

Rapporto di ricerca

La qualità dei processi di cura nelle strutture residenziali per anziani. Un'indagine conoscitiva

di Raffaele Monteleone, per COPERSAMM

Nota: il rapporto (vers. 25 marzo 2013) deve essere validato dal comitato scientifico di COPERSAMM prima di ogni sua diffusione. Allo stato attuale non rappresenta il punto di vista della Conferenza Permanente per la Salute Mentale nel Mondo "Franco Basaglia".

Indice

Premessa	p. 02
Introduzione alla lettura del rapporto di ricerca	p. 03
Note metodologiche	p. 04

Prima sezione

1. Il contesto delle politiche e la rete dei servizi in Friuli-Venezia Giulia	p. 06
2. Il contesto delle politiche e la rete dei servizi in Toscana	p. 08
3. Il contesto delle politiche e la rete dei servizi in Puglia	p. 10
4. Breve presentazione delle strutture residenziali	
4.1 <i>La struttura residenziale di Muggia (TS)</i>	p. 12
4.2 <i>La struttura residenziale di Trieste</i>	p. 13
4.3 <i>La struttura residenziale di Prato</i>	p. 14
4.4 <i>La struttura residenziale di Bari</i>	p. 14

Seconda sezione

Principali emergenze di ricerca articolate per dimensioni analitiche

1. Accesso alle strutture/valutazione dello stato di salute degli anziani	p. 16
2. Luoghi di vita degli anziani e spazi di lavoro degli operatori	p. 17
3. Le condizioni di salute degli ospiti	p. 19
4. I diritti degli anziani all'interno delle strutture residenziali	p. 21
5. Organizzazione del lavoro di cura e qualità della presa in carico	p. 28
6. I lavoratori nelle strutture residenziali per anziani	
6.1 <i>Formazione professionale e formazione continua degli operatori</i>	p. 32
6.2 <i>I rapporti tra operatori assistenziali e personale infermieristico</i>	p. 33
6.3 <i>Contratti, turni e vertenze</i>	
6.4 <i>Malattie professionali</i>	p. 35

Allegati

- Legislazione, strumenti, documenti Regione Friuli-Venezia Giulia	p. 38
- Legislazione, strumenti, documenti Regione Toscana	p. 38
- Legislazione, strumenti, documenti Regione Puglia	p. 39
- Canovaccio interviste e <i>focus group</i>	p. 40

Premessa

Il numero delle persone ricoverate al momento attuale in Italia nelle strutture residenziali per anziani raggiunge le 300mila unità.

Secondo il censimento del Ministero dell'Interno del 31 dicembre 2008, il numero delle residenze sanitarie assistenziali (RSA) e delle residenze assistenziali (RA) ammonta a 5.858 strutture, tra pubbliche e private, di cui 3.409 strutture che "accettano anziani non autosufficienti" e i posti complessivi ammontano a circa 287.532. Considerando i dati Istat del 2007 quando il numero di posti letto era pari a 265.387 si evidenzia un aumento del numero di posti letto del 8.3%.

La recente ricerca dell'Auser "Le case di riposo in Italia" infine che ha utilizzato le Pagine Gialle al 28 febbraio 2011 ha censito 6.389 strutture alle quali vengono aggiunte, a partire dagli elenchi della Camera di Commercio e da altre fonti collegate ad associazioni del Terzo settore, ulteriori 326 strutture per un totale di 6.715 strutture residenziali per anziani. Le persone ricoverate sono perlopiù donne con una età superiore agli 80anni.

La ricerca sulla "qualità dei processi di cura nelle strutture residenziali per persone anziane" in questo contesto, caratterizzato dalla crescita delle domanda di soluzioni residenziali per fronteggiare l'invecchiamento della popolazione, prevede di analizzare in quattro strutture socio-assistenziali pubbliche di tre regioni del nord, centro e sud Italia (Friuli-Venezia Giulia, Toscana, Puglia) i processi di accoglienza, assistenza, riabilitazione e cura degli anziani.

Più precisamente gli obiettivi del progetto di ricerca sono:

- verificare il livello/la qualità della garanzia del rispetto dei diritti di cittadinanza delle persone accolte nelle strutture residenziali per anziani;
- produrre criteri ed indicatori per un accreditamento delle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie che accolgono anziani *centrato sulla persona*, sulla *qualità* di processi di cura capaci di determinare il mantenimento e/o l'implementazione della *abilità residue*, la *salvaguardia dell'autonomia e dell'indipendenza*, della *capacità* e possibilità di *scelta*, che tutelino e promuovano i *diritti* delle persone;
- produrre criteri ed indicatori che valutino i processi di *accoglienza*, di *assistenza*, di *riabilitazione* e di *cura*, nonché le regole dell'istituzione, l'organizzazione della vita quotidiana e l'organizzazione del lavoro, che riconoscano e stigmatizzino i processi di invalidazione prodotti dall'istituzionalizzazione.

Introduzione alla lettura del rapporto di ricerca

Questo documento presenta i risultati di ricerca dell'indagine conoscitiva sulla qualità dei processi di cura nelle strutture residenziali per anziani e va a completare, con emergenze di ricerca di tipo qualitativo, una precedente indagine quantitativa portata avanti dallo SPI-CGIL nazionale, che si prefiggeva come scopo quello di costruire una prima mappatura sulle soluzioni residenziali per anziani a livello nazionale, attraverso la somministrazione nei diversi territori di questionari strutturati portata avanti dallo stesso sindacato.

Il rapporto di ricerca non si pone come obiettivo quello della trattazione sistematica del tema in oggetto attraverso una rassegna della letteratura pertinente in materia, quanto piuttosto di restituire attraverso una descrizione vivida le acquisizioni del percorso di ricerca portato avanti in tre contesti regionali (Friuli-Venezia Giulia, Toscana e Puglia) con riferimento a quattro strutture residenziali selezionate dallo SPI-CGIL e da CGIL Funzione Pubblica.

Le quattro strutture si differenziano per grandezza, *target* di utenza, tipologia dell'offerta e modalità di gestione del personale assistenziale e infermieristico, sono accomunate invece dall'essere strutture pubbliche, per quanto nessuna sia gestita in modo diretto dalle amministrazioni locali.

Il lavoro sul campo ha combinato analisi documentale, osservazione etnografica, interviste qualitative, *focus group* e colloqui liberi portati avanti grazie al supporto logistico ed organizzativo delle delegazioni locali del sindacato.

Nella prima parte del rapporto di ricerca verranno presentati in modo sintetico i tre contesti regionali di *welfare* con riferimento alle linee d'azione principali delle politiche e alla strutturazione della rete dei servizi per anziani a livello locale, e, dopo di questo, le quattro strutture residenziali visitate durante la ricerca.¹

Nella seconda parte del documento, invece, vengono discusse le principali dimensioni analitiche collegate al tema della qualità dei processi di cura nelle strutture residenziali. La scelta nella costruzione di questa restituzione scritta è stata quella di ragionare per temi e problemi utilizzando trasversalmente le emergenze di ricerca e facendo un lavoro di triangolazione tra le diverse fonti informative e tecniche di ricerca.

Nella logica di ricerca dell'indagine conoscitiva ci è sembrato opportuno ragionare orizzontalmente sui punti di contatto tra i diversi studi di caso, piuttosto che presentare

¹ In coda al rapporto sono stati elencati i documenti legislativi pertinenti per eventuali approfondimenti mirati su singoli temi e questioni d'interesse per il lettore.

quattro approfondimenti sulle singole strutture. Ovviamente questo lavoro non ha l'ambizione della rappresentatività, si è mosso -piuttosto- lavorando a ridosso della significatività e rilevanza generale dei temi trattati, valorizzando la ricerca sul campo come approccio conoscitivo di tipo empirista, interessato alle pratiche e ai processi osservati in situazione. Il rapporto vuole essere, allo stato attuale, soprattutto un documento di lavoro strutturato per stimolare la riflessione pubblica sul tema dei diritti delle persone anziane. L'auspicio è che a questa prima indagine possano seguire altre possibilità di ricerca che possano rafforzare la discussione critica sui principali temi toccati dal rapporto.

Un'ultima precisazione riguarda i *verbatim* citati, per garantire l'anonimato e rispettare gli accordi presi con i lavoratori coinvolti nelle attività di ricerca, non sono stati inseriti volutamente riferimenti che potessero associare direttamente parole a persone. In coda al rapporto è stato allegato il canovaccio dei temi toccati dalle diverse azioni di ricerca perché possa essere controllabile e semmai perfezionato e utilizzato in future occasioni dal committente.

Note metodologiche

La ricerca di tipo qualitativo ha previsto e si è articolata nelle seguenti azioni:

1. analisi degli strumenti legislativi e regolamentari di riferimento a livello nazionale, regionale e municipale (in particolare sono stati messi sotto osservazione i meccanismi di accreditamento delle strutture e gli standard tecnici, strutturali e organizzativi) preliminare alla discesa sul campo (in coda al rapporto sono stati elencati i documenti legislativi e gli strumenti operativi rilevanti per i tre contesti regionali)
2. osservazione etnografica del *setting* spaziale delle strutture residenziali (complessivamente sono state effettuate 8 visite alle strutture residenziali);
3. colloqui con testimoni privilegiati individuati tra le seguenti figure: assessori competenti, dirigenti dei servizi sociali e/o funzionari responsabili dell'area anziani, direttori delle strutture residenziali, responsabili del soggetto gestore cui è stata appaltata la gestione delle case di riposo, referenti operatori assistenziali e infermieristici (21 interviste qualitative in profondità);
4. analisi di documenti e strumenti operativi rilevanti ai fini della ricerca: carta dei servizi, scheda di ammissione alla struttura, piani di assistenza individuali, strumenti di

- valutazione della qualità (certificazioni, progetti di autovalutazione e controllo che la struttura si è data, schede di valutazione dei dipendenti);
5. interviste con rappresentanti sindacali della CGIL funzione pubblica informati sui temi della ricerca per quanto attiene l'organizzazione del lavoro nelle strutture residenziali (non necessariamente figure apicali) (3 interviste qualitative);
 6. *focus group* con operatori assistenziali e infermieristici (6 *focus group* con i lavoratori);
 7. colloqui liberi (non strutturati) con alcuni ospiti delle strutture e con i familiari (complessivamente 8 colloqui, due per struttura).

Prima sezione

1. Il contesto delle politiche e la rete dei servizi in Friuli-Venezia Giulia

Secondo gli intervistati le strutture residenziali in questo contesto territoriale rappresentano l'ultima risposta possibile quando gli anziani si trovano in condizioni di salute molto compromesse o la famiglia non è in grado di tenere la regia sugli interventi a domicilio.

Il primo tentativo che si fa è, infatti, mantenere gli anziani a casa propria, attraverso strumenti come il Fondo regionale per l'Autonomia Possibile (FAP) disegnati per raggiungere anche persone con profili di non autosufficienza elevati. La Regione FVG ha destinato 5 milioni di euro a questo fondo che finanzia misure per disabili e anziani, l'accesso a queste risorse viene mediato dai servizi sociali dei comuni che elaborano un piano di assistenza individualizzato (PAI), sostenuto con assegni di cura o attraverso contributi per l'assistenza familiare contrattualizzata (badanti).

Il fondo corrisponde sino a 1600 euro al mese a fronte della rendicontazione di quanto speso, queste risorse possono essere impiegate per contratti di cura con *caregiver* (dalle 20 ore settimanali in su), o per l'acquisto di servizi *ad hoc* sul mercato, con trasferimenti monetari intorno ai 500/600 euro o compensazione del reddito, se si decide di richiedere un *part time* per assistere un proprio familiare.

Le soluzioni residenziali sono dunque collocate dentro un sistema di risposte modulari, le persone accolte in casa di riposo, in qualche caso, vengono poi dimesse e curate a domicilio, e, in generale, nella rete dei servizi permangono tracce della cultura e delle pratiche di deistituzionalizzazione psichiatrica che in questo territorio sono nate e hanno dimostrato la possibilità di una presa in carico di tutti soggetti fragili fondata sulla pratica dei diritti di cittadinanza.

A livello regionale è stato creato un registro regionale della badanti, le ACLI gestiscono uno sportello badanti, e gli sportelli provinciali del lavoro hanno un canale appositamente dedicato alle professioni di cura.

Nella città di Trieste sono disponibili circa 3000 posti letto tra pubblico e privato, tutte le strutture costano all'amministrazione comunale 11 milioni all'anno, con una retta media 78 euro al giorno. La retta delle strutture residenziali, compresa tra 1800 e 2000 al mese, non coincide con il costo complessivo (tra costi diretti e indiretti), che potrebbe arrivare al doppio (secondo una stima di massima prospettata dai funzionari comunali intervistati).

Nel 2010 il costo annuale di un posto letto della struttura triestina oggetto di osservazione è stato pari a 42mila euro, ovvero 3500 euro mensili, con l'abbattimento regionale delle rette, attraverso il fondo per le politiche sociali, la retta si è attestata a 1830 euro al mese.

Il 48% delle persone in carico all'area anziani del comune di Trieste ha meno di 5000 euro di ISEE, quindi riceve servizi gratuiti.

L'offerta di strutture residenziali del territorio si differenzia in:

- residenze protette: per persone non autosufficienti con bisogni sanitari elevati (definite come "mediche" per lungodegenti);
- strutture polifunzionali: nate con licenze di affittacamere poi regolamentate dalla regione, sono 85 appartamenti in città allestiti come strutture residenziali, per 1800 posti letto complessivi. Ogni struttura va dai 20 agli 80 posti (in alcuni casi sono interi caseggiati), il target sono persone relativamente autosufficienti (retta compresa tra i 1200-1500 euro mensili);
- case albergo: due strutture comunali, offerta limitata sul territorio per anziani autosufficienti;
- ASP ITIS con 411 posti letto per non autosufficienti, moduli per ricoveri di sollievo e temporanei;
- 4 strutture UNEBA (gestite dalla curia): due case albergo e due strutture protette.

Al momento della ricerca sul campo 100 persone si trovavano in lista di attesa per l'accesso alle strutture comunali, l'ASP ITIS aveva una lista di attesa di 220 persone, complessivamente, al netto delle doppie domande, circa 250 persone si trovavano in lista d'attesa per accedere ad una soluzione di tipo residenziale. L'attesa in media dura 2 mesi, in conseguenza dei decessi si liberano circa 18 posti letto al mese.

Il comune cerca di monitorare le residenze polifunzionali, viene organizzata una riunione all'anno con i gestori e previsti accessi ispettivi congiunti con l'azienda per i servizi sanitari, da 3 anni non vengono più chiuse strutture e questo viene considerato come risultato positivo. In termini di programmazione negli ultimi anni si sta lavorando ad una maggiore integrazione tra domiciliarità e risposte residenziali.

Tuttavia i centri diurni assistiti non stanno decollando perché hanno rette da 55 euro al giorno cui vanno aggiunti i costi per il trasporto degli anziani, per cui le famiglie si rivolgono prevalentemente alle strutture polifunzionali che hanno rette relativamente contenute e dunque concorrenziali.

Le linee guida dell'ultimo piano di zona sostengono ed incentivano nuove soluzioni per la residenzialità che non può coincidere solo con le residenze per anziani (ad es. coabitazioni

solidali, condomini solidali, abitazioni assistite, centri di assistenza domiciliari in cui gli anziani vivono autonomamente con il supporto di servizi).

2. Il contesto delle politiche e la rete dei servizi in Toscana

Dal 2010 in Toscana sono state costituite le Società della Salute come realtà consortili tra enti pubblici, per legge il direttore dei distretti socio-sanitari ne viene posto a capo, ed è coadiuvato nella sua azione da figure di coordinamento dei servizi sociali e sanitari cui sono attribuite specifiche funzioni.

Con la legge 66 del 2008 è stato costituito il fondo per non autosufficienti (FAS) e sono stati individuati dei livelli essenziali di assistenza (LEA), graduando l'intensità della non autosufficienza con una scala da 1 a 5, a cui vengono attribuiti pacchetti e servizi corrispondenti.

E' stato sviluppato anche il sistema dei "Punti insieme", come punti unici di accesso ai servizi per i cittadini.

Durante la ricerca sul campo il consiglio regionale di sanità toscano era impegnato nell'elaborazione delle linee guida per l'anziano fragile.

A livello regionale è stata varata una norma sull'accreditamento delle strutture residenziali per superare i contratti diretti, al fine di uniformare gli atti amministrativi e permettere maggiore libertà di concorrenza nell'offerta tra fornitori.

In questi anni le politiche rivolte agli anziani sono quelle su cui la regione sta scommettendo maggiormente, mentre c'è un relativo disimpegno sulle politiche per famiglie e minori, e quelle rivolte ai disabili non paiono profilate in modo preciso.

Nel territorio di Prato c'è una sola azienda sanitaria per l'ambito territoriale composto da 7 comuni e una sola Società della Salute, grazie a queste convergenze il livello di frammentazione dei servizi è basso.

Negli anni '80 le realtà consortili avevano già scelto di gestire i servizi socio-sanitari in modo associato e non frazionato, quindi c'è una tradizione di integrazione sul territorio, per questo motivo sono presenti diversi punti di accesso distribuiti a livello territoriale e una gestione centralizzata dei servizi all'interno del centro socio-sanitario Roberto Giovannini.

Per la residenzialità e la semi-residenzialità di anziani e disabili si spendevano sino a 2 anni fa 19 milioni di euro, per i servizi domiciliari da 3 a 4 milioni di euro.

Nel fondo per la non autosufficienza sono previste risorse *ad hoc* per lo sviluppo degli interventi domiciliari, ma il contesto in cui ci si muove è quello del taglio del 70% dei trasferimenti stato-regioni e regioni-comuni.

L'offerta di strutture residenziali per anziani nel territorio può contare su:

- 17 RSA: 2 a gestione pubblica, una privata, 14 private convenzionate con l'ente pubblico, per un totale complessivo di circa 700 posti letto (le RSA sono considerate strutture a prevalenza di intervento socio-assistenziale, per le acuzie si fa riferimento al sistema sanitario);
- A queste strutture si aggiungono 5 centri diurni per non autosufficienti con 87 posti di accoglienza (semi-residenziale), gestiti dal privato convenzionato.

Ci sono liste d'attesa per l'accesso ai servizi residenziali, i centri diurni dovrebbero garantire risposte più modulate sui sette giorni e faticano ad incrociare richieste e bisogni delle famiglie. La retta giornaliera delle strutture residenziali ammonta a circa 110 euro.

I servizi domiciliari sono stati tutti esternalizzati negli anni '80 attraverso un appalto di fornitura a cooperative sociali, è stato costituito un albo di soggetti accreditati che forniscono assistenza domiciliare alla persona e all'ambiente di vita, lavorando con il servizio di assistenza infermieristica domiciliare nei servizi di assistenza domiciliare integrata (ADI). In un anno vengono fornite all'interno dell'ambito territoriale circa un migliaio di prestazioni ADI.

Il sistema di risorse messo a disposizione per le persone anziane prevede anche assegni di cura per non autosufficienti, utilizzati per retribuire *caregiver* parentali (125 euro) e *caregiver* professionali (350 euro), si è scelto di privilegiare in particolare l'emersione del lavoro nero. Le badanti per la legge toscana sono soggetti accreditabili ed i comuni hanno responsabilità nell'accreditamento, l'albo non è ancora stato pubblicato *on line*, ma lo sarà presto. Il sistema di accreditamento si basa su autodichiarazioni delle badanti, i comuni possono esercitare controlli sulla veridicità delle dichiarazioni rese.

Negli ultimi anni si stanno sviluppando nel territorio soluzioni di appartamenti/condomini solidali, di solito, collegati ad una RSA che fornisce servizi, sorgono miniappartamenti protetti. Questa prospettiva è attualmente perseguita da soggetti privati che operano sul mercato dei servizi e sono interessati a diversificare la propria offerta con nuove soluzioni. Con queste strutture a bassa soglia, potenzialmente più rispettose dei diritti degli anziani, potrebbero risparmiarsi risorse con rette sociali intorno ai 1000 euro, contro 1500 in struttura (senza considerare la quota di spesa sanitaria).

Secondo alcuni intervistati nel *welfare* regionale toscano sta prendendo via via consistenza un processo di medicalizzazione del sistema delle risposte per gli anziani, l'impronta di riforma

regionale che ha portato all'introduzione delle società della salute sembra dare consistenza organizzativa a questa prospettiva. I servizi sociali appaiono ridotti ad un ruolo subalterno e periferico all'interno di questa nuova impalcatura istituzionale e, oltretutto, sono impoveriti dai tagli ai trasferimenti per la spesa sociale. La storia di integrazione tra sociale e sanitario costruita nei territori attraverso le realtà consortili rischia di essere messa da parte dalle direttrici di sviluppo delle nuove politiche regionali.

Sebbene la prospettiva perseguita prioritariamente dai servizi sia quella di favorire la permanenza a domicilio degli anziani, i servizi domiciliari appaiono sempre più deboli e complessi da gestire da un punto di vista organizzativo.

Il rischio di essere ricoverato in una struttura per la debolezza della propria rete familiare è concreto, come riportato durante un'intervista: *“Mi sono sempre chiesta perché si metta in struttura una persona con tre insuline al giorno al posto di potenziare il servizio infermieristico (...) oggi nelle residenze noi dobbiamo mettere in deroga ai requisiti persone sole, perché se una persona sola ha un problema sanitario, neanche poi di una gravità enorme, però magari non ha rete, non ha un reddito che gli permetta di prendere una badante ed ha un problema sanitario che richiede le tre insuline o comunque richiede un monitoraggio, alla fine non siamo in grado, ma non mi sembrava che fossimo in grado nemmeno prima, certamente c'è stato un arretramento rispetto a questo”*.

3. Il contesto delle politiche e la rete dei servizi in Puglia

La legge regionale n. 19/2006 di disciplina del sistema integrato dei servizi sociali rappresenta per la Regione Puglia un primo passo verso la possibilità di governo e gestione del *welfare* a livello di sistema.

Tuttavia negli ultimi 4 anni si sono alternati tre assessori regionali alla sanità travolti da scandali e inchieste giudiziarie, mentre il piano di rientro sanitario complica le relazioni già difficili tra ASL e comuni, e la neonata assistenza socio-sanitaria integrata sta pagando le conseguenze dirette più pesanti per questi problemi.

Le condizioni di contesto della crisi economica e le politiche di bilancio statali improntate all'austerità rendono assai complicato perseguire una prospettiva di valorizzazione dei servizi, negli ultimi anni il fondo nazionale per le politiche sociali è stato più che dimezzato e il fondo per la non-autosufficienza azzerato. I tagli al finanziamento delle politiche sociali e sanitarie rendono ancora più difficile la presa in carico degli anziani poveri.

A Bari si persegue la strategia dell'integrazione socio-sanitaria sinora molto poco sviluppata, il tentativo è quello di creare una porta unica di accesso ai servizi (PUA) e costituire assieme ai distretti socio-sanitari unità di valutazione multidimensionali (UVM).

Stanno cercando di capire come allocare risorse per sostenere il lavoro di cura delle famiglie riconoscendole come *caregiver*, questa strategia potrebbe essere finanziata anche attraverso una politica di riconversione della spesa per le rette.

L'amministrazione ritiene strategico sviluppare la rete dei servizi domiciliari per anziani e costruire forme di accreditamento/convenzionamento e controllo pubblico del mercato privato della residenzialità. Secondo gli intervistati la sottocapitalizzazione dei servizi sociali negli anni ha portato a sviluppare servizi del privato sociale poco professionali e di scarsa qualità.

Attualmente l'istituzionalizzazione di minori e anziani costa al Comune di Bari 12 milioni su 26 di budget complessivo destinate alle politiche sociali, sono quasi tutti interventi definiti come obbligatori e indifferibili. I minori a rischio di devianza nel contesto barese sono molti, e di fronte alla crisi economica gli interventi specificamente rivolti a questo *target* sono ritenuti prioritari sugli altri assi di intervento.

C'è un problema di concentrazione di poveri indigenti dentro le strutture residenziali, per queste persone sarebbero necessarie altre politiche e servizi. Ci sono ricoveri in strutture protette impropri, l'ADI dovrebbe poter coprire anche i giorni festivi e andare oltre le 2/3 h di intervento giornaliero.

L'offerta residenziale è quasi del tutto privata, il comune è convenzionato con 4 strutture residenziali per autosufficienti.

Della rete fanno parte le RSA cui si accede su richiesta del MMG che attiva una UVM (con compilazione anche della SVAMA sociale), la retta di queste strutture è in carico per il 50% alle aziende sanitarie, per l'altra metà dovrebbe essere pagata dall'anziano che, se ne ha diritto, riceve una contribuzione in base al proprio ISEE dal Comune.

Secondo la responsabile dell'area anziani del comune di Bari gli interventi domiciliari potrebbero essere più appropriati e rispettosi dei diritti degli utenti e allo stesso tempo far risparmiare molte risorse. Anche l'assessore alle politiche sociali condivide questa impostazione: *"Se noi riteniamo che i processi di deistituzionalizzazione da un punto di vista sia civile sia sanitario siano strategici sia per una migliore assistenza della persona che viene curata in casa sua e siano strategici per l'ente locale che va a ridurre la spesa di denaro pubblico, io mi domando ad esempio perché non vengano fissati nei bilanci ministeriali, regionali e delle ASL e*

non si obblighino i Comuni ad individuare somme specifiche bloccate su questo tipo di concetto, che tu puoi avere quei soldi se realizzi questo tipo di processo”.

Tra i servizi rivolti alla popolazione anziana va segnalata l'attività di “affido anziani” che sfrutta risorse dei non-professionali per il supporto delle persone anziane. Questo servizio attivo dal 1999 è rivolto ad anziani autosufficienti che vivono in difficoltà o sono soli e favorisce la loro permanenza a domicilio contrastando l'istituzionalizzazione. Sono raggiunti circa 150 anziani che hanno bisogno di supporto nella gestione della attività quotidiane (spesa, commissioni, visite mediche). Viene valorizzata la rete di prossimità degli anziani, familiare e non. Le famiglie affidatarie selezionate dal servizio sociale sono circa 150, possono supportare un singolo anziano e percepiscono un contributo di circa 250 euro al mese. Non è prevista nessuna attività di formazione per famiglie affidatarie, ma c'è selezione da parte degli operatori sociali del territorio. Gli affidatari devono avere un'età compresa tra i 25 e i 70 anni ed un proprio domicilio, ed esercitano un ruolo vicario rispetto famiglie parentali assenti o disinteressate. Anziano resta a casa propria o può trasferirsi dall'affidatario, se ricoverato in ospedale l'affidatario si occupa dell'assistenza. Di solito gli affidatari sono abitanti dello stesso contesto territoriale dell'anziano.

4. Breve presentazione delle strutture residenziali

4.1 La struttura residenziale di Muggia (TS)

Nella casa di riposo “Ubaladini” di Muggia (TS) sono ospitati 73 anziani, è una vecchia struttura che si trova in centro città, l'edificio è stato costruito nel dopoguerra dagli americani e successivamente ampliato e rimaneggiato. L'edificio ha l'aspetto di una civile abitazione, è una casa aperta, con massima libertà per le famiglie degli anziani di entrare e uscire. L'orario di apertura della struttura va dalle 8.00 del mattino alle 8.00 di sera, negli anni passati la coordinatrice della struttura (dipendente comunale) ha portato avanti una battaglia perché il soggetto gestore che si era aggiudicato l'appalto non restringesse gli orari di apertura.

Quella di Muggia rimane l'unica struttura nel contesto triestino a mantenere il servizio infermieristico a gestione diretta da parte dell'azienda sanitaria, nel resto delle residenze per anziani è stato esternalizzato attraverso gare d'appalto.

L'integrazione del servizio sociale comunale con i servizi sanitari territoriali secondo gli intervistati potrebbe migliorare, sono tuttavia previsti incontri e scambi per costruire e rafforzare questo raccordo.

Le prestazioni sanitarie nella struttura sono quindi garantite dal distretto socio-sanitario dell'ASS attraverso il servizio infermieristico domiciliare e gli operatori della riabilitazione (fisioterapisti), è stata siglata una convenzione (scaduta da tempo) che regola i rapporti tra comune ed azienda sanitaria.

Di mattina lavorano stabilmente nella struttura due infermieri e altri infermieri, che fanno parte del sistema di cure domiciliari dell'azienda, sono distaccati a rotazione nella casa di riposo per i pomeriggi. Questo modello è stato voluto dall'ex Direttore generale dell'ASS1 Triestina, muovendo dal presupposto che una casa di riposo è soprattutto una casa e, per contrastare le dinamiche di medicalizzazione dei bisogni sociali, deve essere fornita assistenza domiciliare infermieristica al bisogno, come accade per le abitazioni dei privati cittadini. Su questa impostazione di lavoro si è aperto un conflitto tra azienda e comune, che richiede prestazioni certe e standardizzate all'interno della struttura. Di notte la presa in carico sanitaria è garantita dal sistema di reperibilità degli infermieri (24/7), oltre che dai servizi sanitari d'urgenza.

Sebbene esistano alcune tensioni conflittuali e difficoltà di raccordo organizzativo, la disponibilità di personale qualificato dell'azienda sanitaria nella struttura è valutato molto positivamente perché permette di mantenere un rapporto di apertura verso i servizi pubblici territoriali che evita l'abbassamento del livello di qualità delle pratiche.

Per quanto riguarda gli operatori assistenziali il Comune di Muggia ha costruito un capitolato unico per i servizi residenziali e domiciliari al fine di garantire attraverso la fornitura di servizi da parte di un unico gestore privato la continuità di rapporti tra casa di riposo e territorio e fare in modo che la casa di riposo potenziasse il proprio ruolo di punto di riferimento per l'ambito territoriale. Il secondo obiettivo perseguito nel disegno del bando era che venisse garantita continuità nella cultura della presa in carico tra servizi residenziali e domiciliari e che il soggetto gestore avesse esperienza non solo nel campo della residenzialità ma anche di servizi domiciliari. Il capitolato d'appalto è stato quindi disegnato per garantire l'integrazione nel sistema dei servizi tra cure residenziali e territoriali.

4.2 La struttura residenziale di Trieste

Nella residenza protetta "Gregoretti" di Trieste sono ospitati 91 anziani non autosufficienti. La struttura si trova nel comprensorio dell'ex ospedale psichiatrico "San Giovanni". Il personale infermieristico e assistenziale è stato progressivamente appaltato alle cooperative, i dipendenti comunali in acquiescenza non sono stati rimpiazzati e sono state via via bandite

gare per coprire le necessità di personale dei quattro moduli in cui è organizzata la struttura residenziale.

La Gregoretti, come una seconda struttura protetta comunale, ha operatori assistenziali e personale infermieristico dipendente da cooperative associate in ATI che si sono aggiudicate una gara d'appalto unificata, il personale comunale oggi è presente solo per compiti di direzione e verifica. Le esternalizzazioni hanno consentito qualche risparmio, ma, a detta degli intervistati, la partita si è giocata soprattutto per non dovere gestire direttamente il personale. In dieci anni si è passati così dalla gestione diretta da parte del comune alla gestione in appalto. Per primi sono stati appaltati i servizi residenziali quindi quelli domiciliari.

Le esternalizzazioni sono state governate attraverso appalti di tipo prestazionale, secondo gli intervistati, questo ha comportato per le istituzioni una perdita di conoscenza sui contesti d'intervento dei servizi e in definitiva un indebolimento della presa in carico e della tutela dei diritti degli utenti. Vorrebbero ridisegnare il capitolato perché possa garantire una presa in carico meno centrata sulle mansioni.

Va evidenziato come la concessione dei servizi in appalto possa condurre alla perdita di capacità di riflessione sulle politiche e sulla qualità dei servizi, che è difficile garantire solo attraverso verifiche, protocolli e certificazioni, come sostenuto da una intervistata: *“se uno non gestisce le strutture perde le competenze (...) forse ci si risparmia... non lo so, io non son convinta neppure di questo, anche perché tra i costi benefici uno non ci mette solo i soldi, ci mette la qualità di un servizio, ed io ho dei grossi dubbi che si risparmi e soprattutto che si creino dei servizi di qualità che vanno nella direzione del tutto tondo della persona, non solamente dell'assistenza sanitaria o medica o comunque di pezzi di assistenza...”*.

Tuttavia il controllo e la vigilanza sulla struttura da parte del comune sono piuttosto stringenti anche per la presenza di una infermiera caposala comunale che, di fatto, esercita la funzione di coordinatrice della struttura.

4.3 La struttura residenziale di Prato

La RSA “Rosa Giorgi” di Prato ospita 18 utenti all'interno di un edificio storico in cui si trovava l'orfanotrofio femminile. La struttura si trova nella zona centrale della città, adiacente all'ospedale di Prato e questo favorisce uno scambio frequente tra struttura e presidio ospedaliero.

Costituita nel 1990 ha accolto 10 ospiti provenienti dal manicomio di S. Anna di Lucca chiuso per l'applicazione della legge 180, queste persone non potevano essere reinserite nel proprio

contesto abitativo ed è stata trovata loro una soluzione residenziale nel proprio territorio di provenienza.

Nel 1997 è stato creato un modulo riabilitativo nella struttura. Dei 18 posti letto 10 sono a disposizione dell'unità operativa di fisioterapia per l'attività riabilitativa, mentre 8 sono destinati ai cosiddetti ospiti "sociali". Attualmente vivono nella struttura quattro lungodegenti psichiatrici e quattro anziani con patologie invalidanti.

Il personale infermieristico è alle dipendenze dell'USL4 di Prato, mentre gli operatori assistenziali sono dipendenti di un consorzio di cooperative.

4.4 La struttura residenziale di Bari

La casa di riposo-RSA "Vittorio Emanuele II" di Bari ospita 26 anziani. La struttura residenziale socio-assistenziale è una ex-IPAB ora divenuta ASP. La struttura è attualmente commissariata perché il passato consiglio di amministrazione ha denunciato ammanchi a carico dell'ex presidente che ha subito una condanna penale. L'erogazione del mutuo per i lavori di ristrutturazione della casa di riposo aveva consentito di coprire il deficit di bilancio per tutta la durata del finanziamento, ma quando non sono stati pagati fornitori e imprese è nel 2004 è scoppiato lo scandalo che ha rivelato un ammanco di un milione di euro. La situazione di profondo dissesto finanziario, non ha consentito di pagare gli stipendi ai lavoratori per nove mesi, successivamente è stato sottoscritto dai lavoratori una sorta di "contratto di solidarietà" con stipendio decurtato del 50%. Sono state evidenziate anche gravi irregolarità nei versamenti all'INDPAP, mancano all'appello circa 200 mila euro di contributi pensionistici.

Prima del commissariamento le rette non erano mai state rivalutate, alcune erano bassissime (circa 300 euro al mese contro 1300), e individuate con grande discrezionalità e difformità, oggi sono state ridefinite e uniformate su base giornaliera.

La definizione di un piano di rientro finanziario ha significato una severa razionalizzazione dei servizi che, nei fatti, ha ridotto all'essenziale le attività per gli ospiti della struttura. Lo stigma connesso alla gestione dissennata del passato ha, oltretutto, portato ad un disinteresse generalizzato nei confronti della struttura. Oggi non esistono rapporti strutturati con l'area anziani del Comune di Bari, né con il distretto socio-sanitario. Le interviste hanno rivelato come la struttura non sia nei fatti considerata tra gli attori che fanno parte della rete assistenziale.

Gli operatori assistenziali sono dipendenti dell'ASP, mentre il personale infermieristico è costituito da due infermieri con contratto libero-professionale che si alternano garantendo una copertura sette giorni su sette per 365 giorni all'anno. Il turno di notte è affidato ad OSS che sono contrattualizzati solo per la copertura notturna.

Attualmente la prospettiva perseguita dal commissario è quella di diversificare l'offerta per accogliere in futuro malati terminali e non autosufficienti gravi, al fine di intercettare rette economicamente più redditizie.

Seconda sezione

Principali emergenze di ricerca articolate per dimensioni analitiche

1. Accesso alle strutture/valutazione dello stato di salute degli anziani

Le modalità di accesso alle strutture sono diversificate per i tre territori, Friuli-Venezia Giulia e Toscana possono contare su una rete di servizi socio-sanitari molto strutturata e organizzata, con punti unici d'accesso e unità di valutazione multidimensionale che vagliano le richieste di ammissione in struttura degli anziani, attivando caso per caso le modalità di presa in carico più adatte. La fragilità di politiche e servizi nel contesto pugliese unita alla maggiore rigidità dell'offerta rischia invece di fornire risposte poco adatte alle reali necessità degli anziani.

In Friuli-Venezia Giulia il punto unico di accesso è la porta per accedere ai servizi per anziani: se i bisogni espressi prefigurano domande di tipo sanitario o sociale c'è l'invio ai servizi competenti per la presa in carico. In caso ci si trovi di fronte ad una situazione complessa viene concordata una visita domiciliare congiunta tra infermiere e assistente sociale, in cui viene predisposto, assieme alla persona e suoi famigliari, il progetto personalizzato e le domande per i singoli interventi che si richiede vengano attivati. Il MMG non partecipa quasi mai alle UVD domiciliari, ne è però informato preventivamente e firma la valutazione.

L'unità di valutazione domiciliare utilizza la scheda VALGRAF come strumento di valutazione dello stato di salute degli anziani e per mettere a punto procedure condivise per la stesura dei piani di assistenza individuali (PAI), che sono sottoposti a controlli e -se necessario- a rimodulazioni. Durante questa visita/filtro vengono raccolti dati completi sulla situazione di salute e sul contesto di vita della persona anziana.

Nei casi in cui venga richiesto il ricovero all'interno di una struttura residenziale viene effettuata una visita pre-ingresso, fatta a domicilio o direttamente all'interno della struttura, utile all'équipe per sondare anche qual è la volontà dell'anziano e per completare una anamnesi sociale.

Anche di fronte ad una domanda di ammissione per una struttura residenziale già presentata si fanno tentativi per mantenere a domicilio la persona anziana.

In Friuli-Venezia Giulia la normativa prevede l'obbligo di compilare per ogni utente delle strutture residenziali la scheda VALGRAF predisposta dall'area welfare della regione. Tutte le

strutture sono obbligate ad uniformarsi a questo strumento anche se la sua implementazione procede nei territori a macchia di leopardo.

Le modalità di accesso a Prato sono analoghe a quelle del Friuli-Venezia Giulia: nei punti di accesso viene tenuto un primo colloquio di valutazione con la doppia presenza sociale e sanitaria. Se necessario viene predisposta l'UVM cui partecipano formalmente: medico del distretto, infermiere, assistente sociale, eventualmente medici specialisti. L'UVM produce la valutazione sullo stato di salute dell'anziano con l'assegnazione di un profilo di intensità assistenziale. Viene elaborato un piano di assistenza personale (PAP) pattuito tra UVM, utente e famiglia e, contestualmente, vengono avviate le relative istruttorie amministrative. Il PAP prevede un termine in cui l'UVM (semestrale o annuale) si deve nuovamente incontrare per l'attività di monitoraggio della presa in carico.

A Bari la richiesta di ammissione viene vagliata durante un colloquio con l'anziano effettuato nella struttura, si raccolgono informazioni sullo stato di salute e sul contesto di vita dell'anziano. Dopo un periodo di osservazione dall'ingresso nella struttura viene stilato un PAI, utilizzando una griglia di osservazione strutturata. Nella stesura del PAI sono coinvolti la responsabile dell'assistenza (un'assistente sociale), gli infermieri e gli operatori assistenziali. Ogni operatore ha responsabilità sulla presa in carico di circa 5 anziani. La prospettiva è di coinvolgere anche il fisioterapista (presente nella struttura una volta alla settimana) nella stesura dei PAI.

2. Luoghi di vita degli anziani e spazi di lavoro degli operatori

Nelle strutture residenziali ci si trova di fronte ad una scansione puntuale dello spazio organizzato in quattro aree: un'area destinata alla residenzialità, una alla valutazione e alle terapie, una alla socializzazione e per finire un'area destinata alle attività generali di supporto ossia a tutti i servizi necessari al funzionamento della struttura.

Le diverse tipologie di strutture diversificate nella presa in carico di ospiti con diversi gradi di autonomia sono di fatto ricondotte (e ridotte) al modello di riferimento ospedaliero dei reparti geriatrici. L'articolazione dello spazio in aree funzionalmente separate con la dominanza di un impianto ospedaliero è uno stampo potente, un *frame* che plasma indistintamente l'offerta di soluzioni abitative per gli anziani.

Entrando nelle strutture residenziali per anziani si ha infatti la sensazione di trovarsi in un reparto specializzato di un ospedale, che si tratti di una casa di riposo o di una struttura per

non autosufficienti il *setting* spaziale si ripropone sostanzialmente invariato: una rigida separazione in aree che confina il paziente nella propria stanza (o meglio nel proprio post letto) nell'attesa più o meno attiva di interventi standardizzati di trattamento assistenziale, sanitario, "sociale". L'ammissione nelle strutture residenziali espone gli ospiti al rischio concreto di perdere la possibilità di organizzare liberamente i due ambiti fondanti della vita quotidiana: la gestione del tempo e dello spazio. Questa considerazione sembra riferibile a tutte le strutture residenziali che sono state oggetto d'osservazione.

Descrivere la giornata tipo di un ospite di una RSA può aiutarci a capire in cosa consista concretamente questa espropriazione che comporta una totale coincidenza fra i tempi e gli spazi di lavoro e i tempi e gli spazi di vita degli assistiti. Solitamente la complessa "giostra del tempo" di una struttura residenziale inizia a muoversi dalle camere da letto la mattina presto col risveglio, la pulizia personale, la vestizione e la levata degli anziani. Questi preparativi occupano, assieme alla colazione e alla pulizia degli ambienti, buona parte della mattinata e culminano nella prima sessione di attività di trattamento (riabilitativo o sanitario) e/o intrattenimento (ricreativo e sociale) degli ospiti. All'ora di pranzo fa seguito il riposo pomeridiano interrotto dalla merenda e dalla seconda sessione di attività di trattamento e/o intrattenimento in spazi dedicati. Il pomeriggio trascorre veloce e la cena viene anticipata per consentire il riposo notturno degli ospiti.

I tempi com'è chiaro seguono una scansione rigida e standardizzata come d'altra parte gli spazi, che sopravvivono a chi li abita senza portare particolari segni di personalizzazione. Agli ospiti è di fatto negato ordinariamente (e in modo quasi banale) la possibilità di vivere seguendo i propri ritmi e manifestando le proprie preferenze.

Osservando le pratiche di cura e di assistenza nelle strutture residenziali si ha la sensazione che le istituzioni siano concentrate prevalentemente sull'organizzazione del lavoro di cura piuttosto che sui bisogni dei pazienti, essendo costretti questi ultimi dall'organizzazione del servizio ad occupare spazi prestabiliti con orari rigidi.

Il cuore delle strutture residenziali rimangono i moduli invariabilmente costruiti sull'asse di una corsia su cui si affacciano le camere degli ospiti. Al centro della corsia di solito si trovano un piccolo salottino e la sala da pranzo comune. Alcuni reparti hanno a disposizione una cucinotto attrezzato che viene utilizzato per scaldare le vivande preparate nella cucina centrale o da aziende esterne specializzate nei servizi di ristorazione. A questi ambienti vanno aggiunti un numero variabile di locali adibiti a deposito (biancheria sporca, materiale medico, ecc.) a disposizione del personale.

In questa scansione dello spazio nulla è lasciato all'imprevisto, anche gli aspetti più minuti della vita quotidiana dei pazienti sono regolati in modo rigido. Anche le stanze sono standard e di solito ospitano convivenze forzate fra sconosciuti, gli scarni arredi sono sempre di tipo ospedaliero: a ciascun ospite spetta un letto (reclinabile) con il corredo di un comodino ed un armadio, in alcuni casi i più fortunati hanno a disposizione una sedia ed una poltrona.

Esiste la possibilità di personalizzare in modo minimo le stanze, viene incoraggiato il fatto che gli anziani tengano con sé dei corredi, non è possibile personalizzare invece gli arredi che sono predefiniti nelle stanze anche per rispettare gli standard di sicurezza. In alcuni casi le equipe incoraggiano gli ospiti a portare con sé piccoli oggetti e foto *“anche per riconoscere il proprio posto letto”*.

Tuttavia passando per le corsie durante l'ora di pranzo si ha l'impressione che le camere non siano occupate, non ci sono segni manifesti di personalizzazione degli ambienti. Le stanze sono per lo più spoglie, così vuote da sembrare abbandonate. Nulla lascia immaginare che siano abitate (a volte) da anni dalle stesse persone. Le residenze, infatti, prima di essere un luogo di cura sono un luogo di vita in cui gli anziani devono poter coltivare la propria individualità e la propria indipendenza.

3. Le condizioni di salute degli ospiti

La ricerca ha rivelato come lo sviluppo e l'articolazione della rete dei servizi per anziani in Friuli-Venezia Giulia e in Toscana, in grado di garantire interventi di tipo domiciliare e sostenere i *caregiver* familiari e professionali attraverso *voucher* e assegni di cura, abbia come *by-product* la concentrazione all'interno delle strutture residenziali degli anziani con le condizioni di salute più compromesse. Le soluzioni residenziali sono considerate dagli operatori del settore (come dalle famiglie) *l'extrema ratio* sebbene -come avremo modo di vedere- continuino a lavorare anche come un contenitore in grado di ospitare un'utenza non sempre anziana e non sempre in condizioni critiche.

Al processo di concentrazione dei “gravi” nelle residenze ovviamente concorrono in modo significativo anche le dinamiche di invecchiamento della popolazione e l'allungamento della speranza media di vita che allargano la platea degli anziani a rischio di istituzionalizzazione.

Come è stato descritto dagli operatori intervistati la tipologia di utenza delle strutture residenziali negli ultimi quindici anni si è trasformata in termini sostanziali: si è passati in modo progressivo da un utenza composta in prevalenza da anziani relativamente autonomi

ad ospiti con un quadro clinico di norma molto compromesso che necessitano di interventi ad alta intensità assistenziale.

Gli utenti sono sempre più anziani ed hanno patologie sempre più importanti, l'ospedale cerca di delegare alle strutture residenziali il compito di gestire utenti complessi o cronici: *“a volte non sanno dove metterli secondo me, o sono periodi per cui devono farli stazionare in qualche posto più decente...”*, così cambia di sostanza anche il lavoro degli operatori che si confrontano sempre meno con *anziani* che hanno capacità residue da preservare, e sempre più con *pazienti* complessi: *“ora come ora invece ci arrivano delle cose che sono allucinanti, che hanno tremila problemi, ma tanti tanti, noi sinceramente ci troviamo spiazzati... anche gli infermieri si trovano un po' spiazzati perché l'utenza è bella pesante... è difficile da gestire”*.

Sebbene in Friuli-Venezia Giulia e Toscana la rete dei servizi socio-sanitari sia molto sviluppata e differenziata al proprio interno questo non esclude che le strutture residenziali per anziani lavorino come “punto di scarico” in cui vengono riversati i casi “intrattabili” ed i pazienti con minore potere contrattuale da tutto il circuito dei servizi. Questa dinamica di scarico, d'altra parte, è ancor più accentuata (e in parte giustificabile) nel contesto pugliese caratterizzato da maggiore debolezza e rigidità nel sistema dei servizi.

Tutte le strutture coinvolte nella ricerca accolgono persone adulte con “bisogni assimilabili” a quelli degli anziani non autosufficienti, sebbene per questi utenti sarebbe opportuno fornire risposte adeguate alla loro età, quello che succede è che vengano considerati piuttosto come un *target* profilato per quello che gli difetta.

Colpisce, in particolare, la presenza in tutte le strutture visitate di lungodegenti psichiatrici. A questi utenti psichiatrici con lunghi vissuti di istituzionalizzazione si aggiungono altri utenti psichiatrici non più giovani che si “ammalano” di demenze senili. Con una improvvisa trasformazione del proprio statuto di malati, come brillantemente sintetizzato da un operatrice intervistata: *“i matti quando diventano anziani sono principalmente anziani e non più matti”*. Negli ultimi anni la domanda di residenzialità è stata costantemente alimentata dalla psichiatria, come è stato accennato, i pazienti psichiatrici arrivati a 65 anni diventano spesso in modo automatico “dementi senili”. Anche in territori come il Friuli-Venezia Giulia, che hanno guidato (e costituiscono un riferimento) a livello nazionale come internazionale per il processo di deistituzionalizzazione psichiatrica, le politiche di salute mentale non sembrano fornire risposte adeguate agli utenti psichiatrici anziani. Sul territorio difatti le politiche di salute mentale privilegiano gli interventi di presa in carico delle persone più giovani.

Una parte degli utenti psichiatrici anziani nel contesto triestino vivono all'interno delle residenze polifunzionali e, verosimilmente, approderanno nei prossimi anni alle strutture protette quando il loro quadro complessivo di salute non sarà più compatibile con questo tipo di soluzione residenziale.

Nei moduli ad alta intensità assistenziale sono inoltre ospitate persone con profili di disabilità grave, anche giovani, provenienti da altre strutture. Gli stati vegetativi, ad esempio, non trovano altre collocazioni, ci sono persone cinquantenni con sclerosi multipla nelle strutture, o pazienti affetti da altre malattie cronico-degenerative molto giovani. In genere, sono in crescita continua le situazioni in cui l'ospedale non ha più nulla da curare: gli utenti sono gravi ma in condizioni stabili e irreversibili (il tema delle malattie cronico-degenerative). Succede che nelle strutture siano collocati anche disabili anziani, ad esempio sordo-muti, senza che nessuno sappia (ne si preoccupi di) comunicare con loro: *"questo è uno dei problemi delle case di riposo che accolgono un po' tutto, e il tutto all'interno un po' si indifferenzia"*.

Oltre a queste categorie di anziani vulnerabili sono esposti a rischio di istituzionalizzazione anche gli anziani soli e poveri, sebbene in condizioni potenzialmente compatibili con una vita autonoma, in particolare nel contesto pugliese. Le interviste hanno rivelato come alcuni anziani, ospitati nelle strutture per la debolezza o l'assenza della propria rete familiare, potrebbero essere assistiti a casa con un potenziamento della capacità di presa in carico delle politiche di welfare locale.

4. I diritti degli anziani all'interno delle strutture residenziali

"Io non voglio fare poesia, ma dovremmo cercare di capire se le persone inserite nelle strutture provano ancora sentimenti di felicità, in questo senso non abbiamo la possibilità di andare a valutare se l'azione prodotta produce questo, siamo parecchio indietro da questo punto di vista, dovremmo anche poi ragionare su quelle che sono le ricadute sociali della scommessa su un tipo di servizio, che sia diurno, residenziale, domiciliare...", verbatim estratto da una intervista

La ricerca sul campo ha evidenziato come esista un rischio di tecnicizzazione degli interventi assistenziali svuotati del loro specifico di relazione di cura, ovvero dell'attenzione al rispetto dei diritti, dei bisogni e della dignità della persona: *"l'operatore dell'assistenza è un punto di riferimento per l'anziano soprattutto per quanto riguarda gli aspetti sociali perché ne condivide la giornata, invece gli operatori sono quasi del tutto impegnati nelle operazioni di assistenza di*

base e se questo accade per lunghi periodi vuol dire togliere la personalità ad un ospite, perché non ha più un rapporto umano, ha solo un rapporto utente/assistente, è come stare in ospedale”.

Esiste una contraddizione di fatto tra la necessità di organizzare il lavoro di cura in mansioni standardizzate con tempi prefissati e la qualità della presa in carico: *“parlano tanto di individualizzare ma c’è un annullamento dell’identità dato dalla standardizzazione del lavoro e da ragioni economiche”.*

Il potere di autodeterminazione degli anziani all’interno delle strutture è molto debole, per quanto le *équipe* di tutte le strutture dichiarino e si sforzino di tutelare gli ospiti, tutti gli aspetti della vita degli anziani (alimentazione, movimento, riposo, attività di socializzazione), come abbiamo visto, sono sovradeterminati dalle esigenze di organizzazione del lavoro degli operatori: *“una persona di novanta anni con demenza da un punto di vista sociale non ha un grande potere, non è in grado di autodeterminarsi quasi per niente, anche se ha amministratore di sostegno il suo parere è debole, non ha potere”.* Anche quando un utente conserva un minimo potere contrattuale gli spazi e le reali alternative per rispettare diritti e libertà degli ospiti sono piuttosto stretti.

Sebbene le strutture visitate non manifestino particolari criticità, né durante la ricerca siano stati riscontrati segni di violenza istituzionale o evidenze di cattive pratiche, le soluzioni residenziali, a prescindere dalla loro specializzazione per *target* e dalla numerosità degli ospiti, sono tutte esposte al rischio di depersonalizzazione e reificazione degli anziani. Durante le interviste è stata utilizzata in più occasioni (e da persone diverse) l’espressione di uso comune *“lo chiudono in una casa di riposo”*, per quanto le strutture si sforzino di umanizzare le relazioni di cura, lavorano prevalentemente come “contenitori”, l’immagine della chiusura racconta ad un tempo della separatezza dalla vita civile e della compressione delle libertà e dei diritti degli ospiti nelle residenze.

Cercheremo di approfondire e dare consistenza a queste prime considerazioni generali presentando e discutendo le principali dimensioni d’osservazione legate all’area dei diritti delle persone anziane.

Per prima cosa va detto che il momento dell’ammissione degli anziani nelle strutture quasi sempre coincide con il trasferimento definitivo della loro residenza. Non esistono tempi di ricovero massimo, se non per i moduli di pronto intervento domiciliare e per i moduli riabilitativi ad alta intensità assistenziale.

Le risorse economiche degli anziani sono di norma gestite dall’economista della struttura e, in base alle indicazioni degli stessi anziani o dei loro famigliari, vengono di solito distribuite su base settimanale.

In linea generale tutte le strutture prevedono che gli ospiti autosufficienti possano uscire ed entrare liberamente dalle strutture, per uscire è necessario sottoscrivere un'assunzione di responsabilità. Le porte sono aperte nelle due direzioni, anche per ospitare familiari e parenti in molti casi liberi di accedere anche al di fuori dei normali orari di visita. In particolare, una delle quattro strutture lavora molto per la conservazione dell'autonomia possibile degli anziani anche non completamente autosufficienti, questi ultimi vengono assistiti nell'uscita se ne manifestano il desiderio ed è possibile da un punto di vista organizzativo. In alcune interviste gli anziani sono stati descritti come apatici e poco interessati ad uscire dalla struttura (se non dalla propria stanza), se è certo che le condizioni di fragilità degli ospiti scoraggiano l'esperienza dell'autonomia, non può essere trascurato come l'incapacitazione sia altresì un prodotto delle logiche istituzionali. Gli anziani si confrontano ogni giorno con attività di custodia e cura altamente strutturate e possono mettere in campo ovvi meccanismi di autodifesa e di adattamento alle regole manifeste e tacite dell'organizzazione che li ospita. Il disciplinamento associato alla gestione della vita comunitaria rischia di ridurre i gradi di autonomia esperibili perché non coerenti (o di ostacolo) all'ordinaria organizzazione di tempi, attività e spazi. Oltretutto va considerato che gli anziani si trovano, nella maggior parte dei casi, in condizioni di dipendenza materiale e psicologica nei confronti degli operatori, in un gioco a somma zero dove la loro libertà va a detrimento di chi si occupa delle cure. Se un ospite vuole autodeterminarsi e richiede flessibilità rispetto ai tempi sovradeterminati dall'organizzazione del lavoro è necessario richiedere un'autorizzazione al personale infermieristico che ha in capo la responsabilità sulle condizioni di salute degli anziani, l'esercizio dei diritti degli anziani, come vedremo nel prossimo paragrafo, può creare difficoltà agli operatori assistenziali sotto-organico.

Diversi operatori riconoscono come gli ospiti siano tagliati fuori da relazioni sociali significative e spesso si trovino in condizioni di isolamento e solitudine, va tenuto presente come, in alcuni casi, gli anziani siano lasciati nelle strutture con l'inganno e contro la loro volontà.

Nelle residenze le stanze singole sono pochissime e gli ospiti non possono scegliere i propri compagni di stanza, i posti letto si svuotano con i decessi degli anziani e i nuovi ingressi vanno a riempire questi posti divenuti disponibili. Dalle liste di attesa vengono selezionate le persone che possono essere inserite, solo in caso di manifesta incompatibilità fra gli ospiti si operano spostamenti, il principio -in generale- è quello di preservare il posto degli ospiti inseriti nella struttura da più tempo. In questo modo gli anziani si trovano in situazioni di

coabitazione forzata nelle stanze, che possono ospitare in alcune strutture sino a quattro ospiti.

Anche i posti a tavola sono assegnati, si pranza prevalentemente all'interno dei soggiorni, in sporadici casi anche nella propria stanza, se a richiederlo è un anziano con sufficiente determinazione o *“su indicazione medica”*. Nelle spiegazioni degli operatori i posti sono fissi per via dell'abitudine degli anziani, al fine di evitare possibili litigi, per ragioni di razionalizzazione nell'uso dello spazio, dovute all'ingombro delle carrozzine e alla limitatezza degli spazi dedicati alla mensa.

Gli orari dei pasti sono altrettanto rigidi e di norma piuttosto contratti, il tempo ad essi dedicato varia dai 30 ad un massimo di 60 minuti, in alcune strutture capita di cenare già a partire dalle 17.30. In un caso, gli operatori sono riusciti a posticipare l'orario della cena di un quarto d'ora dopo molte lotte.

Come racconta un intervistato il tempo dedicato alla cena è pochissimo: *“mezz'ora per la cena è allucinante, poi ti abitui a tutto, diventa una routine, ma quando facevo tirocinio ero sconvolto da questa cosa”*. Agli ospiti viene lasciato per cenare lo stesso tempo destinato alla merenda pomeridiana. Vengono mediamente impiegati 5/10 minuti per alimentare con due portate una persona, nei fatti si tratta di alimentazione forzata o quantomeno forzosa, i ritmi sono fortunatamente più distesi quando (per primi) vengono imboccati gli anziani con problemi di disfagia: *“gli ospiti devono adeguarsi, chi è fortunato ha i parenti che si dedicano a questa attività con più calma”*. Nell'alimentazione gli operatori partono dai più lenti, a cui viene fornito maggiore supporto. Alcuni operatori riferendosi agli ospiti hanno usato l'espressione: *“devono essere colazionati”*, un neologismo efficace ed onesto per descrivere il grado di passivizzazione cui sono sottoposti gli anziani in un momento affatto banale come quello dell'alimentazione: *“e quindi alimentarsi, bere e alzarsi sono doveri... ma non per il benessere della persona come individuo quindi via la personalità ma per il benessere del fisico che se si ammala costa tanto, quello che viene curato è il corpo e non la persona”*.

Le attività ricreative vengono di norma organizzate dagli animatori con una discreta variabilità dell'offerta tra le diverse strutture, in alcuni casi la programmazione culturale e le uscite sono ricchi e supportati da associazioni di volontariato, in altri, invero più frequenti, gli ospiti letteralmente *“vengono collocati nella saletta con televisione”*, questa attività di intrattenimento merita di essere brevemente descritta: mentre le prime file di anziani sono in condizione (non sempre volontaria) di vedere quello che la programmazione televisiva propone, chi sta indietro fissa la nuca dei propri compagni o più facilmente si addormenta dopo pochi minuti.

Le operazioni di alzata e movimentazione sono fatte in modo per lo più scorretto senza rispettare i tempi e la volontà degli anziani. Spesso non si usano ausili (sollevatori, ecc.) e le alzate non vengono assistite da una coppia di operatori: *“i carichi di lavoro sono imponenti soprattutto se si vuole lavorare con coscienza, quindi in due, con gli ausili e nel rispetto delle tempistiche, della dignità e della volontà dell’ospite, per farcela si taglia su cosa? sull’aspetto umano della persona e quindi... sulla volontà (degli ospiti). Via!!! Facciamo così adesso! I tempi?? Via!!! Facciamo tutto “sopra”, invece la persona dovrebbe aiutarti, invece uno, due op! I tempi sono gestiti dagli operatori, invece secondo la norma è l’ospite a gestire il tempo e l’operatore deve chiaramente ottimizzarlo usando presidi ecc., in realtà quello che vedo sempre a causa delle esigue risorse rispetto alle necessità, le azioni sono fatte in maniera scorretta, in modo intenso e completamente sopra l’ospite... quello che mi hanno insegnato è che si lavora “con” l’ospite non “sopra” l’ospite... assistiamo ad una depersonalizzazione anche qua e questi carichi pesano molto anche per la salute degli operatori”.*

Oltretutto, lavorando in sostituzione degli anziani, si creano condizioni di inabilitazione che indeboliscono le capacità residue degli ospiti con un aggravio di futuro lavoro assistenziale e sanitario.

La “messa a letto” nelle strutture inizia dalle 19.00-19.30 e termina alle 20.00-20.30. Solo in una struttura gli anziani sono relativamente liberi di scegliere i propri tempi per il riposo. Ancora una volta le parole di una operatrice intervistata sono rivelatrici: *“andare a dormire alle otto? e perché? non si può stare svegli per un discorso puramente organizzativo (...) perché c’è un unico operatore notturno e allora si lavora tutelandosi, non è giusto mettere a rischio l’anziano e sé stessi (...) poi se si lascia un anziano sveglio sino alle dieci cominciano tutti, allora perché lui si ed io no, avresti il soggiorno pieno”.*

Per quanto riguarda invece il rispetto della riservatezza e del pudore degli anziani, solo alcune strutture mettono in turno operatori di entrambi i sessi per non urtare le sensibilità o violare l’intimità degli ospiti. Un’*équipe* ha maturato la consapevolezza di tutelare gli anziani da questo punto di vista perché ci sono state in passato vibranti poteste da parte di alcune ospiti più autonome di fronte alla composizione di turni solo maschili.

Il diritto all’affettività pare formalmente riconosciuto e tutelato anche se sono assai infrequenti i casi in cui gli ospiti reclamano *privacy* per coltivare le proprie relazioni sentimentali.

Il tema della contenzione fisica e farmacologica è al centro dell’attenzione, in particolare, degli operatori del contesto triestino, qualche anno fa l’ordine dei medici di Trieste ha difatti preso posizione pubblicamente affermando che la contenzione non è un atto sanitario, non è un atto

medico e quindi non è prescrivibile. In questo territorio non esiste un protocollo sulle contenzioni in quanto, a detta degli operatori, non viene utilizzata. Da 5 anni si lavora su questo problema all'interno dei tavoli di lavoro sulla contenzione, si cerca di non ricorrere a nessun dispositivo di contenzione attraverso riunioni di *équipe*, e in ogni caso viene documentato caso per caso se l'uso di alcuni strumenti (come bandine, cinture sulla sedia a rotelle e busti rigidi) si rendono necessari per l'incolumità e la salute degli ospiti.

In tutti e tre i territori in ogni caso la contenzione fisica viene in alcuni casi richiesta da parenti e familiari per eccesso di protezione e prescritta dai medici, gli operatori tuttavia cercano di non utilizzarla, viene piuttosto aumentata l'intensità dell'intervento assistenziale.

In Toscana e Puglia c'è una minore attenzione organizzativa su questo tema e le risposte degli operatori sono state in alcuni casi contraddittorie, di sicuro l'uso di alcuni dispositivi come tavolini, cinture, bandine sono diffusi nelle strutture e bisognerebbe pensare ad un approfondimento di ricerca mirato su questo problema. L'impressione è che alcuni dispositivi tecnici siano oggetti ambigui e controversi che si prestano a modalità di utilizzo assai differenti dentro gruppi di lavoro con culture e sensibilità della presa in carico diverse (un tavolino, ad esempio, può immobilizzare un anziano o essere un piano d'appoggio per consumare un pasto, le cinture possono essere una precauzione negli spostamenti in carrozzina o trattenere permanentemente l'anziano, ecc.).

Per quanto attiene invece la contenzione farmacologica le interviste hanno rivelato come sia abbastanza diffuso il ricorso a farmaci tranquillanti, sembra che alcuni operatori usino qualche goccia in più perché gli ospiti dormano, in alcuni casi i farmaci vengono somministrati di notte da parte degli operatori assistenziali, anche se è espressamente vietato dalla legge: *“vengono somministrati tranquillanti che potrebbero essere evitati tranquillamente, dormono tutto il giorno ed ovvio che la notte non riescano a prendere sonno”*. Secondo un intervistato a circa un terzo degli ospiti vengono somministrati tranquillanti, una percentuale definita come contenuta poiché viene testualmente dichiarato: *“ho lavorato in altre cliniche dove il 60, 70% venivano sedati”*.

Se e quando gli operatori diventano famigliari di anziani ospitati all'interno di strutture residenziali affermano di essere preoccupati per le probabili condizioni di vita dei loro congiunti: *“da parente controlli tutto, diventi un rompiscatole... e ti viene tanto panico perché conosci il lavoro, no? e sai anche quando l'operatore ti dice la verità o no”*.

I *focus group* con gli operatori prevedevano una domanda di chiusura molto diretta rispetto alla possibilità che da anziani, in caso di necessità di assistenza, accettassero un ricovero all'interno della struttura residenziale in cui attualmente lavorano. Questa domanda di tipo

proiettivo ha aperto ed esplorato il campo della contraddizione tra l'organizzazione del lavoro di cura e i diritti degli ospiti delle strutture, fornendo alcune indicazioni interessanti, a proposito della qualità dei processi di cura, che saranno investigate nel prossimo paragrafo. Vale la pena di chiudere questa sezione citando alcuni fra i *verbatim* più significativi per i nostri fini.

Un'operatrice spiega: *"No (detto con tono deciso) non mi piacerebbe avere una che mi viene là alle sette del mattino e mi dice buooongiooornooooo!!!! (alzando il tono di voce) adesso la lavo... opp e mi scopre... non starei alle regole... subire imposizioni da lucida di mente, ma non sana di corpo... non sopporterei le regole (ridendo in modo nervoso)... io mi rendo conto di che brutalità psicologica facciamo a 'sti poveri anziani, io sono perfettamente cosciente e perciò non vorrei, non sopporterei... ho dovuto dare regole a loro per tanti anni: non vorrei, non le accetterei"*.

Altri intervistati parlano espressamente di *"annullamento della personalità... della dignità (primo operatore), la mancanza della dignità (seconda operatrice)"* all'interno delle strutture.

Gli operatori intervistati in larga maggioranza non vorrebbero essere ospiti della struttura in cui lavorano e, oltretutto, riconoscono come il panorama delle soluzioni residenziali debba destare preoccupazione per le condizioni di vita degli anziani: *"quando noi abbiamo lavorato dove ce n'erano quasi 100 di ospiti era un nastro, una catena di montaggio... ma allora io vado in fabbrica, faccio mille pezzi ed ho chiuso"* e ancora: *"meglio questo struttura di altre, per esperienza professionale sappiamo che c'è molto molto di peggio"*.

In un altro gruppo di discussione i partecipanti spostano la discussione sull'eventualità di ricoverare i propri genitori in una struttura residenziale arrivando a queste conclusioni lapidarie: *"Io se dovessi avere dei problemi con i miei genitori me li terrei a casa sin quando è possibile, non li manderei in casa di riposo, avendo visto nel corso degli anni quello che ho visto, mia mamma e mio papà non ci vanno, confermo... confermo (altri operatori)"*.

5. Organizzazione del lavoro di cura e qualità della presa in carico

Il progressivo peggioramento delle condizioni di salute degli anziani nelle strutture rende, come abbiamo accennato, le condizioni di lavoro per gli operatori sempre più difficili, inoltre la ricerca ha rilevato accessi nelle strutture di persone con profili di gravità non sempre compatibili con le dotazioni di organico.

Dagli operatori viene denunciato il costante aggravio dei carichi di lavoro: le condizioni di salute degli anziani nelle strutture sono sempre più delicate, ma non viene potenziato in termini corrispondenti il personale necessario per l'assistenza. Oltretutto quando i servizi vengono esternalizzati a soggetti gestori, le gare d'appalto non calcolano che nelle strutture le condizioni di salute non possono che peggiorare, con un progressivo aggravio di richieste per gli operatori.

Nelle strutture più grandi, articolate in moduli per diversi profili di intensità assistenziale, di solito gli anziani vengono spostati da un piano all'altro a seconda del livello di autosufficienza, ma le dotazioni di personale variano assai poco. In generale, in tutte le strutture, non ci sono misurazioni dei bisogni assistenziali con valutazioni sulle condizioni di salute degli ospiti cui seguano riarticolazioni e adeguamenti delle *équipe* di lavoro in base alle necessità reali.

Anche se gli operatori rispettano gli standard di personale stabiliti dalle rispettive normative regionali sono del tutto insufficienti per garantire piani di assistenza personalizzati che, sebbene vengano redatti e aggiornati a tempi debiti, rischiano di assolvere una funzione di tipo puramente formale, cui non corrispondono adeguate pratiche assistenziali.

Gli spazi per garantire interventi personalizzati agli utenti sono minimi, i tempi stretti e la necessità di standardizzare e rendere efficienti da un punto di vista economico azioni ed interventi di cura mortificano le singolarità, i bisogni e le richieste individuali. I PAI restano *"carta, solo carta"*, non sono lo strumento posto al centro dell'operatività e raramente orientano l'attività di infermieri e OSS.

Il carico di lavoro per gli operatori è elevato, le attività standardizzate previste ad orari prefissati non lasciano spazio per una relazione di cura che abbia al centro i diritti delle persone anziane, a volte un piccolo imprevisto, come un malore di un anziano, può mettere sotto pressione un intero turno di lavoro: *"Noi abbiamo da un lato un protocollo che prevede l'utilizzazione dell'unità di valutazione multidisciplinare che ricama intorno all'utente un percorso di assistenza e cura personalizzato e dall'altra abbiamo i tempi che prevedono che ci si sveglia alla mattina alle 6 30, poi c'è da fare cinque bagni assistiti, c'è da alzare le persone per la colazione, c'è da portarli in refettorio o in sala pranzo e queste cose devono essere fatte in determinati tempi perché se questo non avviene salta l'intera giornata..."*.

Lavorare costantemente sotto pressione e con fretta è logorante per i lavoratori e toglie dignità agli ospiti che vengono reificati, paradossalmente gli anziani vengono oggettivati per essere accuditi, i compiti di assistenza tolgono tempo a relazioni centrate sulla persona: *"anziché dedicarsi all'ospite come si dovrebbe... relazionarsi... te tu devi fare... (batte le mani per scandire un ritmo veloce)... tante volte hanno bisogno di parlare quei cinque minuti e se tu ci*

stai quei cinque minuti tu rimani indietro e lasci il peso ai colleghi che vengono il turno successivo”.

L'attuale modello di cura è direttamente sovradeterminato dal livello di risorse stanziato per le strutture, l'organizzazione è intesa soprattutto come razionalizzazione e ottimizzazione di un *budget* alimentato dalle rette.

In questa prospettiva l'organizzazione dei turni di lavoro struttura e condiziona pesantemente gli interventi di cura perché ci si alza, si mangia, si va in bagno, ci si lava e si dorme con orari e frequenze mai scelti dagli ospiti.

Perché si possa parlare di qualità dei processi di cura riprendendo le parole di un intervistato: *“l'organizzazione del lavoro dovrebbe basarsi sulle esigenze dell'ospite e non il contrario”*, ma questo postulato appare impossibile da rispettare in queste condizioni di quadro. Ad esempio, capita che gli operatori anticipino le alzate degli ospiti la mattina per portarsi avanti col lavoro, così in una struttura il turno notturno agevola chi entra col turno di mattina ed inizia ad alzare le persone alle 5/ 5,15 perché siano pronti per la fisioterapia alla 8,30: *“alzare una persona che può avere più problemi di altri alle cinque e fargli aspettare la colazione sino alle 8 mi pare una cosa molto brutta umanamente, però purtroppo per l'organizzazione per arrivare con gli orari in tempi giusti si deve fare”*.

Le pratiche di deistituzionalizzazione psichiatrica hanno insegnato che “non è l'ospite a doversi adattare all'istituzione ma l'istituzione all'ospite”, partire da questo assunto porterebbe con sé ovvie conseguenze per l'insieme di attività che riguardano ospiti e lavoratori, oltre ad imporre un ripensamento delle logiche con cui vengono appaltati i servizi e gestiti i bilanci delle strutture.

Nella situazione attuale ogni operatore all'interno del proprio turno può dedicare dai dieci ai quindici minuti ad ospite, in larga parte impiegati nelle operazioni di igiene personale degli anziani, un lavoro “efficiente” con questi minutaggi non lascia spazio per nessuna forma di relazione. I vincoli che determinano questo modello di organizzazione del lavoro lasciano gli operatori ossessionati dal *“panico di far tardi... di non riuscire”* che viene trasmesso agli ospiti, rispettare questo tipo di scansione delle attività rende tutti nervosi.

Al contrario in virtù della rilevanza sanitaria delle attività assistenziali sarebbe necessario presidiare la qualità degli interventi: *“l'ospedalizzazione costa 10 volte tanto la casa di riposo e quindi c'è un grande interesse perché le operazioni di assistenza di base (alimentazione, idratazione, pulizia personale, movimentazione) siano fatte al meglio e questo è giustissimo perché vanno a tutelare l'anziano, ma, fatte in carenza di personale, diventano situazioni nevrotiche (...) penalizzando quello che dovrebbe essere messo al primo posto, ovvero la libertà*

dell'ospite, i tempi dell'ospite e anche la personalità dell'ospite... che può non volere, che può star male, che può avere altri tempi, che può volere stare a letto”.

Sebbene gli operatori siano informati sulle condizioni di salute degli anziani meglio di chiunque altro, dal momento che sono a stretto contatto con gli ospiti, nei piani di lavoro assistenziali (cui partecipano oltre agli OSS, l'infermiere, il fisioterapista e l'animatore) le loro valutazioni sono poco valorizzate e tenute in conto solo per quanto attiene gli aspetti legati all'assistenza di base di cui abbiamo reso conto in precedenza.

Lo scarso corredo informativo “richiesto” agli operatori viene poi trasformato dai coordinatori in mansioni per gli stessi OSS, con scarsa integrazione e confronto costruttivo tra professionalità.

I piani di assistenza individualizzata, oltre ad essere uno strumento spesso usato in termini formali, inoltre non prevedono la compartecipazione diretta degli utenti né ascoltano la voce degli anziani nonostante spesso gli operatori assistenziali si facciano carico di rappresentarla, in buona sostanza i diritti degli assistiti non vengono tenuti in considerazione come un aspetto che viene prima degli interventi di tipo tecnico e specialistico.

Così l'ultima parola sugli interventi da mettere in campo spetta al personale infermieristico: *“gli infermieri decidono tutto, quanto ospiti devono stare a letto o in piedi, quanto e come debbano mangiare, eccetera”*, in un contesto organizzativo in cui le riunioni d'équipe per definire e migliorare il raccordo operativo sono poco frequenti, come sono scarse le riunioni di modulo e quelle di struttura. Le riunioni in alcuni casi vengono oltretutto utilizzate impropriamente e trasformate in spazi in cui i soggetti gestori delle strutture comunicano informazioni ai propri lavoratori, piuttosto che fare il punto sull'organizzazione delle attività di cura. Mancano momenti e luoghi in cui l'organizzazione si fermi e rifletta sul proprio operato, in cui le pratiche buone o cattive o gli atteggiamenti deontologicamente inappropriati possano essere discussi nel gruppo di lavoro. Le riunioni d'équipe invece potrebbero essere uno spazio ed un terreno strategico per migliorare la qualità della cura, anche attraverso un maggior dialogo tra lavoratori e direzione, queste attività vengono al contrario interpretate e considerate come non produttive.

Anche le attività di supervisione psicologica delle *équipe* sono quasi del tutto assenti e comunque giudicate come insufficienti per discutere problemi di rilevanza organizzativa.

Quasi tutti gli ospiti secondo gli operatori potrebbero conservare buona parte delle proprie capacità residue con un organico di professionisti più ampio e qualificato e con tempi di lavoro meno contratti.

La presenza negli organici di un fisioterapista garantirebbe maggiore attenzione alla conservazione della capacità di movimento degli ospiti con minore aggravio per operatori che si devono occupare delle levate e della movimentazione degli ospiti: *“Sai bene che rendere autonomia alla persona significa dargli il tempo di... di alzarsi... di ricordargli quello che deve fare... il nostro lavoro potrebbe essere migliore, se devi dare l'impostazione di un ospite lo fa la fisioterapista che potrebbe impostare il lavoro correttamente già dall'alzata dandogli tempo (...) sarebbe bello conservare le capacità residue”*. Su questo punto gli operatori hanno le idee molto chiare: *“lavorare in sostituzione dell'ospite è più efficiente, si movimenta un corpo ma è un boomerang... nel breve periodo fai prima, ma poi le condizioni degli ospiti degenerano e quindi tu devi fare sempre di più come operatore, l'ospite è sempre meno autonomo, hai fatto prima una volta ma poi devi fare sempre prima, peggiora sempre e tu gli corri dietro e togli tempo a lui e a te stesso”*.

Anche la presenza dei medici di medicina generale degli anziani per le visite ai propri assistiti viene considerato come un fattore molto positivo perché permette di mantenere un controllo e un'attenzione sulla salute degli anziani esterno alla struttura. Come è stato precisato durante un colloquio il problema in questo caso è che *“i pazienti mantengono il proprio medico di medicina generale... sono i medici che non mantengono i propri pazienti”*, così è frequente che le strutture facciano affidamento ad uno o più medici convenzionati che effettuano visite settimanali all'interno della struttura per tutti gli anziani, ma evidentemente si tratta di un rapporto di cura del tutto diverso.

La ricerca sul campo ha evidenziato infine come nelle strutture non esistano indicatori strutturati per valutazione della qualità dei processi di cura. In alcuni casi vengono organizzati censimenti sul grado di soddisfazione degli ospiti. Vengono effettuate inoltre verifiche di *routine* da parte del dipartimento per la prevenzione delle aziende sanitarie: controlli sulla sicurezza degli ambienti, degli alimenti e sulle condizioni igieniche.

6. I lavoratori nelle strutture residenziali per anziani

6.1 Formazione professionale e formazione continua degli operatori

La crisi economica di questi anni ha avvicinato alle professioni di cura, per cui esiste a tutt'oggi una domanda significativa nel mercato del lavoro, anche persone poco empatiche e con scarsa propensione per questo tipo di attività.

Capita che gli operatori abbiano alle spalle dei percorsi formativi modesti di “competenze minime” rivolti prevalentemente a lavoratori disoccupati e a cittadini stranieri, e che vengano messe “in produzione” dentro organizzazioni poco attrezzate (e interessate) a prevedere percorsi di formazione *on the job*. I lavoratori poco formati e poco seguiti tendono a lavorare sulle prestazioni e sul loro mansionario, a meno che non siano inseriti dentro un contesto organizzativo attento.

I corsi di formazione continua e aggiornamento professionale del personale in servizio promossi a livello regionale non sempre hanno un disegno formativo coerente, sono giudicati abbastanza episodici e poco centrati sulla professioni di cura, durante un'intervista un operatore afferma: *“erano corsi perché bisognava fare i corsi”*.

Oltretutto seguire i corsi di formazione e aggiornamento costituisce un impegno che i lavoratori giudicano piuttosto oneroso perché si va a sommare al lavoro scandito in turni. Per la frequenza dei corsi obbligatori viene corrisposta la paga oraria piena, mentre i corsi facoltativi hanno, di norma, un riconoscimento forfettario.

In generale non esistono incentivi alla formazione permanente, le cooperative non organizzano i turni in modo tale da favorirne la frequenza. Vengono fornite anche poche informazioni ai lavoratori sulle opportunità di formazione.

Tuttavia esistono, e dovrebbero essere valorizzate, esperienze formative di qualità nei territori, ad esempio nel contesto triestino azienda per i servizi sanitari e distretti hanno costruito contesti di formazione e aggiornamento per scoraggiare pratiche incapacitanti e per il recupero delle abilità residue degli anziani, cercando di lavorare su questo con gli operatori e ottenendo buoni risultati.

Per rivalutare la supervisione vissuta spesso come un'incombenza di scarso valore dai lavoratori, la prospettiva perseguita all'interno di un contesto territoriale è quella di utilizzare in futuro i momenti dedicati alla supervisione degli operatori come un'occasione di formazione discutendo temi e problemi rilevanti per l'organizzazione. Questa possibilità potrebbe essere un elemento per lavorare sulla cultura della presa in carico ed individuare standard di qualità condivisi nelle équipes.

6.2 I rapporti tra operatori assistenziali e personale infermieristico

I rapporti tra il personale infermieristico e assistenziale sono piuttosto diversificati nei territori e non è semplice operare generalizzazioni. Ci limiteremo qui a segnalare alcuni nodi

problematici e spunti di riflessione, consapevoli dei molti fattori e variabili che entrano in gioco e condizionano questa relazione.

Per prima cosa va detto che il personale infermieristico e assistenziale si differenziano per percorsi formativi, statuti professionali, riconoscimento sociale e responsabilità e questi elementi di separazione e distanziamento generano un rapporto di potere statutariamente asimmetrico. A questi aspetti va aggiunta un'ulteriore linea di demarcazione tra lavoratori del settore pubblico e privato che complica ulteriormente i rapporti tra queste figure professionali.

Alcuni contesti organizzativi riescono a mettere in valore queste diversità anche attraverso la gestione di conflitti, combinando e valorizzando saperi formali ed esperienziali, competenze tecniche e qualità della relazione, una prospettiva sanitaria con uno sguardo sociale, responsabilità individuali e collettive. In altri contesti, questi stessi elementi confliggono senza arrivare ad integrarsi e sottraendo capacità individuali e collettive all'organizzazione.

Qui vale la pena di descrivere due scenari reali, osservati durante la ricerca empirica, fortemente divergenti per stili di lavoro e culture di servizio.

Nel primo caso, il personale infermieristico è formato da dipendenti dell'azienda sanitaria, mentre gli operatori assistenziali sono dipendenti di una cooperativa. C'è un buon grado di collaborazione, un confronto continuo tra i referenti delle due attività, gli obiettivi della presa in carico vengono condivisi con il personale assistenziale, che è cresciuto professionalmente condividendo la stessa prospettiva: gli OSS sono stati formati con attenzione alle metodiche di intervento proattive figlie delle pratiche di deistituzionalizzazione. Un terreno di incontri formativi congiunti su tematiche specifiche (ad esempio contenzione, incontinenza), e la presa in consegna condivisa di problemi dell'organizzazione del lavoro di cura stanno producendo una buona collaborazione.

Nel secondo caso, infermieri e operatori assistenziali appartengono alla stessa organizzazione, l'asimmetria di potere tra queste figure professionali finisce per stabilire relazioni gerarchiche in cui la prospettiva degli operatori assistenziali non viene accolta né ritenuta fondata da un punto di vista professionale. In realtà, come abbiamo detto, gli OSS conoscono bene le condizioni di salute degli ospiti e il loro punto di vista potrebbe essere prezioso dentro *équipe* di lavoro ben strutturate. In questa situazione gli infermieri non riconoscono invece valore alle valutazioni del personale assistenziale sullo stato di salute degli ospiti, il reparto infermieristico lavora in modo indipendente, non c'è lavoro di *équipe*, quando ci sono degli scambi di informazioni sono molto limitati a specifici aspetti.

Le osservazioni di un OSS all'interno di *focus group* rendono esplicito quanto queste due professionalità debbano al contrario interagire per lavorare in modo scrupoloso sulla qualità della presa in carico degli anziani: *“I rapporti tra settore infermieristico e settore assistenziale sono difficili, molto difficili perché diciamo che il benessere sanitario dell'ospite, non solo sociale, dipende da fattori di assistenza di base quali la mobilitazione, la corretta idratazione, la corretta alimentazione... queste sono manovre pesanti con ospiti difficili, si può immaginare, con ospiti allettati, persone anchilosate, chiuse così, persone disfagiche che non mangiano, che non bevono... Questa situazione è a carico degli addetti all'assistenza, e il ruolo dell'infermiere è un ruolo di controllo, di tutela e di somministrazione della terapia”*.

Come abbiamo detto, le basi informative più ricche sugli ospiti sono quelle che provengono dagli operatori assistenziali che stanno a stretto contatto con ospiti ed hanno significato e valenza anche sanitaria in quanto forniscono elementi per migliorare l'accuratezza degli interventi sanitari. Gli infermieri che hanno responsabilità civile sugli ospiti e sull'operato degli OSS, in questo secondo caso, sono molto preoccupati e tendono ad accentrare il potere decisionale sugli anziani, al posto di gestire supervisione e valutazioni anche attraverso il confronto con altre professionalità.

6.3 Contratti, turni e vertenze

La ricerca ha rivelato come, in alcuni casi, l'inquadramento contrattuale non corrisponda alle mansioni reali degli operatori, capita che lavoratori siano inquadrati come ADB (assistenti di base) anche se formazione e mansioni sono da OSS. In altri casi, gli OSS vengono impiegati per mansioni al di fuori dalle loro competenze, soprattutto con richieste di tipo sanitario che richiederebbero supervisione di tipo infermieristico, altre volte con richieste generiche e non qualificate che nulla hanno a che vedere con i compiti assistenziali.

I contratti di categoria (UNEBA e ANASTE) sono scaduti nel 2009 ed in attesa di rinnovo, le cooperative sociali non vogliono corrispondere un aumento di 20 euro agli operatori socio-sanitari.

Un operatore socio-sanitario di una cooperativa sociale guadagna in media 250 euro in meno al mese di un proprio omologo dipendente in ospedale con contratto nazionale del comparto sanitario pubblico, oltretutto per i dipendenti delle cooperative il monte ore settimanale è di 38 ore contro 36 per i dipendenti della sanità pubblica. I premi di produttività per le cooperative ammontano a 200 euro annui, mentre i lavoratori della sanità hanno un premio pari ad una mensilità. Rispetto ai colleghi che lavorano per il servizio pubblico ai lavoratori

del comparto privato dunque vengono riconosciute tariffe orarie più basse e minori indennità a parità di mansioni.

I *focus group* con i lavoratori hanno rivelato inoltre come in alcuni casi non vengano riconosciuti gli straordinari a chi lavora. Questa criticità riguarda in modo quasi esclusivo gli operatori socio-assistenziali, il personale infermieristico viene impiegato in compiti e mansioni specialistiche più rigidamente riconosciute e organizzate in prestazioni.

Nel passaggio dalla gestione diretta del personale assistenziale da parte dei comuni alle esternalizzazioni alle cooperative il numero degli operatori è diminuito almeno del 20%, mentre sono aumentate le mansioni in carico ad ogni operatore: *“questo da anche più fastidio perché vuol dire che l’anziano è diventato un numero, un modo per avere un’entrata, non viene rispettata la sua dignità, la sua personalità, il suo modo di essere”*.

Per quanto riguarda invece l’organizzazione dei turni di lavoro, secondo le indicazioni contenute nella legge 626/1994, il cosiddetto turno in quinta (turno pomeridiano, turno di mattina, turno di notte, giorno libero, per poi ricominciare con turno pomeridiano) assicurerebbe le condizioni di recupero psico-fisico migliori per i lavoratori. Nel contratto delle cooperative sociali, al contrario, il turno in quinta non viene mai applicato perché cinque turni di notte al mese porterebbero ad una maggiorazione del 10% dello stipendio su queste ore. Lavorando invece col turno in ottava, in cui si fa una notte ogni otto giorni di calendario, non si raggiunge mai la quinta notte mensile e, in ragione di ciò, si risparmiano mensilmente circa 75 euro lordi a lavoratore (questo il differenziale nella retribuzione tra turno in quinta e turno in ottava). Con questo sistema di turnazione tuttavia non si presta attenzione al recupero psico-fisico del lavoratore né alla qualità del lavoro, ma solo alla maggiore economicità. Questo evidentemente impatta sulla vita dei lavoratori e sulla qualità dei processi di cura nelle strutture residenziali.

6.4 Malattie professionali

Quanto prendersi cura degli anziani fa ammalare gli operatori? Non solo gli ospiti delle strutture residenziali sono condotti ad una progressiva invalidazione e alla perdita di capacità residue a causa della taylorizzazione degli interventi, oltre a questo tipo di invalidazione prodotta, esiste nelle strutture un secondo livello di invalidazione che non riguarda gli ospiti ma gli operatori, per cui *“prima fai in fretta e poi ti spacchi la schiena”*. Come abbiamo, visto per portare a termine le attività previste per ciascun turno di lavoro e velocizzare gli interventi, spesso non vengono utilizzati ausili e tecniche corrette per sollevamento degli

ospiti, questo comporta un'esposizione al rischio di logorio fisico per i lavoratori. In particolare, gli operatori maschi si occupano dei compiti più gravosi. Su questo aspetto c'è una grande reticenza da parte dei lavoratori perché una malattia professionale può significare inidoneità e quindi licenziamento. Per questo motivo spesso vengono mascherate patologie anche invalidanti per anni per non rischiare di perdere il proprio posto di lavoro, il quadro è viziato da questo timore di fondo. Alcune delegazioni locali di funzione pubblica stanno avviando un monitoraggio sull'incidenza degli infortuni e della malattia e una campagna sulle malattie professionali che potrebbero in futuro approfondire questo tema, raccogliendo dati quantitativi aggiornati.

Il rischio *burn out* è molto elevato per tutte le professioni di cura e all'interno delle strutture residenziali sono forti le pressioni combinate degli ospiti e dell'organizzazione del lavoro. Secondo un intervistato diversi suoi colleghi si trovano in uno stato non riconosciuto di sofferenza psichica: *"sono nevrotici e questo porta ad una cultura del lavoro nevrotica, ci sono disturbi delle personalità che coinvolgono interi gruppi di lavoro"*.

In effetti, si tratta di un lavoro molto dispendioso che quotidianamente mette a contatto con la sofferenza, inoltre si è incastrati dentro un ciclo di attività con tempi molto rigidi e capita di doversi confrontare con imprevisti e variabilità, tutte situazioni che inducono all'ansia e allo stress. Le condizioni di lavoro sono tali da sottoporre costantemente gli operatori ad elementi di distorsione della loro personalità per poter andare avanti: *"si accetta di essere persone diverse sul luogo di lavoro per lo stipendio: per depersonalizzare l'ospite devo anche io depersonalizzarmi, altrimenti non ce la faccio... e questo è grave... è grave!!!"*.

In questo quadro *"mettersi in malattia"* è una forma di autodifesa, una cesura per potersi riprendere dallo stress e recuperare energie psico-fisiche.

Legislazione, strumenti, documenti Regione Friuli-Venezia Giulia

- L. r. 33/1988, art. 15 b. u.r. 05/05/1990, n. 59 decreto del presidente della giunta 14 febbraio 1990, n. 083/pres. regolamento di esecuzione previsto, per le strutture di accogliimento residenziale per finalità assistenziali, dai commi 3 e 4 dell'articolo 15 della legge regionale 19 maggio 1988, n. 33
- Legge regionale 31/03/2006, n. 006 sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale
- Dgr 1977 dd. 3.8.2005 visto il regolamento di esecuzione per le strutture di accogliimento residenziale per finalità assistenziali, previsto dai commi 3 e 4 dell'articolo 15 della legge regionale 19 maggio 1988, n. 33, approvato con d (regolamento vecchio modificato)
- Regolamento di definizione dei requisiti minimi strutturali, tecnologici e organizzativi nonché delle procedure per il rilascio dell'autorizzazione alla costruzione, ampliamento, adattamento, trasformazione o trasferimento delle strutture residenziali per anziani e per il rilascio dell'autorizzazione all'esercizio delle relative attività (non ancora applicato)
- Linee guida regionali per la predisposizione del piano di zona
- Testo coordinato del regolamento di attuazione del fondo per l'autonomia possibile e per l'assistenza a lungo termine di cui all'articolo 41 della legge regionale 31 marzo 2006, n. 6 "sistema integrato di interventi e servizi per la promozione e la tutela dei diritti di cittadinanza sociale" (e collegati)
- "Si. con. te." finalità generali e specifiche del programma e regolamento
- Relazione previsionale e programmatica comune di Trieste deliberazione consiliare n. 27 dd. 26 aprile 2012
- Capitolato speciale d'appalto per l'affidamento dei servizi integrati di assistenza diretta agli ospiti, ristorazione, pulizia, lavanderia ed altri servizi ausiliari presso le strutture residenziali del comune di Trieste
- Progetto condominio solidale ITIS
- Comune di Muggia - ente gestore della casa di riposo e del servizio sociale dei comuni dell'ambito 1.3 - Muggia, San Dorligo della valle/Dolin
- Capitolato speciale d'onere per la gestione di servizi e interventi di assistenza residenziale presso la casa di riposo comunale e domiciliare per il servizio sociale dei comuni ambito 1.3
- VALGRAF
- BINA

Legislazione, strumenti, documenti Regione Toscana

- Decreto del Presidente della Giunta Regionale 26 marzo 2008, n. 15/R Regolamento di attuazione dell' articolo 62 della legge regionale 24 febbraio 2005, n. 41 (Sistema integrato di interventi e servizi per la tutela dei diritti di cittadinanza sociale)
- Legge Regionale 28 Dicembre 2009, n. 82 Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato
- Legge Regionale Decreto del Presidente della Giunta Regionale 3 marzo 2010, n. 29/R Regolamento di attuazione della l. r. 28 dicembre 2009, n. 82 (Accreditamento delle strutture e dei servizi alla persona del sistema sociale integrato). (Bollettino Ufficiale n. 15, parte prima, del 10.03.2010)
- Decreto n. 1354 del 25 marzo 2010 Direzione Generale diritto alla salute e politiche di solidarietà Area di Coordinamento politiche sociali integrate Settore integrazione sociosanitaria e non autosufficienza

- Carta dei servizi residenza sanitaria assistenziale “Rosa Giorgi”
- Dati su rapporto di spesa residenzialità/domiciliarità
- Regolamento residenza sanitaria assistenziale “Rosa Giorgi”
- Materiale informativo rete servizi di assistenza persone non autosufficienti

Legislazione, strumenti, documenti Regione Puglia

- LEGGE REGIONALE 10 luglio 2006, n. 19 "Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini in Puglia"
- REGOLAMENTO REGIONALE 18 gennaio 2007, n. 4 Legge Regionale 10 luglio 2006, n. 19 – “Disciplina del sistema integrato dei servizi sociali per la dignità e il benessere delle donne e degli uomini di Puglia”
- Progetto Affidato anziani
- Statuto casa di riposo
- Carta dei servizi dell’ASP Casa di Riposo “Vittorio Emanuele II” di Bari
- Domanda di ammissione alla struttura
- Scheda biografica utenti
- Barthel index: valutazione della disabilità
- Piano individualizzato di assistenza

Canovaccio interviste e focus group

Temi, problemi, questioni investigati organizzati per aree e macrotemi.

1. Basi informative

Attenzione specifica alle basi informative con cui vengono costruite e compilate le schede di valutazione dello stato di salute degli anziani, verificare se e quanto spazio è previsto per l'anamnesi sociale, vengono considerati biografia e contesto di vita anziani?

La struttura residenziale in quale rapporto sta con i servizi sociali e sanitari territoriali?

Nella rete dei servizi socio-sanitari quali gli interventi e i progetti che cercano di mantenere al proprio domicilio gli anziani?

Descrivere qual è l'iter che porta all'ammissione nella struttura residenziale

Si utilizzano strumenti di valutazione dello stato di salute degli anziani? Quali? Come il corredo informativo di questi strumenti instrada e struttura le relazioni tra anziani e operatori e gli stessi processi di cura?

Nella struttura ci sono ricoverati non anziani? Per quale motivo si trovano nella struttura?

Le strutture per non-autosufficienti accolgono persone realmente non autosufficienti?

2. Area dei diritti della persona anziana

Mantenimento/abolizione dell'esercizio dei diritti

Sovradeterminazione modi/tempo/spazio di vita

Gli operatori costruiscono rapporti fondati su un eccesso di protezione?

Lavorano in sostituzione degli anziani? Vengono costruiti percorsi di incapacitazione e dipendenza dall'istituzione? Mettono in campo dinamiche inferiorizzanti?

In relazione alla contenzione fisica osservare se non viene riconosciuta/dichiarata allorché le persone sono "bloccate" ed impedito nel libero movimento con bandine, seggioloni, etc.

Come e se gli anziani sono informati sulla durata del ricovero e sull'intensità della presa in carico.

Gli anziani entrano "volontariamente" nella struttura?

E' previsto un tempo di ricovero massimo?

Ci sono ricoveri temporanei reiterati che diventano definitivi?

L'ammissione della persona nella struttura determina la perdita della residenza?

Con il ricovero nella struttura si avvia un percorso giuridico di inabilitazione o interdizione o di richiesta di amministratore di sostegno? Quanti sono gli anziani nella struttura in oggetto inabilitati, interdetti, con amministratore di sostegno?

Chi è l'interlocutore di riferimento per la struttura residenziale: l'anziano o la sua famiglia?

Le porte della struttura sono chiuse o aperte? Gli anziani sono liberi di entrare ed uscire? Se non escono da soli, possono uscire accompagnati da amici, familiari, etc.?

Gli anziani sono liberi di muoversi e permanere liberamente negli spazi all'interno della struttura? Questo aspetto viene incoraggiato nella struttura?

Gli anziani dispongono liberamente dei propri documenti di identità e sanitari?

Gli oggetti personali possono essere tenuti, quali?

Gli anziani possono prendere decisioni in modo libero? Possono autodeterminarsi (tempo, spazio, azione)?

Possono scegliere la/e persone con cui condividere la stanza? Possono scegliere vicino a chi mangiare?

Gli anziani possono disporre del proprio denaro? I soldi degli anziani sono gestiti dall'istituzione? Attraverso quali meccanismi?

Questione del rispetto della privacy. Se un/a anziano/a chiede di essere supportato nel lavarsi, etc.. da personale dello stesso genere, si risponde a questa richiesta? Come?

Quanto tempo viene lasciato per consumare i pasti? Qual è la qualità del cibo? Ci sono possibilità di scegliere cosa e quando mangiare? E' possibile scegliere il proprio posto a tavola? Può essere modificato?

Incontinenza viene favorita? Quando si decide di far indossare pannoloni? Qual è il rapporto tra numero di ospiti e numero di gabinetti?

E' riconosciuto il diritto alla sessualità? Se due ospiti intrattengono una relazione affettiva possono vivere assieme?

Sono regolati gli orari delle visite di familiari, amici, etc?

Vengono utilizzati metodi di contenzione fisica? Se sì, in quali situazioni? Per quante ore/giorni ? Chi dispone la contenzione? Viene interessato un sanitario? I familiari sono informati? Viene chiesto il consenso? C'è un registro delle contenzioni?

Quali strumenti di contenzione fisica: fascia addominale, corpetti, carrozzine e tavolini posizionati per impedire movimento, inclinazione o rotelle carrozzina, freni carrozzina, sponde ai letti, tute notturne contro manomissione del pannolone?

Vengono utilizzati farmaci aggiuntivi quando le persone sono contenute?

Somministrazione forzata di farmaci per far dormire gli anziani?

Uso della contenzione per evitare ricoveri in ospedale spesso risponde alla necessità di ottenere punteggi alti nelle certificazioni di qualità che attribuiscono importanza a questo indicatore.

3. Il *setting* spaziale delle strutture residenziali e gli spazi di vita degli ospiti

Standardizzazione e spersonalizzazione dello spazio. Presenza/assenza di spazi laschi. Rapporto tra dentro e fuori la struttura.

Quale arredo per una stanza tipo? Il regolamento vieta di personalizzare lo spazio?

Questione della coabitazione forzata fra estranei. Quali sono i criteri utilizzati per la composizione delle camere? I posti letto si liberano con decessi degli anziani e vengono riacquistati seguendo liste di attesa?

Quante persone sono libere di entrare/uscire dalla struttura? Quante persone invece potrebbero farlo se diventasse un obiettivo da perseguire per l'organizzazione?

Quante persone tornano in famiglia (per ricorrenze, feste, ecc.) con quale frequenza? Quante persone ricevono visite e con quale frequenza?

La struttura può essere raggiunta comodamente con mezzi pubblici? Quanto dista dal centro città? E' inserita in un quartiere? Quali sono le caratteristiche urbanistiche e sociali della porzione di città in cui si trova la struttura? E' isolata? Quali scambi intrattiene col territorio?

Sono previste attività con gli anziani fuori dalla struttura? Ci sono attività che invece dall'esterno entrano nella struttura e sono rivolte o coinvolgono gli anziani?

Qual è l'iter burocratico da seguire per organizzare attività fuori dalla struttura?

Esistono reparti protetti? Per chi sono pensati? Che tipo di accorgimenti organizzativi e spaziali sono previsti in questi spazi?

4. Organizzazione dei tempi di vita degli ospiti e del lavoro di cura degli operatori

Come è scandito e organizzato il tempo di vita degli ospiti? Come è organizzato il lavoro degli operatori e con quali margini di flessibilità?

Orari in cui può essere scomposta una giornata di lavoro? Ovvero una giornata di vita per gli ospiti? Quali sono gli orari dei turni? Come condizionano l'organizzazione del tempo di vita degli ospiti?

Verificare questa giornata tipo: alzata (7-10), pranzo (12-12,30), messa a letto pomeridiana (13,45), alzata pomeridiana, cena (18), messa a letto serale (termina alle 19.15???)

Questione della standardizzazione degli interventi. Le procedure di lavoro degli operatori sono standardizzate?

Contraddizione tra piani di assistenza individualizzata (PAI) e procedure altamente standardizzate prodotte dall'organizzazione del lavoro.

Chi assicura le prestazioni sanitarie nella struttura? Ci sono contatti con MMG e servizi territoriali? Il MMG dell'anziano quando è ricoverato cambia? Sono predisposte delle visite periodiche per gli ospiti? Ogni quanto?

Qual è il grado di integrazione funzionale ed operativa con gli altri servizi presenti nel territorio? Quali gli operatori sanitari garantiti in maniera diretta dall'Asl? Quali verifiche sanitarie sulla struttura e sulle persone da parte dell'Asl?

Il tema della medicalizzazione dei processi di cura: è possibile rintracciare uno slittamento da pratiche assistenziali verso interventi di natura sanitaria (o giustificati per ragioni sanitarie)?

All'interno dell'organizzazione vengono costruiti dispositivi di interdizione *de facto*?

Vengono individuati standard di valutazione della qualità delle prestazioni? Quali?

Situazione del personale e loro tipologie contrattuali, quali problemi vengono percepiti come più rilevanti. Cosa si potrebbe fare per migliorare condizioni di lavoro? Cosa per migliorare la qualità dei processi di cura.

Questione dei cosiddetti operatori "invalidati". L'immobilizzazione dell'anziano favorita dall'ente che rinuncia ad interventi riabilitativi mirati, produce usura fisica e *burn out* negli operatori.

All'interno della struttura operano volontari? Con quali funzioni? Come si rapportano con gli operatori?