

# Tempo di Nursing

Infermieri professionali assistenti sanitari vigilatrici d'infanzia

TdN 67, Ottobre 2014

www.ipasvibs.it

## 1 EDITORIALE

L'impegno e le sfide dell'infermiere del futuro  
**di Stefano Bazzana**

## 3 FOCUS

Invecchiamento, disabilità, assistenza  
**di Ermellina Zanetti**

“RSA APERTA”: per chi e in che direzione?  
**di Angela Di Giaimo**

La qualità relazionale nelle residenze per anziani  
**di Silvano Corli**

La rete territoriale di offerta di servizi agli anziani  
dell'ASL Vallecamonica Sebino  
**di Anna Pedersoli**

L'infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione  
della dimissione dell'anziano fragile  
**di Federica Ferrarese, Martina Faccini, Sarah Tommasi,  
Paolo Tosoni, Claudia Bozzini, Claudio Bellamoli,  
Beatrice Gazzola, Chiara Pomari, Chiara Bovo**

Cronache da una RSA...  
**di Paolo Milzani**

## 27 COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Candidature per il nuovo Consiglio Direttivo

## 35 FUORI FOCUS

La venipuntura e la terapia endovenosa: dal XVII sec. agli anni '80  
**di Sara Bonfadini, Elena Mikaela Mandia, Gian Andrea Polonioli**

## 39 NONSOLOLIBRI

Recensione: Dentro il fare e il sapere  
**a cura di Anna Maria Iannelli**

## 40 DÌ LA TUA

Questionario di gradimento delle riviste  
Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News

Le immagini pubblicate in questo numero sono tratte dall'archivio fotografico del Collegio.

# Sommario



## EDITORIALE

L'impegno e le sfide dell'infermiere del futuro di Stefano Bazzana.....Pag. 1



## FOCUS

Invecchiamento, disabilità, assistenza di Ermellina Zanetti.....Pag. 3

“RSA APERTA”: per chi e in che direzione? di Angela Di Giaimo .....Pag. 8

La qualità relazionale nelle residenze per anziani di Silvano Corli..... Pag. 12

La rete territoriale di offerta di servizi agli anziani dell'ASL Vallecamonica Sebino di Anna Pedersoli..... Pag. 14

L'infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione della dimissione dell'anziano fragile di Federica Ferrarese, Martina Faccini, Sarah Tommasi, Paolo Tosoni, Claudia Bozzini, Claudio Bellamoli, Beatrice Gazzola, Chiara Pomari, Chiara Bovo ..... Pag. 18

Cronache da una RSA... di Paolo Milzani ..... Pag. 25



## COMUNICAZIONI DEL COLLEGIO

Candidature per il nuovo Consiglio Direttivo... Pag. 27



## FUORI FOCUS

La venipuntura e la terapia endovenosa: dal XVII sec. agli anni '80

di Sara Bonfadini, Elena Mikaela Mandia, Gian Andrea Polonioli..... Pag. 35



## NonSoloLibri

Recensione: Dentro il fare e il sapere a cura di Anna Maria Iannelli ..... Pag. 39



## DÌ LA TUA

Questionario di gradimento delle riviste Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News..... Pag. 40





## L'impegno e le sfide dell'infermiere del futuro

di Stefano Bazzana\*



Tra poche settimane saremo chiamati ad esprimere il nostro voto per il rinnovo del Consiglio Direttivo e del Collegio Revisori dei Conti. Molte le sfide che attendono la nostra professione, a livello locale, regionale ed anche nazionale. Non sprechiamo questa opportunità di democrazia professionale e partecipazione. L'elezione dei nostri rappresentanti è un'occasione importante per la vita professionale del Collegio. Per tre anni costoro sono tenuti ad impegnarsi per raggiungere gli obiettivi presentati nelle assemblee degli iscritti, diffusi con le riviste e pubblicati sul sito istituzionale.

**S**empre più gli infermieri dovranno affrontare le sfide che si prospettano in un contesto sanitario in grande trasformazione. Mentre scrivo, in Regione Lombardia si sta discutendo del nuovo articolato di legge che dovrà riformare il Sistema Sanitario Regionale. Come già avvenuto a luglio per il "Libro Bianco", i Collegi Lombardi, pur in assenza di un Coordinamento Regionale, ancora una volta hanno sottoscritto un documento unitario da inviare al governatore Maroni, con le prime integrazioni e osservazioni, in attesa di poter formalizzare dei veri e propri emendamenti. Seguiranno degli incontri tecnici e delle audizioni in Commissione terza, presieduta dal Dott. Rizzi, che ha

voluto un tavolo di confronto con i rappresentanti delle professioni. In quest'ambito il nostro Collegio si è mosso anche con la richiesta, e il relativo impegno del Direttore Generale Famiglia e Solidarietà Sociale, di partecipare ad un tavolo tecnico di lavoro con altri rappresentanti in Regione proprio per armonizzare il modello regionale con quanto proposto dalla categoria: l'infermiere di Famiglia/Comunità. Ne abbiamo parlato diffusamente nell'ultimo numero di Tempo di Nursing e riteniamo che sia il perno cruciale su cui investire per dare una risposta efficace ai bisogni crescenti della popolazione. Convegni e dati di recente pubblicazione ci ricordano che i malati cronici sono in costante aumento (circa 3,2 milioni in Lombardia, pari al 31.8% della popolazione assistita), e rappresentano ben il 79.6% della spesa sanitaria per

attività di ricovero e cura, specialistica ambulatoriale e consumo di farmaci. La professione infermieristica, a detta di molti esperti, in questo quadro di cambiamento può contribuire alla definizione della geografia dei servizi territoriali e dell'integrazione fra ospedale e territorio.

Tuttavia, per la sostenibilità del nostro sistema sanitario è necessario uscire dalla fase di de finanziamento, che colpisce soprattutto il personale; per uscire dalla crisi bisogna fare chiarezza sui conti, fino al 2016 sono previsti ancora tagli che in 5 anni assommeranno a più di 24 miliardi di euro! Sicuramente bisogna intervenire su vari tipi di sprechi, come le frodi, gli abusi e la corruzione. Oggi si registrano ancora troppe prescrizioni con sovrautilizzo di interventi inefficaci; sostenibilità del sistema vuol dire soprattutto capacità di indirizzo e di interventi della politica sanitaria per basare i LEA sugli esiti e sul punto di vista dei cittadini, sul maggior investimento nella ricerca organizzativa ed indipendente. Credo che su questi temi una "governance infermieristica" possa fare la differenza e nelle osservazioni al disegno di legge regionale più volte ciò è stato evidenziato. Il contesto demografico ed epidemiologico è decisamente cambiato (il focus di questo numero è proprio dedicato alla condizione anziana), le professioni si sono evolute, ma il sistema sanitario regge? Il mercato del lavoro ha spazi occupazionali a fronte dell'offerta di infermieri, eppure assistiamo impotenti alla sofferenza occupazionale e al precariato di troppi colleghi, con tutti i rischi di perdita di competenze e di rinuncia alla professione. Tale situazione è dovuta alla debolezza della domanda pubblica per i vincoli di spesa a cui sono sottoposte tutte le strutture afferenti al SSN. Ma quale sarà l'impatto di queste scelte di politica sanitaria e socio-sanitaria? Come si possono lasciare i servizi invariati? Continuando con l'insidioso fenomeno della dequalificazione professionale? Aumentando il malessere organizzativo con il rischio di favorire malpractice sanitarie?

In queste poche righe ho delineato alcune criticità e alcune proposte di soluzione a cui bisognerà dare voce e gambe nei prossimi anni. Anche per questo motivo è importante scegliere i rappresentanti che nel prossimo triennio saranno eletti nel Consiglio Direttivo del nostro Collegio. All'interno del presente numero sono pubblicate le candidature dei colleghi che hanno deciso di proporsi alle prossime elezioni,

previste dal 29 novembre al 1 dicembre presso la nostra sede. Molti mi scrivono per chiedere perché non si possa votare online o almeno in più sedi della nostra vasta provincia. Purtroppo la legge attuale non lo consente, tuttavia vorrei esortare tutti voi a votare e far votare.

Pochi giorni fa si sono celebrati i 20 anni dall'istituzione del profilo professionale (DM 739/94), per l'ottenimento del quale anche tanti bresciani scesero a Roma con il Collegio per manifestare insieme ad altri 50.000 infermieri e alla nostra presidente Emma Carli, neoeletta presidente della Federazione. Ricordo che in quell'occasione fece un discorso forte e incisivo, tanto che il ministro Costa firmò il decreto. Ciascuno di noi e tutti insieme, in qualità di professionisti iscritti ad un Albo, siamo chiamati a partecipare a quel progetto di costruzione del nostro profilo, in gran parte ancora scritto sulla carta, per realizzare nei fatti, in ogni struttura e realtà operativa, quanto previsto dalle leggi e dal nostro Codice Deontologico. Arrivederci dunque all'assemblea elettiva, vi aspetto!

\* *Presidente del Collegio IP.AS.VI. di Brescia*



# Invecchiamento, disabilità, assistenza

di Ermellina Zanetti\*

## Introduzione

L'invecchiamento della popolazione è per il nostro paese una realtà da salutare come un successo: viviamo di più perché viviamo meglio! Tuttavia per chi come noi infermieri si occupa della salute delle persone qualche motivo di preoccupazione si accompagna a questo innegabile traguardo positivo. L'ISTAT prevede che la popolazione ultraottantenne in Italia, quella presso cui si concentra il maggior fabbisogno assistenziale per malattie croniche (spesso più d'una) e disabilità, passerà dagli attuali 2,9 a ben 7,7 milioni nel 2030 (ISTAT, 2011). Anche considerando l'effetto positivo delle politiche di prevenzione e il miglioramento degli stili di vita (che abbassa il rischio delle persone di diventare non autosufficienti grazie ad un invecchiamento in salute), l'aumento in termini assoluti della popolazione che necessiterà di cure e assistenza sarà considerevole: mantenendo ipoteticamente costante nel tempo la stima ISTAT di prevalenza del fenomeno significherebbe un numero di persone non autosufficienti pari a 3,5 milioni (contro gli attuali 2).

La famiglia, che da sempre ha svolto un rilevante ruolo di cura, garantendo continuità, è

anch'essa investita da ampi processi di mutamento demografico e socio-economico. Oggi le famiglie sono sempre più famiglie "unipersonali" (formate da un solo individuo, spesso anziano), famiglie "bipersonali" (composte in genere da una coppia di anziani soli), famiglie "monogenitoriali" (in cui un genitore, con uno o più figli, è vedovo o separato/divorziato), o famiglie "lunghe" (in cui convivono più generazioni per la contemporanea presenza di nonni e nipoti non necessariamente giovanissimi).

La diminuzione dell'indice di natalità e di fertilità e il concomitante aumento della vita media ha favorito il processo di invecchiamento anche delle famiglie, con la presenza di un numero straordinariamente ridotto di bambini (più figli unici) e l'estensione di fasce di età centrali su cui pesa la cura dei figli e dei genitori anziani. Tuttavia la famiglia rappresenta ancora l'attore principale nella presa in carico degli anziani affetti da malattie croniche (caratterizzate da lunga durata e da progressiva perdita delle abilità funzionali e dell'autonomia) sia quando se ne fa carico direttamente, sia quando delega (parzialmente o totalmente) l'assistenza a personale domestico o "di prossimità" (badanti) che vive sotto lo stesso tetto, con livelli

di professionalità limitati o comunque non formalizzati rispetto alle norme del mercato del lavoro e del sistema d'istruzione italiano. Tale scelta garantisce costi di assistenza contenuti, nonché forme di personalizzazione e continuità del "prendersi cura" socialmente apprezzate.

In prospettiva la centralità della famiglia come principale attore nella cura delle persone fragili e non autosufficienti appare non sostenibile per il forte aumento di persone anziane, e molto anziane, e l'altrettanto forte riduzione di figli adulti.

### **Come ci stiamo organizzando per affrontare il problema?**

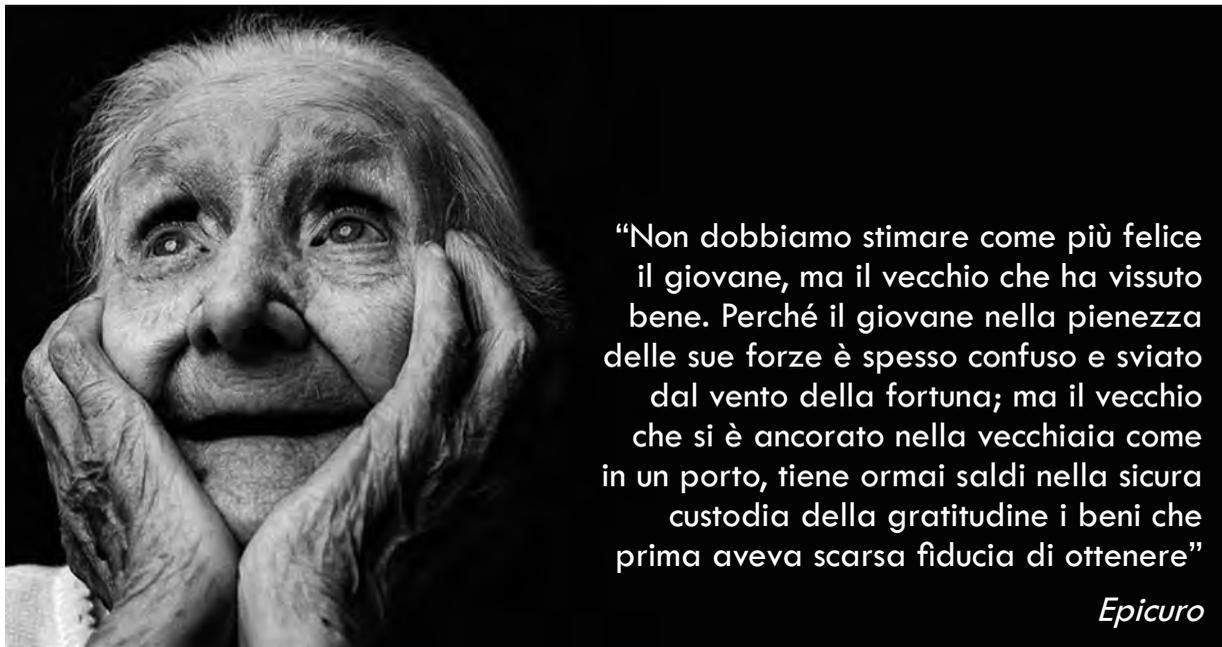
Sullo scorso numero di *Tempo di Nursing* abbiamo affrontato il tema dell'organizzazione delle cure e dell'assistenza sul territorio, nelle case dei nostri concittadini, ipotizzando come l'infermiere di famiglia o di comunità potrebbe utilmente contribuire a migliorare la presa in carico e gli esiti (Di Meo, 2014; Obbia et al., 2014). L'ospedale da sempre riconosciuto come luogo della cura per eccellenza come si sta "organizzando" per affrontare i cambiamenti demografici ed epidemiologici dai quali certamente non è immune?

Negli USA dal 1970 al 2006 la percentuale di ultra65enni tra i degenti ospedalieri è passata dal 20% al 38%, mentre quella degli ultra75enni addirittura dal 9% al 24% (CDC/NCHS, 2010). In Italia nel 2013 gli anziani ricoverati rappresentavano il 40% di tutti i ricoveri (Ministero della Salute, 2013). Gli anziani costituiscono il 60% dei ricoverati nelle unità di medicina e il 25% nelle unità di chirurgia. Anche nelle terapie intensive la presenza delle persone anziane è rilevante: i dati prodotti dal Gruppo italiano per la Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva (GiViTI) nell'ambito del Progetto PROSAFE (PROMoting patient SAFETY and quality improvement in critical care) relativo al 2012 hanno registrato, su un totale di quasi 55.000 ricoveri in 178 reparti di Terapia Intensiva polivalente diffusi sul territorio nazionale, più del 60% di ricoveri di soggetti di età avanzata, con il 26% di soggetti di età compresa tra i 66 e i 75 anni e ben il 35% di ultra 75enni (GiViTI, 2012).

Secondo i dati del Ministero della Salute, nel 2006 il tasso di ospedalizzazione per acuti è stato pari a 462 ricoveri ogni 1.000 abitanti per i 75enni, rispetto ai 217 per 1.000 della popolazione generale, a testimonianza di quanto

cresca il ricorso all'ospedalizzazione con il crescere dell'età (Ministero della Salute, 2006). Tra gli anziani ospedalizzati vi sono coloro che, in presenza di una buona o discreta salute e assenza di disabilità, vanno incontro a patologie acute e coloro che sono a grave rischio di disabilità o completamente dipendenti già prima che la patologia acuta rendesse necessaria l'ospedalizzazione e che necessitano di sorveglianza e intervento medico e infermieristico continuo. Il Royal College of Physicians in un documento recente dal titolo particolarmente significativo – "Hospital at the edge. The time of action" – individua nell'incapacità di adeguare organizzazione ed educazione ai mutamenti epidemiologici legati al progressivo invecchiamento della popolazione (Royal College of Physicians, 2012) e nella frammentazione ultraspecialistica delle unità di degenza, le ragioni dell'incapacità del moderno ospedale di rispondere ai bisogni di una rilevante quota di cittadini. Il *New England Journal of Medicine* (Ackerly, Grabowski, 2014; Mechanic, 2014; Reuben, Tinetti, 2014) ha recentemente proposto il problema irrisolto dell'integrazione ospedale-territorio dimostrando che le recenti riforme avviate da Medicare non sono servite a ridurre il tasso delle ri-ospedalizzazioni, rimasto intollerabilmente elevato. Sono entrambi problemi analoghi a quelli esistenti nel nostro Servizio Sanitario, dove esperti di programmazione sanitaria e operatori sanitari hanno promosso un progetto inteso a portare una radicale trasformazione dell'ospedale tradizionale, organizzato per unità mono specialistiche (medicina, chirurgia, ortopedia ecc) verso l' Ospedale per Intensità di Cura (<http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10636>).

In diverse regioni, come Emilia, Toscana, Piemonte e Lombardia, gli Ospedali per Intensità di Cura (OIC) sono in una fase di avanzata realizzazione o sperimentazione. Alcuni aspetti degli OIC, come la centralità del paziente, il ridimensionamento dell'approccio ultraspecialistico, l'integrazione, la multidisciplinarietà dell'intervento medico-infermieristico, la continuità assistenziale durante e dopo il ricovero vanno nella direzione richiesta per assicurare "buone cure" al paziente anziano. Tuttavia l'ospedalizzazione degli anziani e, in particolare modo di quelli fragili – quasi sempre ultraottantenni – richiede interventi specifici volti alla



“Non dobbiamo stimare come più felice il giovane, ma il vecchio che ha vissuto bene. Perché il giovane nella pienezza delle sue forze è spesso confuso e sviato dal vento della fortuna; ma il vecchio che si è ancorato nella vecchiaia come in un porto, tiene ormai saldi nella sicura custodia della gratitudine i beni che prima aveva scarsa fiducia di ottenere”

*Epicuro*

complessità clinica e assistenziale, due concetti che condividono una parte in comune caratterizzata dalla sindrome di fragilità, dalla polimorbilità e dalla elevata frequenza di deficit fisici e psichici.

A partire dalla prima metà degli anni '80 (Rubenstein et al., 1984), numerose evidenze scientifiche hanno dimostrato che un modello di cura dell'anziano fragile ospedalizzato incentrato sul modello delle ACE-Medical Units (in Italia Unità di Geriatria per Acuti) produce esiti di salute significativamente migliori: previene lo sviluppo o l'aggravamento della disabilità e del deterioramento cognitivo, riduce il tasso di istituzionalizzazione dopo la dimissione dall'ospedale. La durata della degenza ospedaliera e, più in generale, i costi sanitari globali di questo modello di cura non superano quelli del modello tradizionale e, addirittura, possono risultarne inferiori. In pazienti a più alto rischio, è stata anche dimostrata una riduzione della mortalità, a breve o a lungo termine (Landefeld et al. 1995). Il modello assistenziale delle Unità di Geriatria per Acuti si fonda sull'applicazione della valutazione multidimensionale (VMD) geriatrica rispetto alla quale esistono riferimenti sufficienti per stabilire che se associata all'equipe multidisciplinare geriatrica, migliora gli endpoint di salute e il costo-beneficio degli interventi in anziani ospedalizzati o assistiti a domicilio (Baztán et al., 2009; Beswick et al.,

2008; Bernabei et al., 1998). La VMD geriatrica fornisce informazioni predittive sull'anziano fragile che non possono essere ottenute attraverso sola valutazione clinica. L'applicazione della VMD al paziente anziano è ritenuta ormai indispensabili anche dai chirurghi e dagli anestesisti (Robinson TN, et al., 2009; Dale et al., 2014).

I vantaggi sono soprattutto evidenti quando l'equipe che cura e assiste ha una formazione geriatrica specifica; gli esiti non sono altrettanto favorevoli quando il paziente anziano fragile viene ricoverato in altre unità operative e il team geriatrico (o i singoli medici e infermieri), hanno solo un ruolo di consulenti. Per ottenere outcome positivi l'ammissione in Unità di Geriatria per Acuti deve avvenire mediante selezione di pazienti ad alto rischio di disabilità o di sua progressione; tale selezione è anche garanzia di utilizzazione ottimale delle risorse, in termini di rapporto costo-efficacia.

Questi dati risultano in completo accordo con le recenti conclusioni del Royal College of Physicians, secondo cui la reingegnerizzazione dell'ospedale dovrebbe basarsi, da una parte, sulla riduzione del frazionamento specialistico e, dall'altra, sull'affermazione di un nuovo tipo di cultura in modo da rendere disponibili operatori esperti in assistenza geriatrica in tutte le unità di degenza, compresi quelli chirurgici (Royal College of Physicians, 2012).

Un modello di OIC aderente ai presupposti del Royal College of Physicians dovrebbe presupporre un'area funzionale geriatrica, specifica per gli anziani fragili o a rischio di fragilità, selezionati sulla base delle risultanze della VMD a livello di pronto soccorso o di reparto di osservazione breve intensiva (OBI), mentre tutti gli altri anziani non fragili o non a rischio di fragilità saranno ricoverati nell'area funzionale medica.

L'assistenza infermieristica specifica per il paziente anziano dovrebbe far parte delle competenze da acquisire negli anni di formazione infermieristica di base, in considerazione dell'elevato numero di persone anziane tra gli assistiti. È facile comprendere perché negli ospedali che coniugano competenza assistenziale ed efficienza strutturale e organizzativa si raggiungono i migliori risultati.

Il coinvolgimento attivo del caregiver è parte integrante del piano di cura del paziente anziano ospedalizzato: la letteratura dimostra che migliora significativamente la prognosi della malattia acuta e incide positivamente nella prevenzione dello scompenso funzionale e cognitivo (Inouye, 2006).



## Work in progress

La discussione che spesso si ripete che “l'ospedale non è fatto per i malati cronici” è fuorviante. La cronicità è infatti “il sottofondo” di una condizione di acuzie che può essere gestita solo in ambienti ad elevata specializzazione e prontamente attivabili.

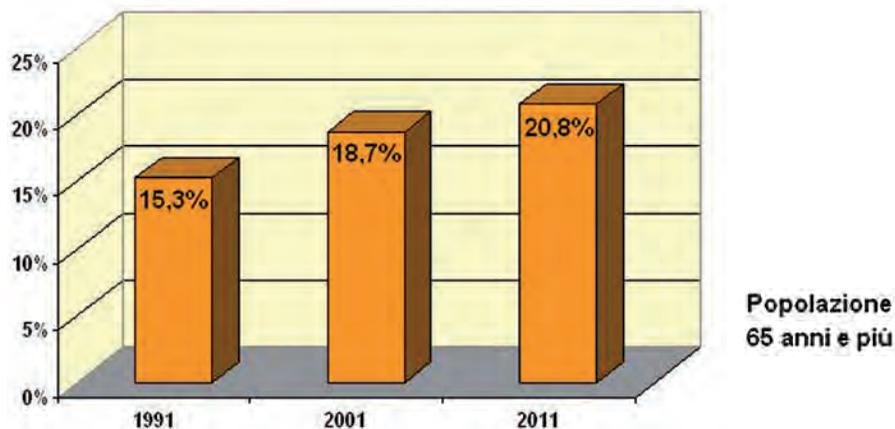
Il problema si sposta nei servizi presenti sul territorio, dove i bisogni dei pazienti emergono, purché si sia in grado di attivare risposte pronte e incisive per contrastare situazioni di acuzie senza che queste portino il paziente anziano in ospedale, quando non vi è un'effettiva necessità. Purtroppo talvolta il pronto soccorso diventa l'unica e sola risposta a molteplici bisogni.

Nelle sedi di accesso del paziente (territorio o ospedale che sia) è necessario un percorso che porti al pronto riconoscimento delle condizioni di fragilità (inclusa la demenza), per cui vengano attivati percorsi di cura e assistenza specifici per la gestione della fase acuta. Anche il “territorio” dovrebbe essere attrezzato per gestire la continuità sia in “entrata” che in “uscita” verso l'ospedale. Ad esempio, disponendo di una anagrafe dei fragili sui quali concentrare gli interventi proattivi domiciliari di prevenzione della perdita funzionale (pronto riconoscimento e trattamento della fase acuta, supporto domiciliare clinico/diagnostico/infermieristico) e assicurare il supporto nella fase post-acuta, anche con la rete delle strutture residenziali.

Di recentissima approvazione presso la Conferenza Stato-Regioni è il nuovo “Regolamento sui nuovi standard ospedalieri”, approvato il 5 agosto 2014. Tale accordo, pur non riguardando nello specifico l'accesso ai servizi ospedalieri degli anziani non autosufficienti, avrà un impatto significativo sulle prestazioni erogate per questa utenza. In particolare il Regolamento offre indicazioni per la riorganizzazione della rete ospedaliera, ma non trascura il principio che, se tale rete non è accompagnata dalla continuità assistenziale e da forme di assistenza sul territorio (domiciliare, ambulatoriale, residenziale), non si otterrà mai il risultato dell'appropriatezza ospedaliera e, tanto meno, quello di una completa tutela della salute degli anziani e di tutti i cittadini.

\* *Infermiere*  
*Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia*  
*Consigliere del Collegio IP.AS.VI. di Brescia*

## Elaborazione su dati dei censimenti (ISTAT)



### Bibliografia

Ackerly D C, Grabowski D C.(2014), Post-Acute Care Reform — Beyond the ACA, in *NEJM* 370(8): 689-691

Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F (2009), Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ* 338(b50): 1-9

Bernabei R, Landi F, Gambassi G, Sgadari A, Zucala G, Mor V, Rubenstein LZ, Carbonin P (1998), Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community, *BMJ*. 316(7141): 1348-1351.

Beswick AD1, Rees K, Dieppe P, Ayis S, Goberman-Hill R, Horwood J, Ebrahim S (2008) Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people: a systematic review and meta-analysis. *Lancet*, 371(9614): 725-735

CDC/NCHS National Hospital Discharge Survey, 2010.

Dale W, Hemmerich J, Kamm A, Posner MC, Matthews JB, Rothman R, Palakodeti A, Roggin KK.(2014), Geriatric assessment improves prediction of surgical outcomes in older adults undergoing pancreaticoduodenectomy: a prospective cohort study, *Ann Surg* 259(5): 960-965.

Di Meo S. (2014) Le cure domiciliari: un sistema in evoluzione *Tempo di Nursing* 1(66): 12-15

GIVITI (Gruppo Italiano per La Valutazione degli Interventi in Terapia Intensiva) (2012), *Rapporto Progetto PROSAFE*

[http://www.giviti.marionegri.it/Download/ReportPROSAFE\\_2012\\_IT\\_Polivalenti\\_ITALIA.pdf](http://www.giviti.marionegri.it/Download/ReportPROSAFE_2012_IT_Polivalenti_ITALIA.pdf).

Inouye SK., (2006) Delirium in Older Persons. *N Engl J Med* 354: 1157-65.

ISTAT (2011), Demografia in cifre, [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it)

Mechanic R., (2014), Post-Acute Care — The Next Frontier for Controlling Medicare Spending, *NEJM* 370 (8): 691-694

Ministero della Salute Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero Dati SDO 2013

Ministero della Salute [http://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2094\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf)

Obbia P., Menarello G., Maddalena C. (2014) L'Infermiere di Famiglia e di Comunità: una proposta per lo sviluppo delle cure primarie *Tempo di Nursing* 1(66): 16-19

Reuben DB, Tinetti ME (2014) The hospital-dependent patient, *NEJM* 370 (8), pp 694-697

Robinson TN, Eiseman B, Wallace JJ, Church SD, McFann KK, Pfister SM, Sharp TJ, Moss M.(2009), Redefining geriatric preoperative assessment using frailty, disability and co-morbidity. *Ann Surg*; 250(3): 449-455.

Rubenstein LZ, Josephson KR, Wieland GD, et al. Effectiveness of a geriatric evaluation unit: a randomized clinical trial. *N Engl J Med* 1984;311:1664-70.

Royal College of Physicians Hospital on the Edge. The time of action. September 2012 <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/hospitals-edge-time-action>

USL Modena, Ospedale per intensità di cura e complessità assistenziale <http://www.ausl.mo.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/10636>

# “RSA APERTA”: per chi e in che direzione?

di Angela Di Giaimo\*

«Niente e nessuno può portarvi via quello che avete vissuto,  
che avete sperimentato insieme...

E anche se sembra che sparisca, in realtà resta,  
resta per sempre»

*(l’infermiera Betty, da “Away from Her”)*

**M**i piace iniziare questo articolo citando un brano tratto da un film delicatissimo e suggestivo, in cui si tratta in modo inusuale una malattia come l’Alzheimer che per tanti versi, emotivamente e non solo, è più spietata di altre. In questo film, fatto di sguardi, di silenzi e di tanto amore, la malattia viene affrontata senza pietismi, drammi o morbosità, è per questo che ve ne consiglio la visione.

## Storie...

*Storie di amore, storie di tenerezza, di pietà, di stanchezza, di disperazione, di depressione, di dignità... raramente di speranza: la malattia di Alzheimer e altre forme degenerative che comportano un progressivo e inesorabile de-*

*terioramento cognitivo, spesso, non lasciano nemmeno il lusso della speranza.*

*Assistere a domicilio persone con disturbi cognitivo-comportamentali correlati a questa e altre simili patologie, stare accanto ai familiari e a chi si prende cura di loro 24 ore al giorno e, spesso, sette giorni su sette, è un esercizio intenso ma appagante per gli operatori che se ne occupano (infermieri, ASA, OSS, fisioterapisti, educatori).*

La Regione Lombardia con la D.G.R. n. 856/2013 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili ai sensi della DGR n. 116/2013” e successiva Circolare 1 del 15.01.2014 ha previsto l’introduzione di nuove misure/interventi in ambito sociosanitario. Nell’ambito della misura 4 “RSA/RSD aperta” è prevista la possibilità di offrire un supporto domiciliare, semiresidenziale e residenziale

temporaneo a persone affette da demenza certificata e alle loro famiglie.

Con questo articolo desidero presentarvi l'interessante e, per certi aspetti, innovativa, esperienza realizzata dalla Fondazione con la quale collaboro che ha aderito all'attuazione della misura 4: RSA Aperta.

Il progetto "RSA APERTA", si propone di favorire la permanenza della persona affetta da demenza al proprio domicilio il più a lungo possibile, ritardando il ricorso all'istituzionalizzazione. Nel contempo, si propone di sostenere il caregiver attraverso interventi di supporto, addestramento e sollievo.

Una delle novità legate a questo progetto è la possibilità di prendersi cura del familiare facendo in modo che acquisisca abilità e conoscenze per meglio assistere la persona con disturbi cognitivo-comportamentali

Per attivare il servizio, chiunque fosse interessato può rivolgersi all'Unità di Continuità Assistenziale Multidimensionale (UCAM) del distretto socio sanitario territorialmente competente che valuta il caso e il possesso dei requisiti richiesti, stila un Piano Assistenziale Individualizzato e commissiona l'erogazione delle prestazioni alla RSA accreditata scelta dall'utente.

Il *case manager* della RSA accreditata, spesso rappresentato da un infermiere coordinatore, gestisce la richiesta pervenuta dall'UCAM e, verificati i bisogni, attua con un gruppo di professionisti (infermieri, ASA, OSS, fisioterapisti, educatori, psicologo, geriatra, neurologo), gli interventi previsti dal Piano Assistenziale Individualizzato.

Gli interventi erogabili possono essere di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare, fra questi ultimi sono annoverati:

- addestramento del familiare/accudente (badante)
- Interventi riabilitativi (esercizi di riabilitazione motoria e/o cognitiva)
- Interventi tutelari e assistenziali (infermieristici o tutelari sui bisogni di base)
- Interventi specialistici (da parte di geriatra, neurologo, psicologo)

Possono essere realizzati, a supporto di piccoli gruppi di pazienti o famigliari, gruppi di automutuo aiuto.

Il Medico di Medicina Generale viene sempre coinvolto dall'UCAM prima di avviare il servizio e viene contattato se vi fossero problemi

clinici oppure se si rendesse utile una visita domiciliare di un medico specialista dell'equipe prevista dalla Misura 4 (geriatra, neurologo)

Per la famiglia richiedente, il servizio è totalmente gratuito ed è, al momento, erogabile per un massimo di sei mesi con un budget massimo di 500 euro al mese.

Chi si prende cura della persona affetta da demenza, spesso, è un familiare (moglie, marito, sorella o fratello) spesso anch'esso anziano e con problemi di salute; contrariamente ai dati disponibili in letteratura, nella mia esperienza, l'accudente è spesso un figlio maschio che, da solo o con l'aiuto di una badante, assicura tutte le cure necessarie, 24 ore su 24, giorno dopo giorno.

Accanto alla fatica fisica, il caregiver spesso ha difficoltà a comprendere ed accettare il disturbo cognitivo, soprattutto se sussiste un rapporto affettivo e parentale con la persona assistita: "*non capisce più niente..!*", "*non si è mai comportata così..!*", "*non è più lui*", "*come posso fare per farmi capire?*".

Comprendere che ciò che succede è dovuto all'evoluzione della malattia e non è legato alla volontà della persona; imparare che non esiste solamente la comunicazione che passa attraverso la parola, ma esistono anche altri canali per mantenere un contatto con l'altro, rappresenta spesso per il caregiver, un grande sollievo. In questi casi, per esempio, l'intervento informativo/addestrativo dell'educatore è fondamentale poiché aiuta il caregiver a scoprire l'esistenza di altri canali comunicativi attraverso i quali relazionarsi con la persona affetta da grave deterioramento cognitivo. Il tocco, lo sguardo, il tono di voce, l'abbraccio, la musica, il massaggio rappresentano

piccoli interventi che aiutano a mantenere un contatto "possibile".



## Storie...

**Simona**, una Signora seguita a domicilio che apparentemente vive nel suo mondo con lo sguardo rivolto al vuoto, nell'ascoltare una canzone che il marito ci aveva suggerito, è scoppiata in lacrime; un pianto liberatorio e rivelatore, sembrava dirci :”ci sono ancora, esisto! Provo ancora emozioni!”.

**Giovanni**: “non ce la faccio più! Vorrei tanto prendermi cura di mio padre, sono figlio unico... ma se continuo così anche il mio matrimonio, la mia famiglia ne risentirà irrimediabilmente. Avrei tanto bisogno di qualche giorno di vacanza con loro.”

**Sandro**: “per mia moglie ho abbandonato il lavoro, ho rinunciato all'azienda, ho lasciato i miei hobbies, gli amici: mi sono dedicato solamente a lei. Adesso credo di non essere più in grado di reggere...”

Ridurre il livello di stress del caregiver almeno del 10% a tre mesi dalla prima rilevazione tramite scala RSS (Relative Stress Scale) rappresenta uno degli obiettivi dell'intervento, insieme al supporto su questioni molto più pratiche: assistere durante un bagno/doccia mantenendo standard di sicurezza, assicurare una risposta adeguata ai bisogni primari della persona (idratazione, alimentazione, eliminazione) tramite l'addestramento dei familiari/badanti, garantire la sicurezza della persona affetta da disturbi co-

gnitivo-comportamentali, sono gli interventi più frequenti che vengono assicurati al domicilio. L'adattamento dell'ambiente di vita che può rappresentare un fattore di rischio per cadute o fughe è un intervento finalizzato a migliorare la sicurezza e la fruibilità degli spazi domestici: la fisioterapista nel corso della prima visita domiciliare effettua una ricognizione atta a verificare i livelli di rischio presenti al domicilio. La calzatura adeguata, il cancellino alla scala, la porta chiusa a chiave, i farmaci disposti nell'armadietto in alto e non sul ripiano della cucina, la richiesta di letti articolati con spondine e altro ancora, rappresentano i principali suggerimenti che le famiglie accolgono di buon grado.

Più complesso è fornire indicazioni sul come gestire persone affaccendate e affette da vagabondaggio afinalistico, peggio ancora se aggressive: in questi casi il medico di medicina generale e lo specialista geriatra o neurologo possono offrire un valido contributo.

Anche l'addestramento delle cosiddette “badanti” rappresenta un obiettivo importante per la famiglia: spesso queste figure sono le uniche a vivere e ad accudire per diverse ore al giorno la persona affetta da demenza. Non sempre, purtroppo, sono preparate a tale compito anche se mostrano dedizione e buona volontà. La badante prepara i pasti, imbecca se necessario, somministra i farmaci, assicura l'igiene della persona e dell'ambiente di vita: è sempre preparata per fare tutto questo? L'addestramento della badante è un'ulteriore intervento vol-



to a garantire risposte adeguate nei confronti dell'assistito e quindi a rassicurare il familiare in merito alla qualità della sorveglianza e accudimento sui bisogni di base.

## Il punto di vista dell'equipe

Entrare in una casa è come entrare in un universo fatto di storie, sentimenti, relazioni, abitudini, esperienze; a domicilio ogni intervento deve essere necessariamente condiviso e concordato con il familiare e anche con l'assistito dove possibile. L'obiettivo deve essere sostenibile e, spesso, va contrattato per il rispetto di abitudini o legami affettivi.

L'equipe che opera nell'ambito del progetto RSA Aperta deve essere preparata, competente, esperta: deve saper assumere comportamenti flessibili, deve essere in grado di creare alleanze per stabilire una relazione terapeutica con pazienza e costanza. Deve saper ascoltare e comprendere, senza pregiudizi e giudizi.

L'equipe deve avere la possibilità di scambiare informazioni e fornire risposte coerenti; va supportata e sostenuta per evitare che si presentino criticità che rischiano di interrompere il necessario rapporto fiduciario famiglia-ente erogatore.

## Conclusioni

È evidente che un lavoro multidisciplinare, gratuito per le famiglie, che prevede un'assistenza per obiettivi con interventi anche sul caregiver, è senz'altro un approccio positivo per supportare persone con disturbi cognitivi e le loro famiglie.

Tuttavia permangono alcune criticità che mi auguro, con il tempo, possano essere affrontate: le principali sono rappresentate dalla precarietà dell'intervento: i sei mesi previsti dalla Misura 4 come termine massimo di erogazione delle prestazioni, a fronte di una malattia che dura anni, rappresenta un problema.

Anche le attuali modalità di rimborso delle prestazioni offerte dagli Enti Erogatori nell'ambito della Misura 4 da parte della Regione sarebbero da rivedere: le prestazioni, infatti, vengono rimborsate con un preciso tariffario, per accesso, senza valutare la durata dello stesso e il tempo richiesto per la trasferta necessaria per raggiungere il domicilio dell'utente. Non viene inoltre, tenuto in considerazione il tempo necessario per pianificare e rendicontare gli interventi

(quantificato, in difetto, in almeno mezz'ora la settimana per utente in carico). Non sono previsti riconoscimenti per incontri d'equipe (per condividere i PAI, per esempio) e tanto meno la necessità di valorizzare, anche economicamente, la figura del care manager.

Confido nel fatto che il progetto contenuto nella Misura 4 possa essere perfezionato attraverso aggiustamenti organizzativi e remunerativi grazie ad un'adeguata circolarità di dati/informazioni fra regione/ASL/enti erogatori o loro associazioni rappresentative. Importante è questo periodo di sperimentazione che, grazie ad un coordinamento promosso dall'ASL di Brescia, potrebbe favorire un confronto e una specifica raccolta di dati da trasmettere alla Regione Lombardia per perfezionare questo importante progetto.

Interessante, inoltre potrebbe essere, poter effettuare studi quantitativi, qualitativi o misti tesi a verificare l'efficacia e il significato degli interventi svolti nell'ambito della Misura 4.

Spiace inoltre constatare che il livello di conoscenza da parte dei potenziali fruitori, riguardo il progetto "RSA Aperta" sia ancora scarso; ciò allontana, come spesso succede, il portatore di un bisogno dalle varie unità d'offerta esistenti sul territorio.

Confido in Voi colleghi, almeno in coloro che avranno la pazienza di leggere questo articolo sino alla fine, affinché si possa diffondere anche attraverso canali informali l'esistenza di questo servizio nel quale l'infermiere rappresenta, insieme ad altri professionisti, un caposaldo.

\* *Infermiere libero professionista  
Laureata Magistrale  
Consigliere del Collegio IP.AS.VI. di Brescia*

# La qualità relazionale nelle residenze per anziani

di Silvano Corli\*

**M**olti passi sono stati compiuti per rendere le Residenze Sanitarie Assistenziali luoghi di cura, in cui è possibile trovare risposte a situazioni sempre più complesse sul piano clinico, un servizio alberghiero qualificato e accogliente, una dimensione relazionale in grado di non sottacere la domanda di senso che anche l'anziano, fragile e limitato nelle sue espressioni psicofisiche, porta con sé.

Ciò nonostante, il raggiungimento di livelli superiori di qualità costituisce un impegno senza fine dei sistemi sanitari e socio sanitari e i livelli oggi raggiunti, sia pure in modo difforme tra le diverse realtà, non consente un disimpegno nella ricerca di un'ulteriore qualificazione dei servizi offerti.

Ancora oggi è necessaria una svolta sul piano culturale e umano che permetta di guardare alle RSA non come una risposta senza sbocchi a condizioni umane e cliniche ritenute senza speranza. In questo ambito la geriatria ha un ruolo fondamentale poiché ha dimostrato che nelle età avanzate, soprattutto nei molto vecchi, anche interventi limitati, purché mirati e specifici, possono portare a risultati di grande valore per la singola persona anziana.

Le RSA sono oggi chiamate a offrire agli anziani non autosufficienti gli interventi medici, infermieristici e riabilitativi necessari a prevenire e curare le malattie croniche e la loro riacutizzazione; un' accoglienza residenziale con una connotazione il più possibile familiare, organizzata in modo da rispettare i bisogni individuali di riservatezza e soddisfare allo stesso tempo il bisogno di socialità; un'assistenza personalizzata orientata alla tutela e al miglioramento dei livelli di autonomia, al mantenimento degli interessi personali e alla promozione del benessere.

Le visioni limitate, anche di un passato recente, che paventavano il rischio di una medicalizzazione delle RSA, sono ormai superate; situazioni cliniche sempre più complesse hanno fatto giustizia delle posizioni di chi immaginava una sorta di "non corporeità" degli ospiti delle residenze per anziani dando esclusiva rilevanza solo ai problemi psico-sociali. Nessuno oggi mette in discussione che la qualità della struttura non può prescindere da cure mediche, infermieristiche e riabilitative mirate e competenti. Ma l'esigenza, imprescindibile, di cure in ambito strettamente medico ha portato a una crisi strutturale del sistema delle residenze perché vi ha immesso logiche che non gli appartenevano e che rischiano di dominare la vita delle residenze rompendo quel necessario equilibrio tra

tutela sanitaria, comfort alberghiero e qualificato livello relazionale.

Accanto a ciò è sempre presente il rischio di una chiusura delle strutture rispetto al contesto esterno. Non può esservi qualità dove esiste impermeabilizzazione a ogni stimolo dell'ambiente. Scriveva Trabucchi che il "confine tra l'essere contenitori di sofferenza" o "ambiti di cura" è molto sottile; il contenitore può essere chiuso, la cura invece, richiede l'apertura verso l'esterno, per ricevere i supporti indispensabili per garantire all'anziano la necessaria qualità dell'assistenza.

Il "villaggio globale", talvolta rappresentato dalla RSA, tende a istituzionalizzare anche gli operatori, con risultati spesso catastrofici perché si perdono i punti di riferimento rispetto alla vita dell'ospite, che dovrebbe essere il più normale possibile. *"E il villaggio globale – anche se protettivo – non potrà mai offrire garanzie di normalità, perché lontano dalla città reale. Molto spesso la costruzione del villaggio globale è un riflesso difensivo in mancanza della capacità culturale di capire quali sono le reali esigenze di un anziano che è sempre portatore di una domanda di senso".<sup>1</sup>*

Da queste considerazioni emerge **la caratteristica relazionale** che qualifica, sia nel senso definitorio che nell'attribuzione di qualità, i servizi per anziani.

La globalità della presa in carico operata da servizi come la RSA e il prolungamento temporale, quasi sempre definitivo, per gli ospiti che vi accedono, amplifica il carattere e la valenza relazionale delle RSA. Da un lato è necessario garantire una serie di prestazioni tecniche di varia natura, dall'altro è indispensabile tener conto dell'insieme delle relazioni vitali dell'anziano e di come esse possono entrare a far parte dell'"oggetto di lavoro" sia come fattori che determinano i bisogni dell'anziano sia come risorse da valorizzare e utilizzare per offrire risposte più adeguate; in ogni caso come interlocutori inevitabili dell'organizzazione che intervengono attivamente nel determinare la forma e il significato della relazione tra il servizio e l'utente.

Pensare alla relazionalità come dimensione cruciale della qualità di un servizio socio sani-

tario significa guardare all'anziano come "soggetto in relazione" ovvero pensare l'anziano congiuntamente all'insieme dei legami e dei rapporti in cui egli è inserito, siano essi riferiti alla sua situazione familiare, intergenerazionale o comunitaria. E ancora, significa pensare al lavoro assistenziale e alla sua organizzazione non considerando unicamente le singole prestazioni ma anche gli elementi legati al senso che l'intervento assume per l'utente e la comunità in cui è inserito.

In questa prospettiva il concetto di qualità è altra cosa rispetto alla soddisfazione dell'utente e non è riducibile a una misura dello scarto tra l'ideale e il percepito. È invece da ricercare all'interno di un'attribuzione di senso e valore alle azioni svolte assumendo quale criterio ordinatore la promozione del legame.<sup>2</sup>

Se si applica tale ottica relazionale al tema della qualità significa pensare il servizio in termini relazionali. Ciò significa porre "la relazione" al centro della progettazione e della gestione stessa del servizio per quanto attiene la lettura dei bisogni, l'individuazione degli obiettivi, la definizione delle prestazioni con riferimento all'organizzazione dello spazio, dei tempi, del personale coinvolto, dei livelli di autonomia e di coinvolgimento degli utenti e delle loro famiglie nei processi decisionali.

Non si tratta di creare servizi totalmente diversi da quelli che conosciamo ma di introdurre nell'organizzazione quella "natura relazionale" che guarda all'anziano come soggetto in relazione, coinvolge la rete familiare e le persone significative per l'anziano, pone tra gli obiettivi di cura la promozione della relazionalità, favorisce l'incontro/scambio tra le generazioni, mantiene un ruolo attivo dell'anziano anche in condizioni di fragilità, prevede spazi strutturali e tempi per consentire l'incontro con i familiari, promuove la formazione di tutto il personale in una logica relazionale.

\* *Direttore Azienda Speciale Comune di Concesio  
Coordinatore Master di Psicogeriatrics  
Università Cattolica del Sacro Cuore – Brescia*

1 Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F., Residenze per anziani, Il Mulino 2002

2 Tamanza G., Anziani, rappresentazioni e transizioni dell'ultima età della vita, Franco Angeli, 2001

# La rete territoriale di offerta di servizi agli anziani dell'ASL Vallecamonica Sebino

di Anna Pedersoli\*

**C**on il miglioramento delle condizioni di salute, anche in Italia come nel resto del mondo, si assiste ad un innalzamento dell'età media, ciò comporta che si classifichi tra i paesi più vecchi del pianeta con il 20% della popolazione ultra sessantacinquenne, di cui il 30% ultraottantenne e dove i centenari sono quasi 16.000. In questo ottimistico panorama non sono certamente trascurabili quei 2 milioni di anziani che richiedono cure e assistenza costanti perché non autosufficienti.

Non fa eccezione la Valle Camonica il cui ambito territoriale vede una popolazione di 102.148 abitanti residenti nei 42 comuni presenti su un territorio interessato da due fenomeni importanti:

- il progressivo invecchiamento della popolazione, con tutti i conseguenti risvolti sul piano sociale, sanitario e assistenziale;
- la crisi economica che investe sempre più tutti gli ambiti del tessuto sociale.

In questo contesto si contano 20.010 ultrasessantacinquenni, pari al 19,60% della popolazione, che richiedono programmazione e ero-



gazione di servizi costantemente centrati sulla necessità di una rete di offerta rivolta a tutte le fasi della vita e aspetti di fragilità.

L'Asl di Vallecamonica Sebino, con l'obiettivo di offrire la più ampia gamma di servizi all'anziano, dispone, sul territorio di competenza, di una rete comprensiva di unità d'offerta socio-sanitaria e socio-assistenziale accreditate che hanno come pilastri fondanti l'attenzione alla libera scelta del cittadino, la centralità della famiglia come portatrice di bisogni e protagonista del sistema, l'implementazione di una rete di servizi integrati e di qualità a tutela degli utenti, il coinvolgimento degli Enti Gestori e non ultimo il ruolo di programmazione, acquisto e controllo, sempre più peculiare e rilevante, assunto dall'Asl stessa.

In questo panorama si collocano le unità d'offerta che comprendono:

- 14 RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), per un totale di 979 posti letto;
- 9 CDI (Centri Diurni Integrati), per un totale di 135 posti accreditati;
- 12 Enti erogatori ADI (Assistenza Domiciliare Integrata)
- 1 IDR (Istituto di Riabilitazione);
- RSA/CDI aperti;
- 1 UO Riabilitazione Generale e Geriatrica con 17 posti letto;

sono inoltre offerti, a domicilio, da parte dei Comuni, servizi alla persona (SAD) per quanto riguarda gli aspetti domestico-alberghieri.

L'Infermiere che opera nell'UO di Riabilitazione Generale e Geriatrica gestisce il processo as-

sistenziale mediante lo strumento metodologico del **documento infermieristico** che prevede la raccolta dati utilizzando i Modelli di Gordon, la formulazione delle diagnosi infermieristiche, la pianificazione degli interventi assistenziali e la successiva verifica.

### La rete domiciliare

Un ruolo particolarmente significativo è svolto dai Servizi domiciliari che perseguono l'obiettivo di favorire:

- la permanenza della persona a domicilio;
- un miglioramento delle condizioni di vita dell'anziano;
- la presa in carico complessiva del nucleo familiare.

L'aumento costante della fragilità della popolazione anziana, ha reso comunque necessario prendere in considerazione un altro strumento che si colloca in posizione intermedia tra l'offerta residenziale e quella domiciliare: la semi-residenzialità realizzata dai CDI.

Sul territorio dell'ASL di Vallecamonica-Sebino sono presenti e operative in forma ampia tutte e tre le opzioni di servizi: residenziali, semi-residenziali e domiciliari.

### ADI

L'assistenza domiciliare integrata è volta a garantire all'anziano prestazioni socio-sanitarie integrate, multidisciplinari declinate dal PI (Progetto Individuale), erogata attraverso l'emissione di voucher di diverse tipologie di prestazioni.



L'ADI si pone l'obiettivo di assicurare alla famiglia dell'anziano un reale supporto per:

- migliorare la qualità della vita quotidiana ed allontanare nel tempo l'eventuale ricorso ad unità d'offerta residenziali e l'ospedalizzazione impropria;
- stabilizzare il quadro clinico della persona a seguito di dimissione ospedaliera;
- garantire la continuità dell'assistenza tra sistema sanitario, socio sanitario e sociale;
- prevenire/limitare il deterioramento della persona in condizioni di fragilità.

È rivolta ad anziani caratterizzati dalla presenza di:

- non autosufficienza parziale o totale, di carattere temporaneo o definitivo;
- non deambulabilità e non trasportabilità presso i presidi sanitari ambulatoriali;
- una rete familiare (formale o informale) di supporto;
- condizioni abitative che garantiscano la praticabilità dell'assistenza.

L'anziano in ADI riceve prestazioni di tipo socio-sanitario (attività infermieristiche e di supporto, attività riabilitative), di tipo sociale (assistenza tutelare e di cura della persona), prestazioni di tipo psicologico e cure palliative.

### **Voucher per il sostegno alla domiciliarità**

In attuazione della DGR 116/2013, è avviato il progetto "RSA/CDI aperti" per l'erogazione di interventi domiciliari e/o presso Residenze sanitarie-assistenziali (RSA) e Centri Diurni Integrati (CDI) che consentano la permanenza al domicilio di persone non autosufficienti o fragili.

Il servizio è rivolto ad anziani ultra85enni, in condizione di non autosufficienza, con certificazione di invalidità 100% e indennità di accompagnamento oppure persone in condizione di fragilità personale, familiare e/o sociale, che vivono sole o con familiari fragili o non autosufficienti. Tale servizio, che ha una durata temporanea dai 3 ai 6 mesi, può comprendere le prestazioni di igiene personale, fornitura pasti, sostegno tutelare.

### **Servizio post acuti**

Sono stati istituiti presso quattro RSA (Ponte di Legno, Borno, Berzo Inferiore ed Esine) 10 posti letto da dedicare all'anziano dimesso dall'Ospedale dopo un evento acuto, con il contributo economico della famiglia.

Requisito necessario per accedere al servizio è la reale possibilità di recupero della persona e la possibilità di rientro al proprio domicilio.

## **Il ruolo dell'infermiere nella rete di offerta dei servizi rivolti all'anziano**

La metodologia utilizzata per la **presa in carico** si basa sulla raccolta e l'analisi dei dati, la programmazione e verifica degli interventi con conseguente rivalutazione.

L'Infermiere, presente all'interno dell'UVM (Unità di Valutazione Multidisciplinare) dell'ASSI (Assistenza Socio Sanitaria Integrata), recepisce l'attivazione dell'ADI attraverso richiesta del MMG (medico di medicina generale), prescrizione del medico specialista o su segnalazione dell'unità operativa Ospedaliera. In questo ultimo caso la segnalazione deve avvenire almeno quattro giorni prima della dimissione affinché l'Infermiere possa recarsi presso l'UO di degenza per documentarsi ed espletare l'istruttoria.

Al fine di facilitare le comunicazioni tra UU.OO. e UVM e garantire la tempestiva presa in carico dell'anziano, gli infermieri dell'UVM, in un'ottica di integrazione, sono presenti nei Presidi ospedalieri ricompresi nell'Azienda.

Nel recepire la richiesta dal medico, l'infermiere riceve la "valutazione triage", che segnala il bisogno dell'utente da inviare alla valutazione multidimensionale di secondo livello, che prevede l'esame dei bisogni socio-sanitari e sociali con la finalità di determinare:

- il livello di gravità della persona ed il relativo profilo corrispondente all'impegno assistenziale;
- la durata dell'intervento;
- il numero di accessi in caso di profilo prestazionale;
- l'eventuale urgenza;
- il valore economico complessivo del voucher.

Di norma la valutazione di secondo livello avviene a domicilio, dove l'Infermiere tramite colloqui con il paziente e con il caregiver, valuta la situazione familiare (presenza di sostegno e caregiver di riferimento), valuta l'ambiente, raccoglie l'eventuale documentazione sanitaria, il consenso al trattamento dei dati, compila le schede di valutazione, consegna la guida al

servizio, promuove l'integrazione tra le reti di offerta territoriale dei servizi sociali e socio-sanitari

Da sottolineare l'importante ruolo del caregiver, punto di riferimento all'interno del nucleo familiare e per l'infermiere che si reca a domicilio.

Gli strumenti scelti per la valutazione dal punto di vista sanitario sono la scala di InterRAI Home Care e la scala FIM ( Functional Independence Measure). La prima è un sistema sviluppato per fornire una valutazione globale dei punti di forza e delle problematiche cliniche ed assistenziali delle persone gestite a domicilio, che offre al valutatore indicazioni operative sugli interventi da attuare e sul relativo impegno; la seconda (FIM), è uno standard internazionale di misura della disabilità. La scala FIM si presenta come un questionario che censisce 18 attività della vita quotidiana (13 motorio-sfinteriche, 5 cognitive).

L'infermiere, al termine della valutazione, definisce e concorda con la famiglia e con il MMG il voucher socio sanitario (VSS), propone al paziente e al caregiver l'elenco degli Enti Erogatori (EE), ne recepisce la scelta, lo comunica all'EE prescelto, emette il voucher socio sanitario (e inserisce il risultato complessivo della valutazione nei sistemi informatici in uso (ADIweb, Lombardia sperimentale, InterRAI); in seguito vigila sull'espletamento delle prestazioni nei tempi e nei modi stabiliti dal voucher socio sanitario, sulla qualità delle prestazioni erogate e la conformità del servizio dato, attraverso le opportune azioni di controllo, il riscontro della customer satisfaction e progetti di verifica per il rinnovo o la sospensione del voucher socio sanitario.

Ad ogni variazione della situazione socio sanitaria e comunque non oltre i 90 giorni, il paziente viene rivalutato dall'Infermiere con la rimodulazione o la conferma del PI (Progetto Individuale).

Da quanto esplicitato, l'infermiere assume un ruolo fondamentale all'interno della rete d'offerta all'anziano per la sua competenza, per la sua capacità di visione globale che permette non solo la presa in carico del paziente, ma anche della famiglia, mettendosi in gioco come professionista senza perdere di vista l'importanza del rapporto che si instaurerà tra operatore, paziente e nucleo di appartenenza.



È in grado inoltre di fornire gli strumenti conoscitivi affinché la famiglia si sappia orientare all'interno della rete d'offerta, costituendone punto di riferimento.

L'infermiere che si reca a domicilio individua i bisogni sanitari e sa cogliere quei segnali, spesso celati, di eventuale malessere sociale, di conflittualità legate alla difficoltà di relazioni ed interpretare situazioni di ansietà.

La complessità del contesto, descritta in modo riassuntivo, è in continuo divenire, con caratteristiche di dinamicità e flessibilità per rispondere ai bisogni degli anziani di questo territorio a seguito dell'adozione delle direttive regionali.

\* *Infermiere Coordinatore presso il SITRA  
ASL Vallecamonica Sebino*

## **Bibliografia**

Guida ai servizi socio sanitari dell'Asl di Vallecamonica Sebino

PT ADI 001 – Erogazione e gestione dei VSS per prestazioni di Assistenza Domiciliare integrata a favore di persone fragili

DGR Regione Lombardia N° X/1185 del 20.12.2013 “Determinazioni in ordine alla gestione del servizio socio sanitario regionale per l'esercizio 2014”

DGR Regione Lombardia N° 116 del 14.5.2013 “Determinazioni in ordine all'istituzione del fondo regionale a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili: atto di indirizzo”

DGR Regione Lombardia N° 865 del 25.10.2013 “Interventi a sostegno della famiglia e dei suoi componenti fragili”

“Nuovi modelli organizzativi per l'assistenza infermieristica” di Marilena D'Innocenzo”

# L'infermiere coordinatore di percorso nella pianificazione della dimissione dell'anziano fragile

di Federica Ferrarese, Martina Faccini, Sarah Tommasi, Paolo Tosoni, Claudia Bozzini, Claudio Bellamoli\*, Beatrice Gazzola, Chiara Pomari\*\*, Chiara Bovo\*\*\*

## Introduzione

I cambiamenti demografici e sociali della popolazione che hanno caratterizzato il nostro paese negli ultimi anni, stanno assumendo una forte rilevanza per le organizzazioni sanitarie. Il 25% dei maschi ed il 34% delle femmine ultrasessantacinquenni è portatore di una forma di disabilità fisica, che comporta difficoltà nelle comuni attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare) ed è dovuta prevalentemente alla presenza di comorbilità (Maggi et al, 2005); tale disabilità aumenta con l'età: tra gli ultraottantenni circa il 6% dei maschi e l'8% delle femmine è completamente non autosufficiente (Maggi et al, 2004). La complessità dei soggetti anziani disabili e fragili richiede un approccio sistemico e una presa in carico strutturata che tenga conto del fatto che essi spesso non si giovano di interventi standardizzati, ma richiedono un approccio personalizzato. Pertanto, se

per alcuni pazienti la dimissione a risoluzione di un quadro acuto è un evento di routine che non pone problemi, per la maggior parte degli anziani questo processo risulta molto più complesso. Se da una parte stabilire la dimissibilità di un paziente è responsabilità del medico che ha in carico l'ammalato, la pianificazione delle necessità assistenziali del paziente dopo la dimissione è responsabilità dell'intera équipe medico-infermieristica ed è un diritto del paziente e della sua famiglia essere coinvolti ed accompagnati in questo percorso (Marcadelli et al, 2008). Gli studi in merito dimostrano che un programma strutturato e individualizzato per la dimissione di un paziente si associa ad una riduzione della degenza media e del numero di ri-ospedalizzazioni e ad una maggiore soddisfazione da parte del paziente (Shepperd et al, 2013). Per questo motivo, in molti paesi europei e negli Stati Uniti, negli ultimi vent'anni sono state previste all'interno delle organizza-

zioni sanitarie figure professionali esperte, interamente dedicate alla gestione della dimissione ospedaliera (Dukkers van Emden et al, 1999; Carrol & Dowling, 2007). Talora si tratta di medici, ma più frequentemente sono infermieri con competenze avanzate, acquisite tramite formazione e esperienza (discharge planning nurse, nurse case manager, liaison nurse). È in quest'ottica che, anche in Italia, sta emergendo la figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso (Zambiasi & Tabarelli, 2009) cui sono affidate le seguenti attività:

- Identificazione precoce del paziente a rischio di dimissione difficile.
- Partecipazione alla valutazione multidimensionale.
- Predisposizione, in collaborazione con l'unità di valutazione multidimensionale, di un piano di dimissione personalizzato e condiviso con il paziente e i caregiver.
- Educazione del paziente e dei familiari/caregiver in particolare rispetto alla gestione dei sintomi e della terapia
- Interfaccia e comunicazione fra realtà ospedaliera e territoriale

Da aprile 2011 l'Unità Operativa (UO) di Geriatria dell'Ospedale Fracastoro di San Bonifacio (VR) ha avviato una stretta collaborazione con il Distretto 4, con l'obiettivo di pianificare precocemente adeguati percorsi assistenziali per i pazienti anziani fragili ricoverati. L'Unità di Valutazione Multidimensionale dell'anziano fragile è costituita dal Team di lavoro del Distretto e rappresenta, per le persone in stato di bisogno socio-sanitario complesso e per i minori che richiedono particolari interventi di protezione e di tutela, la modalità di accesso al sistema integrato dei servizi socio-sanitari che richiedono un coordinamento interistituzionale ed una integrazione di risorse. Nel Team di lavoro sono presenti: il Direttore del Distretto, o un suo delegato, quale Responsabile della UVMD, il Medico di Medicina Generale, un Infermiere, un Assistente Sociale e altre figure sociali o sanitarie in relazione ai problemi del paziente. In questo ambito, da settembre 2012 è stata attivata la figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso (CdP). In questo articolo sono riportati i risultati ottenuti dopo un anno di attività della figura dell'infermiere CdP.

## Metodi e strumenti

Utilizzando risorse recuperate da un processo di revisione del piano delle attività del team medico-infermieristico, è stato possibile definire un orario dedicato all'attività di CdP, affidata a due infermieri dell'UO di Geriatria formati con master in Geriatria e case manager.

Gli interventi attuati per la pianificazione della dimissione sono stati i seguenti:

### **Identificazione precoce dei pazienti a rischio**

Il rischio di dimissione difficile è stato valutato mediante Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock & Cason, 1992). L'indice di BRASS fu sviluppato come parte del sistema di pianificazione della dimissione soprattutto per i pazienti di età superiore a 65 anni. Le autrici Blaylock e Cason (1992), attraverso la revisione della letteratura e la loro esperienza nel campo dell'assistenza in geriatria e gerontologia, hanno identificato i seguenti fattori che costituiscono l'indice: l'età, la disponibilità dei caregiver, lo stato funzionale, lo stato cognitivo, la presenza di disturbi del comportamento, le abilità motorie, la presenza di deficit sensoriali, l'utilizzo del pronto soccorso e/o i ricoveri nei precedenti 3 mesi, il numero dei problemi medici attivi e il numero di farmaci in terapia. L'indice è di facile compilazione e fornisce buone indicazioni in merito ai problemi relativi alla dimissione del paziente. La compilazione dovrebbe essere fatta all'ingresso e richiede pochi minuti (circa 15) e necessita di un addestramento minimo del valutatore. Lo strumento individua 3 classi di rischio, basso-medio-alto (Figura 1).

Sono stati valutati con l'indice di BRASS tutti i pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 presso l'UO di Geriatria. Su un totale di 707 pazienti ricoverati nel periodo, ne sono stati valutati 560 (80%): sono stati esclusi i ricoveri troppo brevi (< 3giorni) . La valutazione è stata eseguita per tutti i pazienti entro 24-48 ore dall'ammissione in reparto e comunque allo stabilizzarsi delle condizioni cliniche.

### **Predisposizione di un piano di dimissione personalizzato**

Alla luce dei risultati della valutazione mediante Indice di BRASS, nei primi giorni di ricovero

## Blaylock Risk Assessment Screening (BRASS)

Cerchiare ogni aspetto che viene rilevato

<p><b>Età</b> (una sola opzione)                  0 = 55 anni o meno                  1 = 56 – 64 anni                  2 = 65 – 79 anni                  3 = 80 anni e più</p> <p><b>Condizioni di vita e supporto sociale</b>                  (una sola opzione)                  0 = Vive col coniuge                  1 = Vive con la famiglia                  2 = Vive da solo con il sostegno della familiare                  3 = Vive da solo con il sostegno di amici/ conoscenti                  4 = Vive solo senza alcun sostegno                  5 = Assistenza domiciliare/residenziale</p> <p><b>Stato funzionale</b> (ogni opzione valutata)                  0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL)                  Dipendente in:                  1 = Alimentazione/nutrizione                  1 = Igiene/abbigliamento                  1 = Andare in bagno                  1 = Spostamenti/mobilità                  1 = Incontinenza intestinale                  1 = Incontinenza urinaria                  1 = Preparazione del cibo                  1 = Responsabilità nell'uso di medicinali                  1 = Capacità di gestire il denaro                  1 = Fare acquisti                  1 = Utilizzo di mezzi di trasporto</p> <p><b>Stato cognitivo</b> (una sola opzione)                  0 = Orientato                  1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta                  2 = Disorientato in alcune sfere* sempre                  3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta                  4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre                  5 = Comatoso</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</p>	<p><b>Modello comportamentale</b>                  (ogni opzione osservata)                  0 = Appropriato                  1 = Wandering                  1 = Agitato                  1 = Confuso                  1 = Altro</p> <p><b>Mobilità</b> (una sola opzione)                  0 = Deambula                  1 = Deambula con aiuto di ausili                  2 = Deambula con assistenza                  3 = Non deambula</p> <p><b>Deficit sensoriali</b> (una sola opzione)                  0 = Nessuno                  1 = Deficit visivi <u>o</u> uditivi                  2 = Deficit visivi <u>e</u> uditivi</p> <p><b>Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso</b> (una sola opzione)                  0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi                  1 = Uno negli ultimi 3 mesi                  2 = Due negli ultimi 3 mesi                  3 = Più di due negli ultimi 3 mesi</p> <p><b>Numero di problemi clinici attivi</b>                  (una sola opzione)                  0 = Tre problemi clinici                  1 = Da tre a cinque problemi clinici                  2 = Più di cinque problemi clinici</p> <p><b>Numero di farmaci assunti</b>                  (una sola opzione)                  0 = Meno di tre farmaci                  1 = Da tre a cinque farmaci                  2 = Più di cinque farmaci</p> <p style="text-align: right;"><b>PUNTEGGIO TOTALE</b> _____</p>
<b>Punteggio</b>	<b>Indice di rischio</b>
0-10 basso rischio	Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata
11-19 medio rischio	Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione
≥ 20 alto rischio	Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative, a lunga degenza o residenziali.

*Figura 1. Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock & Cason, 1992)*

l'infermiere CdP in collaborazione con il medico responsabile, dopo un colloquio strutturato col paziente e con il caregiver, ha individuato la destinazione del paziente alla dimissione:

- Rientro a domicilio senza provvedimenti specifici
- Rientro a domicilio con aiuto di badante
- Rientro a domicilio con prescrizione di presidi
- Rientro a domicilio con attivazione di forme di assistenza domiciliare integrata (ADI)
- Rientro a domicilio con attivazione dei servizi sociali
- Rientro a domicilio e attivazione del Nucleo di cure palliative e/o ingresso in Hospice, per i pazienti neoplastici
- Ingresso in strutture territoriali (Ospedale di comunità, RSA, o casa di riposo)
- Rientro in casa di riposo con o senza aggravamento
- Trasferimento in Lungodegenza (post-acuti o riabilitativa)

e ha pianificato tutte le attività per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza.

L'infermiere Coordinatore di Percorso ha svolto in questo ambito la funzione di "facilitatore organizzativo" ossia di supervisore delle fasi del processo di dimissione, mettendo a disposizione della famiglia un'approfondita conoscenza dei contesti assistenziali ospedalieri, residenziali e territoriali e facilitando così l'accesso alla rete dei servizi.

### Informazione ed educazione al paziente ed ai caregiver

Tra le competenze affidate al CdP vi è anche una funzione educativa finalizzata a migliorare la capacità del paziente e dei caregiver nella gestione dei sintomi, della terapia, di nuove disabilità conseguenti l'evento acuto (o il peggioramento clinico) che ha reso necessario il ricovero. Per i pazienti dimessi con un accesso venoso, per esempio, il CdP ha formato alla gestione degli accessi venosi i familiari/caregiver, con attestazione del livello di apprendimento da consegnare ai colleghi infermieri dell'assistenza domiciliare.

È stato inoltre attivato un numero telefonico dedicato, attivo da Lunedì al Giovedì dalle 8.00 alle 16.00, e il Venerdì dalle 8.00 alle 14.00, per contattare il CdP dopo la dimissione per bisogni e/o dubbi sulla terapia prescritta.

### Valutazione della soddisfazione dei pazienti

Per valutare la soddisfazione del paziente e/o dei caregiver è stato predisposto un questionario da compilare alla dimissione.

## Risultati

Dei 560 pazienti valutati nel secondo semestre 2013, più della metà (51,1%) presentava un punteggio uguale o maggiore a 20 all'indice di BRASS ed un ulteriore 25% risultava a rischio medio con un punteggio compreso tra 11 e 19; il 23,9% del campione è risultato a basso rischio (Figura 2).

La Tabella 1 riassume le caratteristiche dei pazienti suddivisi in base al punteggio ottenuto all'indice di Brass ed la destinazione alla dimissione. Nel 10,2% dei casi è stato avviato l'iter di convocazione dell'UVMD integrata Geriatria-Distretto 4 per la pianificazione dell'ingresso in strutture territoriali (Residenza Sanitaria Assistenziale, casa di riposo, hospice). Questo dato risulta probabilmente approssimato per difetto in quanto spesso la valutazione viene attuata e conclusa dall'UVMD in un tempo successivo rispetto alla valutazione iniziale, quando il paziente è spesso ormai già trasferito presso strutture di lungodegenza.

Non è stato possibile evidenziare un significativo effetto sulle riammissioni ospedaliere a motivo della bassa numerosità e della mancanza di una definizione condivisa di ricovero potenzialmente evitabile. Il numero di ricoveri ripetuti

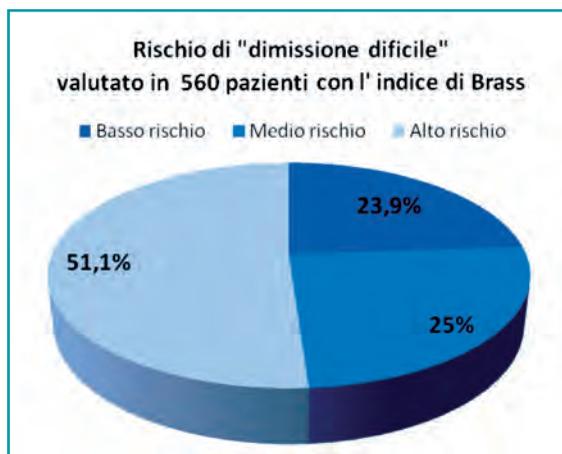


Figura 2. Suddivisione dei pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 (n=560) in base al punteggio all'indice di BRASS

	Totale campione		Brass 0- 10		Brass 11-19		Brass ≥= 20	
	n	%	n	%	n	%	n	%
<b>Sesso</b>								
Totale Campione	560	100%	134	23,9%	140	25,0%	286	51,1%
Maschio	263	47,0%	77	57,5%	79	56,4%	107	37,4%
Femmina	297	53,0%	57	42,5%	61	43,6%	179	62,6%
<b>Età media</b>								
Anni	83,71		80,87		82,81		85,48	
<b>Stato funzionale Pre-morboso</b>								
Autosufficiente nelle ADL	179	32,0%	115	85,8%	35	25,2%	29	10,2%
Parzialmente autosufficiente nelle ADL	168	30,0%	18	13,4%	82	59,0%	68	24,0%
Completamente dipendente nelle ADL	209	37,7%	1	0,7%	22	15,8%	186	65,7%
Missing	4	0,7%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	283	100%
<b>Mobilità Pre-morbosa</b>								
Deambulava senza problemi	183	32,7%	110	82,1%	45	32,4%	28	10,0%
Deambulava con ausili e/o aiuto	187	33,4%	22	16,4%	84	60,4%	81	28,8%
Non deambulava	184	32,9%	2	1,5%	10	7,2%	172	61,2%
Missing	6	1,1%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	281	100%
<b>Assistenza domiciliare pre-ricovero</b>								
Nessuna	450	80,4%	129	96,3%	116	83,5%	205	73,0%
Accesso programmato MMG	80	14,3%	3	2,2%	21	15,1%	56	19,9%
ADI infermieristica	18	3,2%	1	0,7%	1	0,7%	16	5,7%
ADI medica	1	0,2%	0	0,0%	1	0,7%	0	0,0%
Nucleo Cure palliative	3	0,5%	0	0,0%	0	0,0%	3	1,1%
ADI per NAD	1	0,2%	1	0,7%	0	0,0%	0	0,0%
FKT domiciliare	1	0,2%	0	0,0%	0	0,0%	1	0,4%
Missing	6	1,1%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	281	100%
<b>Progetto Assistenziale Individualizzato e Destinazione alla dimissione</b>								
Rientro a domicilio senza provvedimenti specifici	275	49,1%	116	86,6%	94	67,6%	65	23,0%
Rientro a domicilio con inserimento badante	8	1,4%	1	0,7%	2	1,4%	5	1,8%
Rientro a domicilio con prescrizione di presidi	15	2,7%	1	0,7%	3	2,2%	11	3,9%
Rientro a domicilio con attivazione ADI	32	5,7%	2	1,5%	3	2,2%	27	9,5%
Attivazione del Nucleo Cure Palliative e/o ingresso in Hospice	24	4,3%	3	2,2%	11	7,9%	10	3,5%
Ingresso in Ospedale di Comunità di Tregnago	14	2,5%	3	2,2%	5	3,6%	6	2,1%
Ingresso in RSA e/o CdR (anche solo regime diurno)	53	9,5%	2	1,5%	7	5,0%	44	15,5%
Rientro in CdR (con o senza aggravamento)	81	14,5%	2	1,5%	3	2,2%	76	26,9%
Trasferimento presso Lungodegenza post-acuti	46	8,2%	1	0,7%	10	7,2%	35	12,4%
Trasferimento presso Lungodegenza riabilitativa	8	1,4%	3	2,2%	1	0,7%	4	1,4%
Missing	4	0,7%						
Totale	560	100%	134	100%	139	100%	283	100%

*Tabella 1. Caratteristiche dei pazienti ricoverati nel secondo semestre 2013 (n=560) secondo l'indice di BRASS e destinazione alla dimissione*



secondo la definizione della Regione Veneto (“... sono i ricoveri susseguenti al primo, avvenuti nello stesso Presidio Ospedaliero in un intervallo di tempo inferiore o uguale a 30 giorni. Poiché un ricovero venga considerato ripetuto è necessario che la categoria della diagnosi principale del secondo ricovero corrisponda alla categoria di una delle sei diagnosi di dimissione del ricovero precedente.” Fonte Regione del Veneto, Sezione Sistema Statistico Regionale) è risultato estremamente basso ( $n=2$ ); i ricoveri ripetuti entro 30 giorni con uguale DRG alla dimissione sono risultati 17 nel secondo semestre 2012, 20 nel secondo semestre 2013, rispettivamente prima e dopo l’introduzione dell’infermiere CdP.

L’elaborazione dei questionari di soddisfazione ha fatto emergere un elevato apprezzamento dell’utente/caregiver, legato soprattutto ad un maggiore coinvolgimento nelle decisioni rispetto alla dimissione, oltre che al raggiungimento dei risultati rispetto alle aspettative.

## Discussione

Il prolungarsi dei tempi di degenza, il numero delle riammissioni ospedaliere, l’uso non sempre appropriato delle risorse disponibili, ma soprattutto le conseguenze sullo stato di salute, autonomia e benessere del paziente e delle loro famiglie vengono citate in letteratura come esiti di una non efficace gestione del processo di dimissione (Shepperd et al, 2013). L’attiva-

zione della figura dell’infermiere Coordinatore di Percorso presso l’UO di Geriatria dell’Ospedale di San Bonifacio rientra nell’ottica di migliorare la gestione di questo processo, anche alla luce dei buoni risultati descritti in una realtà vicina come quella trentina, pur con delle differenze legate soprattutto al fatto che tale realtà dispone di maggiori risorse in termini sia di personale, sia di incentivi economici (Zambiasi & Tabarelli, 2009).

La classificazione del rischio di dimissione difficile su tre livelli mediante l’utilizzo dell’indice di BRASS è risultata utile poiché ha permesso di concentrare l’attenzione su quei pazienti che avevano un reale bisogno di interventi precoci e, soprattutto, di prendersi carico dei pazienti a medio rischio, che sono coloro che spesso sono trascurati. A fronte di una quota elevatissima di pazienti a rischio medio-elevato (76,1%), è stato comunque previsto il rientro a domicilio in una buona percentuale di casi (Tabella 1) a conferma di un solido tessuto familiare e sociale che riesce a compensare situazioni di elevata dipendenza e complessità assistenziale. Nei restanti casi la pianificazione precoce della dimissione ha consentito di attivare tempestivamente la rete dei servizi territoriali (Assistenza Domiciliare, nucleo di cure palliative, Ospedale di Comunità, Hospice, Residenza Sanitaria Assistenziale, Casa di Riposo, Lungodegenza) migliorando l’accesso e rendendo possibile

un reale accompagnamento dell'anziano e della sua famiglia.

Al di là dei risultati ottenuti, l'introduzione della figura dell'infermiere CdP ha rappresentato per tutto il team dell'UO di Geriatria un'occasione di crescita culturale nella gestione del processo di dimissione e rappresenta per la professione infermieristica un'importante opportunità di sviluppo professionale.

Rimangono alcune criticità tuttora non risolte legate alle ridotte risorse disponibili e del come coinvolgere gli altri infermieri del team evitando di de-responsabilizzarli rispetto al processo di dimissione. A tale proposito si stanno valutando alcune possibili modifiche organizzative che consentiranno di dare maggiore sostenibilità al progetto. In particolare la creazione di un gruppo di infermieri con adeguate conoscenze della rete dei servizi per l'anziano fragile e con le necessarie abilità relazionali e di comunicazione, in modo da poter attribuire il ruolo di CdP all'infermiere responsabile di un settore dell'Unità Operativa. Tale figura infermieristica agirebbe in stretta collaborazione con il medico che segue il paziente gestendo oltre all'aspetto assistenziale anche quello della pianificazione della dimissione, nei casi in cui sia necessario.

## Conclusioni

L'introduzione della figura dell'infermiere Coordinatore di Percorso ha permesso di migliorare la gestione del paziente, individuando percorsi personalizzati per la dimissione dei pazienti anziani fragili, ottenendo una maggiore soddisfazione dei pazienti e dei caregiver. Tale figura ha permesso inoltre a tutto il team medico-infermieristico di comprendere l'importanza di questo processo che va programmato già al momento del ricovero del paziente, promuovendo la continuità dell'assistenza e favorendo un adeguamento del servizio offerto all'utenza "fragile".

\* UCO di Geriatria,  
Ospedale di San Bonifacio, ULSS 20 Verona;

\*\* Distretto 4, ULSS 20, Verona;

\*\*\* Direzione sanitaria,  
Ospedale di San Bonifacio, ULSS 20 Verona.

## Bibliografia

Blaylock A, Cason C. Discharge planning predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing* 1992;18 (7):5-10

Carrol A, Dowling M. Discharge planning: communication, education and patient participation. *British Journal of Nursing*, 2007;16(14); 882-886

Dukkers van Emden DM, Ros WJG, Berns MPH. Transition of care: an evaluation of the role of the discharge liaison nurse in the Netherlands. *Journal of Advanced Nursing* 1999;30;1186-1194.

Maggi S, Marzari C, Noale M, Limongi F, Gallina P, Bianchi D, Crepaldi G Epidemiologia dell'invecchiamento. In Gensini G.F., Rizzini P., Trabucchi M., Vanara F.(eds) Rapporto Sanità 2005 Invecchiamento della popolazione e servizi sanitari Il Mulino Editore, Bologna, 2005:27-42.

Maggi S, Noale M, Gallina P, Marzari C, Bianchi D, Limongi F, Crepaldi G; ILSA Group. Physical disability among older italians with diabetes. The ILSA study. *Diabetologia* 2004;47;1957-62

Marcadelli S, Petraia V, Saponaro V. Dimissione protetta: bisogni, competenza e pianificazione. *Assistenza anziani*.2008:39-42

Shepperd S, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, Cameron ID, Barras SL. Discharge planning from ospital to home (review). *The Cochrane Library* 2013, Issue 1.

Zambiasi P, Tabarelli R. L'infermiere coordinatore di percorso. *Notizie & Informazioni (Notiziario Collegio IP.AS. VI. Trento)* 2009;9 (2):7-9

*Articolo già pubblicato sul fascicolo 2/2014 della rivista "I luoghi della Cura" Organo Ufficiale della Società Italiana di Gerontologia e Geriatria.*

# Cronache da una RSA...

di Paolo Milzani\*

**D**al 2004 al 2012, l'età media dei residenti in RSA è aumentata di 8 anni.

Nel 2013 i nuovi ammessi nelle 100 RSA di Brescia e provincia (86 dell'ASL di Brescia e 14 dell'ASL Valle Camonica) avevano mediamente all'ingresso 88,5 anni.

Dai dati del sistema di classificazione utilizzato dalla Regione, si evidenzia che gli ospiti presentano un peggioramento del livello di disabilità funzionale e/o cognitiva.

Molto spesso le condizioni cliniche (polipatologie) richiedono numerosi farmaci e modifiche frequenti del piano assistenziale sia per quanto riguarda la terapia che l'assistenza.

L'inserimento nelle RSA e nei CDI di un numero sempre maggiore di persone con disturbi cognitivo-comportamentali, contribuisce ad aumentare il livello di complessità assistenziale.

Le rette richieste alle famiglie, seppur varie sul territorio bresciano, rappresentano sempre uno sforzo economico per i parenti che le devono sostenere.

Tuttavia, a fronte dell'aumento di ospiti multiproblematici e della conseguente maggiore complessità assistenziale, gli infermieri nelle RSA sono evidentemente, insufficienti.

Insufficienti per assicurare standard minimi di qualità assistenziale, garantita direttamente o per tramite del personale di supporto (ASA-OSS).

Insufficiente per offrire ad ospiti e famigliari il "dovuto" e necessario tempo per la relazione e togliersi dall'ansia della "preparazione-somministrazione" delle numerose terapie.

Insufficiente per avere momenti di pensiero individuale e opportunità di confronto in équipe: i Piani Assistenziali Individualizzati necessitano

di raccolta dati, confronto e riflessione sia per stilarli che per verificarli.

In base alla normativa attuale che prevede standard minimi, è sufficiente la presenza di un infermiere (esclusa la fascia oraria notturna dove potrebbe persino essere solo reperibile) indipendentemente dal numero di ospiti (DGR 12618 del 7 aprile 2003).

Infatti, la Regione non ha mai differenziato nei 901 minuti/settimanali/utente il fabbisogno di personale infermieristico: si parla genericamente di presenza di infermiere (diurna) e se notturna è requisito per premio qualità (si è "premiati" se è presente un infermiere nel turno notturno come se questo rappresentasse un valore aggiunto).

Una riflessione va fatta anche attualizzando il particolare momento di crisi che sta attraversando il nostro paese: ciascuna famiglia che decide di inserire un parente in RSA deve pagare un prezzo emotivamente ed economicamente elevato e, nonostante l'integrazione delle rette da parte della Regione, le aspettative sono legittimamente elevate.

Il nucleo famigliare si rivolge all'RSA quando ormai l'anziano è gravemente compromesso e non più gestibile al domicilio da assistenti dell'ultima ora (badanti) o da parenti che "improvvisano" un'assistenza il più delle volte deleteria per il grande anziano.

La situazione ora è drammatica e mette a dura prova i professionisti che quotidianamente si confrontano con la realtà: a fronte di procedure e protocolli, studi ed evidenze, codice etico e deontologico, è sempre più difficile stabilire le priorità. Non c'è il tempo per attribuire attività assistenziali al personale di supporto, osservare, verificare, ascoltare, interloquire, educare, condividere... questo determina cattiva assistenza e grande frustrazione per il professionista.

Il mantenimento di standard minimi di qualità dell'assistenza nelle RSA, richiede un maggior numero di infermieri, richiede una competenza e una conoscenza tecnica in ambito geriatrico per assicurare i livelli minimi previsti e evitare, quanto più possibile il ricovero ospedaliero.

Il ricovero ospedaliero infatti, rappresenta spesso un trauma per l'anziano e rischia di incrinare il suo precario equilibrio psico-fisico; un buon livello assistenziale presso le RSA non solo cura l'acuzie ma potrebbe prevenire le complicanze di malattie cronico degenerative già in atto.

Un'adeguata assistenza, interventi di controllo e prevenzione delle complicanze potrebbero evitare numerosi ricoveri ospedalieri evitando così "l'ingorgo" del paziente anziano/cronico nei PS e un disagio notevole per lui e per il suo nucleo familiare.

Al fine di ridurre i ricoveri in ospedale, in alcune RSA del bresciano si praticano tecniche altamente specialistiche quali ad esempio il cateterismo venoso a medio e lungo termine (gli accessi venosi centrali ad inserzione periferica) con tecnica eco guidata che fino a pochissimo tempo fa era ad esclusivo uso degli ospedali e solo di qualche reparto specialistico quali anestesia e rianimazione e oncologia (per info <http://www.gavecelt.it/>).

Tale pratica viene attuata da infermieri che hanno ricevuto la certificazione di "infermiere impiantatore" e che, credo, siano i primi ad ottenere la certificazione all'interno di una RSA. Naturalmente sono tecniche finalizzate al miglioramento della qualità della vita in RSA anche di persone assistite gravemente compromesse per le quali stiamo raccogliendo importanti evidenze.

In altre RSA, infermieri e medici sostituiscono sonde PEG, cannule tracheostomiche, insomma spendono saperi e competenze al fine di ridurre il ricorso al ricovero ospedaliero.

Rimane da dirimere il nodo del numero insufficiente degli infermieri, nota conseguenza di una normativa regionale generica e ancora troppo staccata dal dato di realtà.

Nel frattempo che fare?

Intanto è fondamentale mettere in evidenza queste difficoltà: non esistono solo gli ospedali e l'acuzie, l'assistenza infermieristica è rivolta anche alla cronicità. Nelle RSA ormai, non si effettua più solamente la sorveglianza dell'anziano ma si interviene con una prevenzione primaria, secondaria e terziaria sul paziente cronico e il

livello di complessità assistenziale si fa sempre più elevato.

Per questo motivo è indispensabile rivalutare il ruolo e la professionalità richiesta, e spesso sottostimata, dell'infermiere che opera in tale ambito.

Importante è ottimizzare l'impiego del personale disponibile attraverso la stesura e applicazione di piani di lavoro sostenibili ed equi che aiutino l'équipe di lavoro a stabilire le priorità e i tempi e cerchino di evitare il demansionamento. Una buona organizzazione e una buona squadra, riesce a compensare in buona parte le carenze numeriche e a contenere le frustrazioni del personale.

Il Collegio IPASVI di Brescia, da tempo, si è riproposto di promuovere progetti ed iniziative volti a valorizzare il ruolo dell'infermiere operante nelle RSA.

Negli ultimi anni si sono organizzati convegni, corsi di aggiornamento e formazione ad hoc; non ultima l'idea di dedicare ampio spazio all'argomento su questa rivista.

Ricordo che da circa due anni, il Collegio IPASVI di Brescia ha promosso, in collaborazione con UPIA, un percorso formativo rivolto ai coordinatori infermieristici che operano nelle RSA della Provincia di Brescia, offrendo loro una preziosa opportunità di confronto e scambio di esperienze.

L'iniziativa, che è stata rieditata anche nel 2014, prevede circa 9 incontri nell'arco dell'anno. Contemporaneamente i partecipanti del gruppo di coordinatori infermieristici di RSA che hanno partecipato all'edizione 2013, hanno ritenuto utile e opportuno continuare il loro percorso formativo attraverso la formula della Formazione Sul Campo. Tale iniziativa è stata resa possibile grazie al supporto organizzativo e logistico della Commissione Formazione del Collegio IPASVI di Brescia.

Obiettivo delle iniziative? Aggregare, confrontare esperienze, riflettere su metodologie organizzative e relazionali, valorizzare la figura del coordinatore infermieristico e dell'infermiere nelle RSA, divenire interlocutori di chi, nella stanza dei bottoni, decide che 901 minuti generici, a settimana per ospite, sono sufficienti per offrire un'assistenza adeguata.

Non basterà? Forse, ma intanto si comincia...

\* *Infermiere. Coordinatore della RSA  
"Fond. Pio Ricovero Inabili Onlus" Castenedolo*



# Comunicazioni del Collegio

## Candidature per il nuovo Consiglio Direttivo

*Cari Colleghi,  
il mandato dell'attuale Consiglio Direttivo del Collegio IPASVI termina a fine anno. Nei giorni 29 e 30 Novembre e 1 dicembre 2014 avranno luogo le elezioni dei rappresentanti provinciali della professione che assumeranno l'impegno di rappresentare gli oltre 8.000 infermieri iscritti al Collegio IPASVI della Provincia di Brescia per il prossimo triennio. Di seguito troverete una breve presentazione dei colleghi che si sono candidati a questo importante impegno professionale. Riceverete la convocazione elettorale con lettera nominale.*

### **CARLA AGAZZI**

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* A.O. Desenzano del Garda presidio ospedaliero di Manerbio

*Esperienze Professionali:*

Infermiere dal 1980 al 1993.

Attualmente infermiere Coordinatore presso L'U.O di ORL dell'ospedale di Manerbio.

.....

### **LUCA ALBERTI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* U.O. Trapianto di Midollo osseo Adulti A.O. Spedali Civili di Brescia.

*Esperienze Professionali:*

dal 2006 al 2007 - U.O. Ematologia

Dal 2010 ad oggi Formazione figure di supporto (asa-oss) Scuola Bottega Artigiani di San Polo

*Esperienze Formative:*

2006 - Laurea in scienze Infermieristiche presso l'Università degli studi di Brescia

2009 - Master I livello in Gestione della qualità, del rischio clinico e della sicurezza del paziente Università degli studi di Verona

2013 - Master I Livello in Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie Università Cattolica del Sacro Cuore.

.....

### **IURI ALLOISIO**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. di Desenzano del Garda presidio ospedaliero di Manerbio.

*Esperienze Professionali:*

infermiere in chirurgia generale dal 1993 gestione e responsabile ambulatorio pazienti stomizzati dal 1994

gestione e responsabile ambulatorio di riabilitazione del pavimento pelvico dal 2009 tutor per la formazione degli allievi infermieri; tutor di riferimento per i nuovi assunti.

*Esperienze Formative:*

2013 - Scuola nazionale in stomaterapia, conseguendo certificato di competenza in stomatoterapia e riabilitazione dell'incontinenza uro-fecale e colonproctologica (Brescia)

2012 - Master internazionale di riabilitazione perineale (Milano).

.....

### **DIEGO AMORUSO**

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Direzione Medica-Poliambulatori, Presidio Ospedale dei Bambini, A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

Auditor Interno nel Piano Aziendale per la Qualità, AO Spedali civili di Brescia

Docente a contratto del Corso di Laurea in

Infermieristica (sede di Brescia) Università degli Studi di Brescia

Infermiere presso la Direzione Medica del Presidio Ospedale dei Bambini Umberto I, A.O. Spedali Civili di Brescia, per il progetto di Accreditamento all'eccellenza Joint Commission International (JCI)

Infermiere presso il Servizio Infermieristico, Tecnico e della Riabilitazione Aziendale (SITRA) per la progettazione della nuova documentazione sanitaria integrata

Infermiere presso l'UO Anestesia e Rianimazione Pediatrica del Presidio Ospedale dei Bambini A.O. Spedali Civili di Brescia dal 2004 al 2010.

*Esperienze Formative:*

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Master I Livello in Management nelle Organizzazioni Sanitarie.

---

## **BARBARA APOLLONIO**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Desenzano del Garda presidio ospedaliero di Gavardo

*Esperienze Professionali:*

Dal 1990 al 2004 inf. clinico U.O. gine/ost presidio di Gavardo Uss139

dal 2005 al 2009 inf. clinico SMC presidio di Gavardo AOD

dal 2009 al 2013 inf. tutor Corso di laurea in Infermieristica sezione di Desenzano d/g

dal Ottobre 2013 al tutt'oggi coordinatrice presso la T.I. e servizio anestesia del presidio di Gavardo AOD

Dal A.A. 2009 Docente presso l'Università degli Studi di Brescia, per diversi corsi della Laurea in Infermieristica.

---

## **IACOPO BARBIERI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* U.O. Cardiologia A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

Infermiere presso RSA per 4 mesi

*Esperienze Formative:*

Laurea triennale in infermieristica (2013)

2013 componente del gruppo Giovani Infermieri IPASVI di Brescia.

---

## **STEFANO BAZZANA**

Infermiere

**Presidente del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

Dal 1986 al 2000 infermiere (dal 1992 coordinatore) in varie U.O. Spedali Civili e Servizi Asl Gardone VT

Dal 2000 Formatore e Responsabile Processi Formativi Spedali Civili (Responsabile Scientifico di oltre 200 eventi, documentati dal 2003)

Dal 2005 Giornalista pubblicista (Iscrizione Ordine della Lombardia n° 110814)

Dal 2009 Componente Comitato Tecnico Scientifico ASL di Brescia (Delibera 607/2009)

Dal 2013 Rappresentante IPASVI nella Commissione Regionale ECM/CPD

Coordinatore Corso Integrato "Metodologie di Educazione del Paziente" - Università degli Studi di Brescia, CdL Infermieristica dall'a.a. 2013-2014

Componente Comitato Scientifico OMCeO provincia di Brescia dal 2013

Docente di Deontologia e Regolamentazione Professionale al CdiL Magistrale (UniBS) dall'a.a. 2013-14.

---

## **ANGELO BENEDETTI**

Infermiere

**Tesoriere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus

*Esperienze Professionali:*

dal 1991 al 2006 Infermiere presso le U.O. di Medicina Generale, Otorinolaringoiatria ed Emodialisi del P.O. di Manerbio A.O. di Desenzano del Garda

dal 2006 ad oggi Infermiere Coordinatore P-T della Residenza Sanitaria Assistenziale di Manerbio Fondazione Casa di Riposo di Manerbio Onlus.

Docente nei percorsi formativi destinati alle figure di supporto all'assistenza.

---

## **PAOLO BOLDINI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Centrale Operativa AREU  
mezzi di soccorso 118

*Esperienze Professionali:*

Infermiere Pronto Soccorso Fondazione Poliambulanza

Infermiere Pronto Soccorso Pediatrico A.O. Spedali Civili di Brescia

Docente e membro di commissione per Operatori socio sanitari

Docente a contratto presso l'Università degli studi di Brescia ( 2009-2001)

Istruttore dell' A.O.Spedali Civili di BLS

Collaborazione con l' Ufficio Staff Comunicazione Direzione Centrale Relazioni Esterne, Internazionali e Comunicazione della Regione Lombardia e con la Direzione Strategica AREU.

Responsabile dell'assistenza infermieristica domiciliare dell'Associazione Italiana Leucemie, sezione di Brescia

*Esperienze Formative:*

2001 - Diploma di Ragioneria ad indirizzo IGEA

2004 - Laurea in infermieristica

2012 - Master Universitario di I livello in Management per le funzioni di coordinamento per le professioni sanitarie

Corsi abilitanti al soccorso extraospedaliero avanzato.

---

## **LUCIA CLEMENTINA CALZONI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

Dal maggio 2013 a tutt'oggi infermiera Presso gli Istituti Penitenziari di Brescia

Infermiera presso la U.O. di Anestesia e Rianimazione Pediatrica

Infermiera presso la U.O. di Pediatria e Pronto Soccorso presso l'Ospedale dei Fatebenefratelli "S. Orsola" di Brescia

*Esperienze Formative:*

Master di primo livello in Area Pediatrica

Master di primo livello in Area Critica

Master di primo livello Legale e Forense

Corso permanente in Management Sanitario "Metodologie organizzative e gestionali in ambito sanitario"

---

Formatore Pediatric Basic Life Support presso il centro di formazione del Presidio Ospedale dei Bambini Umberto I

Formatore di autoproduzione per la popolazione in caso di calamità naturale (Corpo Italiano di Soccorso Ordine di Malta).

---

## **ROSANNA CERESOLI**

Infermiere

*Sede di Lavoro* Centro Trapianti Midollo Osseo c/o A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

dal 1996 al 2000 nel reparto di Ortopedia pediatrica Fondazione Poliambulanza

Dal 2000 al 2011 infermiera presso il CTMO ped. dell'A.O. Spedali Civili di Brescia

Dal 2011 ad oggi lavoro sempre nella stessa Unità Operativa come referente infermieristico.

Dal 1998 al 2010 ho fatto parte del Consiglio Direttivo dell'Associazione AIEOP infermieri (associazione Italiana Oncematologia pediatrica) in qualità di tesoriere/segretario.

Dal 2010 ad oggi in qualità di Presidente.

*Esperienze Formative:*

2012 Master di I livello in "Management delle organizzazioni sanitarie"

2013 Curriculum completo GIMBE sulla metodologia della ricerca.

---

## **MARTINA CERULLI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia - Corso di Laurea in Infermieristica

Docente del corso di Relazione Assistenziale presso il Corso di Laurea in Infermieristica dell'Università degli Studi di Brescia.

Docente BLS e BLS-D per personale laico e specializzato dell'A.O. Spedali Civili di Brescia.

Formatore ed esaminatore per le associazioni di volontariato che prestano servizio di emergenza per il SSUEm 118 sul territorio di Brescia e provincia.

---

## ANGELA CHIODI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia U.O. Cardiologia Maschile

*Esperienze Professionali:*

da gennaio 2012 a settembre 2012 RSA Paspotti Cottinelli

da settembre 2012 a giugno 2013 RSA Fondazione Madonna del Corlo

da luglio 2013 a settembre 2014 A.O. Spedali Civili di Brescia u.o. Cardiologia Maschile

Volontaria soccorritrice presso COSP Mazzano dal 2006 al 2011.

Componente del Gruppo “Giovani Infermieri IPASVI”.

---

## CHIARA CIPRANI

Infermiere

*Sede di lavoro:* Infermiera presso U.O. Ematologia degenze - A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze formative:*

Laurea In Scienze Infermieristiche Conseguita Presso L'università Degli Studi Di Brescia (2013).

---

## MORENO CROTTI PARTEL

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Ospedale dei Bambini - A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

dal 2010 Coordinatore presso l'Oncoematologia Pediatrica Spedali Civili di Brescia

dal 2004 al 2010 Infermiere presso la Terapia Intensiva Neonatale Spedali Civili di Brescia

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Brescia, nei corsi di Laurea in Infermieristica e in Ostetricia.

*Esperienze Formative:*

Clinical research core curriculum - GIMBE (2014)

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche (2007)

Master in Management per le funzioni di Coordinamento (2010)

Laurea in scienze Infermieristiche (2004).

---

## ANGELA DI GIAIMO

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Libero professionista presso Fondazione Guerini Frigerio ONLUS

Diploma di infermiera (1982)

Titolo abilitante alle funzioni direttive (1988)

Master di Management Sanitario (2001)

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche presso l'Università di Brescia. (2012).

---

## ROBERTO FERRARI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Libero professionista. Attualmente impegnato a Capriolo: Casa di Riposo Don Gaudenzio Martinazzoli e Bedizzole, Assistenza Domiciliare Integrata.

*Esperienze Professionali:*

U.O. di cardiologia dell'Ospedale Fatebenefratelli di Erba (Como).

Infermiere libero professionista associato con lo Studio Infermieristico Bresciano, presso le strutture: Sarezzo: RSA Madre Teresa di Calcutta; Ghedi, Concesio, Passirano: studi medici; Scuola Bottega Artigiani di S. Polo: co-docenze per due corsi di assistente familiare.

*Esperienze Formative:*

Laurea in Infermieristica nel 2011.

Componente del Gruppo “Giovani Infermieri IPASVI”.

---

## DARIO GASPARETTI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia - P.O. Gardone Val Trompia - U.O. Pronto Soccorso ed Accettazione Sanitaria

Assistente di tirocinio degli studenti del corso di laurea in Infermieristica

*Esperienze Formative:*

Laurea in Infermieristica nel 2010.

---

## GIORGIO GERVASI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia- AAT118

*Esperienze Professionali:*

5 Anni di esperienza lavorativa presso il 1°

centro di anestesia e rianimazione A.O. Spedali Civili di Brescia.

*Esperienze Formative:*

Master di I livello in Infermieristica legale e forense, c/o Uni Bs.

---

### **MARITA MAUD GOINGS**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Dal 2003 infermiera in emodialisi A.O. Spedali Civili di Brescia presidio di Montichiari

*Esperienze Formative:*

1992/1993 diploma di infermiera professionale conseguito a Brescia presso la scuola "Marcello Candia"

2007/2008 Master di I livello in infermieristica e ostetricia legale e forense conseguito a Milano presso Università degli studi di Milano

2008/2009 Master di I livello in Management nelle organizzazioni sanitarie conseguito presso l'Università telematica Pegaso

2010/2012 Laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche conseguito a Brescia presso Università degli studi di Brescia.

---

### **ANNA MARIA IANNELLI**

Infermiere

**Segretaria del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Libera professionista: attività clinica e formativa.

*Esperienze Professionali:*

dal 1981 infermiera e successivamente, dal 1984 al 2004, caposala in ospedale e in RSA. Assistenza infermieristica domiciliare.

Docente e membro di commissione per Operatori socio sanitari

Docente a contratto presso l'Università degli studi di Brescia

*Esperienze Formative:*

Diploma di infermiera professionale nel 1981

Abilitazione alle funzioni direttive nel 1984

Laurea magistrale in scienze infermieristiche e ostetriche nel 2008

Diploma triennale di Counselling sistemico nel 2013.

---

### **GIUSEPPE MAESTRINI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Libero professionista

Nel 2000 ho costituito lo studio associato infermieristico Maestrini e Baroncini. Lo studio collabora con enti privati e pubblici.

*Esperienze Formative:*

diploma di maturità: Perito Informatico

Master in coordinamento.

---

### **MICHELE MANCINI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Pronto Soccorso AREU 118 - A.O. M. Mellini di Chiari

*Esperienze Formative:*

28/10/2004 laurea Infermiere

27/01/2010 master Tutoring infermieristico ed ostetrico

28/03/2014 master Management della formazione nel sistema Sanitario.

---

### **SIMONE MARANESI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* U.O. Trapianto di Midollo osseo Adulti A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali*

dal 2006 al 2008 U.O. Ematologia

*Esperienze Formative:*

2006 - Università Degli Studi Di Brescia Laurea In Scienze Infermieristiche

2012 - Università Degli Studi Di Brescia Laurea Magistrale In Scienze Infermieristiche

2014 in corso Master I livello in Management per le funzioni di coordinamento delle professioni sanitarie Università Cattolica del Sacro Cuore – Fondazione Poliambulanza dal 2013 ad oggi cultore della materia di Assistenza Infermieristica alla persona con patologia ematologica - Università Degli Studi Di Brescia sede di Chiari.

---

### **GIOVANNI ANDREA MARZOLI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Fondazione Poliambulanza, Dipartimento Cardiovascolare area chirurgica

*Esperienza lavorativa:*

Infermiere nel reparto di Chirurgia Vascolare della Fondazione Poliambulanza

Referente Risk Management e Qualità Dipartimento anni 2013 e 2014

Referente Comitato Infezioni Ospedaliere per l'U.O. di Chirurgia Vascolare nell'anno 2012

Tutor di reparto per lo svolgimento del tirocinio degli studenti infermieri dal 2011 a tutt'oggi

Dal 2006 al 2007: Infermiere di sala operatoria in qualità di strumentista nel blocco operatorio della 3° chirurgia generale e vascolare dell'A.O. Spedali Civili di Brescia

Dal 2001 al 2006: Infermiere in reparto di Cardiocirurgia ed Emodinamica della Casa di cura Poliambulanza di Brescia

*Esperienze Formative:*

Anno 2011/2012 Master di I livello in "Management per le Funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie" conseguito presso Università Cattolica del Sacro Cuore Fondazione Poliambulanza

Anno 2008/2009 Master Universitario in "Gestione della qualità, del rischio clinico e della sicurezza del paziente" conseguito presso Facoltà di Medicina e Chirurgia: Dipartimento di Medicina e Sanità Pubblica Sezione di Igiene e Medicina Preventiva Ambientale ed Occupazionale

Anno 1998/2001 Diploma Universitario di infermiere conseguito presso Università degli studi di Brescia

Corso BLSD conseguito il 7/10/2013.

## STEFANIA PACE

Infermiere

**Revisore dei conti del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Fondazione Poliambulanza, Istituto Ospedaliero

Referente Area Organizzazione Presso il Servizio Infermieristico Aziendale

Docente al Master in Management per le funzioni di Coordinamento delle Professioni Sanitarie - Università Cattolica del Sacro Cuore  
Docente al Corso di Laurea in Infermieristica - Università Cattolica del Sacro Cuore.

## MASSIMO PADERNO

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* RSA Castrezzato

*Esperienze Professionali:*

Infermiere dal 1992, coordinatore RSA dal 2005, docente e tutor per operatori di supporto dal 2004.

## CHIARA PEDERCINI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Mellino Mellini di Chiari

Tutor clinico e didattico presso il CDL in Infermieristica Università degli studi di Brescia (Sez. Chiari). Docente di "Evidenze scientifiche per l'infermieristica".

Presidente dei Revisori dei conti presso l'associazione ARLI (nucleo di CNAI)

Socio attivo presso ANIN

*Esperienze Formative:*

Corso di alta formazione Universitaria in Evidence Based Practice, Università degli studi di Bologna, Ospedale S.Orsola Malpighi

Master di I livello in Management per le funzioni di Coordinamento (Fondazione Poliambulanza)

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche ed Ostetriche.

## GIANLUCA RAINERI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Libero Professionista, Studio Associato Infermieristico RS

*Esperienze Professionali:*

fino al maggio 2012 infermiere presso il Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Formative:*

Diploma Universitario in Infermieristica (2003)

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche (2011)

Master di I livello in Infermieristica Legale e Forense (2013).

## PAOLO ROMANINI

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Fondazione Poliambulanza

Docente universitario cattolica Brescia per laurea infermieristica settore area critica

*Esperienze Formative:*

Master area critica

Master in coordinamento.

## **SILVIA ROSSINI**

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia

1997 Infermiera presso 1a Medicina

2010 ad oggi - Infermiera Tutor professionale

presso il Corso di Laurea in Infermieristica -

sede di Brescia

Professore a contratto presso l'Università degli Studi di Brescia

*Esperienze Formative:*

Master in management infermieristico per le funzioni di coordinamento

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche.

---

## **PIERANGELO SIMONELLI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Formative:*

Master coordinamento

Laurea magistrale.

---

## **FABIO STANGA**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Libero Professionista, Studio Associato Infermieristico RS

Infermiere presso il Primo Servizio di Anestesia e Rianimazione A.O. Spedali Civili di Brescia, collaborando contestualmente con AREU 118

servizio a bordo dei mezzi di soccorso infermierizzati e medicalizzati.

*Esperienze Formative:*

Laurea in Infermieristica (2005)

Master di Primo Livello in Infermieristica Legale e Forense (2013).

---

## **PASQUALE TASCO**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Poliambulatori territoriali A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:*

Breve esperienza come coordinatore

Redazione e partecipazione a P.O. e I.O. su tematiche assistenziali sul PS e attività ambulatoriali

Istruttore dal 2004 al 2006 sul BLS e BLS-D

Partecipazione come docente/discente a corsi

teorico-pratici organizzati in Pronto Soccorso

*Esperienze Formative:*

Diploma di maturità tecnica per geometri

Master universitario in area critica

Master universitario in management infermieristico.

---

## **LIDIA TOMASELLI**

Infermiere e Assistente Sanitario

**Vicepresidente del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Fondazione casa di riposo Manerbio Onlus

*Esperienze Professionali:*

Infermiere dirigente presso RSA di Manerbio

*Esperienze Formative:*

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche.

---

## **MARCO TORRIANI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* A.O. Spedali Civili di Brescia - Centrale Operativa Soccorso Sanitario Urgenza Emergenza.

*Esperienze Professionali e Formative:*

[it.linkedin.com/pub/marco](http://it.linkedin.com/pub/marco)

---

## **SIMONE VEROLI**

Infermiere

*Sede di Lavoro:* Fondazione Poliambulanza – Pronto Soccorso

Istruttore irc BLS-D

Libero professionista presso Fondazione casa di riposo Manerbio onlus.

---

## **SARA VISANI**

Infermiere

*Sede di lavoro:* unità operative di Ortopedia e Otorinolaringoiatria Presidio Ospedale dei Bambini, A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Professionali:* infermiera dal 2005 Presidio Ospedale dei Bambini, A.O. Spedali Civili di Brescia

*Esperienze Formative:* Master I Livello in Management nelle Organizzazioni Sanitarie; Master di I livello in infermieristica e ostetrica legale e forense;

Corso di Perfezionamento in “Metodologia dell’assistenza infermieristica in area critica”.

---

## ERMELLINA ZANETTI

Infermiere

**Consigliere del Consiglio Direttivo uscente.**

*Sede di Lavoro:* Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

*Esperienze Professionali:*

Docente a contratto Master di I Livello Management per le Funzioni di Coordinamento; Master di I Livello Infermieri strumentisti di sala operatoria; Master di I livello in Tecniche di ecografia cardiovascolare Università Cattolica del Sacro Cuore Sede di Brescia – Fondazione Poliambulanza Istituto Ospedaliero

Docente a contratto Master di I livello in Wound Care Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Milano – Bicocca

Responsabile sezione Progetti Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia

Direttore della Rivista "I Luoghi della Cura" organo Ufficiale Società Italiana di Gerontologia e Geriatria edita da CIC Edizioni Internazionali, Roma.

*Esperienze Formative:*

Laurea Magistrale in Scienze Infermieristiche

Abilitazione Scientifica Nazionale a professore di seconda fascia settore concorsuale 06/M1.

.....

## MONICA ZANETTI

Infermiere

*Sede di lavoro:* Rsa Don Ambrogio Cacciamatta

*Esperienze Professionali:*

Dal 1986 al 2006 infermiera presso u.o. di medicina Ospedale di Iseo.

Esperienza di insegnamento al corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche presso il distaccamento di Chiari.

Dal 2006 a tutt'oggi infermiera presso RSA Don Ambrogio Cacciamatta, assistenza domiciliare, esperienza presso Casa Albergo "La Baroncina" di Monticelli Brusati.

*Esperienze Formative:*

Diploma di maturità nell'anno 2013 presso la scuola. S. Francesco.

.....

## MONICA ZANNI

Infermiere

*Sede di lavoro:* AO Spedali Civili Brescia

*Esperienze Professionali:*

Dal luglio 1988 a oggi: Infermiera di UTIC (terapia intensiva cardiologica) presso l'Azienda Ospedaliera Spedali Civili di Brescia P.le Spedali Civili n 1 Brescia

Dal 2013 a oggi: Tutor di tirocinio degli studenti del corso di laurea in Infermieristica

*Esperienze formative*

2010: Laurea al corso di Laurea Specialistica in Progettazione Pedagogica e Interventi Socio-Educativi Facoltà di Scienze Della Formazione, Università Cattolica Del Sacro Cuore, sede di Brescia.

2009: Corso di perfezionamento: "Progettazione Educativa Sostenibile e Pedagogia dell'Ambiente" ASA (Alta Scuola per l'Ambiente), Università Cattolica Del Sacro Cuore, sede di Brescia

2008: Laurea triennale in: Scienze dell'Educazione e dei Processi Formativi. Università Cattolica Del Sacro Cuore, sede di Brescia.

2002: Laurea triennale in Infermieristica, Università degli studi di Verona

1988: Diploma regionale di Infermiere professionale presso Scuola per infermieri professionali Paola di Rosa, Brescia

1985: Maturità scientifica presso Liceo Scientifico A. Calini, Brescia.

.....

## L'IMPORTANZA DEL (tuo) VOTO

*Non sprecare questa opportunità di democrazia professionale e partecipazione.*

L'elezione dei rappresentanti del Consiglio Direttivo e dei Revisori dei Conti è un'occasione importante per la vita professionale del Collegio. Per tre anni costoro sono tenuti ad impegnarsi per raggiungere gli obiettivi presentati nelle assemblee degli iscritti, diffusi con gli organi di stampa e pubblicati sul sito istituzionale. Partecipazione e senso di appartenenza sono presupposti indispensabili per avere Organismi Collegiali efficaci e rappresentativi. Con il tuo voto puoi scegliere chi ti rappresenterà e deciderà per te nel prossimo triennio. Tutti gli iscritti sono eleggibili. Ti aspettiamo in sede in uno dei tre giorni in cui è possibile votare: le operazioni di voto durano pochi minuti, in concomitanza saranno organizzate attività formative e ricreative per gli interessati.

# La venipuntura e la terapia endovenosa: dal XVII sec. agli anni '80

di Sara Bonfadini\*, Elena Mikaela Mandia\*\*, Gian Andrea Polonioli\*\*\*

Il passato appare simultaneamente come la terra natale e come il paese deserto: vi è da una parte una verità iniziale alla quale occorrerebbe tornare per potervi discernere il criterio delle scelte attuali, dall'altra, una mentalità e delle concezioni da cui non possiamo non prendere le distanze.

*(M. De Certeau)*

**I**l presente articolo è tratto dalla tesi di laurea di una studentessa di infermieristica curiosa di conoscere il percorso storico-evolutivo che ha portato la venipuntura e la terapia endovenosa ad essere come noi le conosciamo oggi. Proprio questa è stata la domanda che ha guidato la ricerca attraverso quattro secoli di storia.

Per la redazione dell'elaborato si sono utilizzati metodi e strumenti differenti in base alle peculiarità del periodo storico preso in considerazione e in base alla reperibilità delle fonti a cui attingere per ottenere i dati desiderati:

Per la descrizione delle origini della venipuntura e delle infusioni endovenose si è effettuata una ricerca bibliografica nella banca dati PubMed che ha permesso di individuare 19 articoli pertinenti rispetto al quesito iniziale. Per avere una visione più allargata sono stati analizzati anche testi e monografie inerenti l'argomento in questione.

Per la descrizione dell'evoluzione della procedura della venipuntura e la somministrazione delle infusioni endovenose negli ultimi decenni del XX secolo si è effettuata una ricerca descrittiva su una popolazione di infermieri con almeno 30 anni di anzianità di servizio.

## Periodo 1: dal XVII secolo al XIX secolo

La data di origine dell'iniezione endovenosa è difficile da stabilire con esattezza storica in quanto sulla nascita di questa tecnica ci sono molte voci contrastanti. I primi tentativi messi in atto sono stati tramandati da autore ad autore come una leggenda e comunque l'iniezione endovenosa non è stata seriamente considerata se non una volta che i principi della circolazione sanguigna furono stabiliti da Harvey nel 1628.

Nel periodo in questione si distinguono tre momenti di sviluppo nella storia della terapia endovenosa:

- **il periodo delle iniezioni anatomiche:** inizia nel XV secolo e riguarda l'iniezione di varie sostanze nei vasi venosi e arteriosi dei cadaveri o dei preparati anatomici allo scopo di prepararli e conservarli per lo studio;

- **il periodo sperimentale:** nel XVII secolo gli scienziati hanno iniziato a testare l'iniezione endovenosa sugli animali studiando gli effetti di varie sostanze introdotte nel loro corpo. Essi utilizzavano come strumento una cannuccia o un osso di pollo attraverso cui si insufflava con la bocca del vino nella vena dell'animale previamente scoperta.

Christopher Wren, nel 1656 utilizzò come strumento per iniezione endovenosa lo stelo di

una penna d'uccello fissato posteriormente ad una vescica ripiena di liquido da iniettare. L'infusione dei liquidi nella circolazione sanguigna si dimostrò difficile perché l'accesso vascolare era limitato dalla coagulazione del sangue e dall'apparecchiatura primitiva, i pennini d'oca non potevano essere fissati facilmente nei vasi sanguigni e non erano né abbastanza durevoli né riutilizzabili.

- **il periodo delle iniezioni endovenose nell'uomo** si evolse di pari passo col principio della trasfusione del sangue. Il "Giornale d'Inghilterra" del 4 dicembre 1665 raccontò che il primato per la terapia endovenosa nell'uomo apparteneva ad un Ambasciatore forestiero che aveva praticato l'iniezione endovenosa di croco di metalli ad un suo servo.

Furono poi molti i nomi illustri (Lower, Major, Elsholtz, Etmüller ...) che si dedicarono a studiare la tecnica della venipuntura, gli strumenti utilizzabili e i benefici della terapia endovenosa. Sono stati i medici tedeschi a introdurre l'iniezione intravenosa nella terapia con precisione sugli scopi e sulla tecnica utilizzata. I "medicamenti" usati principalmente erano purganti e narcotici e gli effetti ottenuti erano spesso "miracolosi".



Figura 1. H. Brancourt, (2001), *Premières injections intraveineuses les infusions du XVII siècle*, *Le revue du praticien*, 51



Figura 2. La siringa di Pravaz

Nel 1668 la sentenza di Châtelet, voluta dal Vaticano e dalla British Royal Society, relativa all'interdizione delle trasfusioni sanguigne mise termine a tutte le sperimentazioni. Per oltre cento anni ci fu una completa paralisi scientifica. Nel '700 e per la prima metà dell'800 la via endovenosa non ebbe una buona fama e se ne sconsigliò l'uso ai fini terapeutici, se non solo nei casi in cui ogni altra terapia avesse fallito.

Nella seconda metà del XIX secolo con il progresso delle nozioni fisiopatologiche e farmacologiche ritornò l'interesse per la via intravenosa che acquistò un carattere di serietà scientifica. Così vari medici dell'epoca hanno tentato di curare per via endovenosa persone malate di malaria, sifilide ed altre malattie iniettando delle sostanze medicamentose con ottimi risultati per i pazienti.

Solo agli inizi del XX secolo la somministrazione endovenosa trova definitivamente il ruolo essenziale nella prassi terapeutica grazie ai medici A. Fraenkel e G. Baccelli.

Per quanto concerne l'evoluzione storica degli strumenti utilizzati per la venipuntura e la somministrazione della terapia endovenosa possiamo affermare che dopo la penna d'oca di Wren, verso la metà del XVII secolo R. Boyle usò per primo una siringa, completamente metallica, formata da i 3 classici elementi: cilindro, pistone e cannula. Solo nel 1798 C. H. Haefel pensò di sostituire il cilindro metallico con uno in vetro e, qualche anno dopo Von Graefe consigliò l'impiego di un sottile tre quarti collegato alla siringa che permetteva l'iniezione senza preventiva apertura della vena.

Nel 1852 Gabriele Pravaz, ideò la prima siringa



Figura 3. Bollitore per siringa in vetro

le cui caratteristiche ricordano quelle dei modelli attuali. Nel 1886, Luer ideò una siringa che ricorda quelle dell'epoca moderna e che presentava il vantaggio di una facile sterilizzazione e che fu un'invenzione rivoluzionaria per la medicina.

### Periodo 2: gli ultimi decenni del XX secolo

Negli ultimi decenni del XX secolo i risultati delle interviste condotte mettono in evidenza che l'autonomia infermieristica non era stata ancora raggiunta pienamente e che molto spesso il ruolo dell'infermiere nella venipuntura e nella somministrazione della terapia endovenosa era ausiliario rispetto a quello del medico. Come strumenti si avevano a disposizione per lo più siringhe in vetro e aghi in metallo riutilizzabili previa disostruzione, affilamento e bollitura.

Inoltre si può dedurre che i principi della prevenzione delle infezioni non fossero ancora applicati correttamente, così come i concetti della sterilità, dell'asepsi e dello smaltimento corretto dei rifiuti. Dalle interviste effettuate emerge anche come non esistessero protocolli operativi o procedure, né una formazione specifica e ciò ha causato una notevole variabilità nell'esecuzione delle prestazioni.

Studiando i quattro travagliati secoli della storia della venipuntura e della terapia endovenosa si è potuto constatare quanto si sia evoluta la figura dell'infermiere e come sia mutato il suo ruolo anche rispetto alla procedura in questione. Siamo passati dai primi secoli in cui colui

che assisteva all'interno degli ospedali, non aveva nessun ruolo né per quanto riguarda la venipuntura né per quanto concerne la somministrazione della terapia endovenosa e siamo arrivati agli anni '80 in cui il famigerato "Mansionario" dettava ancora legge, impedendo agli infermieri di esprimere la propria autonomia e responsabilità.

Questo viaggio nel tempo su un piccolo aspetto delle competenze infermieristiche attuali ha permesso di mettere in luce quanto il ruolo dell'infermiere si sia evoluto.

Le conoscenze necessarie per una corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche sono diventate nel tempo complesse e diversificate a pari passo con l'evoluzione della professione infermieristica: somministrare i farmaci corretti, al giusto dosaggio, attraverso la via designata, utilizzando la tecnica appropriata, prendendo le precauzioni dovute era tutto quello che ci si aspettava dall'infermiere fino a pochi anni fa. Oggi questi aspetti costituiscono solo una parte della somministrazione sicura

dei farmaci; il livello di conoscenze e abilità richiesto oggi all'infermiere è molto più ampio. Agli infermieri viene sempre di più chiesto di offrire approcci creativi a problematiche sanitarie vecchie e nuove e di elaborare progetti innovativi capaci di modificare in senso positivo le condizioni di salute dei cittadini. Questa sfida può essere vinta integrando rapidamente la sempre maggiore mole di conoscenze basate sulle evidenze scientifiche, con gli insegnamenti che ci arrivano dalla storia.

- \* *Tutor pedagogico,*  
*Corso di Laurea in infermieristica,*  
*Università degli studi di Brescia, Sede di Esine*
- \*\* *Infermiera presso AO Bolognini di Seriate,*  
*Pronto soccorso, ospedale di Lovere*
- \*\* *Coordinatore di sezione,*  
*Corso di Laurea in infermieristica,*  
*Università degli studi di Brescia, Sede di Esine*

## Bibliografia

### TESTI

F. Bazzi, (1956), *Introduzione alla storia della terapia parenterale*, Novara: I bevitori di stelle

F. Garofalo, (1957), *La storia della terapia parenterale*, Milano: Il giardino di Esculapio

A. Simili, (1957), *La storia della terapia parenterale*, Milano: Il giardino di Esculapio

AA.VV, (1984), *Quaderni dell'infermiere: tecniche infermieristiche di base*, Milano: Masson

R. Costanza, (2004), *Storia di una professione sanitaria figlia di un dio minore. Storia dell'assistenza infermieristica dalla fine del '700 ai giorni nostri*, vercelli, Coppo Editore

### ARTICOLI

H.B. Masson, (1971), *Latta-pioneer in saline infusion*, *British journal of anaesthesia*, 43 (7)

D. A. Millam (1987), *I.V. therapy 30 years ago: a look back*, *NITA* 10 (2)

D. Millam (1996) *The history of intravenous therapy*, *Journal of intravenous nursing*, 19 (1)

M. E. Pelczar (1996), *Vascular access: an historical review*, *Asepsis*, 18 (3)

H. Brancourt, (2001), *Premières injections intraveineuses les infusions du XVII siècle*, *Le revue du praticien*, 51

T. F. Baskett, (2002), *William O'Shaughnessy, Thommas Latta and the origins of intravenous saline*, *Resuscitation*, 55 (3)

A.M. Riviera et al, (2005), *The history of peripheral intravenous catheters: how little plastic tubes revolutionized medicine*, *Acta Anesthesiologica Belgica*, 56 (3)

S. J. Dudrich, (2006), *History of vascular access*, *Journal of parenteral and enteral nutrition*, 30 (1 suppl)

A. Helmstlater & AA, (2006), *1656-2006: 350 years of intravenous injection*, *Acta Anesthesiologica Belgica*, 57 (1)

A. Helmstlater (2006), *350 years of intravenous injection*, *Pharmaceutical historian*, 36 (1)

G. S. Bause, (2009), *Ettmuler's classic on intravenous therapy*, *Anesthesiology* 110, (2)

## Recensione

a cura di Anna Maria Iannelli

### Dentro il fare e il sapere

Guerriero G. - Piralì F. - Birbes C. - Benedetti A.

Piccin Editore Padova II edizione Novembre 2013

“Senza relazioni di cura la vita umana cesserebbe di fiorire. Senza relazioni di cura nutrite con attenzione la vita umana non potrebbe realizzarsi nella sua pienezza”

*(Ruth E. Groenhout, 2004)*



**D**entro il fare il sapere è la seconda edizione di un Manuale che raccoglie contenuti didattici destinati alla formazione delle figure di supporto all'assistenza.

Lo scenario attuale della sanità e dell'assistenza, connotato dall'aumento esponenziale della popolazione anziana con conseguente crescita delle patologie cronico degenerative, chiama in causa in modo importante le professioni della cura e tra esse gli operatori di supporto all'assistenza cui è richiesta oggi competenza e professionalità. Nei luoghi della cura, siano essi residenziali o territoriali le persone sono sempre più vecchie, sempre più affette da malattie croniche, sempre più fragili: i loro bisogni vanno soddisfatti, la loro autonomia sostenuta e il loro benessere perseguito.

L'impianto metodologico del manuale è originale e prende in considerazione le attività di vita quotidiana come chiave di lettura per l'adeguata risposta ai bisogni della persona. Le attività di vita sono analizzate e approfondite in singoli capitoli focalizzati sull'accertamento del bisogno funzionale e sull'opportunità di risposta e di

presa in carico. Ci sono sezioni dedicate espressamente alle abilità tecniche che sono richieste a questo operatore con approfondimenti che riguardano l'adozione delle tecnologie biomedicali di più frequente uso, ma la logica di approccio è comunque sistemica e centrata sul concetto di "care", ovvero di "prendersi cura", approccio che sottolinea la unicità e originalità della relazione di cura.

I diversi contenuti sono affrontati in un'ottica interdisciplinare e multidisciplinare: trovano spazio le scienze infermieristiche, le scienze umane, il diritto, la storia. Sono presi in considerazione e approfonditi contenuti che hanno un valore "trasversale", quali ad esempio le implicazioni etiche e deontologiche del lavoro di cura, gli elementi caratterizzanti la relazione di aiuto, le dinamiche dei gruppi professionali.

La completezza dei contenuti e la chiarezza del linguaggio rendono il volume un completo manuale di formazione per gli operatori di supporto, utile anche per successive consultazioni; considerata l'eshaustività e trasversalità dei contenuti è utilmente fruibile anche da infermieri e da operatori sanitari e sociali coinvolti nei percorsi formativi e nelle commissioni d'esame dei corsi di formazione per operatori di supporto.

# Dì la tua



È online sul sito del COLLEGIO,  
il questionario di gradimento delle riviste  
Tempo di Nursing e Tempo di Nursing News.

Vai all'indirizzo [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)  
e compilalo anche tu!

The screenshot shows a survey form titled 'VALUTAZIONE GRADIMENTO RIVISTE TEMPO DI NURSING E TEMPO DI NURSING NEWS'. The form includes the IPASVI Brescia logo and a header with the journal titles. A table in the top right corner contains the following information:

M INFO 002
Rev.02
Pag. 1 di 2
14.10.2014

Below the header, there are three input fields for 'Cognome', 'Nome', and 'e-mail', each preceded by a red asterisk indicating they are mandatory. At the bottom, there is a section for 'Incarico svolto' with five radio button options: Infermiere, Assistente Sanitario, Infermiere Pediatrico, Coordinatore Infermieristico, and Dirigente Infermieristico.

## NORME REDAZIONALI TEMPO DI NURSING

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione. Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato.

Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word (carattere Arial o Times New Roman 16pt per il titolo - 12pt per il testo - 10pt per didascalie e titoli di tabelle e figure, allineamento giustificato, interlinea 1, margini sup. 2,5 cm dx, sx e inf. 2 cm).

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

1. Titolo dell'articolo
2. Autori con nomi completi e qualifiche professionali
3. Istituzioni di appartenenza (con indicazione delle città e sedi delle Istituzioni)
4. Recapiti per eventuali contatti - Nominativo dell'Autore a cui indirizzare l'eventuale corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero anagrafico, CAP, città); numero telefonico di più facile reperibilità; numero di fax e indirizzo di posta elettronica (e-mail).

Ogni pagina dovrà essere numerata a partire dalla prima.

Eventuali tabelle e/o figure (fotografie, disegni, ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati.

Eventuali tabelle o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (es. Tabella 3) (le tabelle dovranno essere complementari al testo e non contenere semplicemente una ripetizione dello stesso), nel testo dovrà essere indicato chiaramente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni tabella dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

Eventuali figure debbono essere citati sequenzialmente al testo e numerate progressivamente con numeri arabi (ad es. Figura 3); nel testo dovrà essere indicato chiara-

mente il punto in cui dovrebbero apparire; ogni figura dovrà avere un titolo (al di sopra della tabella) ed una didascalia breve (al di sotto della tabella).

È necessario allegare curriculum vitae formato europeo degli autori.

L'articolo dovrà essere strutturato come un articolo scientifico ovvero dovrà prevedere le seguenti voci:

- Introduzione (se ritenuto necessario)
- Obiettivo
- Scopo
- Metodi
- Risultati
- Discussione
- Conclusione
- Bibliografia (l'articolo dovrà prevedere in calce una bibliografia completa, esauriente e recente).

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo; in essa le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

### Per i libri

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori)
  - Titolo e sottotitolo dell'opera.
  - (Collana)
  - numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
  - Luogo di edizione:
  - Editore
  - Anno
- Esempio: Corradini L, Cattaneo P. Educare alla salute. Brescia: La Scuola, 1997.

### Per gli articoli di riviste

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori)

- Titolo dell'articolo.
- Nome della rivista secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure quando abitualmente utilizzata - nella forma abbreviata senza interpunzioni tra le iniziali)
- Anno di pubblicazione ed eventuale mese
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato volume (numero): pagina iniziale - pagina finale.

Esempio:

Li Q, Zhang SM, Chen HT, Fang SP, Yu X, Liu D, Shi LY, Zeng FD. Awareness and attitudes of healthcare professionals in Wuhan, China to the reporting of adverse drug reactions. *Chin Med J (Engl)*. 2004 Jun;117(6):856-61.

È necessario allegare un abstract (Riassunto) di 300 parole al massimo, ed inoltre devono essere indicate da 3 a 5 parole chiave.

Quando l'articolo esprime, o può coinvolgere la responsabilità o l'immagine dell'istituzione di appartenenza, o quando gli autori parlano in nome della medesima, occorrerà allegare all'articolo o inviarla mezzo posta una liberatoria scritta dei relativi responsabili.

Il materiale inviato, sia esso accettato o meno per la pubblicazione, non verrà restituito.

Gli autori sono tenuti a specificare se la proposta di pubblicazione è stata inoltrata presso altre riviste.

Lavori, lettere, suggerimenti, commenti, proposte, interventi in genere, fotografie, vanno inviati a:

Segreteria di Redazione della Rivista c/o  
Collegio IPAS.VI. di Brescia

Via P. Metastasio, 26 - 25126 BRESCIA  
Tel. 030 291478 - Fax. 030 43194  
www.ipasvibs.it - info@ipasvibs.it

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 67/2014

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Anna Maria Iannelli

Comitato di redazione: Diego Amoruso, Stefano Bazzana, Maria Audenzia Conti, Angela Di Giaimo, Anna Maria Iannelli, Moreno Crotti Partel, Ermellina Zanetti

Hanno collaborato a questo numero: Stefano Bazzana, Ermellina Zanetti, Angela Di Giaimo, Silvano Corli, Anna Pedersoli, Federica Ferrarese, Martina Faccini, Sarah Tommasi, Paolo Tosoni, Claudia Bozzini, Claudio Bellamoli, Beatrice Gazzola, Chiara Pomari, Chiara Bovo, Paolo Milzani, Sara Bonfadini, Elena Mikaela Mandia, Gian Andrea Polonioli, Anna Maria Iannelli

Direzione, Redazione, Amministrazione: Via Pietro Metastasio 26/a - Brescia - Tel. 030 291478 - Fax 030 43194

Fotocomposizione e Stampa: Com&Print Srl (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291

Registrazione: n° 37/90 del 21 luglio 1990 del Tribunale di Brescia

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia.

Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00. Singolo fascicolo euro 2,58

Editore: Collegio Infermieri Professionali, Assistenti Sanitari e Vigilatrici d'infanzia della Provincia di Brescia

Tutti coloro che desiderano inviare materiale per la pubblicazione dovranno recapitarlo alla Segreteria di Redazione della Rivista presso: Collegio I.P.A.S.V.I., Via Pietro Metastasio 26/a – Brescia oppure via email in formato Word all'indirizzo: info@ipasvibs.it

Gli articoli firmati impegnano soltanto gli autori, benché approvati dal Comitato di Redazione.

*il Consiglio uscente ringrazia tutti  
e augura buon lavoro al futuro Consiglio!*

