

Anno 2, n. 6
Dicembre 2006
Registrazione del Tribunale di
Vicenza n° 1114 del 02.09.2005
Redazione: Via De Mori, 17
36100 Vicenza
tel. e fax 0444.505717

PdE

Rivista di psicologia applicata all'emergenza, alla sicurezza e all'ambiente

Sommario:

Editoriale

Sistemi di gestione della sicurezza sul lavoro (SGSL): per chi e perché?	pag. 1
Peer supporter: un modello su cui riflettere	pag. 2
Il fenomeno cadute in un reparto per anziani con demenza	pag. 4
Intersezioni	pag. 7
	pag. 11

PdE

Direttore responsabile

Mauro Zamberlan

Direttore scientifico

Antonio Zuliani

Redazione:

Lucia De Antoni, Roberto De
Filippo.

*Hanno collaborato a questo
numero:* Emanuela Bellotto
(Direttore SPISAL di Vicenza),
Keleana de Marzi (psicologa)

EDITORIALE

Con il numero 6 si chiude la seconda annata della rivista. Si tratta di un numero particolare per i temi trattati, atti anche a suscitare un proficuo dibattito.

Si inizia con la presentazione di una riflessione su di un tema sempre alla ribalta: gli incidenti sul lavoro. Essi non sono una "tragica fatalità", ma possono essere efficacemente affrontati se le aziende, siano esse pubbliche o private, sapranno adottare un Sistema di Gestione della Sicurezza sul Lavoro. Una prassi virtuosa e non solo un adempimento di legge.

Il secondo contributo apre un dibattito su di una figura che nei paesi nord americani e di lingua tedesca sta avendo una notevole diffusione nel settore dell'emergenza: il peer supporter. Si tratta di una figura inserita nelle diverse organizzazioni di soccorso che sappia supportare i colleghi nei momento emotivamente più difficili.

Infine, un contributo che desidera aggiornare quanto già scritto nel numero 3 di PdE: è possibile condurre analisi dettagliate delle situazioni nei quali gli incidenti sono quotidiani, ma non per questo inevitabili, e addivenire a delle strategie di mitigazione. Per farlo si è deciso di prendere in esame un problema ricorrente negli istituti che ospitano gli anziani: le cadute. Non come problema di rischio individuale relativo a specifiche condizioni fisiche o cognitive, ma come contesto assistenziale che agisce a supporto di tali condizioni. Si tratta di un metodo di analisi che certamente potrà trovare interessanti applicazioni.

Buon Natale e buon 2007 e, lo speriamo proprio, buona lettura.

Antonio Zuliani

SISTEMI DI GESTIONE DELLA SICUREZZA SUL LAVORO (SGSL): PER CHI E PERCHÉ?

DI EMANUELA BELLOTTO

Il tema della sicurezza sui luoghi di lavoro è sempre attuale, come ha ricordato anche il Presidente Napoletano. In questo articolo si presentano i temi centrali del Sistema di gestione della Sicurezza sul Lavoro.

Gli imprenditori, per quanto concerne le tematiche relative alla sicurezza sui luoghi di lavoro, si possono, grosso modo, distinguere in tre tipologie:

- chi è pervicacemente restio ad applicare le misure di prevenzione, per ignoranza, per marginalità economica o per un atteggiamento negativo verso la previsione dei rischi;
- chi si dà da fare ma potrebbe farlo di più, se accompagnato dalla formazione, da una concorrenza non sleale da parte di chi "risparmia sulla sicurezza", dal timore delle sanzioni;
- chi vuole applicare le misure di sicurezza (da un livello "sufficiente" ad "ottimo") e va premiato ed incoraggiato.

E' inutile proporre un SGSL al primo tipo di imprenditore. Se anche si trova nelle condizioni di doverlo obbligatoriamente applicare (ad esempio perché gestisce un'azienda a rischio di incidente rilevante) lo ridurrà a pezzi di carta o aria fritta o, peggio, ne farà uno strumento per scaricare le sue responsabilità di datore di lavoro su tutti i soggetti subordinati, formati e informati, che hanno firmato di aver ricevuto le procedure di sicurezza e magari di italiano capiscono solo qualche parola. La terza tipologia, verosimilmente, ha già valorizzato sistemi per il miglioramento della qualità e può essere disponibile a percorrere una strada di SGSL.

Con la seconda, vedremo poi.

Proporre ad un imprenditore attento alla sicurezza un SGSL richiede di valorizzarne i vantaggi. Proviamo a riassumerli. In primo luogo l'applicazione di un SGSL è un requisito sufficiente a richiedere la riduzione del tasso di premio INAIL, 5 o 10% a seconda delle dimensioni aziendali. I modelli applicabili sono più di uno, tra i più famosi l'OHSAS 18001:1999 e in Italia il manuale UNI-INAIL in collaborazione con ISPESL, sostenuto dalle forze datoriali e dalle OOSS.

Questo secondo metodo si propone come facilmente applicabile nelle piccole e medie imprese, integrabile con il sistema qualità aziendale, coerente con le leggi italiane.

Tornando ai vantaggi, merita sottolineare che il sistema mira tra l'altro alla riduzione degli infortuni e degli incidenti e dei costi connessi sia di tipo diretto che indiretto. La riduzione degli infortuni a sua volta può portare ad una riduzione del tasso di premio INAIL, mediante oscillazione verso il "bonus", che si va a sommare ai vantaggi sopra descritti.

Sui costi indotti dall'evento infortunistico, direttamente o indirettamente, sono numerosi i documenti che li evidenziano, vedi tabella n. 2.

Costi del fenomeno infortunistico (dati INAIL)	
n° di infortuni denunciati al giorno	c.a. 2.500
di cui mortali	c.a. 3 - 4
gg. lavorativi perse per infortuni e malattie professionali per anno	c.a. 16,5 milioni
Costo sociale annuo di infortuni e malattie professionali (anno 2000)	31 milioni pari al 3% del PIL

Tornando a chi non è "bravo", ma va stimolato dall'esame dell'intero panorama dei vantaggi, mi sembra interessante proporre alcuni spunti. Ad esempio, uno dei passi dell'SGSL è quello di definire compiti e responsabilità. Si definisce chi sono Datore di lavoro, Dirigenti e Preposti, chi è, che ruolo e che compiti ha il Responsabile Servizio Prevenzione e Protezione (RSPP).

Sembra strano, ma questo non è sempre chiaro nelle Amministrazioni comunali, in Amministrazioni pubbliche o locali varie. Mi sono trovata più di una volta anche con imprese private che, a fronte di un infortunio, si palleggiano l'attribuzione dei ruoli citati.

Nel Sistema vengono definiti i processi critici e se ne regola lo svolgimento: "chi fa/che cosa". Ad esempio la manutenzione, la formazione, la gestione dei DPI (Dispositivi di Protezione Individuale), gli acquisti, i rapporti

con gli appaltatori, non vanno lasciati al caso, ma organizzati, integrati con le esigenze della sicurezza, pianificati e

Perdita di produzione
Danni alle attrezzature, apparecchiature, macchie, impianti e strutture
Ore di lavoro perse dall'infortunato e dai compagni di lavoro
Ricerca e formazione del personale sostitutivo
Aumento del premio assicurativo INAIL
Spese di risarcimento nel caso di azione di rivalsa dell'INAIL
Aumento dell'eventuale premio assicurativo integrato
Spese aggiuntive per integrazione del risarcimento
Spese legali
Spese per consulenti
Spese conseguenti ad incriminazione penale e condanna
Diminuzione di produzione per disaffezione del personale

documentati. La produzione stessa viene analizzata per individuare dove, come e perché si verificano infortuni e/o incidenti a rischio o malattie professionali. Una delle caratteristiche per la riuscita di un SGSL è che la responsabilizzazione dei singoli può crescere, ma nella chiarezza che l'Azienda "non ti vuole fregare", vengono definiti obiettivi di miglioramento da raggiungere per un maggior grado di tutela del personale e vengono anche messe a

GLI ELEMENTI ESSENZIALI DI UN SISTEMA DI GESTIONE DELLA SICUREZZA

Avviare un SGSL significa agire affinché la sicurezza diventi parte integrante della politica e della strategia aziendale. Ciò richiede un'organizzazione precisa, caratterizzata da:

- 1. definizione di obiettivi e assunzione di impegni** per il miglioramento continuo delle condizioni di salute e sicurezza dei lavoratori;
- 2. pianificazione delle attività di prevenzione e protezione, secondo la scala di priorità evidenziata dalla valutazione dei rischi;**
- 3. individuazione di compiti e responsabilità** per ogni figura aziendale (non solo per le figure specificamente deputate come RSPP, MC, RLS); dirigenti, preposti e lavoratori devono essere informati rispetto ai propri compiti e responsabilità per la sicurezza;
- 4. applicazione di procedure operative** per le attività critiche per la prevenzione e quindi in particolare per
 - GESTIONE INFORTUNI, INCIDENTI E COMPORTAMENTI PERICOLOSI
 - GESTIONE DELLA MANUTENZIONE
 - GESTIONE DPI
 - GESTIONE DELLA INFORMAZIONE, FORMAZIONE E ADDESTRAMENTO
 - GESTIONE DELLA SORVEGLIANZA SANITARIA.
 - GESTIONE APPALTI
 - GESTIONE EMERGENZA
- 5. verifiche periodiche**, attraverso il cosiddetto audit, delle possibili criticità in relazione agli obiettivi e agli indicatori fissati;
- 6. riesame** della Direzione, allo scopo di analizzare l'andamento del sistema sulla base degli indicatori controllati, risolvere eventuali non conformità riscontrate nel corso delle verifiche, e porre ulteriori obiettivi di miglioramento.

disposizione le risorse necessarie, sia pure con gradualità.

Un RSPP può trovarsi meglio: invece di essere il personaggio che ogni tanto viene a interferire con la vita aziendale, diventa parte del sistema. Il sistema ha delle regole e delle scadenze per rivedere gli obiettivi, i risultati raggiunti e le difficoltà e quindi l'RSPP diviene meno "estraneo", potendo contare su un'organizzazione dei suoi interventi e su un miglioramento del ruolo.

Importante è cogliere tutte le occasioni per comunicare con il personale sui temi della

sicurezza ed io raccomando, in particolare, di valorizzare il ruolo dei Capi reparto ("Preposti" per la Legge) perché sono un ponte importante tra datore di lavoro e lavoratori.

Se sono convinti loro, il Sistema ha gambe, altrimenti no. Sottolinearne la possibili responsabilità in caso di infortunio, ma anche il positivo ruolo di riferimento che hanno per i lavoratori: il loro esempio nel lavorare in modo sicuro è fondamentale.

IL PEER SUPPORTER: UN MODELLO DA CONOSCERE E SU CUI RIFLETTERE

di Antonio Zuliani e Keleana De Marzi

I soccorritori affrontano quotidianamente situazioni rischiose, non solo dal punto di vista fisico, ma anche psicologico. Un primo supporto nell'affrontare le reazioni e i vissuti che ne possono derivare può essere fornito dal peer supporter, una nuova figura che non vuole sostituirsi al professionista esperto in salute mentale, ma desidera offrire un primo intervento di supporto psicologico.

Coloro che lavorano costantemente a contatto con il pericolo e la sofferenza umana collegati ad un evento disastroso, di qualsiasi entità esso sia, divengono esse stesse vittime della situazione che hanno contribuito a risolvere. Anche nel nostro paese si sta diffondendo la consapevolezza di come, a fianco dei rischi fisici, vi siano anche dei rischi psicologici che chiedono di essere presi in considerazione e affrontati. Pensare ad un intervento diretto degli psicologi in queste situazioni è poco realistico per due ragioni. In primo luogo perché gli psicologi non sono organici alle organizzazioni di soccorso e, in secondo luogo, perché il loro intervento, prevalentemente clinico, rischierebbe di patologizzare situazioni che possono essere affrontate diversamente.

Per affrontare questa situazione, in molti paesi europei e nel nord America sta

prendendo forma la figura del "peer supporter". Si tratta di soccorritori hanno seguito uno specifico percorso formativo per prestare il primo intervento di supporto psicologico ai colleghi.

La loro funzione appare importante per due ordini di motivi. In primo luogo, il fatto di appartenere alla stessa organizzazione di soccorso permette di stabilire un clima di accettazione e di condivisione delle emozioni e dei vissuti dei colleghi. Tale condizione consente di limitare le possibili diffidenze e reticenze nel rivolgersi a un professionista della salute mentale per parlare del proprio disagio. Spesso la causa di queste resistenze consiste nel timore di essere giudicati poco capaci di affrontare da soli le difficoltà o di dover affrontare una lunga terapia o, addirittura, dal fatto che queste due cose possano danneggiare la loro carriera.

In secondo luogo, i peer possono più facilmente fungere da ponte tra i colleghi che soffrono e i professionisti della salute mentale. E', infatti, più facile accettare che il consiglio di ricevere aiuto venga accettato se offerto da un collega sul quale si ripone fiducia, piuttosto che da un estraneo. Molte persone ritengono di poter essere compresi solamente da persona che abbiano vissuto esperienze simili alle loro.

I peer, inoltre, proprio perché si trovano quotidianamente in contatto con i colleghi, sono in grado di rilevare situazioni potenzialmente problematiche prima che esse diventino troppo difficili da gestire.

Per operare in tale direzione i peer hanno tre strumenti importanti a loro disposizione: l'ascolto, la valutazione e il supporto.

Ascoltando essi offrono ai colleghi l'occasione di esprimere difficoltà, frustrazioni, timori e emozioni legate ad un determinato evento o ad una situazione professionale. Da questo punto di vista, la figura del peer non opera sulla base di criteri diagnostici, ma crea un ambiente di ascolto empatico, dove i colleghi possono vivere una situazione di rispetto reciproco, di responsabilità condivisa circa i vissuti individuali e di mutuo accordo nell'individuare gli aspetti verso i quali è necessario richiedere aiuto all'esterno, senza che ciò venga vissuto negativamente. Più che fornire un consiglio, quindi, i peer possono aiutare i colleghi a rendersi conto delle emozioni, positive e negative, normalmente collegate ad un evento critico. Un ascolto di questo tipo non necessita di un setting rigido, ma può essere efficacemente realizzato, in maniera informale, come, ad esempio, di fronte alla macchina del caffè o durante una pausa di lavoro.

Attraverso l'ascolto i peer possono valutare se l'entità del problema espresso dal collega è tale da richiedere l'intervento di un professionista. Un addestramento adeguato permette di imparare a cogliere i segnali di disagio profondi e di situazioni a rischio di patologia (per esempio depressione,

dipendenza da sostanze, Sindrome Post Traumatica da Stress, ecc.). Proprio per questo importante ruolo, il peer è formato e guidato da esperti professionisti che gli assicurano anche un'adeguata supervisione.

Il peer, a sua volta, per attuare la sua funzione può avvalersi anche di alcune strategie e tecniche specifiche, tra cui la smobilizzazione delle emozioni, il defusing e partecipare come co-conduttore di incontri di debriefing accanto ad uno psicologo qualificato.

Un aspetto particolarmente delicato consiste nella posizione gerarchica che il peer assume all'interno dell'organizzazione. L'associazione internazionale dei capi della polizia (International Association of Chief of Police, Peer Support Guidelines, Alexandria, Virginia, 1993) suggerisce che i peer possano aiutare solamente i pari grado e, in ogni caso, non i loro familiari. Questo suggerimento sembra interessante perché mette in luce il disagio che si verrebbe a determinare qualora si creasse confusione tra ruoli istituzionali e gerarchici e quello del peer supporter.

Reclutamento, selezione e formazione

Il reclutamento dei peer può essere svolto su base volontaria, a fronte di una semplice richiesta di disponibilità. Il compito di selezionare le persone che svolgeranno questo ruolo deve essere, invece, affidato, a un'equipe di psicologi in grado di valutare le caratteristiche dei candidati, considerando principalmente le loro capacità comunicative e di ascolto, di costruzione di un rapporto empatico, di problem solving.

E' opportuno chiarire preventivamente quali sono i criteri di selezione e che un eventuale rifiuto non equivale ad un giudizio negativo sulla persona, ma si riferisce esclusivamente alle caratteristiche del ruolo che tale figura andrà a ricoprire.

Tra i criteri utilizzabili per la selezione si possono indicare:

- possesso di abilità empatiche e di ascolto,
- sensibilità rispetto ai problemi degli altri,
- buone capacità nella gestione di situazioni problematiche,
- capacità di mantenere le riserve sulle informazioni senza cadere nel bisogno di "raccontare" agli altri ciò che si è venuti a sapere,
- saper lavorare in squadra,
- il fatto che il candidato sia conosciuto come una persona alla quale i colleghi già si rivolgono informalmente per informazioni e/o consigli,
- possesso di una precedente formazione coerente con la funzione di pari,
- esperienza acquisita all'interno dell'organizzazione,
- essere suggeriti dai colleghi,
- comportamento dimostrato durante gli eventi critici,
- qualità delle motivazioni espresse nel proporre la propria candidatura,
- capacità di portare a termine il programma formativo.

La formazione necessaria per svolgere questo ruolo deve prevedere un addestramento di base e dei richiami formativi standardizzati, oltre che una continua supervisione sul lavoro.

Tale formazione dovrebbe focalizzarsi sullo sviluppo di:

- capacità di ascolto attivo e di comprensione delle sofferenze vissute dagli altri;
- capacità di aiuto e di assistenza per la gestione dei problemi a livello di rapporti interpersonali tra membri di una stessa squadra;
- capacità di identificare situazioni che richiedono il rinvio ai professionisti della salute mentale.

Questa formazione deve permanente anche di evitare alcune delle tendenze negative che la letteratura segnala a carico dei peer, quali:

- parlare soprattutto di se stessi;
- incoraggiare la dipendenza;
- rompere la riservatezza;
- dare consigli troppo direttivi;

- dare giudizi e arrivare a delle conclusioni sulla base di convinzioni personali;
- presupporre di sapere per certo ciò che sia meglio per gli altri.

Per raggiungere questi obiettivi formativi si possono utilizzare lezioni, dimostrazioni, esercitazioni, role playing. L'uso di videotape, inoltre, può agevolare la comprensione e può permettere di identificare e valutare i processi utili alla finzione professionale da svolgere.

La supervisione sul loro lavoro deve essere costante e fornita da qualificati professionisti della salute mentale, sia individuale che di gruppo.

Sono utili incontri periodici per consentire ai peer di condividere le emozioni e le difficoltà che incontrano in questo compito, di confrontare le diverse opinioni e modi di operare, con l'obiettivo di arrivare ad un punto di intesa. In questo modo il gruppo dei peer, se adeguatamente supervisionato, diviene un efficace contenitore delle emozioni del singolo, rendendolo, a sua volta, maggiormente in grado di funzionare da "contenitore" delle emozioni di coloro che dovrà supportare.

Pregi e limitazioni sull'utilizzo del peer supporter

I benefici maggiori derivabili dall'utilizzo dei peer sembrano essere:

- favorire la comprensione reciproca tra i soccorritori che intervengono in un'emergenza perché loro avendo vissuto situazioni simili aiutano a crescere e ad imparare dall'esperienza;
- aiutare i colleghi a superare due pericolosi atteggiamenti mentali: quello di sentirsi gli unici che stanno vivendo un'esperienza emotiva difficile e quello di sentirsi passivi rispetto a quello che sta accadendo;
- fornire un'assistenza mentale là dove si è manifestato l'evento stressante, nel tempo più breve possibile. Il peer opera, infatti, secondo la strategia internazionale denominata PIAS (Prossimità,

- Immediatezza, Aspettativa soddisfatta, Semplicità nell'intervento);
- aiutare i colleghi che non vogliono comunicare direttamente con un professionista della salute mentale;
- rilevare la presenza di problemi emergenti sulla base della frequentazione quotidiana con i colleghi;
- provare ai colleghi che l'organizzazione di cui fanno parte ha a cuore il benessere psicologico dei suoi membri, proprio attraverso la costituzione e la legittimazione della figura professionale del peer;
- essere decisamente meno costoso rispetto all'intervento dei professionisti della salute mentale.

L'intervento dei peer supporter presenta anche di limiti, che vanno attentamente valutati:

- non può fornire un intervento terapeutico perché lo stesso è di competenza dei professionisti della salute mentale;

- può essere rifiutato in quanto la persona interessata può temere che il collega non sia in grado di garantirgli la necessaria riservatezza;
- richiede un investimento per selezionare, formare e supervisionare il personale incaricato di questa funzione;
- può essere rifiutato perché il collega preferisce riferirsi direttamente ad un professionista della salute mentale.

Esiste poi un problema legato al fatto che il peer supporter non può avvalersi della tutela del segreto professionale, come un professionista della salute mentale, e quindi potrebbe essere chiamato a testimoniare, all'interno di un'inchiesta giudiziaria, sulle confidenze rilevategli da un collega. Ciò significa che appare opportuno non intervenire con tale funzione quando si ravvede l'esistenza di problemi legati alla responsabilità da parte di colleghi, anche se si trovano in difficoltà.

IL FENOMENO CADUTE IN UN REPARTO PER ANZIANI CON DEMENZA

di LUCIA DE ANTONI

In un "reparto Alzheimer" si è condotta una ricerca esplorativa volta a evidenziare i fattori esterni che possono concorrere al fenomeno cadute.

Le cadute rientrano fra gli eventi accidentali più frequenti fra le persone anziane, e possono essere causa di fratture, ematomi subdurali o altri danni. Come conseguenza possono condurre a limitazione della mobilità, riduzione della abilità nell'eseguire attività di vita quotidiana (vestirsi, lavarsi, andare a fare la spesa, ecc.), influenzando così negativamente il benessere e il livello di qualità della vita.

Le cadute costituiscono anche un fattore di mortalità, e negli adulti con età superiore ai 65 anni, rappresentano la sesta causa di morte.

Per una persona anziana la caduta può indicare una disfunzione omeostatica e risultare dall'interazione di fattori quali l'invecchiamento fisiologico e la presenza di malattie acute e croniche, con fattori quali l'attività svolta dalla persona e ostacoli presenti nell'ambiente.

Tra i maggiori fattori di rischio rientra l'assunzione di farmaci, anche se non è confermata una relazione chiara tra cadute e assunzione di un numero elevato di farmaci. Negli anziani con decadimento cognitivo e demenza il rischio di caduta aumenta,

addirittura secondo i dati forniti da alcune ricerche raddoppia rispetto agli anziani cognitivamente integri.

Gli anziani con diagnosi di demenza, di cui la causa con incidenza maggiore è rappresentata dalla Malattia di Alzheimer, presentano, con frequenza e gravità variabile, deficit a livello di: memoria (con conseguente difficoltà ad apprendere nuove informazioni), ragionamento astratto, orientamento spazio-temporale, linguaggio, abilità visuo-spaziali e visuo-percettive.

Possono essere presenti anche, sempre con frequenza e gravità variabile, disturbi comportamentali quali: agitazione, per esempio aggressività verbale e fisica, disturbi dell'attività psicomotoria, per esempio, vagabondaggio diurno e notturno, affaccendamento, alterazioni del ritmo sonno-veglia, oltre ad alterazione del tono dell'umore, depressione, labilità emotiva, nonché allucinazioni visive o uditive. A livello della personalità la persona può manifestare indifferenza, apatia, disinibizione e irritabilità. Specialmente in fase avanzata della malattia si possono presentare sintomi legati ad altre modificazioni neurologiche, inclusi sintomi motori, quali incremento del tono muscolare, mioclonie o disordini del cammino. In fase avanzata della malattia, queste caratteristiche solitamente si accompagnano a una mancata consapevolezza da parte della persona dei suoi deficit (oppure non si ricordano di averli).

E' facilmente comprensibile come tutti questi fattori concorrono ad aumentare il rischio di cadute in questo tipo di popolazione anziana, specie in fase avanzata della malattia. Possono anche rendere più difficile e meno efficace l'intervento riabilitativo, che si rende necessario in seguito a una frattura, considerando l'importanza, in questo tipo di intervento, di ottenere la collaborazione da parte del paziente. Proprio per le caratteristiche delle patologie dementigene, in seguito a una frattura si possono riscontrare difficoltà nel recupero delle autonomie a livello di deambulazione e di movimento in generale.

Nell'assessment geriatrico vengono utilizzati più strumenti standardizzati di valutazione del rischio di caduta. Lo scopo di questi strumenti è valutare quali fattori possono concorrere a determinare l'evento caduta nel soggetto preso in esame.

Nell'ambito di una ricerca condotta presso un reparto Alzheimer di un centro servizi per anziani, si è cercato invece di porre attenzione non tanto sul caso singolo, quanto sui fattori esterni che possono concorrere, secondo gli autori della ricerca, al fenomeno caduta.

Si è cercato di condurre un'analisi traslando anche in questa particolare realtà un modello organizzativo di gestione della sicurezza, considerando sia gli "errori attivi", immediatamente percepiti e più facilmente individuabili, che in questo caso sono rappresentati dalla cadute con esito di frattura, sia gli "errori latenti", in questo caso le cadute che hanno avuto come conseguenza danni di minore entità.

Sempre nell'ottica di un modello organizzativo, le conseguenze degli errori latenti possono rimanere nascoste per molto tempo, e risultare evidenti solo quando si combinano con altri fattori in grado di rompere le difese del sistema. Gli errori latenti, quindi, possono evolvere da rischio a "quasi incidente" fino a incidente vero e proprio.

Pur considerando il considerevole rischio di cadute in anziani con questo tipo di patologia, il progetto ha avuto come obiettivo ricercare la frequenza di caratteristiche comuni sia per quanto riguarda le cadute con esito di frattura di un arto, sia quelle in seguito alle quali sono state registrate conseguenze di altro tipo o nessuna conseguenza.

Questa ricerca ha avuto inizio nel maggio di quest'anno e si è appena conclusa. I dati riferiti alle cadute sono stati raccolti consultando i registri consegne del reparto, dal gennaio 2005 al settembre 2006. Da quanto annotato nei registri si sono estrapolati:

- data e orario in cui si è verificata la caduta;

- ambiente in cui si è verificata la caduta;
- la modalità secondo la quale si è verificata di caduta;
- il tipo di conseguenze a cui ha portato la caduta;
- l'eventuale somministrazione di una terapia al bisogno (solitamente prescritta in caso di eccessiva agitazione) nell'arco delle 24 ore;
- l'eventuale modifica della terapia di base nell'arco delle 24 ore.

Il reparto considerato, che ospita 24 anziani con demenza a uno stadio avanzato, tutti deambulanti autonomamente o con sorveglianza, è dislocato su due piani. Al piano terra si affacciano su un corridoio sala da pranzo e soggiorno. Si tratta di due ambienti molto ampi, privi di porte. Sempre a questo piano, e affacciate sul corridoio, si trovano stanze con porte, quali cucina, una piccola sala solitamente destinata ad accogliere quegli anziani che potrebbero in particolari situazioni beneficiare di maggiore tranquillità, ufficio coordinamento, ambulatorio infermieristico e ambulatorio medico, due bagni, un ripostiglio e una stanza polifunzionale. La porta di alcune di queste stanze è solitamente chiusa per motivi tecnici e organizzativi, nonché per salvaguardare l'incolumità degli anziani (es. ambulatorio infermieristico).

Il piano terra è collegato al piano notte da un ascensore azionabile solo dal personale, e da una scala a cui si accede tramite una porta non evidenziata da cornice e dello stesso colore del muro.

Il piano notte è caratterizzato da un corridoio su cui si affacciano 4 camere a 4 letti e 8 camere doppie, tutte con bagno. Sempre sul corridoio si affacciano un bagno attrezzato, un ripostiglio e una stanza operativa utilizzata dal personale. Il corridoio termina su un piccolo soggiorno attrezzato con alcune poltrone.

Il reparto arricchito anche da un giardino ad uso esclusivo degli anziani ricoverati, è stato ultimato nel 2002, e nella sua progettazione si è cercato di considerare quegli elementi, per esempio scelta del colore delle pareti, ampiezza dei locali, riduzione della presenza

di ostacoli, eccetera, che possono contribuire a prevenire o limitare la comparsa di disturbi comportamentali, offrendo un ambiente più facilmente leggibile anche ad anziani con decadimento cognitivo.

Dai dati raccolti emerge che durante l'anno 2005 è stato registrato un totale di 99 cadute, di cui:

- 3 con esito di frattura;
- 34 con conseguenze di altro tipo (es. gonfiore, escoriazione, ecchimosi, ferita lacero contusa, ecc.);
- 62 con nessuna conseguenza.

I mesi in cui è registrato il maggior numero di cadute sono risultati essere maggio e novembre (13), aprile, agosto e dicembre rispettivamente con 11 cadute.

Nei restanti mesi sono state registrate cadute da un minimo di 5 a un massimo di 7.

Durante l'anno 2006, nei mesi di gennaio-settembre compreso, sono state segnalate 104 cadute, di cui:

- 6 con esito di frattura;
- 24 con conseguenze di altro tipo;
- 74 con nessuna conseguenza.

La maggior incidenza si evidenzia nel mese di gennaio, durante il quale si sono verificate 22 cadute di cui

- una con esito di frattura;
- una con conseguenze di altro tipo;
- 20 con nessuna conseguenza.

Nel mese di aprile sono registrate 17 cadute, di cui:

- 2 con esito di frattura;
- 6 con altre conseguenze;
- 9 con nessuna conseguenza.

Nei mesi di febbraio, marzo e settembre sono registrate:

- 2 cadute con esito di frattura;
- 4 con altre conseguenze;
- 7 con nessuna conseguenza.

Nei mesi restanti sono state registrate cadute da un minimo di 5 a un massimo di 8.

Confrontando i dati relativi ai 12 mesi del 2005 e ai 9 mesi del 2006 risulta che negli ultimi nove mesi si è registrato un aumento del numero di cadute totali (99 nel 2005, 104 dei primi nove mesi del 2006). Le cadute con

esito di frattura sono raddoppiate (3 nel 2005 contro le 6 del 2006).

Parimenti, seppure l'analisi del 2006 non è completa su tutti i 12 mesi, le cadute con conseguenze di altro tipo risultano essere 34 nel 2005 e 24 nel 2006, e appare sempre elevato il numero di cadute con nessuna conseguenza (62 nel 2005 e 74 nel 2006).

E' stata quindi considerata la fascia oraria in cui hanno avuto luogo le cadute verificatesi nell'anno 2005 e nei primi 9 mesi dell'anno 2006. Le fasce orarie corrispondono a una diversa presenza numerica degli operatori socio-sanitari.

Per quanto riguarda il totale di 203 cadute verificatesi nei mesi analizzati, emergono i seguenti risultati:

- 39 cadute si sono verificate nella fascia oraria 7.30-13.00. Di queste 2 hanno avuto esito di frattura, 14 altre conseguenze e 33 non hanno riportato nessuna conseguenza;
- 17 cadute nella fascia oraria 14.05-15.00. Di queste 2 hanno avuto esito di frattura, 1 con conseguenze di altro tipo e 14 senza nessuna conseguenza.
- 61 cadute si sono verificate nella fascia oraria 15.05-19.30. Di queste 1 ha avuto esito di frattura, 21 conseguenze di altro tipo e 39 non hanno riportato nessuna conseguenza.
- 48 cadute si sono verificate nella fascia oraria 21.05-06.55, di cui 2 con esito di frattura, 15 con conseguenze di altro tipo, e 31 non hanno riportato nessuna conseguenza.

Sono stati quindi esaminati i dati che si riferiscono ai diversi ambienti in cui hanno avuto luogo le cadute. Non sempre questa informazione è stata riportata nel registro consegne del reparto (85 cadute su un totale di 203 cadute).

Per quanto riguarda le 118 cadute di cui si possiede questo dato, emerge che: 6 cadute hanno avuto esito di frattura, 39 conseguenze di altro tipo e 73 nessuna conseguenza.

In totale le cadute si sono verificate nei seguenti ambienti.

- Piano terra: entrata (1), sala da pranzo (11), piccola sala (4), corridoio (8), bagno (2), soggiorno (22), cucina (1), sala polifunzionale (1).
- Piano notte: corridoio (6), camera (36), soggiorno (7), stanza operativa ad uso degli operatori (1), bagno (3).
- Altri spazi: ascensore (1), giardino (14).

Le cadute con esito di frattura hanno avuto luogo al piano terra in corridoio (2), in sala da pranzo (1), in soggiorno (1) e in camera al piano notte (2).

Cadute con conseguenze di altro tipo si sono verificate al piano terra in: corridoio (6), soggiorno (3), giardino (7). Al piano notte si sono verificate in: camera (13), soggiorno (4).

Cadute in seguito alle quali non è stata riportata nessuna conseguenza hanno avuto luogo al piano terra in: sala da pranzo (8), sala piccola (4), soggiorno (18), giardino (7). Al piano notte si sono verificate in: camera (21), corridoio (4), soggiorno (3).

Il maggior numero di cadute, quindi, si sono verificate in:

- camera (36), di cui 2 con esito di frattura, 13 con conseguenze di altro tipo e 21 con nessuna conseguenza
- soggiorno al piano terra (22), di cui 1 con esito di frattura, 3 con altre conseguenze e 18 con nessuna conseguenza
- sala da pranzo (11), di cui 1 con esito di frattura, 3 con altre conseguenze e 8 con nessuna conseguenza
- giardino (14),
- corridoio al piano terra (8),
- soggiorno al piano notte (7),
- corridoio al piano notte (6), di cui 2 con esito di frattura e 4 con nessuna conseguenza.

Per analizzare in maniera più approfondita il fenomeno cadute sono state prese in esame i diversi modi con cui tale evento può accadere. Le modalità individuate in questa ricerca, da come appare nelle registrazioni del reparto, sono molteplici (ne sono state codificate 22). Elevato appare il numero degli ospiti "trovati a terra" (39) o "seduti a terra" (26) per i quali le dinamiche della caduta non

sono chiare. Lo stesso vale per gli anziani che vengono "trovati seduti a fianco al letto" (11), "trovati in ginocchio per terra" (7), e per quelli che riferiscono di essere caduti (3) senza che qualcuno abbia notato qualcosa. 12 ospiti sono caduti perché spinti da altri ospiti del reparto.

Un altro motivo di caduta frequentemente registrato è "inciampare o urtare contro un ostacolo" (7) ad esempio tavoli, sedie, poltrone, porte ecc. Da segnalare anche il dato relativo agli anziani "caduti dalla sedia" (4), "caduti nel tentativo di togliere la cintura di contenzione" (3), oppure nel "tentativo di alzarsi (2) o sedersi (2) in poltrona". Per quanto riguarda le cadute in camera da letto è stato segnalato che l'anziano:

- si è "lasciato cadere durante la messa a letto" (3);
- cade dal letto durante il sonno (3);
- cade nel tentativo di coricarsi (1);
- cade nel tentativo di alzarsi dal letto (1).

Per quanto riguarda le diverse conseguenze delle 203 cadute segnalate, in 136 casi non è stata riportata nessuna conseguenza, in 9 casi è stata riportata una frattura. Le rimanenti 58 cadute hanno riportato "conseguenze di altro tipo" comprendenti:

- battuto il capo (25)
- escoriazioni (22)
- ecchimosi (17)
- trauma agli arti superiori (12)
- trauma agli arti inferiori (11)
- ferita lacerata contusa (6)
- trauma alla schiena (5)
- gonfiore (3)
- trauma cranico (1)

In 11 casi è stato necessario l'invio dell'anziano in Pronto Soccorso per accertamenti.

Analizzando poi come variabile un eventuale modifica nella terapia di base dell'anziano vittima della caduta, in soli 5 casi si è riscontrato tale dato, e di queste cadute 2

hanno riportato "conseguenze di altro tipo" e 3 "nessuna conseguenza".

Infine, sempre nel totale delle 203 cadute, in 12 casi era stata assunta dall'anziano una terapia "al bisogno". Di queste cadute, 6 hanno condotto a "conseguenze di altro tipo" e 6 a "nessuna conseguenza". In nessun caso è stato registrato esito di frattura.

Un'analisi di questo tipo permette non solo di inquadrare il "fenomeno cadute" da punto di vista numerico, ma vuole anche offrire degli importanti spunti di riflessione per quanto riguarda l'organizzazione e la gestione di un reparto che ospita anziani con demenza. La tendenza ormai diffusa in tutti quegli enti in cui esistono tali reparti è cercare di mantenere il più possibile le capacità residue di questi anziani, compresa la deambulazione. A questo scopo, si cerca di utilizzare al minimo i mezzi di contenimento (meccanici o farmacologici), di creare ambienti idonei, ampi, con pochi ostacoli e con quegli accorgimenti architettonici dettati da uno studio approfondito delle caratteristiche di queste malattie.

Nonostante tali attenzioni è possibile che esistano delle zone del reparto e delle fasce orarie maggiormente a rischio di cadute, che esistano degli elementi di arredo potenzialmente pericolosi. Non per questo devono essere eliminate sedie e poltrone, ma sarebbe opportuno considerare il fenomeno cadute secondo una prospettiva globale, che consideri come la presenza di elementi tecnici, umani e organizzativi possa impedire o favorire il verificarsi di incidenti. A tal fine è necessario considerare anche gli errori latenti, quelle cadute cioè che non si trasformano in incidenti veri e propri (cioè con esito di frattura), e che proprio per questo motivo possono venire sottovalutate.

INTERSEZIONI

Novità sul sito

Il rinnovato sito di StudioZuliani si è arricchito di nuovi contributi:

Sicurezza

Strumenti di valutazione psicologica per la raccolta di un valido consenso informato.

Analisi fenomeno cadute in un reparto con anziani dementi (relazione completa)

Numeri arretrati di PdE

Molti abbonati ci richiedono come avere i numeri arretrati della rivista. Per rispondere a queste richieste dal sito www.studiozuliani.net sarà possibile scaricare i numeri usciti da più di sei mesi.