

GLI ANZIANI VITTIME DI ABUSO NEI SETTING ISTITUZIONALI: IL LATO OSCURO DELL'ASSISTENZA

Giulia Favalli

Infermiera c/o UO Medicina, FBF Erba



INTRODUZIONE

- A livello mondiale, **un sesto degli anziani** - istituzionalizzati e non - è **coinvolto in atti di abuso** (Yon et al., 2017)
- L'interesse rivolto all'abuso nei confronti dei soggetti anziani non ha ancora raggiunto la stessa diffusione di quello rivolto ad altre forme di violenza (Yon et al., 2017)

SCOPO DELL'ELABORATO:

1. Identificare **le possibili cause** di abuso
2. Comprendere **le diverse modalità** in l'abuso cui può sostanziarsi
3. Acquisire maggiore consapevolezza per quanto concerne gli aspetti di interesse infermieristico in merito al **riconoscimento, alla prevenzione e alla gestione**

METODI:

1. Ricerca bibliografica su Pub Med, Scopus, CINAHL, Joanna Briggs Institute EBP database, Nursing Centre Reference Plus e Cochrane Library
2. Selezione di 19 fonti, di cui 8 studi e 11 articoli a carattere divulgativo
3. Consultazione della letteratura grigia che ha permesso una completa ed esaustiva composizione del testo



PARAGRAFO 1 - Uno sguardo sul fenomeno

1.1 - Abuso o abusi? Definizione delle principali tipologie di violenza

“... Un’azione singola o ripetuta o l’omissione di un’azione appropriata che si verifica nel contesto di una relazione in cui vi è un’aspettativa di fiducia, causando danno e/o distress a una persona di età superiore a 60 anni” (OMS, 2008 in Myhre et al., 2020)

- a. Abuso fisico
- b. Abuso sessuale
- c. Abuso psicologico o emotivo
- d. Abuso finanziario o economico
- e. Negligenza



PARAGRAFO 1 - Uno sguardo sul fenomeno

1.2 - Un fenomeno inaspettatamente diffuso

| Tipologia del campione oggetto dello studio ↓ | Provenienza geografica dello studio → | Stati Uniti d'America | Europa |
|--|---------------------------------------|---|---|
| Operatori sanitari | <u>Assistono</u> | <ul style="list-style-type: none"> 36% (di 577 soggetti) per abuso fisico, nell'anno precedente Pillemer e Moore (1989) 81% (di 577 soggetti) per abuso psicologico, nell'anno precedente Pillemer e Moore (1989) 10% (di 577 soggetti) per abuso fisico, nell'anno precedente Pillemer e Moore (1989) | <ul style="list-style-type: none"> 11% (di 499 soggetti) nell'anno precedente Saveman (1999, in Wangmo et al., 2017) 66% (di 80 soggetti) Goergen (2001, in Wangmo et al., 2017) |
| | <u>Commettono</u> | <ul style="list-style-type: none"> 10-17% per abuso fisico, nell'anno precedente Ben Natan (2010, in National Center on Elder Abuse, 2010) 40% (di 577 soggetti) per abuso psicologico, nell'anno precedente Pillemer e Moore (1989) 50% per abuso psicologico, nell'anno precedente Ben Natan (2010, in National Center on Elder Abuse, 2010) | <ul style="list-style-type: none"> 2% (di 499 soggetti) nell'anno precedente Saveman (1999, in Wangmo et al., 2017) 79% (di 80 soggetti) Goergen (2001, in Wangmo et al., 2017) 60.3% nell'anno precedente Botngård et al. (2020, in Myhre et al., 2020) |

| Pazienti | | |
|----------|---|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> 1 casa di cura su 2 ha ricevuto lamentele per atti abusivi nel periodo 1999-2001 U.S. House of Representatives Report (2001, in National Center on Elder Abuse, 2010) 44% (di 2000 soggetti) è stato abusato Broyles (2000, in National Center on Elder Abuse, 2010) 95% (di 2000 soggetti) ha subito o assistito a un episodio di negligenza Broyles (2000, in National Center on Elder Abuse, 2010) | <ul style="list-style-type: none"> Le case di cura hanno ricevuto 11749 lamentele per atti abusivi nel periodo 2006-2013 Bloemen et al. (2015, in Wangmo et al., 2017) |



1.3 - Gli attori e i luoghi di cura principalmente coinvolti negli episodi di abuso

ATTORI:

- Operatori a **stretto contatto con il paziente** (Gubrium, 1975, Howsden, 1981 e Kayser-Jones, 1981, in Pillemer e Moore, 1989 e Office of Inspector General, 1990, in Pillemer e Hudson, 1993)
- Operatori **scarsamente competenti** (Myhre et al., 2020)
- Operatori con **elevati livelli di burn-out** (Pillemer e Moore, 1989)
- Operatori con **elevati livelli di conflittualità con il paziente** (Pillemer e Moore, 1989)
- Operatori con **vite personali stressanti** (Pillemer e Morre, 1989)
- Operatori **che hanno pensato di licenziarsi** (Pillemer e Moore, 1989)
- Operatori **che vedono il paziente anziano come un bambino** (Pillemer e Moore, 1989)

LUOGHI DI CURA:

Vengono citate, soprattutto, le **case di cura**, in quanto ritenute strutture:

- complesse (Myhre et al., 2020)
- che, frequentemente, registrano numerosi problemi ai controlli di qualità (DeHart et al., 2009)
- in cui scarseggia l'attività di supervisione del personale (DeHart et al., 2009)



1.4 - Quali i possibili fattori causali

I fattori di rischio per abuso all'interno delle istituzioni sono complessi problemi multifattoriali che comprendono varie **associazioni tra elementi personali, sociali e organizzativi** (Mhyre et al., 2020)

- Elementi riconducibili al paziente
- Elementi riconducibili all'operatore
- Elementi riconducibili all'organizzazione



PARAGRAFO 2 - E' tempo di agire: un approccio proattivo al fenomeno

2.1 - Rilevazione e denuncia

“Salvo gli obblighi di denuncia, l’Infermiere che rileva ed evidenzia privazioni, violenze o maltrattamenti sulla persona assistita, si attiva perché vi sia un rapido intervento a tutela dell’interessato” (Art. 22 del Codice Deontologico delle professioni infermieristiche)

“... Deve fare denuncia per iscritto, anche quando non sia individuata la persona alla quale il reato è attribuito, qualora, nell’esercizio o a causa delle proprie funzioni o del proprio servizio, ha notizia di un reato perseguitibile di ufficio” (Art. 331 del Codice di Procedura Penale)

- Responsabilità ascrivibili all’operatore sanitario che fornisce assistenza diretta
- Responsabilità ascrivibili alle figure di coordinamento delle attività assistenziali



PARAGRAFO 2 - E' tempo di agire: un approccio proattivo al fenomeno

2.2 - Prevenire è meglio che curare

La prevenzione in ambito medico viene definita come il tentativo di **impedire** o **arginare eventi pericolosi** e di **diminuire i fattori di rischio**, per l'uomo e per l'ambiente che lo circonda (Osservatorio vittime del lavoro ed equiparati vittime del dovere, n.d.)

- Prevenzione primaria
- Prevenzione secondaria
- Prevenzione terziaria

Partiamo da **noi stessi** per prevenire gli abusi nel quotidiano
L'unione fa la forza: il **livello collettivo**
Il ruolo dell'**organizzazione**



PARAGRAFO 2 - E' tempo di agire: un approccio proattivo al fenomeno

2.3 - Cosa fare di fronte a un episodio di abuso: modalità di gestione

Di fronte a ogni singola segnalazione di abuso da parte del personale sanitario diventa necessario investigare sull'evento per determinare se sia stato causato da un errore umano, da un comportamento a rischio o da un'azione impulsiva (Myhre et al., 2020)

1. L'investigazione e l'incontro
2. La guida e la supervisione
3. Il ricollocamento dell'operatore



CONCLUSIONI

- **Rari sono gli studi che analizzano il fenomeno in ambito istituzionale** e non è stato possibile reperire strumenti di rilevazione appositamente costruiti per identificare le vittime di episodi di abuso che avvengono in tali setting
- Gli strumenti di denuncia a disposizione dei pazienti sono **scarsi e poco efficaci**
- Il personale sanitario stesso è spesso **restio alla denuncia** del fenomeno
- Per la prevenzione del fenomeno è fondamentale incentivare:
 - la **cultura d'équipe**
 - la **formazione** degli operatori sanitari
- Manca una chiara disamina:
 - delle differenti caratteristiche con cui il fenomeno si manifesta in varie realtà geografiche
 - della qualifica professionale specifica dei più frequenti soggetti abusatori
 - dei tratti che rendono determinati soggetti più suscettibili al rischio di agire abuso

