

Il 23 dicembre 1978 con la L 883 nasce il Servizio Sanitario Nazionale, i principi su cui si basa la legge sono l' universalità l'uguaglianza, l'equità .

All'indomani dell'approvazione abbiamo assistito allo smantellamento progressivo di quello che viene via via ridefinito come Sistema e non più come Servizio.

I governi che si sono succeduti hanno sempre più ridimensionato gli ambiti ai quali applicare i criteri di universalità uguaglianza ed equità, innescando un sistema di accreditamento rivolto a soggetti privati, meccanismo che si sposa male con i principi sopracitati.

Le strutture sanitarie residenziali pubbliche sono circa il 16,8 % contro le private 83,2% , dato in forte crescita, il business in questo settore è evidentemente allettante, infatti tra i soggetti profit sono molte le multinazionali che vi si affacciano.

Ma questi soggetti privati come ottengono profitto e come intendono aumentarlo? Principalmente risparmiando sul costo del lavoro e inevitabilmente provocando l'impovertimento della qualità della assistenza, erogata ai pazienti ospiti ricoverati nelle RSA, RSD, CSS, CPA, ed ai fruitori dei centri diurni. Purtroppo anche il terzo settore, pur essendo non profit si piega a logiche di razionalizzazione delle risorse.

Le organizzazioni sindacali e le associazioni che difendono i diritti dei malati da tempo denunciano questa gravissima deriva, che ha come risultato la disumanizzazione delle cure e del lavoro.

Probabilmente tutti conosciamo il criterio del minutaggio (Taylorismo organizzazione scientifica del lavoro basata sul binomio uomo/ macchina, ovvero lo studio dei movimenti e dei tempi necessari per ottenere una unità di prodotto in catene di montaggio), in sanità utile a stabilire il numero minimo di operatori necessario alla assistenza, esso varia da regione a regione, ad esempio in Lombardia si spazia dai 911 minuti settimanali procapite in rsa, ai 2000 in rsd (per livello medio alto di fragilità), sono comprensivi di tutte le figure professionali : medico internista, infermiere, oss, asa, educatore, fisioterapista, ecc, il risultato di un calcolo puramente matematico che non prende in considerazione la complessità ed unicità dell'essere umano, bensì assimila i pazienti a pezzi di automobile e gli operatori sanitari ad operai impegnati in una catena di montaggio.

Già questo è sufficiente a farci inorridire, ma non tutti sanno che , pur di star dentro agli standard di spesa, molti di quei minuti vengono resi non all'utenza bensì ad attività alberghiere e di facchinaggio, per esemplificare vi elenco : smistamento biancheria, pulizie degli ambienti, pavimenti e stoviglie smistamento fabbisogno, pannolini, detersivi, manopole, farmacia...il tutto nel mentre i pazienti restano parcheggiati in saloni privi di supervisione se non addirittura in attesa di assistenza diretta. Quanti fra i parenti si sono ritrovati in questa situazione : entrare nel reparto che accoglie il proprio congiunto e constatare che ha l'abbigliamento in " disordine" , o che avrebbe bisogno di essere cambiato

ed alla richiesta di intervento si sente rispondere frasi come “ spiacenti ma ora non abbiamo tempo” e constatare che ci sono in turno due operatori a fronte di 20/30 pazienti?

Oppure un solo operatore durante il turno notturno ad assistere anche 45 pazienti?

Eppure in virtù di questo sistema, tutto ciò è legittimo, nonostante esistano normative chiare in merito a salute e sicurezza sul luoghi di lavoro ed in merito alle corrette procedure di mobilitazione dei pazienti.

Facciamo una ulteriore osservazione sul minutaggio, che come abbiamo già detto è utile ad ottenere l’accreditamento, cosa succede quando a questo minimo sottraiamo altro personale a causa di assenze per ferie, maternità, malattie, infortunio, permessi a vario titolo?

Un operatore che svolge da solo il suo compito assistenziale non mette a rischio solo la propria salute , ma anche quella dell’utente. L’assistenza resa, deve essere appropriata, di qualità, umana e tenere conto delle specifiche necessità dei pazienti, e sottolineo resa dato che le quote sanitarie (si tratta di persone malate e non autosufficienti, ricordiamolo), sono a carico della fiscalità generale, le rette (quote alberghiere), sono a carico del paziente, risulta perciò inaccettabile, trovarsi davanti ad una situazione così degradante all’interno delle strutture.

Ogni giorno raccogliamo notizie riguardanti la cattiva gestione delle residenze dal punto di vista assistenziale, strutturale e della sicurezza, ricordiamo i roghi e i rapporti dei NAS.

Sono a carico della fiscalità generale anche gli infortuni sul lavoro, la malattia e le malattie professionali. Riguardo agli infortuni sul lavoro, è significativo come l’ultimo grafico nazionale specifico risalga a circa otto anni fa, (a parte le tabelle nazionali INAIL del periodo pandemico) sintomo questo, dello scarso interesse per il settore, si tratta di infortuni per la maggior parte causati dalla movimentazione pazienti e movimentazione carichi, e spesso procurano danni permanenti ed inabilità, queste lavoratrici e lavoratori non trovano più ricollocazione all’interno delle strutture e perdono il lavoro. Parliamo insomma di un settore troppo esposto a gestioni senza scrupoli e che, così come è organizzato, produce malattia. L’umanizzazione delle cure nelle RSA è anche uno degli obiettivi dell’ Agenas, agenzia nazionale per i servizi sanitari e regionali, la quale con ultima nota del dicembre 2022, suggerisce percorsi di formazione del personale, strumenti e metodi per la valutazione del grado di umanizzazione della assistenza rivolti all’utenza, constatiamo così ancora una volta come la qualità viene sganciata dalla quantità, nessuna spinta verso un sostanziale cambiamento del rapporto numerico operatore/ paziente.

- La risposta ai bisogni specifici della persona deve passare attraverso l’abolizione del minutaggio, attraverso valutazioni fatte tenendo conto delle specifiche esigenze sanitarie e psicologiche dei malati, riproporzionando quindi la quantità di personale

necessario e non in un minimo essenziale, i professionisti non sono “ risorse “ delle quali una volta esaurita la scorta, si può procedere con una sostituzione.

Alla luce di questo quadro vediamo come pretendendo di lavorare in sicurezza otteniamo la sicurezza dei pazienti ospiti, pretendendo la dignità delle cure otteniamo la dignità del lavoro.

- Anche le logiche privatistiche vanno contrastate, il risparmio in molti casi passa dal numero di biscotti, dall'ottimizzazione dei tempi dedicati all'igiene personale quotidiana, impiegando prodotti che consentono il risparmio sull'uso dell'acqua, ad esempio utilizzando schiume a secco, pannoloni più assorbenti così da effettuare meno cambi.

In questi frangenti gli operatori che chiedono di lavorare umanizzando gli interventi lo fanno a proprio discapito e contrastando le direttive emanate dal datore di lavoro. Ecco quindi che agire insieme: comitati parenti (la cassa), associazioni che difendono i diritti del malato, associazioni dei lavoratori (tutti cittadini contribuenti), ci pare la via più efficace per rivendicare questi che sono diritti fondamentali delle persone anziane, disabili, fragili, e delle lavoratrici / tori, unità che a Milano ha dato frutti, i presidi e le istanze presentate in regione ed in prefettura hanno ottenuto ascolto, nonché l'avvio di confronti produttivi e positivi, tuttora in corso.

L'auspicio è che questa consapevolezza possa crescere, perché uniti potremmo avere la forza e le competenze per ottenere dignità.

Enrica Gabelli operatrice in RSD componente CDSA tesserata M.D.