informazioni.

A completamento di quanto appena riportato, Amnesty International avanza specifiche richieste sia alle autorità di governo, che ai membri del Parlamento. In particolare, alla luce delle violazioni fin qui rilevate, chiediamo al Parlamento italiano di istituire una commissione parlamentare di inchiesta, che prenda in considerazione l'allarme lanciato dai/dalle lavoratori/trici delle RSA, dai sindacati e dalle famiglie e per esaminare in profondità la preparazione generale e la risposta alla pandemia nelle strutture sanitarie assistenziali. Tale inchiesta dovrebbe fondarsi su un approccio basato sui diritti umani, che riconosca gli obblighi 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 di lavoratori e lavoratrici, degli ospiti anziani e delle famiglie, comprese quelle in lutto, e dovrebbe esaminare una serie di questioni, fra le quali:

- le violazioni e gli abusi del diritto alla vita, alla salute e alla non discriminazione subiti dalle persone anziane;
- l'adeguatezza del supporto governativo al settore dei presidi residenziali socio-sanitari e socio-assistenziali per persone anziane;
- 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 dei pazienti anziani);
- il grado di salute e sicurezza nelle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali durante la pandemia;
- i problemi sollevati dai/dalle lavoratori/trici delle strutture residenziali socio-sanitarie e socio-assistenziali circa la mancanza di un ambiente di lavoro sano e sicuro e di condizioni di lavoro eque e dignitose;
- le criticità che il settore soffre da lunga data, come la carenza di personale, le cattive condizioni di lavoro e il divario retributivo di genere;

- le violazioni e gli abusi del diritto alla libertà d'espressione e di associazione subiti dai/dalle lavoratori/trici delle strutture residenziali socio sanitarie e socio assistenziali durante la pandemia.

Infine, al **Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali** chiediamo di:

- assicurare adeguate risorse per l'Ispettorato nazionale del lavoro per garantire il rispetto e l'applicazione della legislazione sul lavoro. Il ministero dovrebbe valutare l'opportunità di rafforzare il sistema di ispezioni nel settore socio sanitario e socio assistenziale, in linea con la Convenzione 81 dell'Oil, per garantire che le attività di monitoraggio stiano effettivamente al passo con i complessi e frammentari regolamenti attualmente applicabili nel settore socio sanitario e socio assistenziale in Italia;

Secondo le informazioni finora raccolte, nel 2019 e 2020, l'Ispettorato ha rilevato una mancata conformità rispettivamente nel 66% e nel 68% del numero complessivo di ispezioni e controlli effettuati in ambito occupazionale. Inoltre, nel 2020 è stata rilevata un'alta percentuale di istanze in cui cooperative, che spesso forniscono servizio di personale sanitario e socio sanitario alle strutture residenziali per persone anziane, hanno effettuato "dumping contrattuale" per ridurre i costi del lavoro. Nello stesso anno, l'Ispettorato avrebbe riscontrato casi di errata classificazione come lavoro autonomo nel 18% delle ispezioni totali condotte nell'area degli operatori sanitari e sociali (1,085 su 5,287 ispezioni).

- garantire che tutti/e gli/le operatori/trici delle strutture socio sanitarie e socio assistenziali – inclusi/e quelli/e con forme contrattuali non standard o informali – possano esercitare il loro diritto alla libertà d'espressione e di associazione, senza timore di rappresaglie. Questo significa anche che le autorità statali dovrebbero astenersi dal violare questo diritto, proteggerlo dagli abusi degli attori privati e adottare misure positive per realizzare questi diritti, in linea con le leggi e gli standard internazionali sui diritti umani.