

Azioni e idee di prevenzione e controllo

Daniela Bais¹ e Sara Sanson²

“Nessuno può essere libero se costretto ad essere simile agli altri”

Oscar Wilde

La sfida delle professioni sanitarie è quella di lavorare assieme, abbattendo la separazione tradizionale e non più sostenibile tra le aree della prevenzione, della cura, dell'assistenza e della riabilitazione. Una scommessa per migliorare la risposta ai cittadini è la sperimentazione di un nuovo modello interdisciplinare di lavoro nel campo della salute dell'anziano. All'anziano si pensa spesso come a un soggetto cui dedicare cure, assistenza e riabilitazione, ma si parla ancora troppo poco del potenziale degli interventi di prevenzione, soprattutto prevenzione dell'inabilità. Le strutture residenziali per anziani sono realtà difficili (spesso cristallizzate nelle consuetudini e nella standardizzazione delle attività) nelle quali è utile sperimentare un diverso modo di operare dei servizi sanitari pubblici.

Gli anziani che vivono nelle case di riposo devono condividere assieme a degli sconosciuti spazi personali, abitudini, interessi e stili di vita diversi. Devono sottostare a regole decise da altri, uguali per tutti. Non possono decidere con chi dividere la stanza, a che ora alzarsi, a che ora mangiare e cosa fare. Devono lasciarsi alle spalle le loro cose personali e gli affetti. Un ambiente così è difficile anche per chi vi lavora. Il personale addetto all'assistenza, spesso non è professionalizzato e sopporta carichi di lavoro notevoli.

L'incontro tra anziano e assistente è l'incontro tra due diversi *bisogni*, da una parte quello di ottenere l'aiuto necessario, dall'altro quello di sopperire a esigenze di ordine economico per sé e per la propria famiglia; in entrambi i casi si tratta del bisogno di condurre una vita dignitosa. Entrambi i soggetti si trovano in una situazione di debolezza e precarietà nella quale il rischio di essere emarginati dalla società, a causa di una privazione economica o di una debolezza fisica e/o cognitiva e per la mancanza di mezzi sociali e culturali attraverso i quali rivendicare i loro diritti, è presente.

Troppo spesso, le lavoratrici sono in nero e spesso, molto spesso, sono assunte con contratto di lavoro irregolare. Per le lavoratrici italiane, si tratta di collaborazioni che rappresentano o integrano il reddito familiare, per le straniere che non possiedono permesso di soggiorno, si tratta di lavoro irregolare e sommerso. Un'accentuazione dell'emarginazione di una categoria sociale, quella dei vecchi e un nuovo proletariato femminile dei servizi, si stanno affacciando di fatto nella società.

La vita in comunità non è facile per nessuno. La complessità della situazione non agevola neppure le attività di controllo, dovendo affrontare livelli diversi che vanno dalla qualità dell'assistenza erogata all'adeguatezza delle strutture e alla tutela del lavoro. Sono richieste competenze specializzate, ma allo stesso tempo fortemente integrate. I Dipartimenti di prevenzione delle aziende sanitarie hanno funzioni di prevenzione, di promozione della salute e di vigilanza.

Il Dipartimento di Prevenzione dell'A.S.S. n. 1 Triestina ha pianificato, a partire dal maggio 2005, un progetto di verifica delle strutture residenziali per anziani della provincia di Trieste, rappresentate da case di riposo pubbliche e private. Il Servizio professionale di prevenzione ha coordinato la predisposizione di un protocollo di verifica della qualità degli ambienti di vita e di lavoro di queste strutture, integrando funzioni che tradizionalmente sono svolte dalle singole unità

¹ Responsabile del Servizio delle professioni infermieristiche, sanitarie e tecniche della prevenzione del Dipartimento di Prevenzione.

² Referente Comunicazione e Formazione del Dipartimento di Prevenzione.

operative (igiene, sanità pubblica e prevenzione ambientale; igiene degli alimenti e della nutrizione; prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro) e saperi propri delle diverse professioni sanitarie³. Il protocollo di verifica prevede, in fase di sopralluogo, la compilazione di un modello di rilevazione creato *ad hoc* e la successiva elaborazione dei dati raccolti, sia a fini statistici che operativi. Questo metodo di lavoro permette di creare una fotografia della situazione presente nelle strutture e di indirizzare gli interventi preventivi a correzione delle criticità emerse. La riduzione dei rischi infortunistici degli ospiti e dei lavoratori nonché l'erogazione di un'assistenza che rispetti i principi igienici stabiliti dalle norme e i diritti delle persone sono obiettivi prioritari.

Attenzione particolare è stata data al controllo della somministrazione dei farmaci, per i quali, individuare i confini tra il lecito e l'abuso non è sempre facile (es. sedativi), e all'uso dei mezzi di contenzione meccanica. Nel corso del 2005 sono state verificate le case di riposo pubbliche, attuando interventi di messa a norma e miglioramento. Nel triennio 2006-2008 sono previste la verifica e messa a norma delle strutture private.

La provincia di Trieste conta 245.000 abitanti nel territorio dei sei Comuni. Le caratteristiche intrinseche del territorio mostrano una concentrazione degli abitanti prevalentemente urbana e una popolazione con una percentuale di ultrasessantacinquenni che ha più che raddoppiato il suo peso negli ultimi cinque decenni, passando dal 10% degli anni Cinquanta all'attuale 27%⁴. Parallelamente, in modo evidente a partire dagli anni Settanta, c'è stato un progressivo e caotico proliferare di strutture residenziali con finalità assistenziali, private o convenzionate, come risposta al crescente invecchiamento della popolazione.

Oggi distinguiamo secondo tipologia:

- **18 Case di Riposo** (DPGR n° 83 del 14/02/1990), di cui 8 **Case Albergo** (300 posti letto) e 10 **Residenze Protette** con 1200 posti letto;
- **82 Residenze Polifunzionali** (case di riposo, DPGR n° 420 del 16/12/1997) per un totale di 1682 posti letto;
- **4 Residenze Sanitarie Assistenziali** (DPR 14/01/1997) per un totale di 200 posti letto.

Il numero complessivo è di circa 3400 posti letto. I dati disponibili al momento della redazione del presente testo si riferiscono agli interventi effettuati nel 2005 nelle 18 sedi di 15 strutture assistenziali della provincia di Trieste (7 Case di Riposo, 7 Residenze Polifunzionali ed una Residenza Sanitaria Assistenziale) che ospitano un totale di 1021 anziani, che è un campione rappresentativo. Di queste, la maggior parte si trova in ambito urbano, solo tre in territorio extraurbano.

Tra le evidenze registrate, si osserva che del personale che lavora nelle strutture, 444 operatori di cui 383 femmine e 61 maschi, il 10% è straniero e per la maggior parte originario dei Paesi della Penisola Balcanica. Una parte rilevante degli operatori addetti all'assistenza diretta ha la qualifica di ADEST, ma sussiste una consistente fetta di personale che non ha alcuna qualifica ed è comunque impiegato nell'assistenza. Alle assistenti sono richieste, tra l'altro, prestazioni che appartengono alle competenze professionali del personale sanitario, come ad esempio la somministrazione della terapia parenterale. Questa è una situazione molto delicata, che richiama prima di tutto la responsabilità dei medici prescrittori di farmaci, i quali potrebbero semplificarla, scegliendo per gli anziani ospiti delle case di riposo farmaci che possono essere autosomministrati, come a casa per l'appunto, anche per evitare alle lavoratrici il rischio di praticare l'abuso di professione sanitaria.

E' stato riscontrato un numero relativamente elevato di infortuni sul lavoro correlati alla movimentazione delle persone e ciò è imputabile tanto alla carenza di personale che alla non autosufficienza degli ospiti. La mobilitazione degli anziani parzialmente autosufficienti richiederebbe due operatori in contemporanea, come previsto dal D. Lgs. 626/94 al titolo specifico,

³ Partecipano al progetto assistenti sanitari, infermieri, tecnici della prevenzione, biologi, medici.

⁴ Fonte: anagrafi comunali, dati ISTAT, modello P2, Provincia di Trieste.

invece spesso l'operatrice è da sola. Gli indici di frequenza più elevati degli infortuni degli anziani sono dovuti allo scivolamento e alla caduta dalle scale. A questo proposito si evidenzia che non esiste attualmente una norma che preveda l'obbligo di registrazione di questi eventi e quindi i dati rilevati sono stimati per difetto. Altri aspetti potenzialmente critici sono relativi all'igiene degli alimenti, all'igiene ambientale e alla professionalità degli operatori dell'assistenza. Solo per citare i problemi principali: spesso gli alimenti sono conservati in modo inadeguato e i menù non sono adeguati alle esigenze delle persone. Le stanze non hanno spazio sufficiente per una corretta mobilità, sono utilizzati letti con sponde laterali di contenzione, letti e comodini non sono, come dovrebbero essere, modificabili in altezza e facilmente spostabili, le temperature degli ambienti sono elevate durante il periodo estivo a causa dell'assenza di impianti di condizionamento o raffrescamento, le lavoratrici non hanno in dotazione dispositivi di protezione individuale e abiti adeguati e neppure servizi igienici dedicati. In alcuni casi si è osservata una conservazione disordinata dei farmaci e della documentazione sanitaria degli ospiti e anche la presenza di farmaci scaduti.

A valle dei risultati delle visite nelle strutture, sono stati individuati cinque principali bersagli su cui attuare il controllo e concentrare l'impegno preventivo:

- **le persone ospitate** (valutazione dei rischi legati ad eventuali minori abilità per evitare infortuni e aggravamenti determinati da incuria, verifica delle condizioni di assistenza e igiene personale, attivazione di strumenti per valutare la "soddisfazione", organizzazione delle attività);
- **il personale** (formazione professionale, idoneità sanitaria alle mansioni specifiche, informazione e formazione sui rischi, anche in riferimento a compiti particolari - es. addetti al pronto soccorso o alla sicurezza antincendio);
- **le strutture e le attrezzature** (con riferimento a edifici, impianti, arredi, attrezzature, sollevatori e presidi sanitari);
- **gli alimenti** (presenza dei requisiti strutturali e igienico-sanitari nei locali cucina e dispensa, formazione del personale di cucina, conservazione corretta degli alimenti, lavorazione, somministrazione e distribuzione dei pasti, presentazione delle vivande, varietà e adeguatezza nutrizionale dei menù);
- **la gestione-organizzazione** (mirata alla sicurezza degli addetti: valutazione dei rischi, organizzazione del lavoro, procedure, protezioni individuali, definizione dei dirigenti e dei preposti e degli specifici compiti e responsabilità, gestione degli interventi ordinari e straordinari con specifiche procedure e compiti; mirata alla sicurezza degli ospiti: gestione e conservazione dei farmaci, linea dell'alimentazione, personalizzazione dell'assistenza, igiene personale, ecc.).

Il passaggio successivo è stato quello di definire le soluzioni, da programmare con modalità e tempi diversi, secondo priorità. Gli interventi obbligatori per legge sono stati prescritti in sede di controllo e realizzati dai gestori nei tempi previsti.

Si è avviata la costruzione di una *rete* di collaborazione tra referenti delle case di riposo e tutte quelle strutture, servizi ed Enti⁵, che intervengono nell'organizzazione dei servizi di assistenza, per migliorare la qualità di vita degli ospiti e delle lavoratrici nel rispetto delle norme di igiene e sicurezza, ma non si può dire che tale condizione necessaria sia sufficiente.

Serve un passo ulteriore, in termini di attenzione agli operatori e agli ospiti, che porti alla "personalizzazione" del servizio. Si tratta di una vera e propria rivoluzione nel modo di concepire l'assistenza agli anziani, che ha come fulcro il protagonismo dei soggetti destinatari dell'assistenza: tale protagonismo si esplica nella partecipazione e condivisione di obiettivi definiti assieme agli

⁵ Azienda sanitaria, Vigili del fuoco, Comuni, Provincia, Associazioni, Privati ecc.

operatori, all'interno di un piano assistenziale individuale e nella possibilità di avere discrezionalità in merito a momenti specifici della giornata (sveglia, pasti, attività, ecc.).

L'anziano infatti, non ci stanchiamo di ripeterlo, quando entra in una casa di riposo, porta con sé una borsa con qualche abito e poche cose personali. Si lascia alle spalle tutto quello che nel corso della vita ha costruito o di cui si è circondato e a cui è legato affettivamente (animali domestici, effetti personali, arredi, ecc.). Ed è con un soggetto così, che vive un profondo travaglio interiore, che l'operatore dell'assistenza si deve relazionare. Da parte sua, anche l'operatore è un soggetto debole, legato all'esecuzione di procedure talvolta non condivise, sulle quali non ha possibilità discrezionale; deve assicurare ad ogni assistito le cure necessarie all'interno del predefinito tempo da dedicare ad ogni ospite (60-75 minuti).

La questione è: bastano 60-75 minuti al giorno per assicurare all'ospite il soddisfacimento dei bisogni sanitari, psicologici e sociali? Ed in che modo si può assicurare un'assistenza di qualità, laddove per qualità non si intenda quella di processo, ma quella di risultato, legata alla condivisione e partecipazione alle attività, anche dal punto di vista emotivo? E ancora: si possono tradurre i bisogni in minuti e utilizzare il tempo, variabile quantitativa, come indicatore qualitativo?

La normativa della regione Friuli Venezia Giulia sulle residenze per anziani si concentra prevalentemente sui requisiti strutturali, sulla sicurezza, sui minuti di assistenza, sulle caratteristiche professionali degli operatori, sulla loro formazione e sugli obblighi dei gestori.

Nelle strutture visitate le caratteristiche previste dalle norme erano formalmente rispettate; le inosservanze di carattere penale o amministrativo sono state rilevate e corrette con gli strumenti di legge quali le prescrizioni e le disposizioni. Considerando che il rispetto delle norme è la condizione minima esigibile, da qui si può partire per costruire o arricchire una politica di gestione mirata alla personalizzazione del servizio. Occorre pensare ad un progetto di miglioramento costante e progressivo.

Ma per iniziare un discorso di questo tipo è necessario restituire all'ospite la dignità e il rispetto totale della sua natura di persona portatrice di diritti, rifiutando le cattive pratiche e la contenzione, che tale dignità non gli riconoscono.

Alcuni fattori di rischio quali l'isolamento sociale, la convivenza obbligata, l'incontinenza, l'alto grado di dipendenza dal *care giver*, la demenza e i problemi comportamentali, ai quali si sommano problemi medici irrisolti, abuso di farmaci, depressione, malnutrizione, disidratazione e perdita di peso, possono esporre le persone al maltrattamento.

Con questo termine si definiscono diverse situazioni, che riassumiamo con il termine di *cattive pratiche*. Cosa sono le cattive pratiche? E' cattiva pratica isolare una persona, renderla dipendente, mancare di rispetto alle sue abitudini e alle sue idee, privarla dell'aiuto necessario all'igiene personale, all'alimentazione, prescriverle e somministrarle farmaci in assenza di un quadro clinico correttamente diagnosticato.

E' qualcosa di più di una cattiva pratica maltrattare le persone, offenderle, non dar loro da mangiare, lavarle con l'acqua fredda, omettere di soccorrerle, costringerle a posture obbligate usando sistemi di contenzione. I confini tra la cattiva pratica e il maltrattamento, quello sanzionato dal Codice Penale Italiano⁶ sono, come si può intuire, molto sottili. L'incidenza e la prevalenza del maltrattamento agli anziani nelle istituzioni sono ancora poco chiare, pochi sono i dati disponibili e gli studi sono difficili da eseguire anche per la ovvia reticenza sia degli anziani che dei gestori delle case di riposo.

La definizione di *abuso su anziani* che le Nazioni Unite hanno formulato nel loro piano internazionale d'azione presentato a Madrid nel 2002⁷ recita: "*abuso su anziani è un segnale, o un atto ripetuto o un'azione particolare che ha luogo all'interno di un rapporto qualsiasi dove si*

⁶ Art. 571 del Codice Penale Italiano – Abuso dei mezzi di correzione o di disciplina. [I] "Chiunque abusa dei mezzi di correzione o di disciplina in danno di una persona sottoposta alla sua autorità, o a lui affidata per ragione di educazione, istruzione, cura, vigilanza o custodia, ovvero per l'esercizio di una professione o di un'arte, è punito, se dal fatto deriva il pericolo di una malattia nel corpo o nella mente, con la reclusione fino a sei mesi."

⁷ Seconda Assemblea Mondiale sull'Invecchiamento. Madrid, Spagna, 8-12 aprile 2002.

immagina che ci sia della fiducia e che provoca un danno o dell'ansia ad una persona anziana". Ci si può facilmente rendere conto che la sopraffazione assume molte e talvolta inimmaginabili forme, prima di arrivare alla violenza fisica nuda e cruda.

Negli Stati Uniti d'America, secondo il *National Elder Abuse Incidence Study*⁸, almeno un milione e mezzo di anziani subirebbe ogni anno abusi anche se, verosimilmente, il fenomeno assume proporzioni ben più elevate. Secondo lo studio, rilevante è il maltrattamento negli Istituti, a cui si deve aggiungere la noncuranza e la superficialità dei medici. Secondo noi incide talora anche l'impreparazione degli organi di controllo. Il fenomeno, pur essendo ampiamente conosciuto, è stato finora sottovalutato sia dal punto di vista quantitativo che della gravità. Spesso possono essere responsabili gli operatori addetti all'assistenza e gli ausiliari, in genere mal pagati, in numero insufficiente rispetto all'organico, di frequente soggetti a fenomeni di *burn out*. Basta consultare i media per avere un'idea delle condizioni dell'anziano in alcune istituzioni pubbliche e private - convenzionate o meno con il Servizio Sanitario Nazionale - e dei gravi danni fisici per gli ospiti che giungono fino alla morte.

Ci sono altre cattive pratiche? Sì. E' cattiva pratica approfittare di donne lavoratrici disinformate sui propri diritti, vittime della precarietà del lavoro, vincolate al permesso di soggiorno, bisognose di guadagno, in poche parole soggetti deboli del mercato nei servizi di cura. Queste donne portano un contributo importante all'economia del sistema socio-assistenziale, trattandosi di persone che per necessità accettano di lavorare moltissime ore e che, soprattutto se sono straniere, devono fare i conti con le difficoltà di inserimento e di comunicazione tipiche delle persone che si sono lontane dalla propria terra d'origine, a contatto con una realtà completamente diversa e alle prese con una professione verso la quale non hanno nemmeno una preparazione adeguata.

La qualità dell'assistenza non può prescindere dalle condizioni in cui operano le lavoratrici del settore; in un progetto di verifica complessiva che mira al miglioramento continuo, la regolarità del rapporto di lavoro è un prerequisito essenziale, che va verificato in collaborazione con la Direzione provinciale del lavoro che ha competenza in materia. Durante i nostri sopralluoghi abbiamo trovato *di tutto e di più*. Lavoratrici in nero che svolgono la loro attività lavorativa senza un contratto di lavoro, non hanno quindi una busta paga, vengono pagate in contanti e risultano pensionate o disoccupate. Sono donne che dicono di avere appena iniziato a lavorare proprio nella giornata del controllo oppure che *sono lì per dare una mano*. La lavoratrice extra comunitaria senza permesso di soggiorno è il soggetto più a rischio per il lavoro nero proprio perché, fino a che la legge sull'immigrazione rimane quella attuale, non è possibile - anche volendo - assumerla. La situazione più frequente è però quella del lavoro in elusione: è un *nuovo tipo* di lavoro irregolare, legato alla nascita dei contratti cosiddetti atipici. I gestori delle residenze fanno spesso uso di contratti non conformi al lavoro subordinato, perché questi consentono di evitare obblighi e spese (ferie, contributi, tredicesima, malattia, ecc.). Un esempio classico di contratto in elusione è il contratto di collaborazione a progetto (Co.Co.Pro.) per svolgere un lavoro tipicamente inserito nel ciclo produttivo, con orari fissati dal datore di lavoro, spesso frammentati nel corso della giornata, senza alcuna autonomia e sottoposti agli ordini del superiore. Si tratta di un lavoro subordinato mascherato che permette al datore di lavoro di *fissare il compenso* e soprattutto di versare meno contributi previdenziali. Il lavoratore atipico ha minori diritti e non è tutelato dal Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro. Altro esempio tipico di lavoro in elusione è il falso *associato in partecipazione* o il falso *part-time*⁹. Abbiamo trovato tutte queste situazioni e non le abbiamo sottovalutate: riguardano il nostro buon operare.

⁸ The National Elder Abuse Incidence Study. Final Report, September 1998.

⁹ www.cgil.it - www.nolavoronero.it

Conclusioni

Per eliminare o ridurre i problemi che abbiamo riscontrato in forma più o meno evidente in molte strutture residenziali, pensiamo sia nostro compito fornire agli operatori del settore, ai gestori delle strutture e ai parenti degli assistiti gli strumenti adatti al riconoscimento ed all'eliminazione delle cattive pratiche, soprattutto della contenzione che è quella più aberrante. Riguardo agli operatori, che ovviamente devono essere assunti con contratti regolari, ciò potrebbe essere attuato attraverso percorsi formativi specifici che integrino la formazione professionale di base e quella prevista per legge sulla sicurezza e sui rischi lavorativi. Anche per i gestori pensiamo di proporre momenti di formazione specifica, mirati però più ai risvolti etici e giuridici presenti in questo particolare tipo di impresa, mentre per i parenti si potrebbero promuovere azioni di sensibilizzazione attraverso convegni e campagne informative e garantendo soprattutto un'informazione mirata al momento dell'accoglienza.

E' evidente come sia necessaria una riorganizzazione e ridefinizione delle strutture e dei loro requisiti, eppure ci rendiamo conto che non basta. Una riclassificazione delle residenze basata soltanto sulla tipologia delle prestazioni da erogare o, peggio ancora, sulla classificazione dei soggetti in relazione alla gravità delle loro condizioni, sarebbe un fallimento. Pensiamo che bisogna rivoluzionare il modello assistenziale nella sua essenza, evitando le semplificazioni e senza lasciarsi sviare da *ritocchi* particolari, che fanno perdere di vista il cambiamento complessivo del contesto e soprattutto quello delle idee.

E' necessario pensare e sperimentare formule diverse di risposta non istituzionalizzante.

Daniela Bais e Sara Sanson "Azioni e idee di prevenzione e controllo" pagg 107-115, in "Assistenza e diritti" editori Maila Mislej e Livia Bicego, Carrocci Faber, maggio 2007