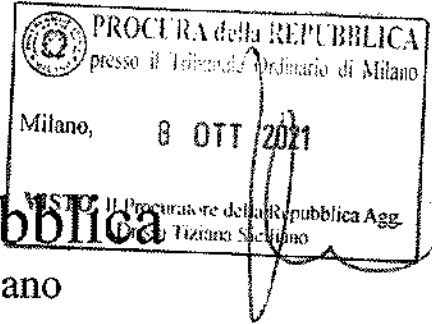




Procura della Repubblica
presso il Tribunale di Milano



RICHIESTA DI ARCHIVIAZIONE

~ artt. 408/411 c.p.p., 125 e 126 D.Lv. 271/89 ~

Al Giudice per le indagini preliminari
presso il Tribunale di Milano

Il Pubblico Ministero

visti gli atti del procedimento penale indicato in epigrafe, iscritto nel registro di cui all'art. 335 c.p.p. in data 10.4.2020 nei confronti di:

Calicchio Giuseppe nato il 14.11.1971 a Vigevano, difeso di fiducia dall'avv. Vinicio Nardi e presso il medesimo legale elettivamente domiciliato

per l'ipotesi di reato:

- artt. 81, 438, 452, 589 c.p. in Milano da gennaio ad aprile 2020

nonché nei confronti dell'ente ASP PAT con sede a Milano per i seguenti illeciti amministrativi dipendenti da delitto:

artt. 5, 6, 25 septies D.lvo 231/2001 - in relazione agli artt. 81, 589, 590 c.p. con violazione della normativa in materia di salute sul luogo di lavoro in Milano da gennaio ad aprile 2020

persone offese: di cui all'elenco allegato

Osserva

1 Il presente procedimento origina: da denunce di familiari di ospiti, per lo più deceduti, delle strutture dell' "Azienda di Servizi alla Persona (ASP) Pio Albergo Trivulzio (PAT)"¹ di Milano, in ordine a deficienze e irregolarità nella gestione dell'emergenza determinata dalla diffusione dell'infezione da Covid-19 all'interno dell'istituto; da denunce di personale in servizio presso il PAT in ordine alla medesima tematica, con particolare riguardo al profilo delle misure di prevenzione sul luogo di lavoro; denunce che si sono via via moltiplicate, accompagnate dalla pubblicazione di notizie allarmanti sui mezzi di informazione (cfr. l'incipit della Relazione della Commissione d'inchiesta

¹ Il PAT è una struttura composta di elevata complessità: "Rientrano nel PAT diverse unità d'offerta sociosanitarie e svariate attività sanitarie che conferiscono all'istituto caratteristiche di polifunzionalità ma, anche, un'evidente complessità gestionale, dovuta sia alle grandi dimensioni sia alla sua articolazione in sezioni e nuclei ubicati in differenti edifici e sedi territoriali." (sic Relazione della Commissione d'inchiesta istituita dalla regione Lombardia – a tale relazione e agli allegati alla stessa si rimanda per una completa descrizione delle articolazioni del PAT)

istituita dalla regione Lombardia², su cui oltre). Un compendio di tali denunce - comunque agli atti -- è riportato nella prima relazione della GdF -- NPEF di Milano incaricata delle indagini³.

Denunce dello stesso tenore riguardanti altre strutture assistenziali per anziani si sono moltiplicate nei primi mesi del 2020, in corrispondenza con le drammatiche notizie circa l'esplosione del contagio e l'aumento della mortalità nelle RSA del territorio milanese, diffuse dai mass media e dai social. L'indagine di cui ci si occupa è stata così condotta da questo Ufficio parallelamente a numerose altre relative ai diversi istituti interessati.

Anche le autorità sanitarie e amministrative hanno ovviamente svolto inchieste sul tema.

L'ATS Città di Milano ha presentato un report epidemiologico intitolato "*Valutazione degli eccessi di mortalità RSA COVID-19 nei nel corso dell'epidemia residenti delle ATS di Milano*". Nell'introduzione al testo si legge che "*i dati oggi disponibili rivelano come la pandemia da COVID 19 abbia avuto un impatto sanitario rilevante, in termini di contagi e di decessi, in buona parte del pianeta colpendo in modo particolarmente significativo le popolazioni più fragili.*

Le residenze sanitarie e le strutture ospedaliere post acute sono state probabilmente il setting assistenziale maggiormente interessato sia in termini di infezioni negli ospiti e nel personale sia in termini di decessi.

Il determinarsi di un elevato numero di decessi in un breve lasso di tempo e la loro particolare concentrazione nelle strutture residenziali ha, comprensibilmente, suscitato allarme e preoccupazione nella pubblica opinione. Sono stati pubblicati numerosi report giornalistici che hanno descritto la drammaticità di quanto accaduto e sono, anche, state avviate inchieste giudiziarie finalizzate ad appurare eventuali responsabilità da parte dei soggetti gestori o delle autorità di controllo."

In particolare, la D.G. Welfare della regione Lombardia disponeva in data 7.4.2020 la creazione da parte di ATS Milano di una commissione d'inchiesta sul PAT, "*volta ad accertare l'entità di quanto accaduto e analizzare le procedure adottate sin dalle fasi iniziali del contagio*"; commissione istituita dall'ATS il successivo 8 aprile, dei cui lavori veniva data formale comunicazione a questo Ufficio.

2 Sulle ipotesi di epidemia colposa e omicidio colposo plurimo venivano quindi disposte indagini consistite in: perquisizione degli uffici del PAT, eseguita il 14 aprile 2020, con acquisizione di documentazione amministrativa e sanitaria, comprensiva di copia forense di report di comunicazioni informatiche, integrata da ulteriore documentazione via via esibita dalla direzione del PAT, da enti pubblici e in particolare da vari ASST milanesi, esame di testimoni, conferimento di consulenza tecnica collegiale, svolta da un collegio di esperti con competenze in medicina legale, medicina del lavoro, epidemiologia, infettivologia. Le indagini hanno riguardato il periodo gennaio -- aprile 2020, ovvero la prima fase dell'arrivo e della diffusione dell'infezione nel territorio lombardo e nella struttura di cui ci si occupa. Sono state acquisite ed esaminate dai periti circa 400 cartelle cliniche di pazienti transitati nel PAT in detto periodo.

3 La relazione della Commissione d'inchiesta regionale ha rilevato, pur nel quadro di una ritenuta complessiva conformità delle procedure adottate alle indicazioni all'epoca disponibili da

² "*L'elevato impatto da pandemia da SARS-CoV-2 nelle RSA è stato evidente già nelle prime settimane di contagio ed è stato oggetto di interesse da parte dei mezzi di informazione che hanno descritto il Pio Albergo Trivulzio di Milano come la sede di un vasto focolaio con un elevato numero di decessi, riportando alcune denunce riguardanti gravi irregolarità nella gestione dell'emergenza.*"

³ (relazione Gdf del 9.9.2020 p. 37 e ss.)

parte delle autorità sanitarie e amministrative, l'esistenza di profili di criticità nella effettiva gestione della epidemia da parte della direzione del PAT⁴.

4 Tali profili di criticità risultano confermati, oltre che dalle denunce, dalle dichiarazioni dei familiari dei degenti, raccolte dagli operanti della Gdf e riportate nella relazione del 9 settembre 2020. In sintesi emerge che l'accesso dei parenti era stato dapprima, verso la seconda metà di febbraio 2020, regolamentato (consentendo l'ingresso di un solo visitatore all'ora del pranzo), quindi interdetto attorno alla fine della prima settimana di marzo; le comunicazioni coi degenti sono divenute da allora difficoltose, così come scarse le informazioni rese sullo stato di salute degli stessi. Fino a quel periodo, le misure di contenimento del contagio apparivano piuttosto limitate e confuse: ai visitatori veniva messo a disposizione solo gel disinfettante, le indicazioni sul distanziamento sociale erano occasionali, non veniva richiesto l'utilizzo di mascherine; il personale, salvo in alcune situazioni, non indossava DPI adeguati; gli ospiti mantenevano attività sociali, affollandosi senza protezioni in spazi chiusi⁵.

4 "L'analisi della documentazione riguardante la gestione dell'emergenza da COVID-19 da parte della direzione del PAT ha consentito di apprezzare, in astratto, la conformità dei protocolli e delle procedure disponibili alle indicazioni presenti nelle raccomandazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, dell'Istituto Superiore di Sanità e della Regione Lombardia e di valutare una sostanziale adeguatezza delle misure adottate dall'Unità di coordinamento così come riportate nei bollettini emessi durante il periodo di emergenza.

Tuttavia, le verifiche condotte su tale documentazione e il confronto con quanto emerso dalle testimonianze e dalle denunce raccolte, hanno evidenziato come la gestione e l'applicazione concrete di tali indicazioni e procedure abbiano incontrato criticità e limitazioni che meritano di essere descritte e analizzate.

Elementi di criticità:

- *utilizzo limitate o mancato dei DPI per operatori, pazienti e visitatori;*
- *mancata applicazione delle misure di distanziamento interpersonale (es. immutata disposizione dei degenti in sala da pranzo durante i pasti);*
- *assembramento di pazienti, parenti e operatori (es. in sala da pranzo);*
- *effettuazione molto limitata di tamponi su personale e degenti;*
- *continuo ricambio del personale;*
- *parziale controllo quotidiano della temperatura corporea sul personale;*
- *limitata disponibilità di presidi per l'igienizzazione delle mani nei reparti;*
- *incompleto/intempestivo isolamento dei casi sospetti;*
- *limitate/incoerenti informazioni sullo stato di salute dei ricoverati dopo la sospensione delle visite da parte dei familiari;*
- *limitate/incoerenti informazioni ai familiari degli ospiti/pazienti sulla diffusione del coronavirus nel PAT.*

Elementi di positività:

- *disponibilità di istruzioni all'ingresso e di presidi per l'igiene delle mani;*
- *presenza all'ingresso di dispenser di gel disinfettante e di cartello con avviso sull'obbligo di igienizzazione;*
- *accessi dei visitatori regolamentati;*
- *piena diligenza degli operatori sanitari addetti all'assistenza diretta degli ospiti/pazienti."*

⁵ Si riportano solo alcune dichiarazioni tratte dalla relazione Gdf. Le esperienze, come detto, risultano abbastanza differenziate secondo i reparti.

Maria Sicilia ha segnalato fatti accaduti durante il periodo di degenza, presso il PAT, della madre Dina Guerretta: si era recata al PAT per far visita alla madre fino al 07.03.2020, durante l'orario dei pasti, fino a quel giorno nessun operatore della struttura aveva utilizzato dispositivi di protezione. Aveva appreso dalla madre che una delle due pazienti, che era nella sua stessa stanza, era stata allontanata in quanto risultata affetta da polmonite. Da quel giorno, la stanza era stata posta in isolamento e gli operatori vi accedevano muniti di mascherine e guanti. Dopo qualche giorno, l'isolamento terminava, con la rimozione dei cartelli di avviso; gli operatori avevano rappresentato, sia alla madre che alla vicina di letto, che potevano stare tranquille. Successivamente era stata contattata da una non meglio specificata dottoressa del PAT, la quale, tra l'altro, le confermava che la compagna di stanza di sua madre era stata spostata in via precauzionale in un'altra stanza, in quanto era risultata affetta da una polmonite batterica.

Rosangela Ederini riferisce che la madre Giuseppina Carini era ospite del PAT dall'aprile 2013, in quanto affetta da Alzheimer; l'ultima volta che si era recata presso la struttura per visitarla risale al 29.02.2020; le visite avvenivano durante le ore dei pasti; fino a quella data, il personale del PAT non aveva mai indossato D.P.I. né erano state fornite indicazioni di comportamento e di sicurezza legate all'emergenza Covid 19.

Letizia e Giulia Frailich visitavano la madre Letizia Ponti ricoverata dal 2017 presso Principessa Jolanda. L'ultima visita presso il PAT era avvenuta il 06.03.2020, le visite erano state permesse solo durante l'orario dei pasti e "la nostra presenza

era nella sala da pranzo in mezzo agli altri degenti e operatori, aumentando quindi la densità delle presenze nello spazio comune, senza averci fatto, peraltro, indossare mascherine, grembiuli o sovra scarpe per accedere”; i degenti erano seduti uno accanto all’altro, negli stessi spazi comuni condivisi sia con i parenti che con gli operatori sanitari. Il giorno 08.03.2020 la struttura era stata chiusa alle visite dei parenti e fino al 19 marzo 2020 non era stato possibile mettersi in contatto né con sua madre né tantomeno con il personale medico, nonostante i numerosi e vani tentativi di chiamate tramite centralino e i messaggi inviati. Solo il 19.03.2020 era stata contattata dalla madre, attraverso una videochiamata, nel corso della quale era aiutata da una fisioterapista che indossava una mascherina.

Laura Lucia Aspromonte riferisce che l’ultima volta che ha visto la madre Carmela Curcio - ricoverata nel gennaio 2020, morta nel maggio 2020 per covid di cui si era ammalata in aprile - risale al 07.03.2020, in quanto già dal successivo giorno non era stato più possibile accedere presso la struttura. Fino a tale giorno, nel reparto “non indossavano mascherine o altri dispositivi” né tantomeno vi erano disposizioni particolari a tutela dei degenti (es. uso del gel disinfettante).

Michele Porcu, nipote di Anna Teodora Flaminia Porcu ricoverata presso la Principessa Jolanda, riferisce che in data 22.02.2020 all’ingresso della struttura era stato affisso un avviso che restringeva l’accesso alla struttura ad una sola persona per paziente, esclusivamente durante l’orario dei pasti; a partire dal giorno 05.03.2020, veniva richiesto l’uso del gel disinfettante e ogni visitatore veniva registrato all’ingresso della struttura; fino al 10.03.2020 gli era stato riferito che né gli operatori sanitari (medici, infermieri e O.S.S.), né tantomeno i visitatori, indossavano mascherine.

Carla Valori, quale figlia di Ines Chiassarini - deceduta in data 20.04.2020 per sospetto Covid presso il Reparto Bezzi 2C del PAT, dove era ricoverata dal 02.07.2018 – riferisce che intorno al 23.02.2020, durante una visita avvenuta a mezzogiorno, un infermiere le aveva fornito una mascherina e disinfettante per le mani; nel pomeriggio dello stesso giorno “le mascherine non c’erano già più”. Al riguardo, la Sig.ra Valori ha aggiunto: “Io non ho mai visto il personale indossare regolarmente le mascherine”; successivamente erano “apparsi avvisi affissi alle varie entrate del PAT che consigliavano di accedere alla struttura ad orario pasti”. Aggiunge: “Inoltre dovevamo firmare un’autocertificazione nella quale attestavamo di non avere febbre od altri sintomi influenzali...omissis...senza dispositivi personali”; le visite erano proseguite sempre durante gli orari dei pasti, quando gli spazi comuni venivano condivisi dal personale sanitario, dai pazienti e dai loro familiari, senza che venissero adottate le opportune cautele, nonostante la stessa esponente avesse manifestato il proprio disappunto agli operatori medici; in data 07.03.2020, il PAT aveva vietato le visite ai familiari.

Maria Antonietta e Margherita Strano – figlie di Anna Rumora, nata a Zara il 26.07.1935, deceduta in data 17.04.2020, presso il padiglione Piatti, dove era ricoverata dal gennaio 2020 – riferiscono che solo a far data dal 20.02.2020 il personale medico “ci chiese di dotarci di mascherine, purtroppo introvabili in quel momento, per consentire le visite ai pazienti e limitava le visite a soli 5 minuti e di un parente alla volta. Al contempo però notammo che gli stessi degenti erano liberi di girare negli spazi comuni liberamente (tra casi di tosse e raffreddamenti vari). Unica precauzione che evidenziammo, e che venne presa dal reparto, fu relativa alla settimana del 24 febbraio quando comparvero dispenser di gel disinfettante sparsi su tavoli davanti agli ascensori e nei corridoi e, per quanto attene il personale, si videro, come uniche precauzioni adottate, mascherine e guanti anche se i parenti continuavano a far visita ai pazienti sprovvisti di ogni precauzione”; il 28.02.2020 era stato l’ultimo giorno in cui avevano potuto fare visita alla madre, in quanto poi erano state vietate. Il giorno 02.04.2020, la dott.ssa GIANI aveva comunicato telefonicamente che la madre era stata trasferita in ambulanza presso l’ospedale San Carlo, dove, a seguito dell’esame del tampone poi effettuato in data 04.04.2020, veniva confermata la positività al Covid-19; in data 17.04.2020, veniva comunicato il decesso della madre.

Saleh El Sayed Azat Hilal ha esposto alla Gdf di essere stato ricoverato presso il reparto Piatti 2 della RSA Pio Albergo Trivulzio il giorno 20.02.2020 per effettuare una riabilitazione respiratoria, “in quanto soffro da diversi anni di enfisema polmonare. Nel corso della mia degenza avevo notato delle criticità dovute alla gestione emergenziale da parte del personale del PAT. Fino al giorno 6 marzo, le visite dei parenti avvenivano senza che la RSA imponesse l’utilizzo dei dispositivi di protezione individuale. L’unica precauzione adottata era l’utilizzo del gel igienizzante. Tale circostanza mi era stata confermata anche dalla mia amica Azzini Sonia Alda, la quale era venuta a farmi visita proprio il giorno 6 marzo. In quell’occasione, la mia amica Azzini si era presentata all’ingresso della RSA munita di mascherina. Ciò, come mi è stato poi raccontato dalla stessa, aveva suscitato una sorta di stupore da parte del personale in servizio all’ingresso, in quanto secondo loro, l’utilizzo non era necessario. Una volta giunta al reparto Piatti 2, la mia amica, sempre munita di mascherina, aveva chiesto ad un infermiere perché i degenti non indossassero le mascherine. Ricordo che l’infermiere le aveva risposto dicendo: “signora qui non le regaliamo.” Comunque fino a quel momento nessuno dei degenti né personale sanitario indossavano la mascherina. Poi la situazione, con il passare dei giorni aveva iniziato a cambiare, anche in considerazione del fatto che all’interno della struttura si erano verificati alcuni decessi sospetti di persone che inizialmente avevano accusato i sintomi del Covid-19. Il giorno 8 marzo, veniva impedito l’accesso ai parenti dei degenti. Dopo qualche giorno, avevo notato che tutto il personale sanitario indossava le mascherine mentre i degenti erano stati lasciati senza. Ricordo che, a metà marzo, avevo chiesto al personale sanitario come mai non venissero distribuiti anche a noi i

5 Anche i rappresentanti sindacali dei lavoratori del PAT e alcuni lavoratori stessi (infermieri e assistenti od operatori socio sanitari – OSS/ASS) hanno lamentato nelle dichiarazioni rese alla Gdf la presenza di criticità nella gestione dell'emergenza da parte della direzione del PAT, in particolare nel periodo iniziale. I profili più significativi evidenziati attengono alla mancata fornitura di DPI, solo tardivamente consegnati, in misura e modalità insufficienti, a carenze organizzative nelle misure di contenimento, anche per quanto riguarda gli spostamenti dei pazienti che presentavano sintomi sospetti, alla mancanza di tempestive comunicazioni ai lavoratori sui rischi cui potevano essere in concreto esposti, all'impossibilità di ogni effettivo tracciamento dell'infezione intramoenia per assenza di analisi adeguate (tamponi molecolari). Si riportano in nota alcuni brani delle dichiarazioni acquisite.⁶

dispositivi di protezione individuale. Mi era stato risposto che a noi non occorre e che solo il personale sanitario poteva utilizzare i DPI in quanto si spostavano nei vari reparti. Solo dal 23 marzo, la struttura aveva iniziato a distribuire le mascherine anche ai degenti...all'interno del reparto Piatti 2 vi erano stati alcuni decessi. In merito, ricordo che nella mia stanza vi era un tale Roberto, che occupava il letto n. 36: agli inizi di aprile aveva iniziato ad avere i sintomi influenzali, con febbre alta, tant'è che il 17 aprile gli veniva effettuato il test del tampone. La sera dello stesso giorno questo signore decedeva ed apprendevo da un medico che lo stesso era risultato positivo al covid 19. Nonostante ciò, la stanza veniva disinfettata dopo circa dieci giorni. Rappresento che, nel frattempo, io ero rimasto da solo nella medesima stanza e che anch'io il 17 aprile, presso il PAT, pur essendo asintomatico, venivo sottoposto al test del tampone. La positività al covid 19 mi era stata comunicata esattamente il 21 aprile. Ricordo che su 35 degenti del reparto Piatti, 29 sono risultati positivi al covid 19. I pochi risultati negativi erano stati trasferiti presso altri reparti della struttura."

Simona, Nadia Stella e Marco Zandermann riferiscono che il padre Loris Zandermann in data 16 gennaio era stato ricoverato presso il reparto Sant'Andrea, per completare la riabilitazione; in data 14 marzo, avevano appreso dal padre che il vicino di letto, tale sig. Felice (non meglio identificato) era deceduto e che il posto letto era stato occupato da un altro degente; dal 21 marzo, le condizioni di salute del padre erano continuate a peggiorare con l'insorgenza di vomito e allucinazioni; apprendevano dal personale della struttura che sia il proprio genitore che il vicino di letto erano stati messi in isolamento, perché erano entrati in contatto con una persona che aveva contratto il Covid -19; in data 30 marzo il dott. Agostara riferiva che il paziente aveva una bassa saturazione e che gli sarebbe stata somministrata una cura antibiotica utilizzata all'Ospedale Papa Giovanni XXIII. Alla richiesta insistente di fargli fare un tampone, il medico rispondeva che nella RSA non venivano eseguiti i tamponi.

⁶ Maria Grazia Ferrandi, funzionaria sindacale della Filcams CGIL di Milano, ha rappresentato che era stata allertata, a fine febbraio 2020, da alcuni lavoratori della Progett S.r.l., società che si occupa dei servizi di pulizia delle strutture PAT e Principessa Iolanda, circa l'inconsueto e sospetto aumento di decessi presso il PAT; era stata informata dal dott. Martino Ferrari, legale rappresentante della Progett S.r.l., che una parte di DPI era stata consegnata ai lavoratori della società e che, nel frattempo, stavano arrivando ulteriori dispositivi di protezione; era stata resa edotta dal capo e dal vice servizio della Progett S.r.l. nonché da altri lavoratori, che né loro né il personale sanitario (medici, infermieri, ASA, OSS), indossavano i DPI e "neppure la semplice mascherina"; la Direzione Sanitaria aveva dato precise indicazioni sul "non uso dei DPI per non creare inutile allarmismo"; in data 04.03.2020 il PAT aveva impartito disposizioni all'utilizzo dei DPI, attraverso una procedura confusionale ed inapplicabile, in quanto i "DPI non c'erano neppure"; dal giorno 9 marzo circa, era stato "autorizzato l'uso dei DPI" per tutti i dipendenti, compresi gli operatori dell'azienda Progett S.r.l.; i reparti Covid sarebbero stati gestiti in modo approssimativo dal PAT; al riguardo, evidenziava "che in un reparto si ha una stanza Covid e la stanza a fianco o di rimpetto con una paziente solo sospetta, e che il PAT ha chiesto ai nostri operatori di entrare con i DPI Covid nelle stanze con i pazienti Covid e con addosso gli stessi DPI entrare a fare le pulizie nelle stanze con pazienti solo sospetti".

Nadia Mordini, dal 2006 infermiera generica presso il PAT, ha dichiarato alla Gdf che già alla fine del mese di febbraio, con il diffondersi delle notizie relative alla riscontrata positività al virus del primo paziente italiano presso l'Ospedale di Codogno, il personale infermieristico del reparto Grossoni aveva segnalato alla dott.ssa Rossella Velleca, responsabile U.O.S. del PAT, la presenza di un degente di Vizzolo Predabissi. A preoccupare il personale del reparto era stato il fatto che l'anziano, oltre ad essere affetto da polmonite, riceveva spesso visite da parenti provenienti dai comuni limitrofi a quelli che il Governo aveva dichiarato "zona rossa"; la struttura aveva disposto l'isolamento del paziente in una stanza singola, mentre nessuna indicazione era stata data al personale di reparto, con riferimento ad eventuali restrizioni per l'ingresso dei visitatori né erano state fornite indicazioni circa le precauzioni da adottare nell'approccio con i degenti; gli infermieri di reparto avevano deciso, di propria iniziativa, di limitare l'ingresso in stanza a due soli infermieri per volta e di utilizzare dispositivi di protezione individuale presenti in Reparto.

Aveva sottolineato la non idoneità dei dispositivi di protezione a garantire un'adeguata schermatura nel caso in cui si fosse venuto a contatto con degenti affetti da infezione da Covid-19.

Il PAT, inoltre, non aveva provveduto ad introdurre maggiori presidi di protezione per i pazienti provenienti da ospedali - anche nei casi di Sars-Cov-2 conclamati o, comunque con sintomatologia sospetta; il reparto Grossoni accoglieva alcuni pazienti provenienti dal Reparto Pringe (reparto quest'ultimo che svolgeva la funzione di triage rispetto ai nuovi ospiti della RSA provenienti da altre strutture ospedaliere o di cura), i quali non venivano sottoposti al test del tampone o al test sierologico neppure con sintomatologia da Covid-19 in corso, all'atto del ricovero. In data 26.02.2020, il paziente Alfonso Cibelli, affetto da polmonite, veniva trasferito dal reparto Barnovano al reparto Grossoni e sistemato nella stanza già occupata dall'ospite di Vizzolo Predabissi. Dopo circa 10 giorni, il quadro clinico del Cibelli si aggravava a tal punto da far ritenere non più utile il ricovero in Ospedale. Lo stesso decedeva, il 10 marzo, senza che gli venisse fatto alcun test per escludere che si trattasse del Covid-19;

In data 11.03.2020, il posto letto occupato da Alfonso Cibelli veniva assegnato al paziente Franco Zentilomo, proveniente dal Reparto Pringe, il quale, all'atto del ricovero, non presentava alcuna sintomatologia sospetta.

Tuttavia, nei giorni immediatamente seguenti, le sue condizioni di salute registravano un improvviso peggioramento, con l'insorgere di sintomi a carico dell'apparato respiratorio fino al giorno 30.03.2020 in cui sopraggiungeva la morte; contemporaneamente anche le condizioni cliniche del paziente di Vizzolo Predabissi si aggravavano repentinamente al punto da rendersi necessario il ricovero presso l'Ospedale San Carlo.

A tal proposito, l'esponente aveva segnalato come, nonostante i sintomi mostrati dai due pazienti apparissero indicativi di un probabile contagio dal covid-19, il PAT non disponeva gli esami idonei ad accertare se il brusco aggravarsi dei due degenti fosse stato attribuibile al virus Sars-Cov-2.

In data 14.03.2020, la dott.ssa Rossella Velleca si presentava in reparto accompagnata dalla caposala del reparto Piatti e dalla caposala Deodata Lettieri, per ribadire a tutto il personale che non occorre indossare le mascherine.

Al riguardo, alla esponente veniva rappresentato che il dispositivo di protezione che indossava non doveva essere utilizzato al fine di "non creare scompiglio tra i degenti". Ciò accadeva in presenza delle colleghe di reparto Giuseppina Catagnotti e Concetta Cannizzaro. Inoltre, nella stessa giornata, la dott.ssa Velleca si recava presso gli altri reparti per verificare che i DPI non fossero utilizzati dal personale in servizio;

I primi dispositivi di protezione individuale venivano messi a disposizione dal 20.03.2020 e il ritiro degli stessi doveva essere accompagnato dalla compilazione di un registro di reparto appositamente istituito; solamente dopo tre settimane venivano messi a disposizione del personale sanitario, dispositivi di protezione realmente idonei a proteggere sia loro stessi che i pazienti dal contagio reciproco.

In data 13.04.2020, venivano consegnati, dalla dott.ssa Loredana Obino, al reparto Grossoni camici idrorepellenti, cuffie e ulteriori mascherine.

Successivamente alla morte anomala di un paziente, avvenuta il 10 marzo, il personale infermieristico, per ridurre al minimo le occasioni di collettività, decideva di servire i pasti nelle stanze e non negli spazi comuni; di contro la dott.ssa Velleca richiamava il personale imponendo di ripristinare i pasti nel salone. Soltanto a metà aprile veniva data indicazione affinché gli ospiti venissero posizionati, durante i pasti, nel salone comune, rispettando ampie distanze tra ciascuno di essi; l'assenza dei dispositivi di protezione individuale sino alla metà di aprile, le carenze organizzative con riferimento sia alle misure di isolamento che a quelle di contenimento e di distanziamento sociale nei reparti della struttura, avrebbero contribuito alla diffusione del contagio tra gli ospiti e tra il personale;

All'infermiera Concetta Russo, in servizio presso il reparto Grossoni, ad inizio aprile veniva chiesto di svolgere turni di lavoro anche presso il reparto Sant'Andrea. La giovane professionista, non potendo esimersi dall'acconsentire a tale richiesta, pochi giorni dopo dal turno svolto presso il reparto Sant'Andrea, si ammalava con febbre alta. Trasportata in Pronto Soccorso, alla stessa, dopo l'effettuazione del tampone, veniva diagnosticata la Sars-cov-2. La notizia della positività al virus non veniva riferita ai colleghi, nonostante l'infermiera Russo avesse condiviso con loro turni e spazi di lavoro sino alla manifestazione dei primi sintomi del covid-19.

Solo dal 27.04.2020, il PAT iniziava ad effettuare i primi test sierologici al personale in servizio, nonostante buona parte del personale si fosse ammalato, con sintomi chiaramente riferibili al covid-19, già dalla fine del mese di febbraio.

Stefania Diana MARTINI, operatrice socio sanitaria (OSS) presso il PAT, ha dichiarato alla Gdf che, a fine febbraio, i suoi colleghi decidevano di munirsi di mascherine, acquistandole personalmente; a inizio marzo, "sia io sia che i miei colleghi eravamo costretti a prestare la nostra attività lavorativa in assenza delle necessarie protezioni, avendo a disposizione solo i dispositivi che eravamo riusciti a procurarci autonomamente".

Il giorno 23 marzo, rientrata in servizio, constatava che la situazione al PAT, in relazione alla gestione dell'emergenza covid, non era affatto migliorata, "infatti la struttura aveva messo a disposizione dei dipendenti semplici mascherine chirurgiche e camici monouso non idrorepellenti. Questi ultimi dovevano essere riutilizzati anche più volte in ragione della scarsità delle scorte".

Verso la fine di marzo, nel reparto Schiaffinati 2, erano stati ricoverati due pazienti con sintomatologia sospetta, che, tuttavia, venivano trattati senza particolari cautele. Pur essendo entrambi affetti da polmonite e sottoposti a

6 Emerge, nel complesso, una certa sottovalutazione iniziale del rischio da parte della dirigenza del PAT – attrezzata inizialmente per la bisogna, come sottolinea anche la relazione della

ossigenoterapia, non erano stati isolati dal resto degli ospiti e venivano assistiti da personale sanitario privo di protezioni; in particolare, uno dei due degenti, il sig. Alberto Boselli, decedeva dopo pochi giorni.

Franco OTTINO, infermiere generico presso il reparto Schiaffinati 1 del PAT, nonché responsabile sindacale della CISL FP e responsabile lavoro e sicurezza (RLS), ha dichiarato alla Gdf che, nella seconda metà di febbraio, si era preoccupato per la mancata fornitura di mascherine protettive al personale. Come prima iniziativa si era rivolto agli infermieri capo sala dei singoli reparti, chiedendo loro di sollecitare la dirigenza del PAT per la fornitura di dispositivi di protezione; successivamente, stante la mancanza di riscontro alle richieste verbali, in data 11 marzo, aveva provveduto ad inviare una missiva alla Direzione del Pio Albergo Trivulzio, in particolare, al D.G. Giuseppe CALICCHIO e al responsabile di gestione IMMeS dott. Felice Mirabella, con cui segnalava che “in molti reparti mancano i mezzi di protezione individuale” e che “l’operatore sanitario e l’educatore nel prestare servizio al paziente è impossibilitato a mantenere la distanza di sicurezza inferiore a quella prevista dalle disposizioni dell’O.M.S.”. Chiedeva pertanto “di fornire i dpi in numero congruo, ad ogni reparto e per ogni dipendente che presta servizio attivo presso il PAT”.

Lo stesso giorno, presso il reparto Schiaffinati, venivano consegnate due scatole contenenti 14 mascherine chirurgiche, di cui 10 venivano immediatamente utilizzate dal personale in servizio,

L’indomani aveva notato che i suoi colleghi non avevano la mascherina, in quanto il capo sala aveva comunicato che, durante la notte, le stesse erano state sottratte e che analoga situazione si era verificata anche in altri reparti. A quella data, gli unici reparti in cui il personale sanitario poteva usufruire delle mascherine di tipo FFP” e FFP3, risultavano essere quelli in cui erano ricoverati i pazienti immunodepressi, ovvero i reparti Ronzoni, Piatti e l’Hospice.

Il 13 marzo, la Direzione dava riscontro alla richiesta avanzata con la missiva dell’11 marzo, rassicurando il personale sanitario circa la scrupolosa attenzione prestata quotidianamente dall’Azienda per tutti i lavoratori, rilevando che nessuna disposizione nazionale o regionale, in materia di tutela da rischio biologico di infezione da covid-19, “è disattesa o sottovalutata e la mancata applicazione di regole dettate da puro allarmismo, piuttosto che da competenza, non è evidentemente mancanza di tutela per gli operatori.

Ottino riferiva ancora che “le colleghe Antonietta Lanzillo, Simonetta Andreula del reparto Schiaffinati 1 e Nadia Mordini del reparto Grossoni, riferivano che tra il 14 e 15 marzo la dottoressa Rossella Velleca, virologa della RSA, la dottoressa Loredana Olbino, responsabile della Direzione Professioni Sanitarie (DPS), insieme al caposala, di cui non si conoscono le generalità, nel corso di una visita svolta appositamente presso i suddetti reparti, davano precisa indicazione al personale sanitario di non indossare mascherine protettive, al fine di non destare allarme tra i pazienti. A tal proposito, i medici aggiungevano, per superare le proteste degli operatori, che i soggetti asintomatici non erano da considerare portatori di contagio, pertanto in assenza di stati febbrili, tosse o altri sintomi, non sarebbe stato necessario che gli operatori indossassero i DPI”.

Ottino aveva appreso che, il giorno 17 o 18 marzo, il direttore generale Giuseppe Calicchio avrebbe intimato a un infermiere del reparto Bezzi di togliersi la mascherina, minacciandolo, in caso di rifiuto, con l’immediato licenziamento; la fornitura sistematica di mascherine per tutti i reparti era iniziata a partire dal 23 marzo, come riportato dal bollettino interno n. 14 del 23 marzo 2020.

In data 27 marzo, le responsabili regionali CISL e CGIL, Laura Olivi e Isa Guarnieri, avevano inviato una lettera di diffida al D.G. CALICCHIO, al direttore socio sanitario Pierluigi Rossi, al direttore del personale Rossana Coladonato, al responsabile gestione IMMEs Felice Mirabella, nonché al Prefetto di Milano Renato Saccone e al direttore generale ATS Città Metropolitana, dott. Walter Bergamaschi, con la quale si denunciava che le misure di prevenzione adottate per fronteggiare l’emergenza da Covid-19 fossero ancora ben lontane dal garantire la sicurezza dei lavoratori.

In particolare si sottolineava “la mancata sostituzione delle mascherine FFP2, la non adeguatezza delle attività di sanificazione delle stanze di isolamento e degli spazi in comune, la mancata formazione del personale in ordine alla modalità di trattamento dei pazienti”.

Ottino ha citato inoltre i casi dell’infermiera Anna Gramegna e del dott. Roberto Bagnoli, in forza presso altri reparti del PAT, i quali erano stati assegnati all’accettazione dei pazienti al reparto PRINGE.

Pochi giorni dopo il trasferimento, entrambi i dipendenti venivano ricoverati in ospedale a seguito dell’insorgere di stati febbrili e dispnea, tali da richiedere la somministrazione di ossigeno.

Il dott. Bagnoli, prima di essere ricoverato, aveva continuato a svolgere le proprie mansioni anche presso altri reparti della struttura.

commissione d'inchiesta regionale, in modo piuttosto incongruo⁷ - che pare, nel primo periodo di diffusione dell'epidemia, preoccupata soprattutto di evitare "allarmismi".

A tal riguardo, le dichiarazioni dei lavoratori hanno trovato riscontro nelle evidenze acquisite mediante l'analisi della corrispondenza su dispositivi elettronici operata dalla Gdf, illustrate nella II relazione in data 14.12.2020. Si riportano in nota alcuni passaggi significativi di tale relazione⁸.

Anche alcuni dirigenti medici del PAT, sentiti da questo PM, hanno espresso critiche per tale iniziale sottovalutazione del rischio⁹.

⁷ "Non passa inosservato, tuttavia, l'ordine gerarchico con cui si è strutturata l'Unità di Coordinamento, al cui vertice viene posta una Dirigente di Unità Operativa Semplice affidandole funzione di coordinamento di Dirigenti responsabili di Unità Operativa Complessa e addirittura di Dipartimento"

⁸ In data 16 marzo 2020, in uno scambio di messaggi whatsapp tra Giuseppe CALICCHIO e la dottoressa Rossella VELLECA (cfr. allegato nr. 1), il direttore generale chiedeva se ci fossero "novità?".

VELLECA rispondeva: "qualche caso, ma tranquillo";

CALICCHIO chiedeva: "come?";

VELLECA rispondeva "due polmoniti in più", specificando che si erano verificati nei reparti Ronzoni e Barnovano.

Inoltre la dottoressa informava, altresì, del decesso di una donna nel reparto Fornari ("morta rapida in Fornari, ma con diarrea").

CALICCHIO rispondeva: "temo che succeda ordinariamente".

La dottoressa scriveva poi: "la lussata è deceduta in ps. Era positiva. Evitiamo di mettere in bollettino?"; CALICCHIO suggeriva di scrivere il termine "sintomatologia respiratoria", anziché "positiva" ("Che ne pensi? Uscita con sintomatologia respiratoria??").

Intorno al 20 marzo hanno iniziato a manifestarsi anche i primi casi di operatori sanitari positivi al virus: tra questi, il direttore sanitario dott. Pier Luigi ROSSI e il dott. Roberto BAGNOLI, medico presso il reparto PR.IN.GE.

In uno scambio di messaggi tra Giuseppe CALICCHIO e Rossella VELLECA, i due discutevano della positività dei due colleghi, ponendosi la domanda se avvisare subito, o l'indomani, i contatti stretti dei due medici, nello specifico gli specializzandi (cfr. allegato nr. 2).

Nel dettaglio, la dottoressa VELLECA scriveva: "come faccio con i colleghi?";

CALICCHIO domandava: "quali??";

VELLECA rispondeva: "Pringe" Pensavo domani di chiamarli... Come faccio a non dirlo?";

VELLECA proseguendo riferiva: "sono al pat. Mi cambio. E vado in pringe. Credi sia opportuno scrivere breve bollettino per dire di Bagnoli senza nome?";

CALICCHIO: "direi di sì";

VELLECA: "dimmi che arrivano le mascherine..";

CALICCHIO: "devi far usare ffp2 per 5 giorni" ...sino a che non arrivano

In una chat del 02.03.2020, Barbara CAIMI riferiva al direttore generale che a una paziente, inviata all'Ospedale San Giuseppe, considerata sospetto Covid, era stata effettuata un'ecografia polmonare ed anche un tampone (cfr. allegato nr.4)

CALICCHIO così commentava l'episodio: "ora io non vorrei essere cinico ma statunitense...dopo gli 80/85 anni a che pro fare il tampone??...Se lo vuoi paghi o assicurazione! ... A cosa serve sapere se è Covid (di cui non si conosce cura) o polmonite normale??".

Barbara CAIMI, d'accordo con l'opinione espressa, ribatteva: "sono tutti pazzi ... A mettere panico e basta.

... Dalla corrispondenza mail intercorsa tra Giuseppe CALICCHIO e Loredana OBINO, in data 22.03.2020, si evince la raccomandazione di CALICCHIO a far rimuovere dal Pio Albergo Trivulzio un "cartello", in quanto "non serve se sono state impartite info chiare" (cfr. allegato nr. 7).

Si tratta della rimozione di un manifesto, la cui affissione era stata richiesta anche dalla Regione Lombardia, ai fini della corretta gestione dell'emergenza Covid-19. E' importante segnalare, in merito, che fondamentali nella prevenzione e nel controllo della propagazione del virus sono la sensibilizzazione, la prevenzione e la formazione del personale, dei residenti e dei visitatori

Altra chat significativa è quella intercorsa in data 02.04.2020 tra CALICCHIO e l'avv. Marika MIGLIORANZA, in cui quest'ultima chiedeva se "il bollettino TT esce nella versione della Velleca senza i decessi?" e il direttore generale rispondeva: "avvocato, sì... questa sera sì".

⁹ Sit dott.ssa Ivana Santi: *L'atteggiamento della dirigenza all'inizio è stato senz'altro di scarsa sensibilità per il problema. Posso dire che si tendeva a negare l'evidenza della diffusione del contagio presso le strutture del PAT. Rappresento per esempio che si è tenuta una riunione dei miei medici, a cui io non ero presente, presso la sede di Merate. Ho saputo poi che la dottoressa Corno, che chiedeva di assumere misure adeguate, è stata ripresa dalla RSPP Beltramè, dicendo che bisognava "ragionare con la testa e non con la pancia" -*

7 Ha altresì trovato riscontri – a differenza di quanto concluso dalla Commissione d’inchiesta regionale¹⁰ - la circostanza che la direzione del PAT, in particolare la dott.ssa Velleca che dirigeva l’istituita unità di coordinamento per il Covid 19, si fosse opposta, ancora nei primi giorni di marzo, all’utilizzo di mascherine come misura di protezione spontaneamente adottata dal personale di alcuni reparti.¹¹

8 Sempre in estrema sintesi, si può dire che le critiche raccolte tra il personale del PAT che dissentiva dalla linea di gestione della pandemia seguita (secondo le persone sentite) in forma piuttosto autoritaria dalla dirigenza dell’istituto, riguardano la tardiva attivazione di criteri e meccanismi di tracciamento e contenimento dell’infezione tra ospiti e personale. Va peraltro da subito osservato (sul punto si tornerà oltre) che tali criteri all’epoca non risultavano ancora adeguatamente introdotti, sviluppati e articolati dalle disposizioni delle autorità sanitarie nazionali e regionali; si sarebbe trattato peraltro di criteri e meccanismi, suggeriti o spontaneamente seguiti, non certo eccentrici e che avrebbero anticipato successive misure precauzionali; d’altra parte, la loro effettiva realizzazione si sarebbe al tempo, in ogni caso, scontrata con una drammatica insufficienza di mezzi (in particolare DPI e tamponi predittivi).¹²

Sit prof. Luigi Cesare Bergamaschini: *Verso la fine febbraio inizi di marzo, ricevetti una telefonata da una collega del Maugeri che mi segnalava che una malata inviata dal suddetto ospedale era stata a contatto con un malato Covid, e che quindi ero sospetta infetta. La paziente, infatti, essendo affetta da Alzheimer, poteva aver avuto contatti con più persone. Io informai la direzione sanitaria, non so con che esiti; non mi risulta che la direzione abbia contattato l’ospedale in questione.*

¹⁰ “Nella documentazione disponibile (vedi anche l’audizione del Prof. Bergamaschini) non si sono reperiti riscontri circa gli asseriti ordini impartiti a taluni operatori di non indossare DPI che non fossero stati forniti dall’ASP”.

¹¹ In tal senso concordano diverse testimonianze, dirette o de relato, acquisite: sit dott.ssa Valentina Valentini 15.1.2021: *Dall’inizio dell’emergenza ero a conoscenza che nei reparti non veniva indossata la mascherina, in quanto la dottoressa Velleca aveva dato disposizioni in tal senso per non creare allarmismo. Io stessa, che svolgevo la mia professione visitando i pazienti su richiesta del medico di reparto, ne ho visitato alcuni senza indossare la mascherina. Quando la dottoressa Giuliana Mura, medico dietologo, mi informò che a un paziente avevano diagnosticato una polmonite batterica, diagnosi riportata anche sul bollettino quotidiano, ma che a suo parere era una polmonite da COVID, decidemmo di non effettuare più le visite nei reparti. Di questa vicenda vi fornisco il bollettino n. 5 del 2 marzo 2020, ove viene segnalato, al fine di non creare allarmismo e negare l’esistenza di eventuali casi COVID, che il trasferimento di un paziente, a cura del 112, veniva effettuato attraverso il personale “presentatosi indossando erroneamente i DPI e la paziente da trattare non rientrava nella casistica dei malati COVID”.* –

sit dott. Bergamaschini 28.12.2020: *in quel periodo molti infermieri anche degli altri reparti incominciarono a utilizzare di propria iniziativa le mascherine. Io, nonostante sapessi che la direzione non voleva l’utilizzo generalizzato delle mascherine per a suo dire non creare allarmismo, non intervenni lasciandone libero l’uso... Nello stesso giorno (10 marzo), quando tornai in reparto, trovai la dott.ssa Velleca e la dott.ssa Pozzi che parlavano con i medici e con la caposala; mi è stato riferito che il tema era quello delle mascherine che, non essendoci per tutti, non potevano essere utilizzate.* –

sit La Grassa 28.12.2020: *Sempre a metà marzo venne a sapere da una collega del reparto di Schiaffinati 1 che era stata redarguita dalla d.ssa Velleca in quanto indossava la mascherina e che secondo la Velleca ciò serviva solo a spaventare i pazienti.*

¹² Sit dott.ssa Santi: *...nel corso del mese di marzo sono iniziati ad emergere casi verosimilmente covid 19 anche presso i reparti della struttura milanese... A seguito dell’invio di ospiti e personale sanitario presso le strutture ospedaliere, attorno a metà marzo sono stati certificati i primi casi di positività al covid 19. A questo punto ho potuto chiedere l’isolamento di interi reparti sia a Merate che a Milano, con conseguente distribuzione di DPI completi a tutto il personale del reparto isolato. Ciò è iniziato prima a Merate, quindi a Milano.*

Per procedere all’isolamento di interi reparti e all’utilizzo dei DPI dovevo chiedere preventiva autorizzazione a Rossi o alla Velleca. In particolare è stato difficile procedere con l’isolamento a Milano. La Velleca per alcuni giorni mi ha negato l’autorizzazione. La mia impressione è che mancasse un criterio univoco e definito cui attenersi. La Velleca non dava risposte motivate, fornendo i criteri clinici e scientifici delle scelte, ma disposizioni secche, non chiarendo i motivi per cui l’isolamento veniva autorizzato in un reparto e nell’altro no; soprattutto, a fronte delle mie insistenze, passavano giorni preziosi prima dell’assunzione del provvedimento.

Io ed i miei collaboratori abbiamo cercavamo di aggiornarci sulle misure adeguate per affrontare la diffusione del virus, informandoci sui protocolli diagnostici e terapeutici che venivano elaborati dagli ospedali e dalle società scientifiche. Non abbiamo ricevuto dalla dirigenza protocolli operativi fin verso la fine di aprile. Le prime procedure sono seguite solo all'emersione di molti casi positivi dopo l'esecuzione dei tamponi nelle strutture. La procedura del 20 o 24 aprile prevedeva di dividere gli ospiti tra negativi, positivi e negativi ma sintomatici.

A proposito del tema dei tamponi, io ed i miei collaboratori ritenevamo che l'unico modo di marcare e prevenire la diffusione dell'infezione nella struttura fosse quello di procedere diffusamente con l'esame mediante tamponi a pazienti e personale. Ho chiesto in tutti i modi di poter utilizzare i tamponi; ho anche chiamato l'ATS per informarmi su come procurarseli, ma fino ad aprile mi è sempre stata negata dalla dirigenza la possibilità di procedere in questo modo. Il DG, Rossi e la Velleca, che costituivano per così dire la cabina di regia delle misure anticovid, si attenevano rigorosamente alle delibere regionali. Non ho avuto alcuna interlocuzione con loro se non per richieste di autorizzazione in genere inoltrate con mail. E' stata sostanzialmente una battaglia da parte mia per ampliare le misure di contenimento. In buona sostanza mi sono "dannata" per trovare e mettere a disposizione DPI e tamponi.

Sit prof Bergamaschini: Al PAT avevamo un infettivologo quale consulente privato, Dr. Marco Tinelli.

Dopo questa vicenda contattai quindi il Dr. Tinelli che mi consiglia di procurarci presidi e tenerli a disposizione. Io mi rapportai con la farmacia che mi rassicura che qualcosa mi sarà dato.

Ai primi di marzo ho scoperto che il reparto Piatti era stato dotato di tutti i presidi protettivi. La cosa mi sorprese perché io in qualità di primario non ne ero stato informato; inoltre era stato munito di DPI il solo reparto Piatti all'interno di una palazzina di quattro piani (primo piano S. Andrea, terzo piano Ronzoni) oltre, al quarto piano, il servizio di fisiopatologia respiratoria.

Io feci presente diverse criticità tra cui quella dell'uso di ascensore e scale che servivano e attraversavano anche il reparto protetto.

Quando chiesi perché solo quel reparto era protetto mi venne riferito che, essendo di malati pneumologici, questi erano particolarmente a rischio, sempre secondo la direzione sulla base di disposizioni ministeriali. A questo proposito rappresento che a mio avviso ciò che non era espressamente contemplato nelle disposizioni nazionali non per ciò era vietato, nel senso che ci si doveva affidare alle migliori conoscenze e pratiche mediche sul tema.

Ad esempio, in quel periodo molti infermieri anche degli altri reparti incominciarono a utilizzare di propria iniziativa le mascherine. Io, nonostante sapessi che la direzione non voleva l'utilizzo generalizzato delle mascherine per a suo dire non creare allarmismo, non intervenni lasciandone libero l'uso.

Rappresento che invece normalmente gli OS non utilizzavano mascherine pur essendo a contatto con gli ospiti; si tratta di personale meno formato degli infermieri e a cui bisogna dare disposizioni precise.

Solo il 9 marzo venne indetta una riunione tenuta da Rossi, Velleca e Caimi con tutti i medici dei miei reparti. In quell'occasione faccio le mie rimostranze su questa situazione di carenza di presidi negli altri reparti da me diretti. Mi fu risposto dalla d.ssa Velleca che quando sarei diventato il direttore sanitario avrei potuto decidere in merito.

Il Dr Bagnoli a sua volta, responsabile del post acuta Pringe, chiese come si potesse dire che non ci fossero casi covid quando non si facevano i tamponi, senza ottenere risposta. A quel punto sia io che il Dr Bagnoli lasciamo la riunione. Al termine della riunione vengo raggiunto dalla d.ssa Velleca che si scusa ma comunque mi viene detto che le mascherine non si potevano dare a tutti.

Sit La Grassa: In merito alla tematica della gestione del Covid, nel corso del mese di febbraio sono venuto a conoscenza da parte di alcuni medici del PAT che c'erano stati diversi morti per polmoniti con una frequenza maggiore del solito. Per il resto non vi era stato alcun avvertimento o indicazione da parte della Direzione. Il 27 febbraio ho scritto una mail alla d.ssa Velleca con la quale chiedevo se esisteva un protocollo per gestire l'emergenza covid. L'occasione fu data dall'allentamento di una dipendente che aveva avuto contatti con il compagno risultato positivo al tampone, fatto fuori dalla struttura. Mi dissero, con ironia, che i protocolli adottati erano quelli dell'OMS.

Il 5 marzo in qualità di RLS venimmo convocati dalla RSPP architetto Monica Bertamè e dal DG Dr. Calicchio per l'aggiornamento del documento di valutazione del rischio biologico in relazione al Covid, in quella seduta chiesi di poter fornire mascherine a tutti i dipendenti del PAT ma non mi diedero nessuna risposta.

In farmacia c'era una scorta di 6.000 FFP2 (comprate per errore in eccesso l'anno precedente) e un numero certo sebbene non grande di mascherine chirurgiche. Da quel che so non venne fatto nessun tentativo per incrementare le scorte.

Il 13 marzo inviai una mail a tutte le direzioni chiedendo nuovamente di fornire a tutti i dipendenti le mascherine; anche in quel caso non ebbi nessuna risposta.

Il 31 marzo decido di scrivere all'assessore Gallera, ed anche in quel caso non ebbi nessuna risposta. Fra il 2 e il 3 aprile venne in farmacia il DG Calicchio minacciandomi di licenziamento per quello che avevo fatto e se non mi fossi fermato.

A questo punto c'è l'episodio della mia intervista apparsa su Repubblica a cura di Gad Lerner.

Faccio presente che questa mia preoccupazione per le mascherine era dettata anche dalle pressioni dei medici ed infermieri che mi si rivolgevano in quanto volevano essere tutelati. A questo proposito c'era anche la preoccupazione del fatto che i dipendenti venivano ruotati in tutti i reparti senza distinzione.

Rappresento che non vennero invece chiusi i due servizi gestiti da enti esterni, la dialisi gestita da Multimedita e l'odontoiatria non so da chi, in cui si presentavano anche pazienti esterni alla struttura. Fu solo verso metà aprile che la nefrologa della multimedita ci fece notare che in quel servizio poteva accadere che vi fosse rischio di contagio tra le persone.

Tranne i reparti in cui c'erano pazienti isolati per covid – dove erano distribuiti i DPI del caso – fino agli inizi di aprile il resto del personale è rimasto senza mascherine. Queste sono state distribuite dopo l'ordinanza con cui la regione Lombardia imponeva la maschera facciale a tutti i cittadini.

Il 10 mattina vengo convocato dal Dr. Rossi che mi invita a raggiungerlo urgentemente e mi riferisce che il direttore generale è imbufalito per il mio comportamento e nel pomeriggio riceverò una lettera con cui verrò sospeso. Chiedo di incontrare il direttore generale ma mi viene negato.

Dalla relazione Gdf di analisi della corrispondenza: mail datata 20.03.2020, in cui Ivana SANTI segnalava: "Visti i numerosi casi presso l'Istituto Frisia di Merate e Fornari PAT, sintomatici e sospetti per infezione da COVID 19, ribadisco, in accordo con i miei collaboratori, l'opportunità di procedere all'effettuazione di tamponi in sede, al fine di garantire una più corretta ed efficace gestione clinica dei casi e tutelare i pz asintomatici ed il personale. Ad oggi in Cure intermedie Frisia risultano assenti e sintomatici 4 infermieri/8, 2 medici/4, 4 OSS/ 14 e numerosi fisioterapisti ...omissis...".

Il messaggio di risposta, in pari data, da parte del direttore del Dipartimento Socio Sanitario, dott. Pierluigi ROSSI, è il seguente: "No non ci siamo capiti! Per Milano la gestione del monitoraggio e prevenzione dell'entrata in struttura del COVID - 19 è nella responsabilità diretta del Dipartimento Socio Sanitario con il supporto specialistico infettivologico della Uos Governance clinica e risk management diretta dalla dottoressa Rossella Velleca al momento non vengono eseguiti tamponi ma gestiamo di caso in caso l'opportunità o meno di invio in ospedale del paziente. Quasi sempre il 112 dispone il non invio. A Merate regolati come scritto nella mia precedente. Spero di essere stato chiaro. Buona serata.

Sempre dalla relazione Gdf: in data 19.03.2020, VELLECA comunicava a OBINO: "Cara Loredana, rispetto ai nuovi collaboratori assunti in Struttura, riterrei opportuno che compilino l'autocertificazione prevista per gli esterni e che indossino nelle prime due settimane la mascherina chirurgica". OBINO si esprimeva in maniera favorevole. Al riguardo, BERTAMÈ appariva esitante: "Sul primo aspetto condivido in merito alla mascherina chirurgica mi rimetto alla tua valutazione. Solo una osservazione: non rischiamo che questa misura venga richiesta anche da altri?"

in data 21.03.2020, Rossella VELLECA inviava una mail ad Alice GOLLA, scrivendo: "... giusto per fare riepilogo, su nucleo 1-2 abbiamo definito quanto segue: -mascherina chirurgica per tutti gli Operatori, ffp2 su chi entra nelle stanze in isolamento. sempre per le stesse camere, DPI completi, cuffie, occhiali, camici, sovrascarpe, guanti doppi. -no Personale fuori sala, nessuno di Pio va altrove valutiamo come va, eventualmente se si estende febbre, muniamo tutti gli operatori dei dpi completi...omissis..."

in data 27.03.2020, Giacomo LANZARA comunicava via mail di non condividere le indicazioni discusse in riunione con la dottoressa Rossella VELLECA del 23 marzo. Ed aggiungeva: "sento il dovere di esprimere dissenso, sulla gestione dei dispositivi di protezione individuali sono consapevole che le giacenze sono scarse ma conservare una mascherina per più giorni come hanno riferito in riunione è davvero contro ogni raccomandazione, linee guida, protocollo" (cfr. allegato nr. 15);

in data 30.03.2020, sempre Giacomo LANZARA inviava una mail a VELLECA, OBINO e VASATURO, in cui lamentava la mancata protezione, attraverso l'uso di DPI, per il personale, sottolineando il fatto che c'erano stati casi di dipendenti dichiarati dall'ATS positivi al Covid-19 (cfr. allegato nr. 16);

in data 01.04.2020, Mariagrazia FERRANDI, per conto di Filcams Cgil Milano, inviava una mail avente ad oggetto i Dpi e la tutela dei lavoratori dell'impresa di pulizie presso il PAT e la Rsa Principessa Iolanda. Nello specifico, richiedeva chiarimenti al dottor AMMANNATI ed al dottor CALICCHIO in merito alla grave situazione che si stava verificando al loro interno: "Siamo a conoscenza che i nostri operatori stanno lavorando in condizioni di ESTREMO PERICOLO. Non solo per quanto concerne i Dpi, ma soprattutto per la mancanza di informazione rispetto alle reali dimensioni delle infezioni da Covid19 presso le due strutture in oggetto. Sappiamo con certezza che questi casi vengono tenuti nascosti, e questo è inaccettabile! Lo sappiamo con certezza anche perché, giustamente, avete affidato il servizio di disinfezione ad una azienda specializzata. Si viene quindi a conoscenza che nel reparto erano ospitati degenti ammalati di Covid19 ed ammalati deceduti di Covid19 solo in un secondo momento!! Di conseguenza i nostri operatori, ma mi risulta purtroppo anche i vostri, lavorano senza le dovute protezioni, o meglio con protezioni insufficienti Per essere chiara senza le protezioni da protocollo sanitario! ...omissis... Ovviamente la Progett ha fornito ai nostri lavoratori i Dpi necessari, e sappiamo che quando i nostri operatori entrano nei reparti "accertati" Covid 19, date loro i Dpi, che anche il vostro personale ha in dotazione. Questo potrebbe andar bene, anche se non mi pare proprio che il camice mono uso verde, sia un Dpi adeguato. Peccato però, che la maggior parte delle volte, i nostri lavoratori non siano a conoscenza se stanno entrando in contatto con un ammalato Covid,.. e non perché il vostro personale non ne sia a conoscenza., ne

9 Infatti, le caratteristiche straordinarie di diffusione e letalità che in concreto il fenomeno pandemico – non paragonabile nelle sue manifestazioni effettive con altri recenti allarmi pandemici – ha assunto già nel marzo 2020 in particolare in Lombardia, hanno fatto sì che le indicazioni e le misure precauzionali dettate dalle autorità sanitarie (dall’OMS alle ATS) e politico amministrative (governo e regione) abbiano dovuto essere più volte implementate, risultando – alla stregua degli sviluppi dell’infezione – a lungo inadeguate.¹³ Gli atti riportanti tali disposizioni sono di dominio pubblico, comunque in gran parte presenti o richiamati negli atti del fascicolo (allegati a relazioni Gdf e CT). Per comodità si indicano in nota alcuni passaggi delle circolari del ministero della salute e delle delibere regionali dei primi mesi del 2020¹⁴.

consegue che il più delle volte ovviamente siano dotati della semplice mascherina chirurgica e dei guanti mono uso e basta! Quindi senza protezioni sufficienti!!! Ribadisco che è inaccettabile, non deve e non può essere un segreto dire se si sta entrando in una stanza con paziente Covid o sospetto! Con questa modalità sono a repentaglio tutti, i nostri operatori, il vostro personale, le rispettive famiglie ed i delegati. Oltre al fatto che in questo modo aiutiamo il virus a circolare meglio ed indisturbato!!!

in data 04.04.2020, Giuseppe CALICCHIO scriveva: “Stimatissimi Tutti, con riferimento alle nuove intervenute prescrizioni del presidente Fontana (ordinanza n. 521 in allegato), e segnatamente all’art. 1, comma 1.1 (“Ogniqualevolta ci si rechi fuori dall’abitazione, vanno adottare tutte le misure precauzionali consentite e adeguate a proteggere sé stesso e gli altri dal contagio, utilizzando la mascherina o, in subordine, qualunque altro indumento a copertura di naso e bocca...”), chiedo di valutare l’appropriatezza e l’opportunità di introdurre l’utilizzo di mascherine chirurgiche anche ad uso di ospiti e pazienti in grado di deambulare, tanto all’interno del proprio reparto quanto per l’istituto”.

¹³ La relazione della Commissione d’inchiesta regionale sul PAT sottolinea abbondantemente tale carattere di straordinarietà del Covid 19: *“Lo straordinario fenomeno pandemico in Lombardia, con i suoi tragici esiti, per le sue imprevedibili e inedite caratteristiche di lesività e diffusività, ha obbligato la Commissione a procedere alla ricostruzione critica degli eventi secondo l’etica e le regole tecniche della scienza, che, in quanta tali, non consentono l’utilizzo deviante del “senno di poi”, bensì pretendono linee metodologiche di ricerca e verifica dei fatti, pure nella considerazione della portata eccezionale degli eventi medesimi. In questa sede è opportuno sottolineare che la Lombardia si è trovata ad essere la prima regione dell’Occidente a dover fronteggiare lo scoppio della pandemia”.*

Si può peraltro osservare che, prima dell’elaborazione dei vaccini, le misure dimostrate efficaci per il contenimento dell’infezione erano più o meno quelle “medioevali” della quarantena e del distanziamento sociale. Ciò che è stato senz’altro straordinario e “nuovo” è la necessità della reintroduzione di tali misure in una struttura sociale avanzata.

¹⁴ La circolare del ministero della salute del 22 gennaio 2020 riporta informazioni limitate e generiche sull’epidemia a Wuhan e riferisce che il Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (ECDC) stima che il rischio di introduzione dell’infezione in Europa, attraverso casi importati, sia moderato.

La circolare del m.d.s. del 22 febbraio 2020 considera il rischio di diffusione dell’infezione in Europa ancora limitato, porta i primi suggerimenti per la gestione dei pazienti in ambito sanitario e i primi accenni a prevenzione in ambito generale: *“Misure preventive –igiene delle mani. La corretta applicazione di misure preventive, quali l’igiene delle mani, può ridurre il rischio di infezione. Si raccomanda pertanto di posizionare appositi distributori di gel alcolici con una concentrazione di alcol al 60-85%, nei luoghi affollati (ad esempio: aeroporti, stazioni ferroviarie, porti, metropolitane, scuole, centri commerciali, mercati, centri congressuali). Misure preventive quali l’igiene delle mani, l’igiene respiratoria e il distanziamento sociale, devono essere pubblicizzate tramite appositi materiali informativi esposti nelle summenzionate strutture”.*

La circolare del m.d.s. del 27 febbraio 2020 riporta indicazioni del gruppo di esperti dedicato al Covid che sconsiglia uso di tamponi su soggetti asintomatici.

La circolare del m.d.s. del 29 febbraio 2020 dà suggerimenti per la gestione dei pazienti in ambito sanitario, invita le regioni a predisporre piani per terapie intensive o comunque in ambito ospedaliero.

La circolare del m.d.s. del 20 marzo 2020 riporta le prime linee guida sul sistema di tracing dei casi anche mediante tamponi.

La circolare del m.d.s. del 25 marzo 2020 dà indicazioni per DPI a personale sanitario e anche assistenziale e per indagini sul personale con uso di tamponi: *“In questo quadro generale, è essenziale il ruolo svolto dal personale sanitario che, a vario titolo, si prende cura dei pazienti con COVID-19. E’ fondamentale perseguire l’obiettivo volto alla massima tutela possibile del personale, dotandolo di dispositivi di protezione individuale (DPI), di efficienza modulata rispetto al rischio professionale a cui viene esposto. Allo stesso modo, è corretto che il personale sanitario esposto venga sottoposto a indagini (tamponi rino-faringeo) mirate a valutare l’eventuale positività per SARS-CoV-2. Questa misura, oltre a costituire una tutela per il personale sanitario, è rilevante anche per i soggetti che vengono a contatto con il personale medesimo e, in questa prospettiva, lo stesso tipo di approccio va rivolto agli operatori*

tutti, sanitari e non, che operano nelle RSA, ove si concentra un alto numero di soggetti che, soprattutto per età, ma anche per presenza di comorbidità, sono particolarmente fragili ed esposti al rischio di forme severe o addirittura fatali di COVID-19.” Si danno indicazioni per i servizi territoriali e viene introdotto il tema delle RSA: “Nell’ambito delle strategie di prevenzione, assistenza e controllo del contagio si segnala l’emergenza connessa agli ospiti/pazienti ricoverati nelle Residenze Sanitarie Assistite, per i quali è necessario attivare una stretta sorveglianza e monitoraggio nonché il rafforzamento dei setting assistenziali. Nelle RSA alberga la popolazione più fragile ed esposta al maggior rischio di complicanze fatali associate all’infezione da COVID-19 e considerata l’esperienza delle Regioni precocemente colpite dalla pandemia, 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 assistenziale.

Come ricordato in premessa, dovranno, pertanto, essere previsti percorsi formativi e di prevenzione specifica per tutto il personale ivi operante. E’ di fondamentale importanza che tutti gli operatori sanitari coinvolti in ambito assistenziale siano opportunamente formati e aggiornati in merito ai rischi di esposizione professionale, alle misure di prevenzione e protezione disponibili, nonché alle caratteristiche del quadro clinico di COVID-19. E’, comunque, 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 domiciliari. E’ indispensabile effettuare in maniera sistematica tamponi per la diagnosi precoce dell’infezione a carico degli operatori sanitari e socio-sanitari e dotarli dei dispositivi di protezione individuale. Occorre, altresì, garantire la continuità dei servizi di mensa, lavanderia, pulizie e servizi connessi, estendendo anche a questi operatori le misure mirate a definire una eventuale infezione da SARS-CoV-2... L’emergenza COVID, la sospensione di tante attività ordinarie, hanno determinato di fatto un depauperamento dell’assistenza, aggravando i rischi della popolazione anziana, comorbida o, comunque, affetta da patologie invalidanti o dai loro esiti, nonché l’attuale situazione di ridotta mobilità della persona e degli eventuali caregivers, comportano la necessità di un’implementazione di servizi assistenziali specifici, erogati in forma individuale (es. consegna dei dispositivi, presidi e ausili per popolazioni fragili che necessitano di frequenti sostituzioni e/o approvvigionamenti di materiale specifico).”

Regione Lombardia DG Welfare - 27/02/2020, risposte a quesiti gestori sociosanitari. Dal testo: *gli ospiti delle strutture residenziali possono ricevere visite da parte di una persona per volta. Prima dell’accesso del visitatore alla struttura gli operatori dovranno chiedere conferma dell’assenza di febbre e/o sintomi respiratori (tosse, raffreddore).*

Regione Lombardia DG Welfare - 02/03/2020. Direttive per RSA e RSD. Il documento, nel richiamare le disposizioni di cui al DPCM dell’1.3.2020 sulla limitazione dell’accesso dei visitatori agli ospiti delle RSA, indica misure più stringenti da adottare nel caso i visitatori non garantissero una serie di quesiti clinici: i familiari e/o i visitatori dei soggetti ricoverati con sintomi respiratori dovranno indossare la mascherina chirurgica e, in ogni caso, osservare una distanza tra loro di almeno un metro.

Regione Lombardia DG Welfare – 05/03/2020. Aggiornamento disposizioni in materia di COVID-19 per UdO sociosanitarie. Si evidenziano i seguenti suggerimenti: *La garanzia della valutazione e risposta ai bisogni sociosanitari deve trovare continuità nel rispetto della libera scelta dei soggetti e dei familiari che ne usufruiscono, tenuto conto delle diverse situazioni epidemiologiche che caratterizzano le aree territoriali lombarde; i responsabili delle strutture autorizzano gli accessi alle unità d’offerta esclusivamente ai familiari/visitatori che forniscono un’assistenza non altrimenti sostituibile e comunque un solo familiare/visitatore per volta, salvo motivate eccezioni.*

Regione Lombardia DG Welfare – G1_2020_0011004 del 10/03/2020. Indicazioni in merito a emergenza COVID-19. Nella nota vengono fornite una serie di indicazioni, tra cui: [...] *l’effettuazione tamponi per ricerca SARS-CoV-2 è indicata per i soggetti con sintomatologia respiratoria meritevole di ricovero, all’atto del ricovero; per l’operatore asintomatico che ha assistito un caso probabile o confermato di COVID-19 senza che siano stati usati gli adeguati DPI per rischio droplet o l’operatore che ha avuto un contatto stretto con caso probabile o confermato in ambito extralavorativo, non è indicata l’effettuazione del tampone ma il monitoraggio giornaliero delle condizioni cliniche. In assenza di sintomi non è prevista l’interruzione del lavoro che dovrà avvenire con utilizzo continuo di mascherina chirurgica.*

Regione Lombardia DG Welfare – 14/03/2020, sul corretto utilizzo dei DPI. Dal testo: [...] *per tutti i Dispositivi di Protezione Individuale, si stanno evidenziando reali difficoltà di approvvigionamento, nonostante tutti i tentativi che sono stati fatti su diversi fronti, ed è pertanto necessario tutelare in via prioritaria gli operatori che si stanno occupando dei pazienti COVID positivi.*

Delibera Giunta lombarda, Direzione generale Welfare del 10.3.2020: *“Pertanto l’effettuazione dei tamponi nasofaringei è indicata per - i soggetti con sintomatologia respiratoria meritevole di ricovero, all’atto del ricovero: - i soggetti clinicamente guariti da COVID-19 per confermarne la guarigione con effettuazione in relazione all’andamento clinico di 2 tamponi a distanza di 24 ore. Per l’operatore asintomatico che ha assistito un caso probabile o confermato di COVID-19 senza che siano stati usati gli adeguati DPI per rischio droplet o l’operatore che ha avuto un contatto stretto con caso probabile o confermato in ambito extralavorativo, NON è indicata l’effettuazione del tampone ma il*

10 Del pari, è stata di esperienza comune (essendosi riverberata sulla popolazione in generale, oltre che riportata da tutti i mezzi d'informazione di massa) la drammatica carenza in Lombardia di DPI adeguati e di tamponi diagnostici nei primi mesi della pandemia. Le strutture pubbliche e private si sono trovate di fronte agli eventi senz'altro impreparate e sfornite di mezzi, solo faticosamente implementati¹⁵.

monitoraggio giornaliero delle condizioni cliniche. In assenza di sintomi non è prevista l'interruzione dal lavoro che dovrà avvenire con utilizzo continuato di mascherina chirurgica.

Delibera della Giunta regione Lombardia 30.3.2020: riprende le direttive già impartite con circolare D.G. Welfare del 10.3.2020, resta previsto che per il personale anche sanitario che intervenga nelle aree di transito e nelle stanze di pazienti cd. "non covid" non sia necessario l'uso di mascherine neppure chirurgiche; si insiste sulle attività di informazione e formazione del personale ma principalmente in tema di distanziamento sociale; viene introdotto il controllo mediante tampone nasofaringeo per gli ospiti con sintomi di sospetto Covid 19, con successivo isolamento singolo o per coorti e misure di sanificazione; l'uso dei tamponi non è ancora previsto per i contatti stretti di tali ospiti in assenza di sintomi; per il personale è previsto la verifica della temperatura corporea e solo in caso di sintomi la sottoposizione a tampone.

Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020, aggiornato al 28 marzo 2020: ... Alcune istituzioni raccomandano in alcuni casi l'utilizzo di Filtranti Facciali (FFP) per l'assistenza diretta ai casi COVID19, sulla base di un principio di precauzione, pur in assenza di evidenze conclusive circa la possibilità di trasmissione del virus per via aerea in casi non sottoposti a specifiche procedure in grado di generare aerosol, invitando comunque a tenere conto dell'effettiva disponibilità di tali DPI.

Si può concludere che al momento in cui si è avuta certezza della diffusione del contagio in Lombardia e sul resto del territorio nazionale, in relazione all'utilizzo dei dpi in generale e delle mascherine in particolare, l'opinione di OMS, Ministero della Salute e Regione Lombardia convergeva sul consigliarne l'utilizzo solo a coloro che presentavano sintomatologia respiratoria e in presenza di casi sospetti e certi di positività al SARS-Cov2.

Pur in assenza di indicazioni specifiche per le strutture sociosanitarie, in data 05.03.2020 Regione Lombardia ribadiva, in una mail a firma dell'allora DG Welfare Cajazzo, che "non sono necessari DPI specifici per pazienti senza sintomi respiratori".

Fino al 16.03.2020 la normativa riguardo l'utilizzo dei dpi nelle strutture sociosanitarie non risulta mutata. Quindi si assiste a un progressivo aumento della percezione del rischio e della necessità di aumentare la protezione dei lavoratori del settore sanitario: con la pubblicazione del Rapporto ISS COVID-19 n. 4/2020 "Indicazioni ad interim per la prevenzione e il controllo dell'infezione da SARS-CoV-2 in strutture residenziali sociosanitarie", venivano stabilite le precauzioni standard per l'assistenza a tutti i residenti: igiene delle mani e respiratoria, utilizzo di dispositivi di protezione individuale appropriati (in relazione alla valutazione del rischio); con l'ordinanza 514 di Regione Lombardia del 21.03.2020 veniva deciso, per le sole attività produttive (e non per le strutture sociosanitarie), "che ... si assumano protocolli di sicurezza anti-contagio e, laddove non fosse possibile rispettare la distanza interpersonale di un metro come principale misura di contenimento, con adozione di strumenti di protezione individuale"; la nota del 29.03.2020 della DG Welfare avente protocollo GI.2020.0014502 sottolinea *la necessità per gli operatori sanitari di indossare costantemente per tutto l'orario di lavoro la mascherina chirurgica, non solo quindi durante l'attività di assistenza ai pazienti, ma anche durante le attività di "back-office sanitario"*.

Pertanto da questo sintetico riepilogo dell'ampia normativa pubblicata in materia si evince che: il primo riferimento specifico alle strutture sociosanitarie è del 16.03.2020; fino al 22.03.2020 non era considerato necessario utilizzare dispositivi di protezione individuali in contesti in cui non era garantito il mantenimento della distanza interpersonale superiore al metro in assenza di casi sospetti/conclamati di positività al Covid-19; solo a partire dal 28.03.2020 è stato ufficialmente ritenuto necessario per gli operatori sanitari indossare almeno la mascherina chirurgica per tutto l'orario di lavoro, non solo durante l'assistenza al paziente.

¹⁵ Sul punto appare sufficiente riportare le s.i. rese, in altro procedimento, rispettivamente nelle date 24.4.2020 e 27.4.2020, da Walter Bergamaschi direttore generale di ATS Città Metropolitana di Milano e membro dell'unità di crisi regionale Covid 19 e da Vittorio De Micheli direttore sanitario di detta ATS:

Bergamaschi: "ADR: C'erano state comunicate le circolari del Ministero della Sanità in materia di allarme Covid 19, del 22 e 27 gennaio. La prima, in particolare, segnalava di prestare attenzione a casi di polmonite in quanto di possibile eziologia Covid 19. Successivamente con la circolare del 27 richiedevano di prestare particolare attenzione ai casi con tale sintomatologia se provenienti dal territorio cinese di Wuhan o comunque i casi che avevano contatti con persone provenienti da quel territorio. Noi abbiamo trasmesso queste circolari ai medici di base con le indicazioni operative emesse dalla Regione. Abbiamo distribuito dei dispositivi di protezione individuale ai medici di continuità assistenziale, cd. guardia medica. Il quantitativo era limitato e a quell'epoca nessuno sospettava l'evoluzione che ne è seguita.

ADR: Sono a conoscenza dell'esistenza di un piano pandemico nazionale e regionale, anche se non sono a conoscenza degli ultimi aggiornamenti. Rilegendolo ex post, posso dire che l'unità di crisi, anche per la presenza della dott.ssa

Gramegna, che era quella che aveva contribuito alla stesura del piano, ha di fatto ricalcato le indicazioni del piano pandemico precedente. Per quanto di mia conoscenza non vi era stata una specifica attuazione, prima dell'insorgere dell'emergenza Covid, di quel piano.

ADR: Con specifico riferimento al reperimento e alla distribuzione dei DPI (mascherine, guanti, camici, visiere, plantari e tutto quanto necessario per difendersi dal contagio Covid 19), sono esistiti sin dall'inizio canali concorrenti a livello regionale, attraverso la centrale acquisti regionale Aria S.p.A., e attraverso le forniture provenienti dalla Protezione Civile. Le strutture private hanno rapidamente perso la capacità di rifornirsi autonomamente e si sono, a loro volta, rivolti alle pubbliche autorità.

ADR: Preciso che tutti gli stock di dispositivi, sia quelli acquistati da Aria e sia quelli provenienti dalla Protezione Civile, confluivano e confluiscono presso l'unico centro di raccolta regionale, inizialmente ubicato a Niguarda e poi presso il Polo di Rho Fiera, che viene gestito, come mi risulta, da "AREU", cioè dall'agenzia regionale emergenza e urgenza. Detta agenzia distribuiva direttamente, secondo una scaletta di priorità e fabbisogno, i DPI alle maggiori strutture ospedaliere regionali pubbliche e private. La stessa agenzia distribuiva, invece, attraverso il nostro filtro, DPI alle strutture private ospedaliere meno rilevanti e alle strutture socio sanitarie private, nonché ai medici di base e al personale sanitario dell'ATS. Il PAT, in quanto struttura pubblica, veniva fornito direttamente da AREU.

ADR – tema tamponi: A questo riguardo occorre premettere due considerazioni per comprendere il razionale della programmazione sanitaria in materia. La prima è relativa alla limitazione delle risorse: all'inizio dell'epidemia sul territorio regionale solo tre laboratori risultavano abilitati ad elaborare il materiale prelevato con i tamponi secondo le metodiche riconosciute dall'Istituto Superiore della Sanità; questo limitava a poco più di un migliaio pro/die i risultati dei test. La seconda considerazione è legata alla velocità di diffusione del virus sul territorio regionale; nel senso che inizialmente si pensava di utilizzare i test non solo per la diagnosi tempestiva della malattia ma anche per il contenimento del contagio, individuando e tamponando i soggetti che hanno avuto contatti stretti con il sintomatico.

Rapidamente si è capito che questa finalità era inattuabile, perché il virus era molto più diffuso di quanto si pensava inizialmente e il numero dei sintomatici era molto più elevato della capacità di elaborazione dei tamponi.

Da ciò deriva che si è disposto, specialmente con circolare della regione del 10 marzo, che i tamponi venissero effettuati solo sui sintomatici ospedalizzati, quindi a scopo diagnostico. Questa disposizione è stata applicata anche alle RSA, quindi solo gli ospiti trasferiti nelle strutture ospedaliere per sintomi Covid venivano sottoposti a test. Il 16 marzo, l'ISS ha aggiornato le linee guida in materia, rappresentando l'opportunità di sottoporre a tampone anche i pazienti sintomatici, pur ospitati nelle RSA, dopo averli isolati sempre all'interno delle RSA. In attuazione di queste linee guida, la Regione ha provveduto con delibera successiva del 30 marzo. In seguito, il 16 aprile circa, vi è stato un ulteriore aggiornamento delle linee guida di ISS che, pur mantenendo come prioritario il tamponamento degli ospiti isolati, ha indicato la possibilità di estendere il tamponamento a tutti gli ospiti delle RSA.

De Micheli: ADR: Per quanta riguarda i flussi relativi al personale sanitaria e socio sanitaria delle RSA rappresento che in tempi normali non li raccogliamo in modo sistematico. Nella situazione attuale ci è prospettata una grave carenza di personale dovuta ad assenza per malattia, tanto che le RSA si rivolgono alle istituzioni pubbliche per avere copertura. Mi si chiede se il personale assente delle RSA è sottoposto sistematicamente a tampone. Rispondo che anche in questo caso ci troviamo di fronte a strozzature insormontabili date dal fatto che complessivamente la Regione riesce ad elaborare, ad oggi, circa 12.000 test pro die. ADR: Mi si chiede come abbiamo reagito alla circolare ministeriale del 22 gennaio 2020. Al riguardo rispondo che quella circolare è stata considerata da tutto il mondo della prevenzione come un avvertimento in ordine a quanta stava succedendo in Cina ed un invito a prestare attenzione a possibili casi d'importazione. Fino all'esplosione dei focolai di Codogno e Alzano non avevamo notizia di situazioni di allarme sul territorio. Devo rappresentare che, a mio avviso, resta ancora inspiegabile dal punto di vista scientifico la velocità di diffusione dell'infezione in Lombardia.

ADR: Per quanto riguarda i dispositivi di protezione individuate posso dire in via generale che vi è stata indubbiamente una forte carenza soprattutto nella fase iniziale originata da una mancanza di produzione propria a livello italiano con necessità di rifornirsi all'estero e da una richiesta fortemente aumentata a livello nazionale ed estero e anche da una concorrenza interna tra agenzie regionali e protezione civile; tutti fattori che hanno ostacolato l'approvvigionamento da parte delle strutture private accreditate tra le quali le RSA che sovente hanno visto le loro forniture requisite.

Quindi è ragionevole che la carenza di DPI a livello di RSA sia stata una concausa nella diffusione del contagio, sebbene si tratti sempre di un fattore da ben interpretare posto che nella mia esperienza la diffusione di infezioni respiratorie a livello di strutture chiuse dipende in misura prevalente anche dai comportamenti individuali attuati dal personale sanitaria, dagli ospiti e dai visitatori.

Dal punto di vista delle indicazioni fornite alle RSA, anche con riferimento alla formazione del personale rispetto all'emergenza COVID, ricordo che abbiamo inviato più volte la check list, che contiene una serie domande cui le RSA dovevano rispondere per verificare le condizioni cui operavano rispetto all'emergenza COVID e diffuse le istruzioni in relazione ai comportamenti da adottare sia nella gestione degli ospiti sia nella gestione delle visite e degli ingressi in struttura in generale.

11 La relazione di CT a firma del dott. Oddone ha preso in esame le misure precauzionali adottate dal PAT in occasione della pandemia, in particolare sotto il profilo dei doveri del datore di lavoro anche a tutela della salute dei dipendenti: incumbenti ovviamente collegati strettamente, per le caratteristiche del rischio di specie, con quelli a tutela della popolazione ospite della struttura.

La relazione rileva anzitutto che nei documenti di valutazione del rischio (DVR) precedenti agli aggiornamenti intervenuti nella fase epidemico-pandemica, il rischio biologico sia sempre stato valutato come basso, non vi sono sezioni di approfondimento sui rischi pandemici (*fatto in effetti non sorprendente e verosimilmente in linea con documenti analoghi di altre strutture sanitarie*), e di conseguenza nessuna indicazione specifica sul potenziamento della dotazione di DPI in questa evenienza¹⁶.

“Successivamente all’evidente emergenza epidemica, databile almeno al 22 febbraio 2020, giorno dell’istituzione delle cosiddette ‘zone rosse’ in alcune porzioni del territorio nazionale, viene costituita dalla dirigenza del PAT una Unità di Coordinamento (d’ora in poi UDC) specificamente dedicata alla gestione dell’emergenza di Sanità Pubblica per la diffusione epidemica del SARS-CoV2... La UDC decide di adottare come modalità di comunicazione delle proprie indicazioni il ‘Bollettino’, indirizzato a tutto il personale dipendente.

La relazione esamina quindi i contenuti dei bollettini emessi tra la fine del febbraio 2020 e l’aprile successivo: emerge come la stessa consapevolezza della scarsa disponibilità di DPI adeguati venga acquisita (o quantomeno manifestata) progressivamente, indice di una comprensione al pari progressiva dell’importanza dell’uso diffuso dei DPI; viene raccomandato un uso “conservativo” dei DPI in ragione della scarsità. Nel bollettino n. 10 del 15 marzo 2020 *tra le altre indicazioni, viene ribadita la scarsità di DPI, in particolare mascherine FFP2 e chirurgiche, e raccomandato un uso adeguato e con preferenza di utilizzo per il personale sanitario a contatto diretto con pazienti CoViD-19 positivi. Inoltre, viene specificamente indicata l’esigenza di “ridurre al minimo il numero degli operatori presenti in Reparto... la partecipazione a corsi di formazione risulta però documentata a partire dal periodo 24-27 marzo, e solo per 35 operatori sanitari, mentre altri 17 risulteranno partecipare a corsi di formazione sull’uso dei DPI tra il 30 marzo e il 4 aprile 2020. Nella tabella inserita nell’allegato al bollettino, è indicata la necessità della sola mascherina chirurgica per le attività di assistenza dei pazienti CoViD positivi.*

Solo col bollettino n. 16 del 28.3.2020 si rileva un miglioramento nella fornitura di mascherine; col bollettino n. 17 del 3 aprile *compare l’indicazione dell’avviata o sollecitata fornitura di camici monouso, cuffie protettive, calzari e sovrascarpe. Inoltre, viene indicato l’inizio delle procedure di sanificazione degli ambienti e l’aggiornamento del DVR.* Nel bollettino n. 19 del 18 aprile *viene indicato l’inizio dell’attività di esecuzione dei tamponi sul personale, limitatamente alle procedure di accertamento della negativizzazione in dipendenti che sono in condizione di tornare al lavoro dopo periodi di assenza per malattia... Viene inoltre indicata la necessità di sostituire le mascherine filtranti dopo 6 ore di utilizzo.* Nel bollettino n. 20 del 25 aprile *viene indicata esplicitamente l’attività di accertamento diagnostico per positività a SARS-COV2 sugli ospiti, in modo da poter organizzare le strutture con nuclei Covid+ e nuclei Covid-.*

La relazione dà conto anche degli aggiornamenti, a seguito dello scoppio della pandemia, del DVR; tali aggiornamenti appaiono sostanzialmente in linea con le direttive sanitarie nazionali e regionali: 5

ADR: voglio spontaneamente porre qualche concetto in ordine al piano pandemico nazionale e regionale più volte richiamato in questi giorni. Il piano pandemico non prevedeva assolutamente le caratteristiche tipiche della pandemia in corso. Questo era sostanzialmente basato sulle esperienze pregresse e quindi aveva come punta centrale una campagna di vaccinazione. E' vero che prevedeva la predisposizione di scorte di DPI ma questa attività è sempre stata commisurata alle esigenze stagionali e quindi sicuramente non parametrata a quelle attuali. Trattandosi tra l'altro di materiale deperibile non era assolutamente pensabile accumulare delle scorte sufficienti al fabbisogno attuale.

¹⁶ cfr. Relazione citata, cui si rimanda per intero

marzo 2020: primo aggiornamento del DVR in cui viene chiaramente indicato l'alto rischio epidemico (quarto livello su una scala di 4) con indicazione di una "molto elevata probabilità di diffusione del contagio" per quegli ambienti siti in città con casi conclamati di malattia Covid-19. La possibilità e le caratteristiche di trasmissione del SARS-CoV2 appaiono correttamente indicate.

17 marzo 2020: secondo aggiornamento del DVR in cui vengono riconfermate le indicazioni dell'aggiornamento precedente, oltre ad indicare la possibilità di partecipare ad un corso di formazione a distanza, tramite web, per la gestione del rischio da nuovo Coronavirus SARS-CoV2. Non compare nessun esplicito riferimento ad altri dispositivi di protezione individuale oltre a quelli di protezione delle vie respiratorie, comunque ancora riservati ai lavoratori a rischio soggettivo.

26 marzo 2020: terzo aggiornamento del DVR aziendale che riporta, oltre alle indicazioni contenute nei precedenti e ancora valide in quello attuale, l'avvenuta pubblicazione tramite rete intranet aziendale delle procedure per l'utilizzo e lo smaltimento dei DPI e per la sanificazione di ambienti e attrezzature, in ottemperanza all'Ordinanza di Regione Lombardia n° 515 del 22 marzo 2020.

10 aprile 2020: quarto aggiornamento a cui si aggiungono, rispetto ai precedenti, la segnalazione della disponibilità di corsi di formazione on line (come indicato nei Bollettini n° 17 e n° 18). Inoltre, vengono precisati per la prima volta in modo completo i DPI idonei: protezioni delle vie aeree FFP2, guanti monouso, sovracamice idrorepellente monouso, cuffie monouso e sovrascarpe.

Il CT rileva che a seguito di ogni aggiornamento del DVR viene organizzato, nei giorni subito successivi, un incontro con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS) di cui riporta alcuni passaggi dei verbali particolarmente rilevanti:

18 marzo 2020: viene segnalata dal RLS Pedatella la circostanza, avvenuta durante le procedure di controllo sulla disponibilità e il corretto uso dei DPI, specialmente quelli per la protezione delle vie respiratorie, in cui i dirigenti preposti a questo compito hanno limitato l'utilizzo dei DPI stessi solo "se strettamente necessario, ovvero in relazione al rischio presente e in applicazione alle procedure di lavoro", vietando nel contempo l'utilizzo di "DPI personali, acquistati direttamente dal lavoratore".

30 marzo 2020: viene in parte corretta l'affermazione precedente del RLS Pedatella, messa a verbale nella precedente riunione del 18 marzo, il quale ribadisce però la richiesta che, in casi di comprovata emergenza, il lavoratore possa utilizzare DPI acquistati personalmente "senza dover essere sottoposto a formale richiamo da parte del Preposto o del Dirigente". Inoltre, il RLS La Grassa insiste sull'assoluta necessità di specificare "che non possono essere date disposizioni di riutilizzo dei DPI facciali filtranti o delle mascherine chirurgiche anche se sanificate". Sempre La Grassa dichiara che l'organizzazione aziendale ha sottostimato il rischio, indulgiando eccessivamente sulla fornitura di DPI al personale

12 Il CT espone quindi, sulla base del materiale esaminato, le seguenti considerazioni:

Risulta documentato che l'approvvigionamento di DPI è stato difficoltoso soprattutto nel periodo iniziale: almeno fino alla metà di marzo la fornitura di mascherine protettive è limitata a quei dipendenti che presentino condizioni di salute particolari, tali da poterli definire in qualche modo 'fragili', o che appartengano a taluni servizi, come quello di fisiopatologia respiratoria o alla sezione Piatti, unità riabilitativa ad indirizzo pneumologico. ... La sezione Piatti, infatti, risulta se non l'unica certo la prima ad essere dotata di DPI da parte della dirigenza PAT, cosa che non avviene nello stesso edificio per altri reparti. L'analisi medico-legale presente in questa stessa consulenza evidenzia come nella sezione Piatti poco meno del 50% (cfr. tabella 15 della relazione complessiva di sintesi) dei decessi avvenuti nell'arco temporale di interesse siano stati correlabili a Covid-19, mentre nessun lavoratore dipendente PAT della sezione Piatti sia stato rilevato positivo al tampone molecolare per il rilievo di SARS-CoV2 (11 testati, su 46 dipendenti in totale), solo un dipendente abbia subito un infortunio Covid-19 e vi sia un solo caso di assenza prolungata per malattia...

La fornitura di DPI, in particolare di mascherine chirurgiche o filtranti (FFP2), risulta scarsa almeno fino alla fine del mese di marzo.

I Bollettini non contengono nessun esplicito riferimento ad altri DPI oltre alle mascherine, salvo il gel idroalcolico. Gli accenni a procedure di vestizione e svestizione presenti nei Bollettini del 4, 15 e 22 marzo, indicano la verosimile dotazione, almeno per alcuni reparti, di sovracamici, occhiali protettivi o visiere, guanti, calzari...le disposizioni fornite tramite i Bollettini appaiono carenti, e comunque insufficienti ad assicurare un puntuale utilizzo da parte dei dipendenti.

Inoltre, è attestato in diverse SIT (Bergamaschini, Trabucchi) o in altre testimonianze (dott.ssa Ivana Santi) come, almeno nel primo periodo di marzo l'utilizzo delle mascherine fosse proibito o almeno disincentivato...

In sintesi, quindi si può considerare che il personale sanitario ha ricevuto DPI adeguati, ma con forniture non sufficientemente regolari e tempestive rispetto alle necessità di utilizzo, soprattutto fino alla prima metà del mese di marzo. Le disposizioni per l'utilizzo degli stessi DPI appaiono essere state tardivamente adottate, quando non disincentivate come nel primo periodo pandemico, e comunque non supportate da un idoneo percorso formativo...

...è possibile osservare sulla base del materiale acquisito in atti, che i lavoratori del PAT sono stati informati più che formati. La strategia informativa è stata delegata alla lettura dei Bollettini, da effettuarsi al momento del passaggio di consegne tra personale in differenti turni lavorativi. A questo si è aggiunto, almeno a partire dal Bollettino n° 11 (16 marzo 2020), la raccolta delle firme dei lavoratori in calce ai documenti, in modo da testimoniare l'avvenuta ricezione delle informazioni...

La formazione dei dipendenti del PAT risulta, dalla documentazione in atti, carente e comunque mal documentata...

In questo senso, è anche da rilevare che gli operatori con minore formazione di base e con maggiore contatto con gli ospiti/pazienti siano anche quelli con la percentuale maggiore di positività al tampone... Analoghe considerazioni si possono fare valutando il numero di infortuni CoViD correlati nella popolazione esaminata (Grafico 3), in cui appare evidente che la maggior parte di questi sia occorsa a carico di operatori con minore qualifica.

Inoltre, una grande parte degli infortuni registrati si è avuto entro la metà del mese di aprile 2020, riflesso dall'aumentata capacità successiva di gestire la situazione pandemica...

In sintesi, l'attività formativa ed informativa svolta per istruire il personale rispetto ai rischi lavorativi generati dall'andamento epidemico/pandemico e all'utilizzo dei DPI risulta carente, soprattutto fino alla metà del mese di marzo...

13 Il CT riporta quindi un sunto delle principali indicazioni delle autorità sanitarie nazionali e regionali, già sopra accennate, di cui si riportano in nota alcuni stralci,¹⁷ e così conclude: *In sintesi, è*

¹⁷ *Le indicazioni normative per il contenimento della diffusione del contagio da SARS-CoV-2 hanno avuto inizio nella terza decade di febbraio, e da questo periodo è stato pertanto analizzata la specifica produzione di indicazioni, linee guida e norme. Già nella Nota Circolare n° 5443 del 22 febbraio 2020 il Ministero della Salute invitava ad una attenta applicazione delle misure di controllo delle infezioni in ambiente sanitario, compreso un espresso riferimento alla trasmissione tramite droplets, indicando per quanto riguarda l'epidemia da Covid-19 di "garantire la stretta applicazione delle misure di prevenzione e controllo delle infezioni (precauzioni standard, via aerea, da droplets e da contatto) in tutte le strutture sanitarie...*

Il successivo Decreto Legge contenente "Misure urgenti per evitare la diffusione del COVID-19" (23 febbraio 2020) all'art. 1, comma 2, lettera l, indicava l'opportunità di condizionare "l'accesso ai servizi pubblici essenziali e agli esercizi commerciali per l'acquisto di beni di prima necessità sia condizionato all'utilizzo di dispositivi di protezione individuale o all'adozione di particolari misure di cautela individuate dall'autorità competente".

Sempre il 23 febbraio 2020, nel documento contenente "chiarimenti relativi all'applicazione dell'Ordinanza del Ministero della Salute di intesa con il Presidente di Regione Lombardia del 23 febbraio 2020", indicava il mantenimento della possibilità di accesso e di visita agli ospiti delle RSA, vincolandolo però "attenersi alla regola di accesso alla struttura in numero non superiore ad 1 visitatore per paziente", misura riconfermata anche successivamente dai Decreti del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) in data 1 marzo, 4 marzo e 8 marzo 2020. Negli ultimi due si indicava esplicitamente che l'accesso di parenti o visitatori nelle RSA fosse limitato "ai soli casi indicati dalla direzione della struttura guanti. Questa circostanza appare confermata, almeno a partire dal 26 febbraio, come attestato dal Bollettino n°3 che indica la fornitura e l'utilizzo dei dipendenti della sezione Piatti, ove era presente il servizio di fisiopatologia respiratoria...

quindi osservabile un certo ritardo nel porre in essere le condotte più idonee al contrasto della diffusione epidemica, come indicate dalle normative e linee guida degli Enti preposti, in parte imputabili anche alle note difficoltà di approvvigionamento di materiali preventivi e diagnostici.

14 La relazione finale del collegio dei CT si articola mediante tabelle e grafici: si rinvia pertanto alla lettura integrale dell'elaborato, di cui si riportano di seguito solo alcuni cenni.

I CT hanno esaminato 418 cartelle cliniche relative a pazienti ospiti presso l'Azienda di Servizi alla Persona "Istituti Milanesi Martinitt e Stelline – Pio Albergo Trivulzio" di via Trivulzio 15 a Milano. Tali persone erano assistite in 27 differenti reparti...

La documentazione clinica spesso risalente a tempi di molto antecedenti ai fatti in esame è stata studiata in dettaglio per quanto riguarda il periodo compreso tra il 01.01.2020 e il 15.04.2020, quando la disponibilità documentale si è esaurita.

Le cartelle cliniche esaminate attengono a ospiti deceduti nel periodo tra gennaio e aprile 2020¹⁸ ovvero accertati come malati di Covid 19 e sono state acquisite con il sequestro presso il PAT del 14.4.2020 o con successivi ordini di esibizione sia presso la struttura che presso vari ospedali cittadini; la ricerca in alcuni casi è stata faticosa, non risultando registrata, una volta che gli ospiti erano usciti dal PAT per ricovero in ospedale o per ritorno alle abitazioni, la loro successiva storia clinica.

I CT hanno quindi proceduto, in base ad un rigoroso esame degli elementi raccolti, ad una classificazione in categorie dei singoli casi, *cui è stato attribuito uno score di associabilità all'infezione Covid-19 in termini di causa unica o concausa*¹⁹: le prime tre classi riguardano decessi con bassa o nulla correlazione con l'infezione da Covid 19; le successive tre al contrario decessi con crescente correlazione con la malattia; vi sono poi ulteriori tre classi che riguardano pazienti positivi al Covid ma non deceduti, positivi al Covid ma deceduti per altra causa, e infine casi residui.

Nel periodo in esame, *una valutazione generale del numero totale dei decessi COVID 19 correlati sul totale dei decessi evidenzia un tasso di circa il 32% (103 decessi COVID-19 correlati su 321 decessi totali...Si può osservare come la frequenza settimanale dei decessi, pur con le ovvie fluttuazioni, si mantenga su valori grossolanamente costanti (circa 14 decessi per settimana) dal 1 gennaio 2020 sino alla seconda decade di marzo 2020 compresa per poi salire in maniera rilevante con un picco nella prima settimana di aprile di 52 decessi seguito da una settimana caratterizzata ancora da un importante eccesso di mortalità con 37 decessi. Successivamente si nota una drastica riduzione dei casi.*

...i decessi COVID-19 correlati, pur iniziando nell'ultima settimana di febbraio si mantengono su numeri esigui sino all'ultima settimana di marzo, quando si assiste per tre settimane ad una loro netta prevalenza sui decessi per altra causa con rapporto di 3:1 ...

Una valutazione sulla base della distribuzione topografica dei degenti porta a rilevare come vi siano reparti ove la ricorrenza di decessi appare nettamente più elevata di altri. Il range di variazione varia da 3 a 54 decessi complessivi ed è verosimilmente giustificato dalla diversa numerosità dei

Per quanto riguarda invece le indicazioni per l'esecuzione dei tamponi al personale dipendente, queste riguardano l'esecuzione degli stessi per i lavoratori sintomatici, e la necessità di esecuzione di due tamponi di controllo per l'avvenuta negativizzazione prima del rientro sul lavoro. Le indagini sono quindi da intendere come accertamenti mirati in soggetti sintomatici e non come operazioni di screening (Circolare del Ministero della Salute n° 7865 del 25 marzo 2020). Successivamente, il Ministero della Salute con la circolare 1715 del 3 aprile 2020 indica che "l'esecuzione dei test va assicurata agli operatori sanitari e assimilati a maggior rischio, sulla base di una sua definizione operata dalle aziende sanitarie, tenute ad effettuarla quali datori di lavoro". Nella documentazione agli atti risultano per il PAT solo 12 tamponi effettuati prima del 15 aprile (3 ai dipendenti diretti e 9 per dipendenti delle Cooperative), che saliranno a 44 entro il 20 di aprile.

¹⁸ Si rammenta che in tale periodo, per ragioni di igiene e sicurezza in presenza dell'epidemia, in questo circondario non venivano disposti, salvo casi eccezionali, accertamenti autoptici sulle salme.

¹⁹ Per quanto detto prima – cfr. nota precedente – manca per tutti i casi di decesso riscontro da esame autoptico della causa di morte.

degenti, nonché dalla diversa tipologia di patologie trattate (es. lungodegenza, riabilitazione, gestione patologie neoplastiche in fase terminale ...). Non si esclude comunque che il fatto sia anche attribuibile a diversità nelle misure di contenimento dell'epidemia e nell'applicazione dei dispositivi di protezione individuale da parte degli operatori...

...i decessi per altra causa sembrano avere una ricorrenza del tutto indipendente dalle morti COVID-19 correlate essendo distribuita nell'intero periodo studiato...

15 Secondo i CT, la valutazione medico legale dei fatti relativi ai decessi COVID-19-correlati avvenuti nella struttura del PAT nel periodo oggetto della presente indagine deve tener conto in premessa dei limiti della metodologia di studio dipendenti dalla sostanziale assenza di accertamenti virologici oggettivi (tamponi) nella popolazione studiata.

Questo comporta che la penetrazione del virus all'interno della struttura non può in realtà essere conosciuta se non in relazione alle conseguenze di morte (o patologia) ad essa imputabile sulla base di considerazioni cliniche.

Tra le limitazioni dello studio si deve ricordare anche come una precisa valutazione in termini di evitabilità dei decessi e/o dei percorsi di aggravamento sia di fatto ostacolata da un lato dalla indisponibilità di denominatori clinico-assistenziali, quantitativi e qualitativi, delle coorti-popolazioni di interesse e dall'altro dalla limitata conoscenza delle modalità di presa in carico delle molto diverse 'fragilità' nella sostanziale eterogeneità dei tanti reparti considerati.

In mancanza di parametri di confronto certi quali il numero totale dei ricoverati nella struttura nel periodo di studio e il numero dei decessi in periodi similari a quello studiato in termini di durata dello stesso e stagionalità, la presente valutazione procederà essenzialmente per confronti interni.

Una valutazione generale del numero totale dei decessi COVID 19 correlati sul totale dei decessi evidenzia un tasso di circa il 32% (103 decessi COVID-19 correlati su 321 decessi totali). Si segnala la presenza di 15 casi COVID-19 accertati (tamponi positivi) che risultano sopravvissuti.

Si può osservare come la frequenza settimanale dei decessi, pur con le ovvie fluttuazioni, si mantenga su valori grossolanamente costanti (circa 14 decessi per settimana) dal 1 gennaio 2020 sino alla seconda decade di marzo 2020 compresa per poi salire in maniera rilevante con un picco nella prima settimana di aprile di 52 decessi seguito da una settimana caratterizzata ancora da un importante eccesso di mortalità con 37 decessi.

Successivamente si nota una drastica riduzione dei casi nella settimana dal 15 al 21 aprile 2020, periodo che peraltro si estendeva oltre quello coperto dalla raccolta documentale sistematica (conclusasi il 15 aprile 2020). Rispetto a quest'ultimo dato si precisa tuttavia come tale riduzione dei casi mortali possa dipendere in realtà da fattori relativi ad una ridotta disponibilità documentale, coincidendo con la fine del periodo di studio della presente indagine e quindi con la fine della raccolta documentale...

La figura 3 evidenzia come i decessi COVID-19 correlati, pur iniziando nell'ultima settimana di febbraio si mantengano su numeri esigui sino all'ultima settimana di marzo, quando si assiste per tre settimane ad una loro netta prevalenza sui decessi per altra causa con rapporto di 3:1. Si segnala anche che i pochi casi studiati nella settimana 15-21 aprile 2020 mantengono lo stesso rapporto di 3:1 tra decessi COVID-19 correlati e non. Questo pur nella limitatezza dei casi studiati depone per una persistenza della diffusione della patologia da virus Covid 19.

Una valutazione sulla base della distribuzione topografica dei degenti porta a rilevare come vi siano reparti ove la ricorrenza di decessi appare nettamente più elevata di altri. Il range di variazione varia da 3 a 54 decessi complessivi ed è verosimilmente giustificato dalla diversa numerosità dei degenti, nonché dalla diversa tipologia di patologie trattate (es. lungodegenza, riabilitazione, gestione patologie neoplastiche in fase terminale ...). Non si esclude comunque che il fatto sia anche attribuibile a diversità nelle misure di contenimento dell'epidemia e nell'applicazione dei dispositivi di protezione individuale da parte degli operatori.

Di maggiore interesse appare la valutazione della frazione di decessi COVID 19 correlati sul totale dei decessi nei differenti reparti, riassunta nella tabella 15...

Osservando la tabella 15, pur con i limiti dettati dalla variabilità del numero dei decessi nei diversi reparti, si può facilmente apprezzare come le frequenze dei decessi COVID-19 correlati in alcune strutture rappresentino il 50% e oltre dei decessi mentre in altre si attestino su valori molto bassi.

Una rappresentazione cronologica dei decessi nelle strutture ove gli stessi si sono manifestati con maggiore numerosità, illustrata nelle tabelle 4-14, evidenzia come in tutte le strutture si confermi il pattern cronologico dei decessi COVID-19 correlati osservato nel complesso dei casi del PAT.

Al contrario, i decessi per altra causa sembrano avere una ricorrenza del tutto indipendente dalle morti COVID-19 correlate essendo distribuita nell'intero periodo studiato.

16 Si riporta di seguito per intero la valutazione medico legale complessiva.

Nella struttura PAT di Milano si è verificata una epidemia da COVID 19, i cui esiti, valutati sulla base di criteri clinico-strumentali, data l'assenza nella maggior parte dei casi di indagini virologiche, ha comportato un numero molto significativo di decessi identificabili in numero di 103 e quindi rappresentando circa il 32% del totale dei decessi occorsi nel periodo studiato. (Si deve ricordare che la medesima indagine ha evidenziato 15 casi di soggetti che hanno contratto l'infezione con accertamento virologico, sopravvivendo alla malattia).

E' risultato altresì, sulla base di interpretazioni cliniche, che la COVID-19 si è manifestata come un fatto epidemico iniziato nell'ultima decade di marzo 2020, quando si è assistito ad un netto aumento dei decessi COVID-19 associati, e protratto fino alla fine del periodo di osservazione (metà aprile 2020).

Una valutazione epidemiologica dell'andamento della mortalità nel periodo di interesse in rapporto anche alla situazione generale a livello dell'area metropolitana di Milano (come da pubblicazione della Unità di epidemiologia-ATS di Milano intitolata "Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia COVID 19 nella popolazione della ATS di Milano", datata giovedì 21 maggio 2020) documenta preso il PAT un chiaro eccesso di mortalità (con stime intorno ad un raddoppiamento del rischio) rispetto ai periodi comparabili degli anni precedenti.

Confrontato con i profili delle altre strutture assistenziali dell'area metropolitana di Milano ritenute istituzionalmente 'comparabili' (con tutte le limitazioni relative a contesti spesso assai eterogenei), tale eccesso corrisponde ad una stima di rischio 'media' in uno spettro che va da >4 a <1 (con code di ~ 5 e 0).

Si è osservato comunque come questo fenomeno abbia caratterizzato la maggior parte dei reparti del PAT, ma non la totalità della struttura.

Questi dati, nei limiti di conoscenza della organizzazione interna della struttura e della gestione dei degenti e del personale, inducono a ritenere che la diffusione epidemica del virus all'interno della struttura sia riconducibile ad uno o più fatti avvenuti circa 10-20 giorni antecedentemente l'inizio dell'importante aumento dei decessi osservato nell'ultima decade di marzo 2020.

Questa ipotesi è anche suffragata dalla sostanziale sincronia delle morti COVID-19-correlate nei differenti reparti del PAT, nei quali invece la ricorrenza di decessi da altra causa non ha manifestato chiare modificazioni.

La mancata correlazione tra la frequenza dei decessi da altre cause e picco dei decessi COVID correlati rende improbabile che carenze relative all'assistenza, dovute all'emergenza COVID, abbiano influito sulla mortalità nella struttura. Da sottolineare tuttavia come tali dati sulla frequenza risentano dell'assenza di informazioni affidabili sulla evoluzione delle presenze complessive dei pazienti nei diversi reparti.

Circa le cause della penetrazione e diffusione del virus SARS 2-COVID 19 all'interno del PAT, le ipotesi non possono basarsi sui soli dati medico legali ma necessitano di una integrazione con elementi epidemiologici, virologici, e le pertinenti misure di contenimento e protezione.

A questo riguardo, facendo riferimento alla pubblicazione della Unità di epidemiologia-ATS di Milano intitolata "Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia COVID 19 nella popolazione della ATS di Milano", datata giovedì 21 maggio 2020, si può osservare uno sfasamento di circa 15 giorni tra l'inizio dell'incremento di mortalità nella popolazione milanese generale e in quella sopra i 70 anni, collocabile nella prima settimana di marzo, e l'incremento dei decessi COVID correlati entro la struttura PAT, collocabile come sopra riportato, negli ultimi giorni di marzo, quando nella popolazione generale si assisteva al picco dei decessi.

Per una valutazione più specifica del grado di correlazione tra andamento dei decessi entro la struttura PAT e lo stesso andamento nella popolazione generale si rimanda al rapporto sul tema del dr. Tognoni di giugno 2020, già inviato alla Procura.

In ogni caso, lo sfasamento dei due fenomeni potrebbe essere spiegato da un iniziale contenimento della diffusione del virus dall'esterno all'interno della struttura (ad esempio collegabile all'interruzione delle visite dei parenti, care-givers, etc.), che ha successivamente perso efficacia, permettendo la diffusione epidemica.

A questo riguardo, si ricorda come relativamente alle occasioni di penetrazione del virus nella struttura si deve tener conto anche del trasferimento nella seconda settimana di marzo di 17 pazienti provenienti dall'ospedale di Sesto San Giovanni dichiarati non COVID (sembra senza aver eseguito il tampone), tre dei quali sono tuttavia risultati successivamente positivi al COVID-19 (due decessi).²⁰

Di questi, uno (signor Uggeri Angelo, trasferito il 13.03 e deceduto il 04.04 presso l'ospedale Fatebenefratelli dove era stato trasferito il 26.03 e dove era stato sottoposto a tampone all'ingresso, poi risultato positivo) inizia a manifestare febbre e tosse già dal 21.03, 8 giorni dopo il trasferimento (e quindi probabilmente almeno 15 giorni dopo essersi infettato), per poi peggiorare progressivamente. Su questa base, considerando la tipica cinetica dell'infezione COVID 19, risulta ragionevole l'ipotesi che questo paziente, al suo ingresso al PAT, presentasse già infezione COVID seppure non ancora clinicamente evidente.

Rispetto alle misure di contenimento e protezione della diffusione del virus attraverso il personale sanitario, si rimanda per il dettaglio alla relazione del dott. Oddone.

In sintesi, si deve comunque rilevare come dai Bollettini della Unità di Coordinamento istituita presso il PAT nell'ultima settimana di febbraio 2020, e dalla ulteriore documentazione consultata, appaia come la disponibilità di mascherine di protezione risultasse limitata almeno per tutto il mese di marzo.

²⁰ Con riferimento alla vicenda dei pazienti trasferiti dall'Ospedale di Sesto San Giovanni, vanno altresì evidenziate le dichiarazioni rese dal dott. Carlo MONTAPERTO del citato nosocomio in data 05.10.2020: "In data 13.03.2020, la mia segretaria, Laura Caporali, mi ha comunicato che il dott. Sforza, primario dell'unità operativa di medicina, voleva predisporre il trasferimento di circa 50 pazienti ricoverati presso il nostro nosocomio. Tale richiesta veniva rivolta alla mia segretaria, ma non a me. Pertanto, è quest'ultima che mi informava di ciò. Al riguardo, ho domandato alla mia segretaria se questa richiesta fosse stata autorizzata dalla direzione sanitaria aziendale, nella fattispecie dalla dott.ssa FUMAGALLI. La risposta, da parte della mia segretaria, è stata negativa, ovvero nessuna comunicazione e nessuna autorizzazione.

Pertanto, ho riferito alla mia segretaria di rispondere al dott. Sforza che non ero intenzionato ad autorizzare il suddetto trasferimento e, pertanto, da mie disposizioni nessuno doveva uscire dall'ospedale, poiché nessun paziente era stato testato per il coronavirus e quindi non c'era alcuna evidenza della loro negatività al tampone (cfr. relazione Gdf del 14.12.2020).

In data 16.03.2020, ho appreso, sempre dalla mia segretaria, che il dott. Sforza ha proceduto comunque al suddetto trasferimento. In seguito ho appreso dal dott. Sforza che detto trasferimento era stato ordinato a seguito di un messaggio whatsapp, inviato dal capo dipartimento, nella persona del dott. Mancarella, al dott. Sforza. Quest'ultimo si è avvalso della collaborazione del mio sottoposto, dott. Tudor Draghici, in contrasto agli ordini che io avevo dato.

Nei giorni successivi al 16.03.2020, il dott. Sforza mi ha informato, a seguito di mia richiesta, che 38 pazienti dei 50 erano stati dimessi il giorno 13 per essere inviati a vari ospedali. Di questi, circa 20 sono stati inviati al Pio Albergo Trivulzio in quanto non vi erano elementi per avere il sospetto diagnostico di infezione da covid. Preciso che nei confronti di questi 20 pazienti, trasferiti al PAT, non era stato eseguito nessun tampone ... omissis...".

Peraltro, anche la documentata somministrazione di corsi di formazione al personale risulterebbe iniziata a partire dal periodo 24-27 marzo 2020.

Da sottolineare anche che l'inizio di attività di esecuzione dei tamponi sul personale è iniziata nel mese di aprile, rimanendo limitata nella prima metà dello stesso per poi aumentare successivamente. Rispetto al fatto epidemico si ritiene di sottolineare come la presente indagine abbia riguardato essenzialmente casi di decesso. Questi, nella letteratura relativa a strutture analoghe, rappresentano il 25-40% dei casi di malattia e il 10-20% dei casi totali di infezione (Arons MM et al, Presymptomatic SARS-CoV-2 Infections and Transmission in a Skilled Nursing Facility, N Engl J Med 2020, 382:22; Thomson D-C et al., The Impact of COVID-19 Pandemic on Long-Term Care Facilities Worldwide: An Overview on International Issues, BioMed Research International, 2020; 2020:1; ECDC Public Health Emergency Team, High impact of COVID-19 in long-term care facilities, suggestion for monitoring in the EU/EEA, May 2020, www.eurosurveillance.org, 2020). Su questa base si può stimare che la diffusione del SARS 2-COVID 19 abbia riguardato un numero di degenti 5-10 volte superiore ai casi letali studiati.

17 Queste le risposte ai quesiti posti, articolate secondo i punti:

A 1. *Preliminarmente alla risposta a questo quesito, si ritiene di ribadire come, anche in questa sede come già in precedenza, nei dati che vengono presentati relativamente agli ospiti e relativamente al personale dipendente vi possa essere talvolta una non coincidenza dei limiti temporali delle indagini. Ciò, che è dovuto principalmente a problemi organizzativi e di disponibilità di materiali, non modifica comunque in modo rilevante le conclusioni.*

Come dettagliato nella parte analitica, relativamente agli ospiti, sono state esaminati completamente 396 casi. Di questi 321 riguardavano soggetti deceduti e 75 soggetti viventi. Dei soggetti deceduti, 27 presentavano diagnosi certa di causa di morte da COVID-19 per la presenza di un tampone positivo, mentre 76 presentavano sintomatologia attribuibile con elevata probabilità a Covid 19 in assenza di verifica virologica.

Dei soggetti viventi, 15 avevano superato una infezione da COVID 19 accertata con tampone.

Relativamente al personale dipendente, risulta dalla documentazione in atti l'esecuzione del tampone nasofaringeo per 203 lavoratori, di cui 178 dipendenti diretti e 25 dipendenti da Cooperativa. I lavoratori risultati pienamente positivi o a bassa carica virale sono risultati complessivamente 42 (20.7%), in larga prevalenza dipendenti diretti PAT (32). La percentuale di positività tra i dipendenti testati è stata del 18.0% tra i dipendenti diretti e del 40.0% tra i dipendenti di Cooperativa.

Per 6 dipendenti risulta l'effettuazione di un solo tampone (non è quindi presente nessun controllo successivo sulla negativizzazione), ma si tratta di casi con primo tampone eseguito in periodo compreso tra il 30 aprile e il 15 maggio 2020, quindi gli ulteriori accertamenti hanno verosimilmente riguardato un arco temporale successivo all'acquisizione del materiale in atti.

Per 12 lavoratori positivi non risultano agli atti segnalazioni di infortunio sul lavoro.

Per il dettaglio si rimanda alla relazione del dr. Oddone in allegato.

2. *L'arco temporale di diffusione del virus nella struttura PAT tra l'ultima settimana di marzo e le prime due settimane di aprile 2020, quando si è interrotta la presente indagine.*

3. *Vedi risposta al quesito 1.*

4. *In una valutazione globale, stante l'assenza di una terapia specifica per la Covid 19, validata dagli enti proposti, si rileva comunque la presenza, quando necessario, di un supporto respiratorio e di terapie farmacologiche idonee al trattamento delle complicanze. Si rileva inoltre come l'accertamento virologico della Covid 19 sia avvenuto in tutti i casi a seguito di ricovero ospedaliero, che veniva disposto a fronte dell'aggravamento delle condizioni e delle indicazioni al ricovero stesso sulla base delle condizioni generali. Una più specifica valutazione caso per caso richiederebbe tempi*

non compatibili con quelli della presente indagine. Per quanto riguarda gli aspetti assistenziali generali, data la stabilità della frequenza dei decessi "non Covid" durante tutto il periodo di osservazione, non risultano significative carenze assistenziali Covid correlate.

B Si rimanda alla relazione già illustrata del dott. Oddone.

C 1. *L'applicazione di efficienti misure di isolamento dei pazienti all'interno della struttura e di screening virologico e di formazione di tutti gli operatori della struttura medesima avrebbero con ogni verosimiglianza limitato la diffusione del contagio all'interno del PAT.*

Rimane tuttavia da chiarire quali di queste procedure e in che misura siano state oggetto di specifica delibera da parte dell'amministrazione regionale e della direzione della struttura.

Rimane ancora da chiarire se l'accertata carenza dei DPI sia da attribuirsi a cause di forza maggiore o ad una responsabilità umana.

Parimenti anche la chiara insufficienza delle modalità di isolamento, essenzialmente basate su sintomatologia clinica senza diagnosi virologica e quindi chiaramente inefficienti nel contenere la diffusione virale trovano una giustificazione nella oggettiva carenza di strumenti diagnostici o in fattori riconducibili a responsabilità umana.

Rispetto al punto, per maggiori dettagli, si rimanda alla relazione del dr. Oddone.

2. *Vedi risposta a quanto nel quesito 4.*

18 Viene anzitutto confermato che, nel periodo in esame, presso le strutture del PAT si è verificato tra gli ospiti un rilevante eccesso di mortalità rispetto a quanto accadeva negli anni precedenti. Questo eccesso di mortalità, secondo l'analisi dei CT, risulta interamente ascrivibile all'epidemia da Covid 19, nel senso che i "decessi in più" rispetto alla media risultano tutti riferibili, quantomeno come concausa, all'infezione in corso. Simmetricamente, il numero dei decessi per cause diverse dal Covid 19 non si discosta, tra gennaio e aprile 2020, dalla media storica.

Ne deriva, che non risulta per contro confermata l'ipotesi, circolata sui mezzi d'informazione e in sé astrattamente verosimile, che l'eccesso di mortalità nel PAT durante la pandemia – quantomeno nel periodo in esame – fosse dovuto anche alla crisi delle pratiche assistenziali cagionata dall'emergenza.

19 La diffusione del virus all'interno del PAT assume carattere epidemico a partire dall'ultima decade di marzo 2020, con un ritardo di circa 15 giorni rispetto al diffondersi dell'epidemia nella fascia anziana (over 70) della popolazione residente nell'area milanese.

Le cause di tale sfasamento non risultano identificabili con sufficiente precisione e ragionevole certezza. Suggestiva è la circostanza del trasferimento - nell'ambito del decongestionamento degli ospedali anche a carico delle strutture assistenziali disposto dalla giunta lombarda - presso il PAT di poco meno di 20 pazienti²¹ dall'ospedale di Sesto San Giovanni, dichiarati non Covid ma non testati e contro il parere del medico curante. Di questi, 3 risulteranno in seguito positivi al Covid. I CT, come visto, ritengono però significativa, ai fini che ci riguardano, la vicenda clinica di uno solo di essi: orbene, non pare che un singolo caso sia in grado di spiegare l'esplosione dell'epidemia nel PAT, anche sulla base della considerazione che altri singoli casi di Covid 19, come attestato, si erano senz'altro già verificati in precedenza nella struttura, a partire dal febbraio 2020, senza che allora ne derivassero conseguenze massive.

20 I CT suggeriscono come causa verosimile di tale sfasamento temporale un'iniziale efficacia delle misure di contenimento del PAT che sarebbero diventate via via insufficienti. Al riguardo si osserva però che le evidenze raccolte dimostrano come le misure specifiche adottate dal PAT per

²¹ 17/19 ? - anche questo numero, come tanti altri relativi al PAT, è rimasto incerto.

contrastare l'epidemia siano state soprattutto all'inizio timide e confuse, venendo via via implementate. Le barriere iniziali al diffondersi dell'epidemia all'interno potrebbero allora essere consistite nelle mere limitazioni usuali di una struttura parzialmente chiusa.

La domanda sulle ragioni del – peraltro parziale - sfasamento temporale della curva epidemica tra l'interno della struttura e il territorio circostante pare quindi da ribaltarsi in quella delle ragioni del successivo mancato contenimento del contagio.

21 Non pare infatti in sé esimente, sotto il profilo della ricerca di eventuali responsabilità, l'affermazione prospettata sulla base delle statistiche elaborate da ATS Milano²² che la mortalità nelle RSA non sia stata superiore alla mortalità registrata nella fascia corrispondente per anzianità della popolazione sul territorio. Il PAT infatti, come le altre strutture sociosanitarie, dovrebbe garantire una funzione di protezione nei confronti della popolazione più fragile; pare fondato ritenere che sussista a tal riguardo una posizione di garanzia nei confronti degli ospiti, da valutarsi ovviamente secondo gli usuali criteri della prevedibilità ed evitabilità del rischio.

22 Non è risultato comunque in alcun modo tracciabile in termini di significativa certezza il percorso dell'infezione, dall'ingresso nella struttura alla diffusione nei diversi reparti. A tal riguardo per il periodo in esame è mancato qualsiasi screening di massa sulla positività degli ospiti e del personale. Si rammenta al riguardo che fin verso la fine di marzo a livello nazionale, fino ai primi di aprile a livello lombardo, la verifica mediante tampone era raccomandata solo su pazienti sintomatici in caso di ricovero in ospedale (quindi in situazione già critica) al fine di riscontro diagnostico e non ai fini di tracciamento del contagio.

Per quanto attiene il Pat, i CT rappresentano che i dati risentono addirittura “dell'assenza di informazioni affidabili sulla evoluzione delle presenze complessive dei pazienti nei diversi reparti”. Conseguentemente “l'indagine ha riguardato essenzialmente i casi di decesso”, con le limitazioni conseguenti.

23 Inoltre, se complessivamente, come visto, l'eccesso di mortalità del PAT per coronavirus si situa in una fascia intermedia rispetto a quanto avvenuto nelle altre RSA del milanese²³, l'impatto dell'epidemia sui singoli reparti in cui si articola il PAT è risultato assai diverso. Anche sotto questo profilo non è stato possibile raggiungere una spiegazione causale sufficientemente certa. Come indicato nella relazione dei CT: *il range di variazione (della mortalità tra i reparti) varia da 3 a 54 decessi complessivi ed è verosimilmente giustificato dalla diversa numerosità dei degenti, nonché dalla diversa tipologia di patologie trattate (es. lungodegenza, riabilitazione, gestione patologie neoplastiche in fase terminale ...). Non si esclude comunque che il fatto sia anche attribuibile a diversità nelle misure di contenimento dell'epidemia e nell'applicazione dei dispositivi di protezione individuale da parte degli operatori.*

Gli accertamenti su alcuni reparti non hanno contribuito a chiarire la dinamica degli eventi: per esempio il reparto Piatti, dove secondo le stesse dichiarazioni del prof Bergamaschini sono state introdotti precocemente, rispetto al resto della struttura, DPI adeguati, per via delle patologie respiratorie dei ricoverati, ben 7 decessi su 15 nell'arco temporale di riferimento risultano Covid correlati; in compenso solo un dipendente ha subito un infortunio da Coronavirus²⁴. Invece nel reparto Pringe, che sempre secondo le dichiarazioni di Bergamaschini “*prendeva malati direttamente dai*

²² Cfr. ad es. “Valutazione degli eccessi di mortalità nel corso dell'epidemia Covid 19 dei residenti nelle RSA”.

²³ Si richiama la relazione dei CT e il report ATS Milano 8.5.2020 nella versione con dettaglio per singole RSA, non si sa se pubblicato ma comunque acquisito agli atti.

E' importante rilevare che non risulta in alcun modo da questo report la possibilità di attribuire il diverso grado dell'eccesso di mortalità nelle RSA a comportamenti della dirigenza virtuosi nel caso di bassa mortalità o carenti nel caso di alta mortalità.

²⁴ Cfr. anche relazione dott. Oddone.

pronti soccorso dei vari ospedali milanesi ed era sempre saturo” i decessi Covid correlati risultano solo 2 su 15.

24 In questo quadro di scarsa leggibilità degli eventi, le relazioni dei CT indicano comunque una carenza oggettiva, rispetto alle necessità di intervento richieste dal diffondersi dell’infezione, delle misure messe in atto dal PAT nel primo periodo dell’epidemia, ovvero fin verso la fine di marzo 2020, per quanto attiene distribuzione di DPI adeguati, formazione dei dipendenti, tracciamento del contagio, conseguenti provvedimenti di isolamento e contenimento.

L’adozione tempestiva di queste misure “*avrebbe con ogni verosimiglianza limitato la diffusione del contagio all’interno del PAT*”²⁵.

Occorre quindi considerare questi rilievi alla stregua delle ipotesi accusatorie di epidemia colposa e omicidio colposo plurimo, sulla base degli elementi portati dall’indagine e sopra compendiate.

25 Il reato di epidemia colposa è reato complesso, in cui *la materialità del delitto è costituita sia da un evento di danno rappresentato dalla concreta manifestazione, in un certo numero di persone, di una malattia eziologicamente ricollegabile a quei germi patogeni che da un evento di pericolo, rappresentato dalla ulteriore propagazione della stessa malattia a causa della capacità di quei germi patogeni di trasmettersi ad altri individui anche senza l’intervento dell’autore della originaria diffusione*²⁶. La fattispecie, come ovvio, è stata ben poco esplorata e applicata nelle aule di giustizia. Nelle discussioni in ambito giuridico che hanno accompagnato il tema della pandemia, risulta abbastanza superato l’orientamento tradizionale e restrittivo secondo cui il soggetto attivo del reato debba essere “in possesso” dei germi patogeni, ossia averne la disponibilità in senso penalistico; invece risulta spesso richiamata la recente sentenza della Suprema corte (sez. 4, n. 9133 del 12/12/2017) che ha statuito che *in tema di delitto di epidemia colposa, non è configurabile la responsabilità a titolo di omissione in quanto l’art. 438 cod. pen., con la locuzione “mediante la diffusione di germi patogeni”, richiede una condotta commissiva a forma vincolata, incompatibile con il disposto dell’art. 40, comma secondo, cod. pen., riferibile esclusivamente alle fattispecie a forma libera*. Tale opinione viene essenzialmente ricavata dai lavori preparatori e dalla sintassi della norma incriminatrice²⁷. L’orientamento è tutt’altro che consolidato e non pare convincente; questo PM condivide quella parte della dottrina secondo cui il reato può essere considerato a forma libera: *l’indicazione del mezzo (i germi patogeni) non comporta anche una specificazione delle note modali della condotta che rimane libera, ammettendo qualsiasi modalità di trasmissione diretta (per contatto o via aerea) o indiretta (attraverso superfici o altri vettori) del virus. Non vi sono, pertanto, preclusioni nell’ammettere la responsabilità per omesso impedimento dell’evento*²⁸.

In ogni caso i motivi alla base della presente richiesta prescindono da tale discussione; non pare porsi credibilmente in dubbio la necessità di una verifica anzitutto in fatto della possibilità di ricondurre le condotte denunciate all’ipotesi di epidemia colposa. A questo riguardo non risulta neppure nessun motivo per escludere l’applicazione della fattispecie a situazioni circoscritte come quella in esame: si

²⁵ Cfr. relazione collegiale, conclusioni sub C 1.

²⁶ (così il sost. p.g. Carmelo Sgroi in Note preliminari in tema di responsabilità da Covid 19 indirizzate al Procuratore Generale della Corte di Cassazione in data 15.4.2020). Cfr. anche Marco Pelissero in Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale, 1 giugno 2020: *Il delitto di epidemia è strutturalmente un reato di danno, ma presenta l’elemento ulteriore del pericolo concreto per un numero indeterminato di persone a causa della diffusività del virus (a ragione viene qualificato “disastro sanitario” perché del disastro ha gli elementi costitutivi)*.

²⁷ così Carmelo Sgroi in Note preliminari cit. che riconosce che *si tratta di argomenti alquanto deboli*.

²⁸ sic Marco Pelissero in Rivista Italiana di Diritto e Procedura Penale, cit

tratta dei c.d. casi di “focolai epidemici” in ambienti ristretti, che comunque interessano, in quel tempo e luogo, un numero rilevante di persone con rischio di ulteriore diffusione del contagio.

26 Sebbene, nella ipotesi di cui al 452 c.p. per cui si procede, non sia stato inserito in rubrica il richiamo all’art. 40 cpv. c.p., è tuttavia chiaro che anche nel nostro caso rilevano in particolare profili omissivi – propri peraltro degli addebiti colposi in generale – avuto riguardo al tema della tardiva o insufficiente adozione di misure e presidi cautelari. Potrebbero però anche considerarsi in ipotesi condotte rilevanti più strettamente commissive, ad esempio l’inserimento senza precauzioni di malati di Covid 19 in una coorte di ospiti sani. Questo tema si intreccia strettamente con quello della mancanza, fino alla fine di marzo 2020, di un’efficace attività di tracciamento dell’infezione e conseguente confinamento del virus. Possono indicarsi come, sempre in ipotesi, specifiche condotte commissive, quella riferita all’inserimento dei pazienti senza previo tampone provenienti dall’ospedale di Sesto San Giovanni, ovvero quella dell’imposizione di non usare mascherine spontaneamente utilizzate dal personale.

27 Sia nel caso di condotte commissive che di condotte omissive occorre dimostrare la sussistenza di un nesso causale con l’epidemia, nel senso del contributo di tali condotte ad una maggiore diffusione della infezione. La giurisprudenza di legittimità richiede una dimostrazione rigorosa e specifica del nesso causale, da articolarsi secondo i noti principi della sussunzione sotto leggi scientifiche e della causalità in concreto. Nella vicenda in esame la ricostruzione di tali nessi causali trova, ad avviso di questo PM, un ostacolo insuperabile nella impossibilità di tracciare con ragionevole certezza il percorso del virus nel suo ingresso e diffusione nella struttura del PAT.

Per quanto attiene le condotte commissive portate sopra ad esempio, è del tutto evidente che non è possibile dire quanto abbia inciso nella diffusione della malattia l’inserimento di pazienti provenienti da ospedali esterni -tanto più che i CT si limitano, come visto, alla segnalazione di un singolo caso-, né l’ordine impartito in alcuni casi di non indossare mascherine.

Per quanto attiene le condotte omissive, il nesso casuale va stabilito, come noto, mediante il giudizio controfattuale. Non va confusa con la dimostrazione del nesso causale l’individuazione del comportamento alternativo lecito. Occorre infatti articolare quest’ultimo in elementi specifici e soprattutto valutare in che misura l’adozione di tali elementi avrebbe impedito l’evento.

Riportando tali considerazioni al caso in esame, l’affermazione dei CT secondo cui *l’applicazione di efficienti misure di isolamento dei pazienti all’interno della struttura e di screening virologico e di formazione di tutti gli operatori della struttura medesima avrebbero con ogni verosimiglianza limitato la diffusione del contagio all’interno del PAT* non appare sufficiente, alla luce degli standard probatori usualmente richiesti, per specificare il nesso causale in modo sufficientemente determinato, con riguardo a indicatori quantitativi e qualitativi.

Va richiamata anche la circostanza della notevole variabilità degli eventi di contagio e dei decessi nei diversi reparti del PAT, senza che sia stato possibile ricondurre tale variabilità, per la complessità dei fattori in gioco, alla diversa applicazione di misure cautelari.

Anche nella ipotesi (che si ritiene non sostenibile perché ridurrebbe la fattispecie a reato di mero pericolo) di dimostrazione del nesso causale mediante il solo criterio dell’aumento del rischio, occorrerebbe ancora una volta poter indicare una misura, un delta di aumento del rischio determinato dalla mancata adozione di specifiche cautele: cosa che, per il quadro raccolto in indagini ed elaborato dai CT, non pare possibile.

28 Occorre poi considerare se sia possibile, sulla base della piattaforma probatoria acquisita, muovere il rimprovero di epidemia colposa a specifici soggetti (al momento è indagato solo il vertice operativo dell’ente, ovvero il d.g.). Si tratta del tema dell’esigibilità del comportamento doveroso, ovvero della prevedibilità del rischio e della prevenibilità dello stesso anche in concreto, sia che si

consideri tale profilo già come elemento strutturale della fattispecie oggettiva colposa, sia che comunque lo si ritenga solo attinente all'elemento soggettivo.

Come è ovvio e come è stato ribadito ad abundantiam nelle discussioni dottrinali in occasione della pandemia in corso, la violazione delle regole cautelari *va accertata al momento della condotta, perché il giudizio di colpa è sempre ex ante; si dovrà, pertanto, considerare che un conto è valutare una condotta tenuta all'inizio dello sviluppo dell'epidemia, un altro è valutare comportamenti che si collocano in un momento successivo, quando il quadro drammatico della diffusione del virus si è stabilizzato e sono state acquisiti maggiori elementi di conoscenza del virus, delle sue modalità di trasmissione, della tipologia e tempistica degli interventi terapeutici necessari. L'agente modello non è temporalmente stabilizzato, ma è condizionato dall'evoluzione del sapere scientifico sulla infettività e contagiosità della malattia*²⁹.

Al riguardo, richiamando per titoli quanto già esposto, occorre considerare che: le condotte ritenute carenti si situano nella fase iniziale della pandemia, fino verso la fine di marzo del 2020; la diffusione del contagio ha avuto in quel periodo sul territorio lombardo un decorso, per velocità, virulenza e letalità, senz'altro non previsto dalle massime autorità sanitarie occidentali; le indicazioni delle autorità sanitarie e politiche verso gli operatori delle strutture sociosanitarie (oltre che verso la popolazione in generale) hanno dovuto essere via via implementate, in particolare le misure precauzionali suggerite o imposte sono state via via precisate ed ampliate; la disponibilità di strumenti per contrastare il contagio (DPI, tamponi diagnostici) si presentava al tempo gravemente carente sia per le strutture pubbliche che per i privati.

Si rileva in particolare che la carenza che i CT rappresentano come più significativa attiene alla *chiara insufficienza delle modalità di isolamento, essenzialmente basate su sintomatologia clinica senza diagnosi virologica e quindi chiaramente inefficienti nel contenere la diffusione virale*: orbene, è già stato evidenziato al riguardo come la scelta di utilizzare, almeno fino all'inizio di aprile, i tamponi solo in funzione di conferma diagnostica di un quadro clinico avanzato della malattia e solo su pazienti previamente ospedalizzati, quindi non in funzione di tracciamento del contagio e prevenzione, sia stata assunta direttamente dalla regione Lombardia, per le ragioni esposte dal d.g. ATS Milano nelle s.i. rese e già sopra richiamate.³⁰

29 Nella disamina dei profili soggettivi, non si può sottacere che alcuni atteggiamenti iniziali del d.g. del PAT e dei suoi più stretti collaboratori, come emergono dalle dichiarazioni e dalla corrispondenza acquisita, sembrano espressione, come già detto, di una certa sottovalutazione del rischio, in un'ottica che pare diretta, per l'appunto all'inizio del contagio, ad occultare più che a risolvere le difficoltà (cfr. punto 6 che precede e relative note). D'altra parte, non è stata acquisita alcuna prova che vi siano state condotte di tal fatta, dolose o ascrivibili a titolo di colpa cosciente, che abbiano avuto conseguenze sulla diffusione del contagio. Anche il tema della proibizione in alcuni casi e per un certo periodo delle mascherine, è già stato in precedenza inutilmente esplorato in tal senso.

²⁹ Si utilizzano le parole del testo già citato di Marco Pelissero, tra le più "moderate" sul tema, della dottrina tendenzialmente unanime.

³⁰ Se ne riporta solo un brano utile per l'inquadramento temporale: *"...si è disposto, specialmente con circolare della regione del 10 marzo, che i tamponi venissero effettuati solo sui sintomatici ospedalizzati, quindi a scopo diagnostico. Questa disposizione è stata applicata anche alle RSA, quindi solo gli ospiti trasferiti nelle strutture ospedaliere per sintomi Covid venivano sottoposti a test. Il 16 marzo, l'ISS ha aggiornato le linee guida in materia, rappresentando l'opportunità di sottoporre a tampone anche i pazienti sintomatici, pur ospitati nelle RSA, dopo averli isolati sempre all'interno delle RSA. In attuazione di queste linee guida, la Regione ha provveduto con delibera successiva del 30 marzo. In seguito, il 16 aprile circa, vi è stato un ulteriore aggiornamento delle linee guida di ISS che, pur mantenendo come prioritario il tamponamento degli ospiti isolati, ha indicato la possibilità di estendere il tamponamento a tutti gli ospiti delle RSA."*

30 Quanto sopra esposto in relazione ai limiti probatori in tema di nesso causale e rimproverabilità dell'evento con riguardo all'ipotesi di epidemia, va interamente ribadito, a maggior ragione, con riguardo alla ipotesi di omicidio colposo, per quanto attiene ai decessi degli ospiti che sono risultati correlati, secondo i CT, all'infezione da Covid 19. Lo standard probatorio richiesto al riguardo richiederebbe la dimostrazione precisa del nesso causale tra il singolo evento dannoso e una specifica condotta riprovevole: il che pare senz'altro da escludere sulla base delle evidenze acquisite. Conviene inoltre sin da subito rammentare in questo campo la rigorosa limitazione della responsabilità del personale sanitario disposta dal legislatore con il recente intervento in fase di conversione del D.L. 1 aprile 2021, n. 44, con la 28 maggio 2021 n. 76. L'art. 3 bis del testo citato, intitolato "Responsabilità colposa per morte o lesioni personali in ambito sanitario durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19" prevede, al comma 1, che "durante lo stato di emergenza epidemiologica da COVID-19, dichiarato con delibera del Consiglio dei ministri del 31 gennaio 2020, e successive proroghe, i fatti di cui agli articoli 589 e 590 del codice penale, commessi nell'esercizio di una professione sanitaria e che trovano causa nella situazione di emergenza, sono punibili solo nei casi di colpa grave" e al comma 2 specifica che "ai fini della valutazione del grado della colpa, il giudice tiene conto, tra i fattori che ne possono escludere la gravità della limitatezza delle conoscenze scientifiche al momento del fatto sulle patologie da SARS-CoV-2 e sulle terapie appropriate, nonché della scarsità delle risorse umane e materiali concretamente disponibili in relazione al numero dei casi da trattare, oltre che del minor grado di esperienza e conoscenze tecniche possedute dal personale non specializzato impiegato per far fronte all'emergenza.

Va considerato, sotto questo aspetto, che i CT non hanno riscontrato, a seguito dell'esame della documentazione anche clinica, carenze di assistenza sanitaria da parte delle strutture del PAT agli ospiti che sviluppavano la malattia; così esplicitamente la relazione: *in una valutazione globale, stante l'assenza di una terapia specifica per la Covid 19, validata dagli enti proposti, si rileva comunque la presenza, quando necessario, di un supporto respiratorio e di terapie farmacologiche idonee al trattamento delle complicanze. ... Per quanto riguarda gli aspetti assistenziali generali, data la stabilità della frequenza dei decessi "non Covid" durante tutto il periodo di osservazione, non risultano significative carenze assistenziali Covid correlate.*

Va al riguardo tenuto anche presente che a tutt'oggi manca una terapia specifica per la infezione Covid 19, validata dagli enti proposti, che possa assicurare la guarigione con alta probabilità.

Anche per quanto riguarda gli aspetti assistenziali generali, sebbene siano risultate evidenti le difficoltà determinate dalla scarsità di personale per gli infortuni Covid 19 e le quarantene, neppure risultano accertate significative carenze assistenziali di ordine più generale, non direttamente correlate al Covid-19.

In conclusione, non è stata acquisita alcuna evidenza di condotte colpose o comunque irregolari – causalmente rilevanti nei singoli decessi - in ordine alla assistenza prestata. Anzi, con riguardo ai singoli casi, neppure sono state accertate evidenze di carenze specifiche, diverse dalle criticità generali già indicate, riguardo le misure protettive o di contenimento, che possano con verosimiglianza avere inciso sul contagio dei singoli soggetti

31 Per quanto attiene alla situazione del personale dipendente del PAT nel periodo in esame, come segnalata dagli esposti in atti ed emersa nelle indagini, si osserva preliminarmente che: nella struttura in detto periodo non sono stati segnalati casi di personale deceduto per sospetto Covid 19; nel presente procedimento non sono presenti querele per lesioni relativamente a periodi di malattia degli addetti – considerati come infortunio sul lavoro; non sono stati specificati periodi di infortunio per Covid superiori ai 40 giorni.

In ogni caso, alla stregua di quanto sopra esposto, risulterebbe improba la dimostrazione del nesso causale tra il manifestarsi della malattia tra i dipendenti e la violazione di specifiche regole cautelari nella struttura, attesa la molteplicità incontrollata delle fonti di contagio a maggior ragione per persone che potevano muoversi sul territorio con frequentazioni private.

32 Per quanto attiene alle contestazioni all'ente per responsabilità amministrativa dipendente da reato, si osserva preliminarmente che risulta accertata la natura pubblica del PAT³¹, già confermata anche dalla giurisprudenza di questo tribunale. Ne segue l'esclusione dal campo di applicazione del d.lgs. 231 del 2001, ex art 1 comma 3 del testo citato.

In ogni caso per procedere con dette contestazioni sarebbe stato ovviamente necessario il previo accertamento dei reati presupposti, oltreché che tali reati risultassero riconducibili alla responsabilità dei vertici dell'ente e commessi nell'interesse o a vantaggio dell'ente stesso: presupposti che, alla stregua di quanto sopra, all'evidenza difettano.

Ritenuto quindi che, all'esito delle indagini preliminari, non siano stati acquisiti elementi idonei a sostenere l'accusa in giudizio, né che il quadro probatorio raccolto possa essere ancora utilmente sviluppato,
visti gli artt. 408/411 c.p.p., 125 D.Lv. 271/89

CHIEDE

che il Giudice per le indagini preliminari in sede voglia disporre l'archiviazione del procedimento e ordinare la conseguente restituzione degli atti al proprio ufficio

Milano, 7/10/2021


IL PROCURATORE DELLA REPUBBLICA
Mauro Clerici, Francesco de Tommasi - Sost.

³¹ cfr. Commissione d'inchiesta della regione Lombardia: *Il Pio Albergo Trivulzio è un insieme di unità d'offerta gestite dalla Azienda di Servizi alla Persona (ASP) Istituti Milanesi Martini e Stellite (IMMES) e PAT. Come le altre ASP, si tratta di una Istituzione Pubblica derivante dalle ex Istituzioni Pubbliche di Assistenza e Beneficenza (IPAB).*