

ISSN 1723 - 7750

# I luoghi della cura

Anno IV - N. 4  
Dicembre 2006  
TRIMESTRALE

4/2006

In caso di mancato recapito, rinviare al CPR Roma Romanina Stampe, per la restituzione al mittente  
previo addebito pagamento resi



  
SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA  
E GERIATRIA

ORGANO UFFICIALE DELLA  
SOCIETÀ ITALIANA DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA



**CIC** Edizioni Internazionali

# I luoghi della cura



ORGANO UFFICIALE DELLA SOCIETÀ ITALIANA  
DI GERONTOLOGIA E GERIATRIA

*Un periodico scientifico-professionale,  
che affronta gli argomenti più rilevanti riguardanti  
l'assistenza alla persona anziana nelle diverse condizioni di vita,  
in particolare quando il bisogno rende necessario  
un supporto organizzato.*

#### DIREZIONE SCIENTIFICA

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

#### COMITATO EDITORIALE

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura,  
Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti,  
Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori,  
Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini,  
Marco Trabucchi, Daniele Villani



## ABBONATEVI

*Abbonamento annuo (4 numeri) € 10,00*

Ritagliare e spedire in busta chiusa ed affrancata o via fax a CIC Edizioni Internazionali - C.so Trieste 42 - 00198 Roma  
Tel. 06 8412673 - Fax 06 8412688 - abbonamenti@gruplocic.it

Nome .....

Cognome .....

Indirizzo .....

Città ..... CAP .....

E-mail .....

Desidero abbonarmi a *I luoghi della cura* per l'anno 2007

Allego assegno bancario non trasferibile di € 10,00  
Intestato a: CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

Allego ricevuta del versamento sul c.c. postale n° 77628006

Vi autorizzo ad addebitare l'importo di € 10,00  
sulla mia Carta di Credito

VISA  AMERICAN EXPRESS  DINERS CLUB  EUROCARD  MASTER CARD

N° Carta | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Data di scadenza | | | | |

Dlgs n. 196/03. La informiamo che i dati forniti saranno oggetto di trattamento (Art. 13); saranno altresì adottate le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza (Art. 31). I dati saranno gestiti internamente e non verranno ceduti a terzi, ma potranno essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). La informiamo inoltre che ha diritto (Art. 7) di richiedere la cancellazione o l'aggiornamento dei dati ed opporsi al trattamento per altre finalità con comunicazione scritta. Reso edotto dalle informazioni riportate, lei esprime il consenso al trattamento con la compilazione, la firma e l'invio del presente modulo.

Data e firma .....

## SOMMARIO

### Direzione scientifica:

Antonio Guaita, Francesco Landi, Ermellina Zanetti

### Comitato editoriale:

Renzo Bagarolo, Giovanni Bigatello, Stefano Boffelli, Renato Bottura, Gianna Carella, Antonietta Carusone, Francesca Castelletti, Mauro Colombo, Carla Facchini, Antonino Frustaglia, Cristiano Gori, Gianni Guerrini, Raffaele Latella, Luisa Lomazzi, Renzo Rozzini, Marco Trabucchi, Daniele Villani

### Direttore responsabile

Andrea Salvati

### Segreteria di redazione

Lorenza M. Saini

### Area pubblicità

Patrizia Arcangioli, responsabile (Roma)  
arcangioli@gruppic.it

### Area marketing & sviluppo

Antonietta Garzonio  
garzonio@gruppic.it

CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI s.r.l.

### Direzione, Redazione, Amministrazione:

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma  
Tel. 06/8412673 r.a. - Fax 06/8412688  
E-mail: info@gruppic.it  
Sito web: www.gruppic.com

### Area Nord Italia:

Via Matteotti, 52B - 21012 Cassano Magnago (VA)  
Tel. 0331282359 - Fax 0331287489

Trimestrale

Reg. Trib. di Roma n. 101/2003 del 17/03/2003

Stampa: Litografica '79 - Roma

Abbonamento annuo: Italia € 10,00 (una copia € 3,50) - Estero € 20,00. L'IVA condensata nel prezzo di vendita è assolta dall'Editore ai sensi dell'art. 74, primo comma, lett. c), D.P.R. 633/72 e D.M. 29/12/89. Il giornale viene anche inviato in omaggio ad un indirizzario di specialisti predisposto dall'Editore.

Finito di stampare nel mese di novembre 2006

Ai sensi del Decreto Legislativo 30/06/03 n. 196 (Art. 13) informiamo che l'Editore è il Titolare del trattamento e che i dati in nostro possesso sono oggetto di trattamenti informatici e manuali; sono altresì adottate, ai sensi dell'Art. 31, le misure di sicurezza previste dalla legge per garantirne la riservatezza. I dati sono gestiti internamente e non vengono mai ceduti a terzi, possono esclusivamente essere comunicati ai propri fornitori, ove impiegati per l'adempimento di obblighi contrattuali (ad es. le Poste Italiane). Informiamo inoltre che in qualsiasi momento, ai sensi dell'Art. 7, si può richiedere la conferma dell'esistenza dei dati trattati e richiederne la cancellazione, la trasformazione, l'aggiornamento ed opporsi al trattamento per finalità commerciali o di ricerca di mercato con comunicazione scritta.

Il contenuto degli articoli rispecchia esclusivamente l'esperienza degli autori.

La pubblicazione dei testi e delle immagini pubblicitarie è subordinata all'approvazione della direzione dei giornali ed in ogni caso non coinvolge la responsabilità dell'Editore.

Ogni possibile sforzo è stato compiuto nel soddisfare i diritti di riproduzione. L'Editore è tuttavia disponibile per considerare eventuali richieste di aventi diritto.

© Copyright 2006



CIC Edizioni Internazionali

## EDITORIALE

**A chi compete la cura e l'assistenza degli anziani?**

*Ermellina Zanetti, 5*

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

**L'integrazione dell'operatore sociosanitario nell'équipe assistenziale: un'indagine nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di Milano**

*Giuseppina Giavazzi, 7*

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

**La capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer**

*Pietro Vigorelli, 15*

## MATERIALI DI LAVORO

**Definizione e implementazione di una cartella clinica per la riabilitazione**

*Bruno Bernardini, Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Antonio Guaita, 19*

## ESPERIENZE

**Studio retrospettivo con l'uso di indicatori di risultato in una RSA genovese: verifica degli outcome**

*Crosio Pizzorni, Anna Fantini, Tiziana Benvenuto, Chiara Traverso, 26*

## REVISIONE PERIODICA DELLA LETTERATURA E RECENSIONI

**Note pratiche di diagnosi e terapia per l'anziano**

*Antonio Guaita, 30*



## A chi compete la cura e l'assistenza degli anziani?

**I**l 18 ottobre scorso "The New York Times" ha pubblicato un articolo in cui erano prese in esame le possibili soluzioni alla scarsità di geriatri specialisti negli Stati Uniti. Scartata l'ipotesi di affidare ai geriatri esclusivamente gli anziani "fragili", intesi nell'articolo come coloro che hanno più di 85 anni, o meno, se in presenza di bisogni complessi, e poiché non ci sarà mai la possibilità di garantire un numero di geriatri adeguato anche a questo ridisegnato bisogno, l'articolo prosegue suggerendo l'unica soluzione considerata praticabile, ovvero la diffusione delle conoscenze geriatriche a tutti i medici, siano essi chirurghi o specialisti. La cura degli anziani dovrebbe in sostanza divenire una competenza trasversale di tutti i laureati in medicina e chirurgia.

Per contro, da più anni la letteratura propone interventi e modelli di cura nei quali l'efficacia è direttamente proporzionata alla competenza specialistica di medici e infermieri. La prevenzione e la cura del delirium, dello scompenso di cuore, o l'assistenza pre e post operatoria a soggetti anziani fragili e non, si associano ad outcome positivi (riduzione delle complicanze, della mortalità, della disabilità, della durata della degenza), se la cura e l'assistenza sono erogate da professionisti con documentata esperienza, che si traduce nell'adozione di interventi altamente specialistici e nell'utilizzo delle migliori evidenze adattate alla situazione del singolo paziente.

Tra gli infermieri, in Italia in particolare, dopo l'attivazione della laurea magistrale in infermieristica, è molto vivace il dibattito sull'efficacia dei modelli organizzativi di erogazione delle cure nei diversi ambiti clinici e gli studi sono concordi nell'affermare che i modelli che prediligono la specializzazione delle competenze hanno una maggiore efficacia rispetto ai costi, alla soddisfazione del paziente, alla riduzione della durata della

degenza, alla prevenzione delle complicanze e rendono possibile una sinergica collaborazione con i medici. Se è pur vero che la geriatria o il nursing geriatrico sono discipline che a pieno titolo debbono far parte del curriculum formativo di base degli operatori della salute (ed è un traguardo in molti casi ancora lontano!), è suggerito dalla letteratura che chi lavora in dipartimenti o servizi che assistono e curano anziani ed ha responsabilità nella cura e nell'assistenza acquisisca una formazione specialistica per agire con competenze avanzate nella clinica e nel nursing e per indirizzare l'operato dei collaboratori. Il numero di medici e infermieri con competenze cliniche avanzate è proporzionale alla complessità dei pazienti che afferiscono alle singole unità operative e, in taluni casi, potrebbe essere sufficiente non la presenza in organico, ma la consulenza.

Un ruolo importante affidato a medici e infermieri specializzati è la preparazione "sul campo" dei colleghi che si stanno formando: l'acquisizione di competenze avanzate è resa possibile dalla sinergica interazione di conoscenze teoriche ed esperienza in realtà in cui sia possibile agire con metodi e strumenti propri della disciplina. In letteratura sono riportati studi che documentano l'ottima valenza formativa dei *magnet hospitals* e delle *teaching nursing home*.

Pur riconoscendo l'indubbia necessità di una cultura gerontologica e geriatrica diffusa tra gli operatori della salute, la cura e l'assistenza agli anziani fragili o a rischio di fragilità richiede professionisti formati ed esperti che sappiano intervenire utilizzando le più moderne tecnologie e le più recenti evidenze, adattandole alla situazione del singolo paziente con attenzione alla sua storia, al suo oggi e al suo domani.

**Ermellina Zanetti**

# Manuale di medicina di Emergenza e Pronto Soccorso

II edizione aggiornata con le Linee Guida ILCOR 2005-2006 per la Rianimazione Cardiopolmonare

**M. G. Balzanelli**

F. Coraggio, A. Gullo, S. Miniello, N. Gentiloni, M. Costa, O. Chiara, G. Berlot, F. Clemente, A. Catalano, A. Martino, E. Carchietti, E. di Lauro, M. Bisceglia



f.to cm. 13,5x19,7 - pagine 1536  
€ 80,00

## Contenuti principali

- Emergenza sanitaria: dalla concezione alla organizzazione alla gestione
- Il supporto delle funzioni vitali nel paziente non traumatizzato
- Il supporto delle funzioni vitali nel paziente traumatizzato
- Lo shock
- Emergenze cardiovascolari
- Emergenze respiratorie
- Emergenze in gastroenterologia
- Emergenze in neurologia
- Emergenze in tossicologia
- Emergenze endocrino metaboliche
- Emergenze in malattie infettive
- Emergenze in reumatologia
- Emergenze nefro-urologiche
- Emergenze da agenti fisici e da patologia ambientale
- Emergenze oculistiche
- Emergenze ORL
- Manovre tecniche in emergenza

### ABC DEL PRIMO SOCCORSO

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, S. Miniello, C. Fiore, F. Clemente, A. Martino, A. Catalano, P. Caramia  
Volume brossurato di 130 pagine - € 15,00

### MANUALE DI EDUCAZIONE, SICUREZZA E PRIMO SOCCORSO SULLA STRADA

Con il patrocinio della Polizia Stradale  
M.G. Balzanelli, G.M. Bonomo, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello  
Volume brossurato di 440 pagine con 130 figure a colori - € 30,00

### MANUALE DI PRIMO SOCCORSO NEI LUOGHI DI LAVORO

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, P. Bianco, S. Miniello  
Volume brossurato di 464 pagine con 103 figure a colori - € 30,00

### MANUALE DI PRIMO SOCCORSO PER IL CITTADINO

M.G. Balzanelli, F. Coraggio, N. Gentiloni, S. Miniello  
Volume brossurato di 400 pagine con 103 figure a colori - € 30,00

### LA MORTE IMPROVVISA

M.G. Balzanelli, A. Catalano  
Volume brossurato di 472 pagine - € 27,00

### PRIMO SOCCORSO AL TRAUMATIZZATO Basic Trauma Care

S. Miniello, M.G. Balzanelli, M. Nacchiero  
Volume brossurato di 272 pagine - € 40,00

### TRATTATO DELLE EMERGENZE MEDICO-CHIRURGICHE E DI TERAPIA INTENSIVA

Editors M.G. Balzanelli, F. Coraggio  
Opera in 3 volumi di 1488, 1568 e 1624 pagine - € 500,00



**CIC Edizioni Internazionali**

**CIC EDIZIONI INTERNAZIONALI S.R.L.**

Corso Trieste, 42 - 00198 Roma - Tel 06 8412673 - Fax 06 8412688 - e-mail: info@gruppocic.it  
www.gruppocic.com

# L'integrazione dell'operatore socio-sanitario nell'équipe assistenziale: un'indagine nelle Residenze Sanitarie Assistenziali di Milano

Giuseppina Giavazzi

Piccolo Cottolengo Don Orione, Milano

## INTRODUZIONE

L'ultimo decennio è stato caratterizzato, per la professione infermieristica, da grandi innovazioni e grandi conquiste culturali e normative, sia nell'ambito della formazione che dell'esercizio professionale. Nella realizzazione degli interventi assistenziali l'infermiere, mantenendo la completa responsabilità di tutte le fasi del processo di assistenza infermieristica, si può avvalere, ove necessario, degli operatori di supporto, così come prevede il D.M. 739/94. L'attribuzione di attività assistenziali agli operatori di supporto dovrebbe consentire, attraverso una previa valutazione qualitativa dell'organizzazione ed un'analisi delle attività assistenziali, di "sollevare" gli infermieri da attività improprie e da attività ad elevata standardizzazione e, di conseguenza, dovrebbe assicurare un'ottimizzazione dei tempi infermieristici ed un miglioramento della qualità assistenziale. In questo particolare contesto si è inserita l'istituzione della figura dell'OSS (operatore socio-sanitario) che dovrebbe essere considerata una risorsa in grado di consentire la valorizzazione delle funzioni infermieristiche, alla luce dell'evoluzione culturale e professionale di questi ultimi anni.

La revisione della letteratura inerente l'argomento ha consentito di evidenziare come la nascita dell'OSS abbia risposto a tre tipi di bisogni:

- soddisfare una domanda di assistenza orientata al mantenimento della persona assistita nel suo ambiente sociale;
- consentire l'evoluzione culturale e professionale dell'infermiere;

- sopperire alla carenza di personale infermieristico.

In realtà, possiamo affermare che questa figura non nasce in risposta ad un bisogno "qualitativo", quanto piuttosto ad un bisogno "quantitativo" delle organizzazioni sanitarie di arginare la carenza "ciclica" di personale infermieristico. Il settore che ha risentito e risente maggiormente della carenza degli infermieri è quello delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali), essendo considerate poco appetibili dagli infermieri come luogo di lavoro d'elezione. Peraltro la DGR n. 12618 del 7/4/2003, che definisce gli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSA, sancisce l'obbligo dell'introduzione graduale della figura dell'OSS. Infatti, tale situazione ha sollecitato una riflessione riguardante l'inserimento della figura dell'OSS al fine di governare il processo di integrazione nell'équipe assistenziale. La letteratura ha evidenziato che l'inserimento di tale figura nell'équipe assistenziale può avere il massimo successo se si svolge sulla base di un *progetto ad hoc* che include:

- la preparazione di un "terreno" culturale ed organizzativo;
- la stesura e realizzazione di una procedura di inserimento;
- la verifica a distanza dei risultati in termini di qualità delle prestazioni e di soddisfazione degli utenti.

## OBIETTIVI DELLO STUDIO

L'indagine realizzata nelle RSA dell'ASL di Milano e provincia aveva come obiettivo quello di conoscere

principalmente le modalità di inserimento dell'OSS nell'équipe assistenziale delle RSA, gli strumenti utilizzati per l'integrazione professionale, la definizione delle attività ed eventuali cambiamenti organizzativi riguardanti l'assistenza infermieristica in seguito all'inserimento dell'OSS.

Le ipotesi su cui si è fondata l'indagine sono le seguenti:

- l'integrazione dell'OSS nelle équipe assistenziali delle RSA viene realizzata senza tenere in considerazione i presupposti organizzativi e culturali che la letteratura propone per un inserimento efficace ed efficiente di tale figura;
- l'inserimento dell'OSS nelle RSA risponde più all'esigenza di colmare la carenza infermieristica che alla necessità di migliorare la qualità assistenziale.

## MATERIALE E METODI

L'indagine è stata condotta attraverso la "tecnica della domanda" ovvero un'intervista, guidata da un questionario strutturato, ai coordinatori infermieristici delle RSA campione. La costruzione del questionario è stata realizzata sulla base della normativa vigente e di un quadro teorico di riferimento rappresentato dalla letteratura inerente l'inserimento dell'OSS nelle équipe assistenziali. Il questionario è stato suddiviso in tre parti:

1. identificazione dell'organico (personale infermieristico e di supporto) e rilevazione delle presenze giornaliere in rapporto al numero di posti letto;
2. modalità di inserimento e di integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale;
3. identificazione delle attività che l'OSS svolge in autonomia e/o in collaborazione con gli infermieri.

Il campione è stato costituito dalle RSA accreditate di Milano che, al momento della conduzione della ricerca, includevano nel loro organico OSS inquadrati contrattualmente e che quindi già svolgevano le funzioni previste dal relativo profilo. Su 32 RSA dell'ASL di Milano (luglio 2005) 3 RSA non avevano ancora inserito la figura dell'OSS nell'organico e solo 9 RSA si sono rese disponibili alla realizzazione dell'indagine. In una RSA milanese è stato effettuato il pretest, al fine di tarare il questionario stesso prima di un'effettiva somministrazione al campione in esame. Per raggiungere il livello di rappresentatività (10 RSA), ritenuto necessario per verificare le ipotesi formulate, è stata inclusa

nell'indagine una RSA dell'ASL provincia di Milano I. In realtà il campione definitivo risultava costituito da 11 RSA in quanto una struttura dell'ASL di Milano ha dato successivamente la propria disponibilità a partecipare all'indagine.

Pertanto l'indagine è stata realizzata in 11 RSA, anche se sono state effettuate complessivamente 15 interviste ai rispettivi coordinatori che gestivano variabilmente uno o più nuclei operativi della medesima RSA. I risultati dell'indagine si riferiscono generalmente a un totale di 15 strutture/nuclei RSA corrispondenti alle 15 interviste.

## RISULTATI DELLO STUDIO

### 1. Identificazione dell'organico e rilevazione delle presenze giornaliere in rapporto al numero di posti letto

L'analisi ha evidenziato che, in circa metà delle RSA indagate, gli infermieri svolgono la propria attività lavorativa soprattutto in qualità di libero professionista e/o dipendente di cooperativa. Tale dato conferma quanto sostenuto in letteratura, ossia che le RSA non sono considerate dagli infermieri un luogo di elezione in cui svolgere la propria attività lavorativa.

I coordinatori infermieristici sono presenti cinque giorni alla settimana e svolgono prevalentemente attività di gestione e di organizzazione dell'assistenza, gestendo sia più nuclei contemporaneamente (max 126 posti letto) che piccoli nuclei (max 30 posti letto). Generalmente intervengono nell'attività assistenziale in mancanza di infermieri. In una RSA non è presente il coordinatore infermieristico, per cui la gestione degli infermieri è affidata alla direzione del personale, mentre la gestione degli aspetti assistenziali e del personale di supporto (ASA e OSS) è affidata ad un coordinatore OSS.

In sette strutture/nuclei (7/15) è presente la figura del referente assistenziale. Tale funzione è attribuita prevalentemente agli OSS (34,4%), ma anche agli ASA (13,3%) e consta delle seguenti attività:

- supervisione del lavoro degli ASA;
- gestione della documentazione assistenziale in uso nel nucleo;
- gestione delle informazioni assistenziali per le riunioni d'équipe finalizzate alla stesura e alla discussione del piano assistenziale individualizzato (PAI).

In due strutture (2/15) l'OSS ricopre il ruolo di coor-

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

dinatore dei servizi assistenziali che, oltre alle attività appena descritte (svolte dal referente assistenziale), gestisce il personale di supporto (OSS/ASA) e la relativa turnistica. Tali coordinatori non sono inseriti nell'organico ASA/OSS, sebbene svolgano attività di assistenza diretta in caso di necessità.

Solo tre RSA (3/11), inserite in strutture polifunzionali (RSA, riabilitazione, centro diurno, hospice ecc.), dispongono di un responsabile infermieristico (non necessariamente dirigente) che gestisce il personale infermieristico e le figure di supporto. Nelle restanti otto RSA (8/11) la gestione del personale e del nucleo è completamente affidata ai coordinatori infermieristici, in base alle direttive della direzione del personale rispetto agli aspetti amministrativi e gestionali, e della direzione sanitaria per gli aspetti sanitari.

### 2. Modalità di inserimento e di integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale

La maggioranza del campione (8/15) ha inserito nell'équipe assistenziale OSS, la cui formazione prevedeva la partecipazione a 1.000 ore di corso, reclutati esternamente ed inseriti nei nuclei come personale di nuova acquisizione. In particolare, il 20% delle strutture ha inserito solo OSS con formazione di 1.000 ore, il 33,3% ha inserito in organico contemporaneamente sia OSS di 1.000 ore sia OSS riqualificati, ovvero operatori ASA che già lavoravano nei nuclei, mentre il 46,7% ha inserito solo OSS riqualificati.

L'inserimento dell'OSS ha determinato una revisione degli standard di personale nel 26,7% delle strutture, nelle quali peraltro sono stati reclutati solo OSS con formazione di 1.000 ore che sono stati inseriti nell'organico degli infermieri. Nelle restanti strutture (73,3%) è stata effettuata una revisione "qualitativa", ma non "quantitativa" dell'organico, in quanto gli OSS (prevalentemente riqualificati) sono stati inseriti o mantenuti nel gruppo ASA (di cui facevano parte precedentemente) già previsto nel nucleo con modifiche variabili del programma di lavoro.

Nella maggior parte delle strutture (10/15) sono state organizzate delle riunioni "informative" con il personale del nucleo; gli argomenti maggiormente trattati in tali incontri, effettuati prevalentemente prima dell'inserimento, sono stati la conoscenza del profilo dell'OSS e la revisione dei programmi di lavoro di tutte le figure professionali, compreso l'infermiere.

Solo in due strutture (2/15), in cui sono stati inseriti solo ASA riqualificati, l'inserimento dell'OSS è stato

guidato da una procedura formale (accoglimento, tutorato, obiettivi). Nelle restanti strutture il coordinatore infermieristico ha avuto un ruolo fondamentale nell'inserimento dell'OSS; infatti, fermo restando le indicazioni generali della direzione riguardanti gli standard di personale, il coordinatore ha organizzato autonomamente l'inserimento dell'OSS predisponendo l'accoglimento, l'affiancamento e/o le mansioni/piani di lavoro dell'OSS, senza però definire obiettivi specifici.

Per gli OSS di nuova acquisizione la valutazione ha rappresentato un momento formalizzato, supportato anche da una modulistica ad hoc, mentre per gli OSS riqualificati la valutazione ha avuto una connotazione più informale senza alcun vincolo per la formulazione di un giudizio di idoneità all'esercizio professionale, in quanto non richiesto dalle norme contrattuali.

Sono state elaborate diverse tipologie di documenti per facilitare l'integrazione dell'OSS nell'équipe assistenziale: il programma di lavoro è risultato il documento maggiormente utilizzato (46,7%), seguito dalle procedure/protocolli (26,7%) ed infine dalla *job description* (20%). Nonostante la letteratura segnali l'utilizzo di tutti gli strumenti precedentemente descritti, avendo ciascuno finalità differenti, solo una struttura (6,7%) ha previsto l'elaborazione e quindi l'utilizzo contemporaneo di tali documenti.

Per quanto concerne la documentazione infermieristica, pur essendo presente in tutte le strutture un PAI per ciascun ospite, così come prevede la normativa regionale riguardante l'accreditamento, solo quattro strutture (26,6%) hanno dichiarato di utilizzare una cartella infermieristica/piano assistenziale orientata da un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica. Da una successiva analisi dei dati si evince che lo strumento maggiormente utilizzato dall'infermiere per documentare l'attività quotidiana rimane la *consegna o scheda infermieristica* (80%), in cui sono segnalati i problemi quotidiani di tutti gli ospiti e/o le indicazioni relative alle procedure diagnosticoterapeutiche. Solo in alcuni casi tali schede sono personalizzate per ciascun ospite.

In circa la metà delle strutture (46,7%) gli OSS utilizzano unicamente la scheda/consegna infermieristica per registrare le attività svolte durante il turno. Nel 33,3% delle strutture l'OSS utilizza la consegna giornaliera del personale di supporto (ASA, OSS), in cui sono segnalati i problemi/bisogni assistenziali di tutti gli ospiti, nonché diverse schede di registrazione dell'assistenza (alvo, bagni quotidiani, alimentazione, mobilita-

zione, bilanci idrici, pesi mensili). Nelle restanti strutture (20%) l'OSS utilizza, insieme alle altre figure professionali, la consegna integrata personalizzata o l'agenda multiprofessionale. Da tali dati si evince che la maggior parte delle informazioni assistenziali, riguardanti i bisogni degli ospiti, è gestita dal personale di supporto e, infatti, la consegna infermieristica descrive unicamente situazioni problematiche e/o indicazioni relative alle procedure diagnostiche e terapeutiche, come definito precedentemente.

Nella maggioranza delle strutture (53,3%) l'inserimento di tale operatore ha creato, nel nucleo operativo, momenti conflittuali tra gli operatori. I conflitti maggiori sono sorti tra gli ASA e gli OSS in quanto a questi ultimi sono state attribuite attività di supervisione sugli ASA, funzione in parte non formalizzata. Nel 60% delle strutture l'attribuzione di alcune attività all'OSS ha consentito di liberare dei tempi e degli spazi per le prestazioni infermieristiche, mentre nelle restanti strutture (40%) gli OSS hanno mantenuto prevalentemente attività di assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero. In particolare, l'assegnazione delle attività agli OSS ha permesso agli infermieri di recuperare del tempo per dedicarsi maggiormente alle attività quotidiane come la terapia, il "giro visita medica", le medicazioni e la rilevazione dei parametri clinici. Solo in una struttura il tempo recuperato è stato impiegato per la pianificazione assistenziale e in un'altra per la valutazione delle abilità funzionali degli ospiti, per la pianificazione assistenziale ed il coordinamento del PAI.

### 3. Identificazione delle attività che l'OSS svolge in autonomia e/o in collaborazione con gli infermieri (Tab. I)

La terza parte del questionario era volta ad indagare le attività svolte dalle varie figure professionali all'interno dei nuclei operativi, con l'obiettivo di individuare la tipologia e il peso delle attività affidate agli operatori di supporto, in particolar modo agli OSS, sia in autonomia che in collaborazione con l'infermiere, come prevede la normativa regionale. L'analisi di questa terza parte ha permesso quindi di indagare due aspetti fondamentali:

- quante volte ciascuna attività indagata è svolta da ogni singolo operatore sul totale delle risposte date;
- in che misura l'infermiere ha attribuito alcune attività agli operatori di supporto ( $\Delta$  Inf. - delta %).

L'assistenza diretta, in situazioni di stabilità clinica dell'ospite, è affidata nell'84,8% dei casi agli operatori di supporto. In situazioni di instabilità clinica, presupposto ritenuto fondamentale nel processo di "non" attribuzione delle attività agli operatori di supporto, l'infermiere non è sempre presente, ma la gestione della situazione è a carico degli ASA e degli OSS, in una percentuale equivalente.

Un dato rilevante riguarda la gestione della sacca di raccolta della diuresi sia con sistema chiuso sia aperto (cambio della sacca di raccolta), che rimane quasi completamente affidata (86,2%) sia agli OSS che agli ASA, in una percentuale equivalente.

È interessante notare che l'OSS nell'esecuzione del clisma fleet, senza l'utilizzo della sonda rettale, agisce prevalentemente in completa autonomia (57,1%).

Le attività di rilevazione dei parametri clinici (PA, FC, TC, DTX, SO<sub>2</sub>), così come l'applicazione di alcune procedure terapeutiche (aerosol terapia, supposte, gocce auricolari/oftalmiche, farmaci transdermici), sono state affidate agli OSS nella maggioranza dei casi, con una percentuale di attribuzione superiore al 50%. L'OSS in tali attività agisce prevalentemente in completa autonomia. Anche gli ASA, sebbene in pochi casi, intervengono nella rilevazione dei parametri clinici e nell'applicazione di alcune procedure terapeutiche.

La preparazione della terapia orale è quasi completamente affidata agli infermieri (83,3%); non vi è quindi una competenza esclusiva in quanto tale attività è anche assegnata agli OSS, ma in collaborazione con gli stessi infermieri (16,7%). L'aiuto nell'assunzione della terapia orale è stato affidato prevalentemente agli OSS che agiscono principalmente in autonomia, ma anche agli ASA nel 54,5% dei casi.

L'esecuzione di semplici medicazioni (lesioni da decubito I° stadio, escoriazioni, ecc.) è stata attribuita agli operatori di supporto (ASA e OSS) in più della metà dei casi (53,6%).

Per quanto riguarda l'area igienico-sanitaria, la maggior parte delle attività è affidata agli operatori di supporto, ovvero soprattutto all'OSS. La pulizia e la disinfezione dei carrelli (terapia, medicazioni e urgenze) è effettuata dagli operatori di supporto (rispettivamente nel 53,8%, 47,8% e 40,9% dei casi).

La raccolta dei dati assistenziali e la realizzazione dei piani di assistenza, attività caratterizzanti lo specifico infermieristico, sono svolte dall'infermiere rispettivamente solo nel 33,3% e nel 40% dei casi. Entrambe le

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

**Tabella I -** *Attribuzione attività agli operatori di supporto.*

Assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero	OSS A <sup>1</sup>		OSS C <sup>2</sup>		ASA		INF		Tot. Fn	Δ % <sup>3</sup>
	Fn	%	Fn	%	Fn	%	Fn	%		
Esecuzione cure igieniche ospiti con instabilità clinica	6	17,6	8	23,5	11	32,4	9	26,5	34	73,5
Esecuzione cure igieniche ospiti stabili clinicamente	12	36,4	1	3,0	15	45,5	5	15,2	33	84,8
Mobilizzazione ospiti con instabilità clinica	4	11,4	10	28,6	13	37,1	8	22,9	35	77,1
Mobilizzazione ospiti stabili clinicamente	12	36,4	1	3,0	15	45,5	5	15,2	33	84,8
Svuotamento sacca di raccolta diuresi (sistema chiuso)	13	44,8	1	3,4	11	37,9	4	13,8	29	86,2
Cambio sacca di raccolta diuresi	12	41,4	2	6,9	11	37,9	4	13,8	29	86,2
Esecuzione clisma fleet senza sonda rettale	12	57,1	1	4,8	1	4,8	7	33,3	21	66,7
Esecuzione ECG	2	9,5	6	28,6	1	4,8	12	57,1	21	42,9
Esecuzione aerosol terapia	9	40,9	4	18,2		0,0	9	40,9	22	59,1
Esecuzione glicemia capillare	9	42,9	2	9,5		0,0	10	47,6	21	52,4
Rilevazione PA	12	50,0	1	4,2	2	8,3	9	37,5	24	62,5
Rilevazione FC	11	47,8	2	8,7	1	4,3	9	39,1	23	60,9
Rilevazione TC	14	51,9	1	3,7	4	14,8	8	29,6	27	70,4
Rilevazione saturimetria	8	36,4	3	13,6	1	4,5	10	45,5	22	54,5
Applicazione supposte	8	30,8	5	19,2	3	11,5	10	38,5	26	61,5
Applicazione gocce auricolari e/o oftalmiche	8	32,0	6	24,0	2	8,0	9	36,0	25	64,0
Applicazione farmaci transdermici	8	32,0	4	16,0	2	8,0	11	44,0	25	56,0
Preparazione terapia orale	0	0,0	3	16,7		0,0	15	83,3	18	16,7
Aiuto ospite nell'assunzione terapia orale	10	30,3	4	12,1	4	12,1	15	45,5	33	54,5
Esecuzione medicazioni lesioni da decubito 1° stadio	7	25,0	7	25,0	2	7,1	12	42,9	28	57,1
Esecuzione medicazioni lesioni decubito 2°/ 3° stadio	0	0,0	7	30,4	1	4,3	15	65,2	23	34,8
Esecuzione semplici medicazioni (escoriazioni, PEG..)	4	14,3	9	32,1	2	7,1	13	46,4	28	53,6
Attività igienico sanitarie	OSS A		OSS C		ASA		INF		Tot. Fn	Δ %
	Fn	%	Fn	%	Fn	%	Fn	%		
Pulizia e disinfezione carrello medicazioni	7	26,9	6	23,1	1	3,8	12	46,2	26	53,8
Pulizia e disinfezione carrello terapia	7	30,4	3	13,0	1	4,3	12	52,2	23	47,8
Pulizia e disinfezione carrello urgenze	4	18,2	4	18,2	1	4,5	13	59,1	22	40,9
Attività di supporto e di gestione	OSS A		OSS C		ASA		INF		Tot. Fn	Δ %
	Fn	%	Fn	%	Fn	%	Fn	%		
Raccolta dati assistenziali	7	19,4	7	19,4	10	27,8	12	33,3	36	66,7
Realizzazione piani di assistenza	7	23,3	5	16,7	6	20,0	12	40,0	30	60,0

<sup>1</sup> OSS A → L'OSS svolge l'attività elencata in autonomia.

<sup>2</sup> OSS C → L'OSS svolge l'attività elencata in collaborazione o su indicazione dell'infermiere.

<sup>3</sup> Il Δ % - delta - rappresenta l'entità % delle attività eseguite dagli OSS e dagli ASA, ottenuta dalla differenza tra 100 e il valore % relativo all'attività eseguita dall'infermiere.

attività sono state attribuite non solo agli OSS, ma anche agli ASA in una percentuale pari rispettivamente al 66,7% e al 60% dei casi.

Nella maggioranza del campione gli OSS svolgono le stesse attività affidate agli ASA (assistenza diretta ed aiuto domestico alberghiero) ma, in mancanza degli infermieri, soprattutto durante il turno pomeridiano in cui si riduce numericamente la presenza infermieristica e l'infermiere svolge la propria attività lavorativa su più piani posti verticalmente, gli OSS si occupano anche di attività prettamente sanitarie, compresa la distribuzione della terapia orale preparata precedentemente dall'infermiere. Generalmente, nelle RSA il momento della preparazione non coincide con l'assunzione della terapia stessa proprio perché tutta la terapia è preparata da un unico infermiere, prevalentemente nel turno della mattina, per le 24 ore successive.

## CONSIDERAZIONI E CONCLUSIONI

Dai risultati dell'indagine è possibile affermare che le ipotesi formulate all'inizio della ricerca sono state confermate. L'OSS è stato inserito nell'équipe assistenziale delle RSA tenendo scarsamente in considerazione i presupposti culturali ed organizzativi descritti dalla letteratura, presupposti considerati fondamentali per un inserimento efficace ed efficiente di tale figura.

Sebbene siano stati effettuati degli incontri informativi e siano stati elaborati dei documenti per facilitare l'integrazione dell'OSS nelle équipe assistenziali, non è possibile affermare che l'inserimento dell'OSS sia avvenuto sulla base di un *progetto ad hoc*. Inoltre, nonostante solo quattro RSA abbiano affermato di aver inserito l'OSS in sostituzione di un infermiere, all'OSS, nella maggior parte delle strutture, sono state affidate attività che prima dell'inserimento erano affidate agli infermieri (clisma fleet, rilevazioni parametri, semplici medicazioni, aiuto assunzione terapia orale...).

Due sono le problematiche maggiori emerse durante l'analisi dei dati:

1) l'OSS è impiegato per attività di cui non si fa cenno nel relativo profilo regionale (ad esempio, "collabora nell'attività del personale infermieristico che garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, anche attraverso l'utilizzo di apparecchiature medicali di semplice uso" VS → rilevazione parametri clinici; "collabora alla somministrazione della terapia: farmaci per via enterale –

supposte, clisma fleet – e tramite aerosol, farmaci transdermici, gocce oftalmiche ed auricolari" VS → preparazione e somministrazione terapia orale). Ciò dipende, molto probabilmente, da un'erronea interpretazione della norma che lascia effettivamente aperti diversi spunti di riflessione. Basti pensare al termine di "collaborazione" con il personale preposto che lascia aperto un profondo dibattito: "in presenza o solo su indicazione del personale preposto?";

2) l'OSS è il responsabile dell'assistenza diretta e del PAI degli ospiti nei nuclei RSA.

L'OSS diventa quindi una figura centrale in RSA occupandosi sia di assistenza diretta sia di prestazioni sanitarie di varia natura, mentre gli infermieri si occupano prevalentemente delle procedure diagnostico-terapeutiche.

L'OSS quindi non è inserito nell'équipe assistenziale con l'intento di migliorare la qualità dell'assistenza, ma "sgravare" gli infermieri da attività ritenute non fondamentali (sia dalla direzione delle strutture che dagli stessi infermieri) che, in realtà, rappresentano lo specifico infermieristico come la pianificazione assistenziale. Le difficoltà incontrate durante l'indagine sono state numerose e soprattutto legate:

- alla mancanza, all'interno delle strutture, di una figura dirigenziale infermieristica che gestisca il personale sanitario e assistenziale (ed infatti la maggiore disponibilità la si è avuta dalle tre RSA che avevano un servizio infermieristico);
- alla diversità dell'organizzazione delle RSA; infatti, come citato precedentemente, il target considerato per la raccolta dei dati è stato disomogeneo. Ad esempio, i coordinatori infermieristici (intervistati) avevano responsabilità differenti: in alcune RSA il coordinatore gestiva più nuclei (anche cinque nuclei contemporaneamente), mentre in altre si occupava di un solo nucleo composto da massimo 30 posti letto.

Tale indagine ha messo però in risalto il ruolo fondamentale dei coordinatori infermieristici nell'inserimento dell'OSS nell'équipe assistenziale in RSA in quanto, in mancanza di un servizio infermieristico, la gestione diretta del personale (infermieri e operatori di supporto) e degli aspetti organizzativi dei nuclei è completamente affidata a loro. Sicuramente la mancanza di un supporto e di un confronto con figure dirigenziali infermieristiche ha portato i coordinatori a fare scelte a volte non sostenute da un progetto concettuale.

## ASPETTI GESTIONALI NON CLINICI

Le RSA diventano quindi un luogo da presidiare da un punto di vista infermieristico, dato l'aumento dei bisogni della persona anziana sia per numero che per complessità, così come rilevano anche i dati ISTAT. Gli infermieri in RSA dovrebbero rivestire un ruolo fondamentale nella formulazione di un piano di assistenza infermieristico individualizzato, orientato alla risoluzione dei molteplici e complessi bisogni dell'anziano fragile.

Il prossimo passo che potrebbe aiutare a definire l'importanza ed il ruolo specifico che l'infermiere riveste in RSA è la verifica a distanza dei risultati in termini di qualità delle prestazioni (valutazione di alcuni indicatori assistenziali come il tasso di cadute, lesioni da decubito, contenzione ecc.) e di soddisfazione degli utenti, in seguito all'inserimento dell'OSS, così come prevede anche la letteratura in merito a tale argomento.

*L'articolo è tratto dal lavoro di tesi svolto dall'autrice a conclusione del Master in Management Infermieristico per le funzioni di coordinamento (a.a. 2004/2005). Relatore Castaldo Anna.*

## BIBLIOGRAFIA CONSIGLIATA

A.A.VV. Progettare e Organizzare l'Assistenza con gli Operatori di Supporto, Atti del convegno promosso ed organizzato da Lauri Edizioni, Milano, 14 novembre, 2003.

Aletto L, Brivio E, Fanari F, Magri M, Muttillio G, Neri M. Proposta del Collegio IPASVI di Milano-Lodi sulla questione OSS, *Io Infermiere*, n. 4, ottobre/dicembre 2000, pp. 20-44.

Benci L. L'OSS: autonomia, rapporti con i professionisti e responsabilità giuridica, *Rivista di Diritto delle Professioni Sanitarie*, n. 4, ottobre/dicembre 2001, pp. 219-234.

Bettini L, Orsi MC, Lazzaretto G. Il ruolo della formazione nell'agevolare il cambiamento organizzativo a seguito dell'inserimento dell'operatore socio-sanitario, *Management Infermieristico*, n. 1, gennaio/marzo 2005, pp. 6-9.

Bianchi P, Cavaliere B. Un possibile quadro organizzativo per l'integrazione delle figure di supporto all'assistenza, *Management infermieristico*, n. 4, ottobre/dicembre 2003, pp. 11-16.

Bottari L, Corbella A. OSS: un progetto formativo sperimentale, *Nursing Oggi*, n. 2, aprile/giugno 2001, pp. 50-53.

Calamandrei C. L'inserimento del personale di supporto: una proposta di progetto, *Management infermieristico*, n. 4, ottobre/dicembre 2001, pp. 16-23.

Calamandrei C, Orlandi C. La dirigenza infermieristica. Manuale per la formazione dell'infermiere con funzioni manageriali, McGraw-Hill, Milano, 2ª ed. 2002.

Castaldo A. La valutazione del personale infermieristico nelle strutture sanitarie lombarde, *Management Infermieristico*, n. 4, ottobre/dicembre 2001, pp. 30-39.

Cavazzuti F, Cremonini G. (con la collaborazione di Di Giulio P e Zanetti E), *Assistenza Geriatrica Oggi*, Casa Editrice Ambrosiana, Milano, 1998.

Cirio L, Centini G. Gli operatori socio sanitari secondo il parere dei futuri infermieri, *Nursing Oggi*, n. 2, aprile/giugno 2004, pp. 26-30.

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, Provvedimento 22 febbraio 2001, Individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'operatore socio-sanitario e per la definizione dell'ordinamento didattico dei corsi di formazione.

Contratto collettivo nazionale di lavoro per il personale dipendente delle strutture sanitarie associate AIOF, ARIS e FDG. Parte normativa 2002-2005: biennio economico 2002-2003.

Coordinamento Regionale dei Collegi IPASVI della Lombardia. Le figure di supporto all'assistenza infermieristica. Elementi conoscitivi e linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale, Milano, 2001.

De Nicola C. Identità dell'operatore socio sanitario nelle case di riposo, *I luoghi della cura*, n. 2, giugno 2005, pp. 7-10.

Decreto Legislativo, 30 dicembre 1992, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale.

Decreto Ministeriale 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere.

Decreto Murst 2 aprile 2001, Determinazione delle classi delle lauree universitarie delle professioni sanitarie.

Decreto Presidente Consiglio dei Ministri, 22 dicembre 1989, Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni e province autonome concernente la realizzazione di strutture residenziali per anziani autosufficienti non assistibili al domicilio o nei servizi semiresidenziali.

Decreto Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997, Atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia 6 luglio 2001, n. 7/5428, Individuazione della figura e del profilo professionale dell'Operatore Socio Sanitario (OSS).

Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia 7/04/2003, n. 7/12618, Definizione degli standard di personale per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e prima revisione del sistema di remunerazione regionale.

Delibera della giunta regionale (DGR) della Regione Lombardia del 14/12/2001, n. 7435, Requisiti per l'autorizzazione al funzionamento e per l'accreditamento delle Residenze Sanitarie Assistenziali per Anziani (RSA).

Delibera Regionale n. 2527 del 5/12/2000, Programma regionale di riconversione sperimentale degli ausiliari socio-assistenziali (ASA) e degli operatori tecnici addetti all'assistenza (OTA) in servizio in operatori socio-sanitari (OSS).

Delibera regionale n. 46483 del 19/11/99, Anticipazione sperimentale del percorso formativo dell'operatore socio-sanitario.

Deliberazione del Consiglio Regionale del 28 febbraio 1989, n. 4/1267, Profilo professionale, requisiti di ammissione, modalità di esame e ordinamento didattici dei corsi per ausiliario socio-assistenziale.

DL 19 giugno 1999, n. 229, Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'art. 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

DM 10 febbraio 1984, Identificazione dei profili professionali attinenti a figure nuove atipiche o di dubbia iscrizione ai sensi dell'art. 1 quarto comma, del DPR 20/12/1979 n. 761 che regola lo stato giuridico del personale delle Unità Sanitarie Locali.

DM 26 luglio 1991, n. 295, Regolamento dei corsi di qualificazione per l'accesso al profilo professionale di operatore tecnico addetto all'assistenza in applicazione dell'art. 40, comma 3, del decreto del Presidente della Repubblica 28 novembre 1990, n. 384.

DM 3 novembre 1999, n. 509, Regolamento recante norme concernenti l'autonomia didattica degli atenei.

DPR 14 marzo 1974, n. 225, Modifiche al RD 2 maggio 1940, numero 1310, sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici.

DPR 28 novembre 1990, n. 384, Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, di cui all'art. 6, D.P.R. 5 marzo 1986, n. 68.

Gullotta D, Morici M, Bertelli F, David R, Dametto E, Rabottini M, Lizarbe S, De Salazar KV, Bizzarro E, Castiglioni F, Marsico A, Meloni R, Plebani L, Rallo D, Tonet L, Zignani L, Trecate F. L'inserimento degli OSS all'interno di una RSA: la proposta del Centro Girola, Nursing oggi Geriatria, n. 3, luglio-settembre 2001, pp. 18-24.

Legge 10 agosto 2000, n. 251, Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica.

Legge 11 marzo 1988, n. 67, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello stato.

Legge 15 novembre 1973, n. 795, Ratifica ed esecuzione dell'accordo europeo sull'istruzione e formazione delle infermiere adottato a Strasburgo il 25 ottobre 1967.

Legge 26 febbraio 1999, n. 42, Disposizioni in materia di professioni sanitarie.

Legge 3 giugno 1980, n. 243, Straordinaria riqualificazione professionale degli infermieri geriatrici e degli infermieri psichiatrici.

Legge regionale 7 gennaio 1996, n. 1, Riorganizzazione e programmazione dei Servizi socio-assistenziali della Regione Lombardia.

Ministero della Sanità: Linee guida n. 1 del 30/3/1994, Indirizzi sugli aspetti organizzativi e gestionali delle residenze sanitarie assistenziali.

Monzocchi S, D'Addio L. L'inserimento delle figure di supporto nelle residenze sanitarie assistenziali (RSA), Management Infermieristico, n. 4, ottobre/dicembre 2003, pp. 17-29.

Motta P. L'infermiere, l'Operatore sociosanitario e la perfezionabilità della persona umana, Nursing Oggi, n. 2, aprile/giugno 2000, pp. 5-6.

Motta P. Introduzione alle scienze infermieristiche, Carocci Faber, Roma, 1<sup>a</sup> ed. 2002.

Muttillio G. Governare la figura di supporto per la valorizzazione della professione infermieristica, lo Infermiere, n. 1, gennaio/marzo 2001, pp. 3-7.

Negrisola A, Burattini B, Stiranello L, Gattolin F. Le figure di supporto all'assistenza infermieristica: linee guida per l'integrazione nel processo assistenziale, In & Out, supplemento novembre 2004.

Orlandi C. Una nuova figura a supporto degli infermieri: l'operatore socio-assistenziale. Risorsa o problema organizzativo? lo Infermiere, n. 2, aprile/giugno 2000, pp. 19-26.

Pagiusco G, Padovan M. Il modello di assistenza personalizzata e l'inserimento dell'operatore socio-sanitario, Management Infermieristico, n. 2, ottobre/dicembre 2004, pp. 19-27.

Picogna M. L'operatore socio-sanitario (OSS) nell'azienda ospedaliera: indagini sull'allocatione delle risorse, Management Infermieristico, n. 4, ottobre/dicembre 2004, pp. 18-26.

Progetto obiettivo "Tutela della salute degli anziani". Prospettive assistenziali, n. 97, gennaio/marzo 1992.

Roilo A, Bigotto S. Attività di un'équipe assistenziale di medicina e integrazione degli OSS, Management Infermieristico, n. 1, gennaio/marzo 2005, pp. 10-17.

Servizio Infermieristico e Tecnico del Policlinico S. Orsola-Malpighi, Progetto per la riorganizzazione dell'attività di assistenza infermieristica, ostetrica e di supporto nelle Unità Organizzative del Policlinico S. Orsola-Malpighi, Agosto 2004.

Snaidero D. Dall'ausiliario all'Operatore Socio-Sanitario (OSS): analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza (Parte Prima), Management Infermieristico, n. 2, aprile/giugno 2003, pp. 43-48.

Snaidero D. Dall'ausiliario all'Operatore Socio-Sanitario (OSS): analisi storico-giuridica delle figure di supporto all'assistenza (Parte Seconda), Management Infermieristico, n. 3, luglio/settembre 2003, pp. 20-27.

Trabucchi M, Vincenzo C. (a cura di), 2005, Linee guida SIGG per RSA, Bollettino SIGG, febbraio 2005, pp. 2-9.

Vignati E, Bruno P. Tecniche di management sanitario. Strategia, organizzazione, programmazione, controllo e miglioramento della qualità dei servizi per gestire il cambiamento in sanità. Franco Angeli, 2002.

Zagari A. L'operatore socio-sanitario e l'infermiere, profili di responsabilità, lo Infermiere, n. 2, aprile/giugno 2004, pp. 40-46.

Zerilli A. (a cura di), 1966, Reclutamento Selezione e Accoglimento del Personale, Franco Angeli, Milano, 5<sup>a</sup> ed. 2004.

# La capacitazione come metodologia di empowerment nella cura del paziente affetto da demenza di Alzheimer

**Pietro Vigorelli**

Gruppo Anchise, Milano

**I**l termine "capacitazione" è nuovo in ambiente geriatrico, ma è già impiegato in altri campi, in particolare in ambito sociologico ed economico per indicare una tecnica d'intervento che favorisce lo sviluppo. In quest'ottica, l'autonomia dei destinatari degli interventi non è considerata solo come un fine, ma è piuttosto il mezzo principale attraverso il quale lo sviluppo si attua. A seconda del campo di applicazione e dell'Autore il termine ha assunto diverse sfumature di significato (de Morais, 2000; Dolci, 1996, 1998; Sen, 2000). In questo articolo ne propongo l'applicazione per la cura dei malati di Alzheimer nelle RSA<sup>1</sup>.

## **DUE PREMESSE**

Prima di articolare la proposta in modo dettagliato ritengo opportuno anteporre due premesse su cui si regge il processo della capacitazione del malato di Alzheimer:

- è possibile che il malato stia meglio;
- è più utile considerare l'autonomia come strumento, piuttosto che come fine.

*È possibile che il malato stia meglio*

Proviamo a pensare ad un nostro paziente. Riflettendo sulla sua vita di tutti i giorni probabilmente riusciamo ad individuare delle giornate migliori e delle altre peggiori, oppure delle ore apparentemente più felici e altre invece più infelici. All'interno di un quadro che ci

sembra stabile e stagnante, c'è una certa variabilità che ci apre a diversi mondi possibili. Esistono per il paziente dei mondi nei quali si trova talvolta a dimorare e nei quali sta meglio. Il nostro scopo è di accompagnarlo perché in questi soggiorni possa abitare, e abitare felicemente, e perché quando li smarrisce possa ritrovarli per abitarvi serenamente.

*È più utile considerare l'autonomia come strumento, piuttosto che come fine*

Normalmente si considera l'autonomia del paziente come l'obiettivo di ogni trattamento riabilitativo; ma se il malato di Alzheimer è portato inesorabilmente a veder degradato il proprio livello di autonomia, mantenere questo obiettivo utopico è utile? Chi opera nelle RSA sa che l'obiettivo autonomia è fonte di frustrazione, rabbia, depressione e burn out. Io ritengo che sia meglio rinunciare a tale obiettivo, ma senza rinunciare all'autonomia. In modo paradossale succede che se l'autonomia come fine è fonte di infelicità, l'autonomia come strumento è invece fonte di benessere e rappresenta quello strumento che permette di innescare il processo della capacitazione.

Mi spiego meglio con un esempio: *pensiamo a un malato che guardi con aria perplessa la camicia e il golf e cominci a manipolarli senza essere in grado di individuarne la funzione. Se mi pongo come obiettivo che il paziente riesca a vestirsi da solo, sono destinato al fallimento, anzi, siamo destinati al fallimento tutti e due. Se invece comincio a osservarlo e per prima cosa prendo atto che*

<sup>1</sup> La capacitazione può essere una chiave di lettura degli interventi che in passato ho proposto per la riabilitazione dei pazienti emiplegici (Vigorelli, 2000) e afasici post-ictus (Vigorelli, 2004) e per la conversazione possibile con i malati di Alzheimer (Vigorelli, 2004) ([www.formalzheimer.it](http://www.formalzheimer.it)) quando ancora non avevo a disposizione questo termine.

*il paziente sta facendo qualcosa in modo autonomo, cioè studiare e manipolare quegli oggetti per lui non più familiari, allora la situazione diventa fonte di curiosità e di interesse: per lui, che sta cercando di capire qualcosa dello strano mondo in cui si è trovato a vivere, per me, che sto in ascolto e cerco di capire che cosa sta succedendo, come posso inserirmi in quel mondo (il mondo del paziente). Per esempio, dopo qualche momento di osservazione silenziosa, posso dire: "Vedo che guarda con interesse la camicia e il golf, forse non ricorda come si fa a infilarli". Partendo poi da questo intervento capacitante può nascere una conversazione e qualche tentativo di indossare i vestiti.*

Nel primo caso ho considerato l'autonomia del paziente un fine.

Nel secondo caso ho considerato l'autonomia un mezzo, cioè ho preso atto del livello di autonomia del paziente: egli è in grado di manipolare degli indumenti. Partendo poi da questa osservazione ho cercato di accompagnarlo nel suo mondo, cioè ho considerato l'autonomia (e l'iniziativa) come uno strumento che il paziente ha e utilizza. In questo caso come uno strumento attraverso il quale il paziente è attivo, curioso e vitale.

## DEFINIZIONE

"La capacitazione è una tecnica d'intervento terapeutico che ha per obiettivo creare le condizioni per cui l'ospite possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore". La capacitazione si basa sul riconoscimento delle competenze elementari del paziente (Vigorelli e Peduzzi, 2002) e utilizza come strumenti l'ascolto e la parola. Un valido esempio di intervento capacitante è l'approccio conversazionale di Giampaolo Lai che ho già descritto in un precedente lavoro (Vigorelli, 2004). Il fine ultimo dell'intervento è la felicità del paziente, prescindendo dalla correttezza dell'azione da svolgere. Può essere adottata da parte di tutti i curanti delle RSA, ciascuno secondo la propria professionalità e il proprio ruolo. In questa sede non prendo in considerazione l'analisi del contesto istituzionale e le azioni rivolte al suo cambiamento per rendere "capacitanti" le strutture e l'organizzazione; infatti ho scelto di delimitare il concetto di capacitazione in modo che sia sempre applicabile nell'ambito della relazione tra curante e malato di Alzheimer, in qualsiasi contesto.

La capacitazione così intesa non indica solo un processo, ma un modo di essere e di relazionarsi che è sotteso ad ogni tipo di intervento che il curante mette in atto nelle interazioni della vita quotidiana.

## LA PERDITA DELLE COMPETENZE ELEMENTARI

La perdita di autonomia dei malati di Alzheimer è un problema noto. Purtroppo siamo tanto abituati a tale evento che ci siamo assuefatti a considerarlo ineluttabile, senza renderci conto, come nell'esempio precedente, che il malato in un dato momento ha ancora una certa autonomia, ma è in grado di manifestarla solo abitando nel suo mondo possibile, in quel mondo cioè in cui esistono degli oggetti di cotone colorato con strane forme, di cui non ricorda più il comune impiego.

Come fare per evitare che il malato perda la sua vitalità, la sua autonomia possibile, la voglia di vivere e di esplorare il mondo nuovo in cui viene via via a trovarsi?

Riflettendo su quanto succede nelle situazioni di ricovero si possono individuare cinque competenze che sono necessarie perché il malato possa non solo sopravvivere, ma vivere felicemente in RSA. Tali competenze vengono definite elementari (Vigorelli e Peduzzi, 2002) in quanto rappresentano la base per acquisire ed utilizzare competenze più complesse, come quelle necessarie per lo svolgimento delle attività della vita quotidiana (ADL).

Esse sono:

- la competenza emotiva;
- la competenza a comunicare;
- la competenza conversazionale;
- la competenza a contrattare;
- la competenza a decidere.

### La competenza emotiva

Col termine competenza emotiva intendo la capacità di entrare in contatto con i propri e gli altrui sentimenti, la capacità quindi di riconoscerli e di saperli comunicare e gestire in modo soddisfacente (Goleman, 1997). Purtroppo la situazione di istituzionalizzazione tende a oscurare il mondo emotivo dell'anziano. Il distacco dal proprio ambiente naturale, la carenza di stimoli, la deprivazione sensoriale, la perdita delle relazioni affettive significative, tutto ciò contribuisce a provocare un'eclissi emotiva.

## ASPETTI CLINICO ASSISTENZIALI

### *La competenza a comunicare*

La competenza a comunicare del malato di Alzheimer si riduce col progredire della malattia. Il deficit si manifesta soprattutto a livello del linguaggio verbale, solo tardivamente a livello non verbale. Chi cura si sente impotente e scoraggiato e il desiderio di cercare un modo per comunicare si affievolisce. Tuttavia sono proprio i pazienti più compromessi a essere quelli più fragili, col maggior rischio di sprofondare in un black-out comunicativo.

### *La competenza conversazionale*

Nella fase intermedia della malattia il paziente Alzheimer è ancora in grado di formulare delle frasi ben costruite, tuttavia il significato delle parole tende a perdersi, fino ad arrivare a una fase in cui il paziente parla, ma non si capisce quello che vuole esprimere. Si arriva così alla situazione limite di una conversazione senza comunicazione (Lai e Gandolfo, 2000).

Anche in questa fase resta però mantenuta la competenza conversazionale, quella per cui il paziente può parlare, e parlare volentieri, rispettando le regole della cortesia conversazionale, come lo scambio del saluto e il rispetto dell'alternanza dei turni verbali (Vigorelli, 2004).

### *La competenza a contrattare*

È a tutti noto come la condizione di ricovero tenda a favorire un atteggiamento passivo dei degenti. Il paziente "ideale" è quello che si adatta completamente alle abitudini dell'istituzione, che non disturba, non crea conflitti e non manifesta esigenze diverse da quelle previste, non richiede soluzioni differenti da quelle abituali per l'istituzione stessa. Un paziente di questo tipo è più facile da gestire e in ogni istituzione esistono meccanismi espliciti e impliciti che tendono a favorire tale comportamento. Ne consegue che spesso il paziente si adatta all'istituzione rinunciando a ogni tipo di contrattazione.

### *La competenza a decidere*

La competenza a decidere è forse la più complessa e presuppone il riconoscimento delle altre competenze elementari. A partire dal momento in cui il paziente Alzheimer entra in una struttura di ricovero si innescano in modo quasi automatico due meccanismi: da una parte il paziente tende a delegare ogni scelta che lo riguarda all'istituzione e agli operatori che vi lavorano; dall'altra l'istituzione tende a prendere in carico global-

DEFINIZIONE
La capacitazione è una tecnica d'intervento terapeutico che ha per obiettivo di creare le condizioni per cui l'ospite possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore.
LE COMPETENZE ELEMENTARI
<ul style="list-style-type: none"> <li>• La competenza emotiva.</li> <li>• La competenza a comunicare.</li> <li>• La competenza conversazionale.</li> <li>• La competenza a contrattare.</li> <li>• La competenza a decidere.</li> </ul>
LA CAPACITAZIONE
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Si basa sul riconoscimento delle competenze elementari del paziente.</li> <li>• Utilizza come strumenti l'ascolto e la parola.</li> <li>• Contribuisce a tener vive le competenze elementari.</li> <li>• Prescinde dalla correttezza dell'azione da svolgere.</li> <li>• Ha per fine la felicità del paziente.</li> </ul>
ATTEGGIAMENTO CAPACITANTE E ATTIVITÀ ASSISTENZIALE
<p>L'atteggiamento capacitante è un modo di essere e di relazionarsi che può essere adottato:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• da tutti i curanti;</li> <li>• con tutti i pazienti;</li> <li>• in tutti i contesti;</li> <li>• in tutte le interazioni.</li> </ul>

mente il paziente. Viene così a crearsi una situazione paradossale. Se il meccanismo di delega e quello di presa in carico hanno successo, il paziente perde la competenza a decidere e si avvia a un più rapido declino.

## **IL RICONOSCIMENTO DELLE COMPETENZE ELEMENTARI**

Quando le competenze elementari risultano perse o eclissate, il loro recupero è di difficile realizzazione e

comporta un notevole impegno terapeutico-assistenziale. È più utile e richiede un minor dispendio di energie cercare di prevenire tale perdita. Un investimento massimale di attenzione al primo contatto col paziente, proprio nei primi minuti di ricovero, fornisce una rendita per tutta la durata del ricovero stesso che compensa ampiamente l'impegno iniziale.

Come fare?

Se è vero che l'anziano può perdere rapidamente le competenze elementari è altrettanto vero che egli riesce a conservarle se gli vengono riconosciute e se è messo nelle condizioni di poterle esercitare. È proprio questa la base di ogni intervento capacitante. Normalmente si pensa che per fare della buona assistenza è sufficiente soddisfare i bisogni dell'utente: provvedere alla sua igiene, alla sua alimentazione, alle cure mediche... Questo non è vero per i malati di Alzheimer: Se noi li accudiamo e curiamo senza stare prima qualche momento ad osservarli e ad ascoltarli, avremo sì dei pazienti lavati e nutriti, ma avremo contribuito alla perdita delle competenze elementari e a un più rapido declino funzionale. In altre parole, per evitare che i malati di Alzheimer ricoverati nelle RSA perdano le competenze elementari è auspicabile che i curanti adottino un atteggiamento capacitante.

## CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Uno dei maggiori problemi che si incontrano nella cura dei malati di Alzheimer consiste nel progressivo spegnersi del loro slancio vitale: i malati tendono a parlare sempre di meno e a perdere ogni iniziativa.

I numerosi tentativi di stimolazione sia con mezzi farmacologici che non farmacologici non hanno ancora fornito risultati soddisfacenti. In questo articolo ho proposto una tecnica d'intervento diversa, che non si basa sulla stimolazione. Tale tecnica si basa sul concetto di capacitazione, intesa come processo attraverso il quale il curante favorisce le condizioni per cui l'ospite possa svolgere le attività di cui è ancora capace, così come è capace, senza sentirsi in errore. Gli strumenti d'intervento utilizzati sono l'ascolto e l'uso consapevo-

le della parola; mediante questi strumenti si cerca di tener vive le competenze elementari del paziente, cioè la competenza emotiva, quella a comunicare, quella conversazionale e quelle a contrattare e a decidere. Quando adottiamo la capacitazione come stile d'intervento non ci curiamo tanto dei risultati pratici raggiunti quanto della felicità del paziente.

## RINGRAZIAMENTI

Ringrazio Paolo Cottino, ricercatore dell'IRS-Milano, per avermi ispirato nell'applicazione del concetto di capacitazione in ambito geriatrico e per avermi messo a disposizione la sua tesi di Dottorato di Ricerca in Pianificazione e Politiche del Territorio, Ciclo XVII, presso l'Istituto Universitario Architettura di Venezia, Dipartimento di Pianificazione, aprile 2005: Competenze possibili. Il lavoro territoriale come strategia di riproduzione della sfera pubblica plurale.

## BIBLIOGRAFIA

de Morais CS. The large group capacitacion method and social participation: theoretical considerations. In: Carmen R, Sobrado M. A future for the excluded. Job creation and income generation by the poor. Clodomis Santos de Morais and the Organisation Workshop, Zed Books Development Studies, London, 2000.

Dolci D. La struttura maieutica e l'evolerci. La Nuova Italia, Firenze, 1996.

Dolci D. Dal trasmettere al comunicare. Sonda, Torino, 1998.

Goleman D. Intelligenza emotiva. Rizzoli, Milano, XXIII Ed. 1997.

Lai G, Gandolfo G. Conversazione senza comunicazione. Tecniche Conversazionali, 2000; 23: 52-65.

Sen A. Lo sviluppo è libertà. Perché non c'è crescita senza democrazia. Mondadori, Milano, 2000.

Vigorelli P. Reinserimento familiare dopo un ictus. Prospettive Sociali e Sanitarie 2000; 9: 6-8.

Vigorelli P, Peduzzi A. Un metodo per prevenire il decadimento dell'anziano fragile. Geriatric & Medical Intelligence. Medicina e anziani 2002; 1: 41-48.

Vigorelli P. L'arte di conversare con il paziente afasico postictus. I luoghi della cura 2004; 2.

Vigorelli P. (a cura di) La conversazione possibile con il malato Alzheimer. Franco Angeli, Milano, 2004.

www.formalzheimer.it, sito per la ricerca, la formazione e la terapia conversazionale del malato Alzheimer.

## Definizione e implementazione di una cartella clinica per la riabilitazione

**Bruno Bernardini, Giuseppe Bellelli, Marco Pagani, Antonio Guaita**

Gruppo Società Italiana di Gerontologia e Geriatria (SIGG) della Lombardia

*"The medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization"*  
(American Hospital Medical Record Association)

### IL CONTESTO

In Lombardia la rete delle strutture riabilitative "è stata recentemente protagonista di un percorso di riordino", finalizzato alla riclassificazione delle strutture su tre livelli di erogazione dei servizi: la riabilitazione *specialistica*, prevalentemente indirizzata ad interventi post acuti, o comunque di tipo complesso ed intensivo, su patologie cronico degenerative in fase di riaccutizzazione; la riabilitazione *generale e geriatrica* a carattere indifferenziato ed estensivo; la riabilitazione *di mantenimento e di sollievo*, destinata ad assistere i pazienti nell'immediata fase post intensiva, con la finalità di permettere alla famiglia ed ai sanitari di individuare la migliore modalità di dimissione (Regione Lombardia, 2006).

L'altro elemento rilevante del recente piano di riordino è costituito dal superamento della distinzione, all'interno della rete delle strutture riabilitative, tra assistenza ospedaliera ed extraospedaliera, ritenuta "non più fondata né sul piano assistenziale né su quello organizzativo", in accordo alle tendenze della riabilitazione internazionale (Secretary of Health and Human Services, 2005).

Queste due profonde innovazioni di sistema, se da un lato tendono alla razionalizzazione della rete delle strutture riabilitative (aumento dell'offerta di posti letto e servizi, modulazione della intensità e specificità degli interventi), dall'altro espongono alla criticità di un più difficile governo clinico, sia all'interno di ogni settore che tra i vari settori/servizi della rete.

Da circa un anno la sezione lombarda della SIGG ha

costituito un gruppo di lavoro che si è dato l'obiettivo di pervenire ad una definizione condivisa del percorso diagnostico terapeutico-assistenziale della riabilitazione geriatrica – conforme al mandato regionale ed alle linee guida ministeriali – e proporre metodi e strumenti comuni di valutazione e trattamento.

Il presente documento riassume sinteticamente i criteri seguiti per la progettazione della cartella di riabilitazione geriatrica.

### IL MODELLO DI CURA DELLA RIABILITAZIONE GERIATRICA

Il gruppo della SIGG ha fatto riferimento a due definizioni complementari di riabilitazione:

1. "La riabilitazione consiste nell'applicazione di tecniche e metodiche che, tenendo conto dello stato clinico del paziente con le sue singole o plurime componenti patologiche, sono rivolte a recuperare uno stato funzionale compromesso da un unico evento, o da più eventi concomitanti ed identificabili, oppure ad evocare abilità e competenze non comparse o in ritardo rispetto allo sviluppo considerato fisiologico" (Regione Lombardia, 2006).
2. "La riabilitazione è un processo che fornisce appropriati servizi per i bisogni della persona disabile in maniera coordinata ed all'interno di un programma che ha lo scopo di migliorare la salute, il benessere e la realizzazione degli individui sul piano fisico, sociale, formativo, psicologico e lavorativo, favorendo l'inserimento in attività utili e produttive" (CARF, 1998).

Queste definizioni combinano un obiettivo (prospettiva del paziente) "recuperare lo stato funzionale compromesso, la salute, il benessere e la realizzazione dell'individuo", ed un metodo (prospettiva dei servizi) "applicazione di tecniche e metodiche, forn-

re servizi appropriati all'interno di un programma". Identificano, comunque, un continuum di processi che, partendo dal trattamento sanitario della fase di acuzie, mirano all'integrazione sociale attraverso la presa in carico globale della persona e la definizione di progetti organici di recupero basati su programmi che interessino aree d'intervento specifiche (Ministero della Sanità, 1998; Presidenza del Consiglio dei Ministri, 2005).

La presa in carico globale del paziente anziano deve essere comprensiva non solo degli aspetti più specificatamente riabilitativi (funzioni motorie, cognitive, ausili per l'autonomia, ecc.), ma anche della gestione delle problematiche mediche relative all'instabilità clinica ed alla comorbidità e del nursing preventivo e terapeutico. In molti casi, le componenti mediche e di nursing infermieristico sopravanzano per rilevanza il lavoro riabilitativo specifico, soprattutto nei pazienti molto vecchi e fragili (Wells et al., 2003).

Coerente con queste premesse è il mandato che abbiamo identificato per le strutture di riabilitazione geriatrica (Trabucchi et al., 1998) "la stabilizzazione clinica del paziente, il recupero dei migliori livelli possibili di autonomia funzionale e qualità di vita, ed il suo ritorno al domicilio o, quando questo non sia possibile, il passaggio ad ambiti di cura/servizi appropriati".

La *stabilizzazione clinica* mira al compenso delle alterazioni fisiologiche e dei rischi causati dalla patologia principale, dalla comorbidità e dalla iatrogenesi. Lo specifico delle attività elicitate da questo bisogno, a gestione prevalentemente medica e di nursing infermieristico, riguarda:

- la continuità delle cure (terapie farmacologiche, monitoraggio e trattamento dei fattori di rischio biologico), in relazione al reparto per acuti ed i servizi territoriali;
- la diagnosi e la cura dei problemi medici legati alla polipatologia, nel suo complesso;
- la prevenzione ed il trattamento della iatrogenesi (decondizionamento biologico, danni da immobilità ed uso improprio di presidi e dispositivi sanitari);
- la prevenzione ed il trattamento dell'instabilità clinica.

Il *recupero funzionale* è finalizzato al contenimento delle menomazioni causate dalla polipatologia (recupero biologico, "plastico", e riorganizzazione sulla menomazione) ed all'adattamento ambientale (recupero "adattivo"/protesico e promozione delle capacità). Questo obiettivo raggruppa attività a prevalen-

te gestione riabilitativa e di nursing infermieristico che riguardano:

- la definizione del profilo delle limitazioni funzionali causate dalla malattia principale e dalla comorbidità;
- il trattamento riabilitativo sulla base dei modelli fisiopatologici noti (biomeccanici, neuromotori, neuropsicologici, ecc.) e secondo tecniche codificate;
- l'integrazione armonica e progressiva delle capacità del paziente nelle attività quotidiane attraverso un approccio formale (ad esempio, terapia occupazionale) e con un nursing infermieristico attento e non sostitutivo.

Il *ritorno al domicilio* è l'obiettivo di massima che aggrega il lavoro di natura psicosociale e relazionale necessario per la gestione della persona gravemente disabile. Riguarda indifferentemente tutte le figure del Team riabilitativo per le attività di "educazione-empowerment" del paziente e dei familiari e/o caregiver, col supporto dell'Assistente Sociale per i casi di particolare fragilità sociale e/o economica. Si traduce nell'identificazione precoce dei soggetti a rischio e nell'attivazione tempestiva di percorsi di cura ulteriori, compreso il ricovero in strutture appropriate, quando il ritorno a casa è impraticabile.

## LA LOGICA DELLA CARTELLA ED IL FLUSSO DELL'INFORMAZIONE

La cartella clinica (CC) è un preciso strumento di comunicazione, un sistema strutturato di raccolta delle informazioni finalizzato a documentare lo stato di salute del paziente, la logica dei processi decisionali, la varietà e l'intensità dei trattamenti effettuati e gli esiti di salute ottenuti. Costituisce uno strumento dinamico che segue il paziente nel suo percorso, garantendo continuità d'informazione ed omogeneità di cure, soprattutto nei momenti di transizione verso setting differenti (RSA, domicilio).

La struttura della CC esprime la filosofia dell'organizzazione nell'approccio alla soluzione dei problemi per comunicare e dare evidenza a tutti gli "stakeholder" (personale, pazienti, familiari, MMG, azienda, autorità sanitarie regionali) sui fatti rilevanti dell'intero processo di cura.

Le funzioni che la CC deve assolvere, sono (Regione Lombardia, 2002; Nonis, 1998):

- 1) fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali e per garantire continuità di cura, docu-

mentando il quadro clinico, il processo diagnostico terapeutico realizzato nel corso della degenza ed i risultati conseguiti;

- 2) consentire la rintracciabilità delle diverse attività svolte, delle responsabilità delle azioni, la cronologia delle stesse e le modalità della loro esecuzione;
- 3) facilitare la integrazione di competenze multiprofessionali nel processo diagnostico terapeutico;
- 4) costituire una fonte per la ricerca clinica, gli studi valutativi dell'attività assistenziale e la formazione degli operatori;
- 5) favorire e promuovere il miglioramento delle attività assistenziali;
- 6) servire come fonte primaria per il riconoscimento finanziario delle attività;
- 7) inoltre, trattandosi di documentazione pubblica di "fedele privilegiata", permettere l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi: della persona assistita, dell'Azienda che eroga l'assistenza e degli operatori che agiscono in suo nome.

Nell'approccio alla progettazione della CC sono stati condivisi tre principi "forti" di metodo:

1. ad eccezione della gestione dell'instabilità clinica e degli eventi avversi, le attività di riabilitazione geriatrica sono in larghissima parte programmabili e controllabili;
2. i processi di cura, pur coinvolgendo tutte le figure professionali del Team, possono essere raggruppati in attività a prevalente interesse medico, infermieristico o tecnico riabilitativo;
3. esiste coincidenza tra attività, documentazione e responsabilità, nel senso che la sequenza ed il layout dei documenti devono rispecchiare la logica dei processi e permetterne la piena tracciabilità.

La struttura della CC (al momento incompleta per quanto riguarda la documentazione dei professionisti non medici) è coerente con la Valutazione Multidimensionale geriatrica, adottando strumenti ampiamente validati in letteratura e dall'uso quotidiano. Su questo impianto tradizionale sono stati inseriti numerosi elementi innovativi, sia nel merito di valutazioni di aree usualmente trascurate (ad esempio, stato nutrizionale, confusione, continenza, qualità della vita), sia soprattutto nel metodo (scansione dei tempi di valutazione, attenzione orientata sui processi).

Abbiamo quindi disegnato l'architettura della CC come un (macro) percorso di cura integrato (diagnostico terapeutico e assistenziale) applicabile a tutti i pazienti, indipendentemente dalla patologia principale,

organizzato sugli obiettivi ed i processi-chiave della riabilitazione geriatrica. In questo disegno complessivo lo specifico patologico della malattia principale (ad esempio, ictus, frattura di femore) è inserito come elemento ulteriore di valutazione e trattamento, "di secondo livello".

L'episodio di ricovero è stato segmentato in 7 fasi considerate significative dal punto di vista clinico e gestionale (Figg. 1 e 2). Per ogni fase sono stati definiti obiettivi e tempi di esecuzione e identificate le "attività traccia" della fase stessa. La documentazione è stata quindi ripartita su 3 figure professionali rappresentative del Team: "infermiere" (comprensiva di tutte le figure di assistenza alla persona), "medico" e "terapista", alle quali ricondurre il baricentro dell'organizzazione e del controllo delle differenti attività. Questi flussi "in parallelo" di attività-informazione prevedono numerosi punti di contatto "orizzontali", sia informali che formali (riunione di Team).

## LA RETE DEI PROCESSI E LA GESTIONE PER OBIETTIVI

L'elemento qualificante dell'*assessment del primo giorno* è rappresentato dalla checklist dei rischi, compilata in collaborazione dal medico e dall'infermiere sui dati trasmessi dal reparto inviante o emersi dall'anamnesi, esame obiettivo e rilievo/stadiazione dell'instabilità clinica (compresa la confusione mentale). Su questa "epicrisi in ingresso" vengono pianificati – di routine o in urgenza – gli esami clinici, la terapia ed il nursing infermieristico immediato. Il *completamento dell'assessment* deve avvenire entro 72 ore dall'ingresso del paziente, avvalendosi degli strumenti già di ampio uso in ambito geriatrico. Una discussione sulla validità degli strumenti adottati esula dagli obiettivi di questo documento; è tuttavia da evidenziare che lo schema scelto di *assessment* copre tutti gli ambiti di valutazione del paziente con "complex-care needs" (Solomon et al., 2003; New Zealand Guidelines Group, 2003).

La fase di *definizione degli obiettivi e dei programmi di trattamento* costituisce il "core" del percorso di cura della riabilitazione. Nella logica dei processi, ogni figura professionale elabora in maniera indipendente uno specifico piano di trattamento (concetto di multiprofessionalità), ma i singoli programmi vengono integrati e coordinati nella riunione di Team (concetto di interprofessionalità), non ultimo tenendo conto delle aspettative e della qualità di vita del paziente.



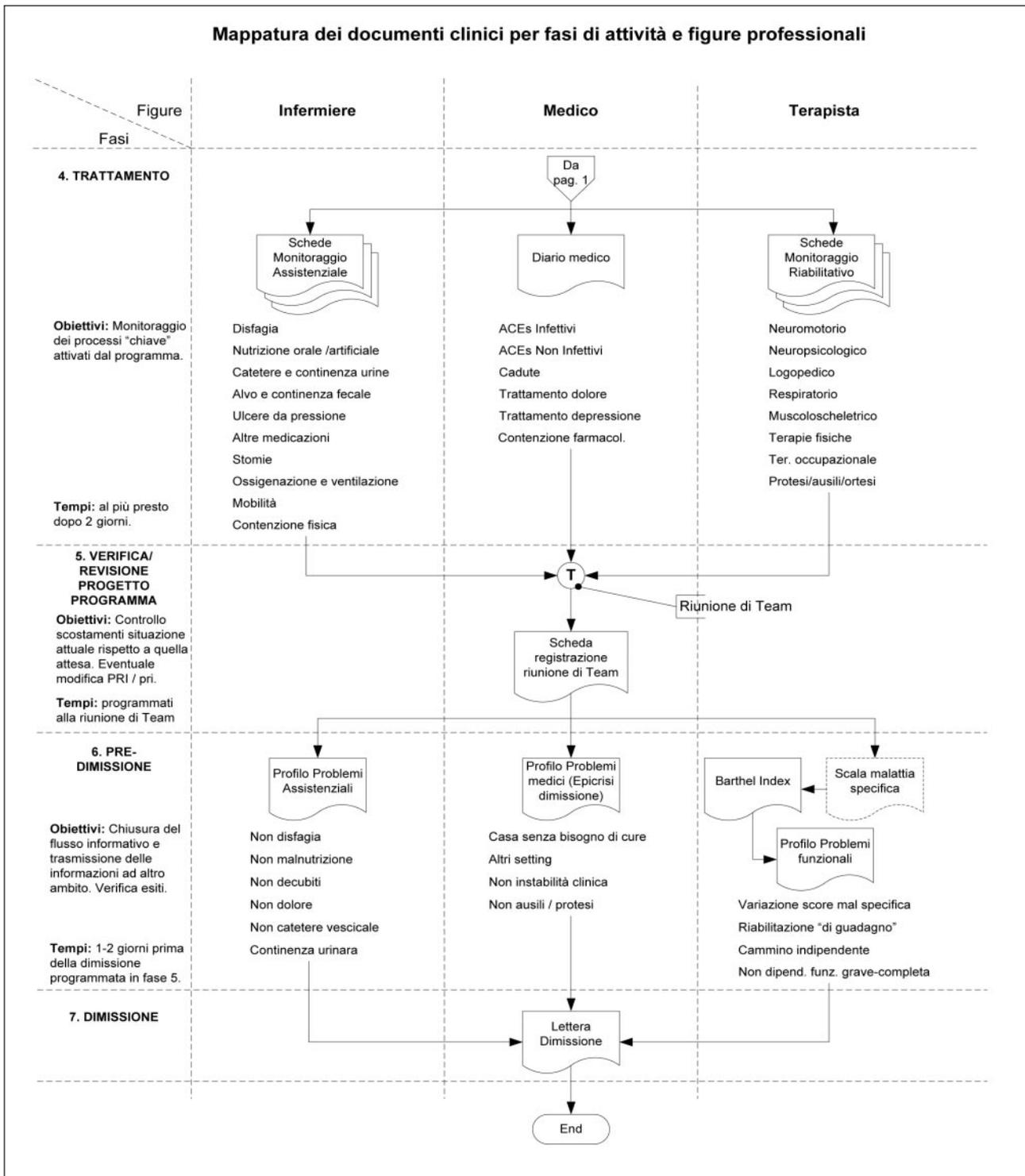


Figura 2 - Flusso delle attività - Informazioni 2/2.

Il *progetto riabilitativo individuale* (PRI) che caratterizza questa fase del percorso, è l'insieme esplicito degli obiettivi di salute (clinici, funzionali, socio-relazionali) che appaiono raggiungibili in rapporto alle risorse del paziente, della sua famiglia e dell'organizzazione stessa. Il PRI è la sintesi in funzione prognostica delle informazioni biografiche e cliniche del paziente e costituisce lo schema di riferimento per la programmazione dei trattamenti. Il *programma riabilitativo individuale* (pri) è l'esplicitazione delle priorità, modalità e tempi dei trattamenti da attivare per raggiungere gli obiettivi prestabiliti. Il pri è multimodale (ingaggia almeno il geriatra/fisiatra e l'infermiere, ed in modo eterogeneo le differenti figure di terapeuta – "neuromotorio", logopedista, terapeuta occupazionale, ecc. – e l'assistente sociale) in relazione ai bisogni. PRI e pri sono aggiornati ciclicamente per garantire l'appropriatezza delle attività svolte. Il loro aggiornamento è indicatore dell'attenzione sul paziente ed esprime la qualità del lavoro di un team.

Durante la fase del *trattamento* vengono monitorati i processi di cura attivati col pri, sia quelli di nursing infermieristico e medici, che quelli specifici dell'area tecnica riabilitativa. Ad eccezione degli eventi clinici avversi (comprese le cadute) tutti i processi evolvono secondo momenti prestabiliti, scanditi soprattutto dal grado di complessità del paziente. Per le aree infermieristica e medica i processi elencati nella Figura 2, opportunamente declinati, costituiscono più dell'80% di tutte le attività di cura svolte in un ambiente riabilitativo generale/geriatrico. Poiché si tratta di attività che impattano direttamente sulla salute della persona, questi processi possono anche essere definiti come "critici". La loro gestione secondo i criteri della "buona pratica" dovrebbe essere oggetto di aggiornamento continuo per tutto il personale. Per l'area riabilitativa, il "drive" dei trattamenti è rappresentato dalle menomazioni evidenziate, in gran parte dipendenti dalla natura della malattia principale.

Nella fase di *verifica del progetto-programma*, durante la riunione di Team, viene valutata l'evoluzione del paziente per tutti gli aspetti già noti ed i cambiamenti intercorsi. La verifica e l'aggiornamento del programma di trattamento e, se necessario, del progetto riabilitativo, sono di significato intuitivo.

La fase di *pre-dimissione* rappresenta il momento di sintesi dell'intero episodio di ricovero e di valutazione degli obiettivi raggiunti. Sullo schema del mandato della riabilitazione geriatrica, gli esiti ideali per un paziente sono: essere dimesso al domicilio senza il bisogno di

ulteriore riabilitazione e/o tutela medica, dopo un recupero funzionale significativo rispetto ai livelli premortosi, essere autonomo nel cammino e per le attività della vita quotidiana, senza catetere vescicale, continente, senza ulcere da pressione e nessuna altra condizione di rischio, adeguatamente informato ed esperto nella gestione della sua condizione patologica, dei rischi e dei controlli programmati.

In questa fase di pianificazione della dimissione i dati salienti del percorso vengono esposti, interpretati e organizzati in un set di informazioni significative da trasmettere agli operatori che si prenderanno cura del paziente. Nei casi "semplici" potrà essere sufficiente la sola lettera di dimissione (comprensiva della documentazione dei professionisti non medici), che espliciti almeno i bisogni di salute risolti e quelli ancora da soddisfare. Per i casi trasferiti in altre strutture o livelli differenti d'intensità di cura (ad esempio, Assistenza Domiciliare) sarà necessario anche intraprendere una serie di azioni preventive (ad esempio, contatto col Curante, preparazione del domicilio) per garantire continuità, evitando duplicazioni d'interventi e possibili errori sanitari (Coleman e Boulton, 2003).

## QUALITÀ, INDICATORI E DEBITO INFORMATIVO

"La riabilitazione non può sottrarsi alla verifica sui criteri della medicina basata sull'evidenza e deve applicare procedure di audit clinico per identificare quali tra le diverse componenti della diagnosi, valutazione, trattamento, prevenzione delle complicazioni e riabilitazione contribuiscono agli effetti finali dell'intervento" (Consiglio Sanitario Regione Toscana, 2003).

Il percorso clinico che abbiamo disegnato considera le componenti essenziali della valutazione, i processi critici di cura (riabilitativi e non) e "gli output" della riabilitazione geriatrica e costituisce uno schema di riferimento per il miglioramento della qualità dei servizi ed il governo clinico. Le "attività-traccia" che marcano le fasi del percorso si prestano, infatti, ad una facile conversione in indicatori del percorso stesso, consentendo una sua oggettiva ricostruzione e misurazione. Il monitoraggio degli indicatori del percorso permette al Team di avere informazioni rilevanti sulla complessità della casistica trattata (l'insieme delle caratteristiche clinico funzionali dei pazienti all'ammissione = Indicatori "di Stato"), sulla varietà ed entità dei processi di cura sostenuti (Indicatori "di Transizione") e sui risulta-

## MATERIALI DI LAVORO

ti ottenuti, sia in relazione alla salute dei pazienti, che in rapporto alla rete socio-sanitaria (Indicatori "di Esito"). Questo metodo consentirebbe, inoltre, un "benchmarking" dinamico, basato su dati oggettivi, tra le diverse realtà ed i diversi programmi, alla ricerca di approcci sempre più appropriati, efficaci ed efficienti. Il gruppo della SIGG della Lombardia ha concordato di sviluppare un data base elettronico per iniziare la raccolta di indicatori di attività da condividere con le strutture che vorranno aderire al progetto.

Un ulteriore elemento d'interesse è rappresentato dal debito informativo che le varie strutture sono tenute a rendere alla Direzione Regionale, sia a fini statistico-epidemiologici che di riconoscimento e valorizzazione delle prestazioni. Esiste un consenso generale nel considerare la Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) inadeguata per la sintesi del ricovero riabilitativo. La costruzione di una SDO riabilitativa basata sugli indicatori più rilevanti del percorso di cura tracciato potrebbe rispondere rapidamente al bisogno informativo, ma soprattutto dare inizio ad una fase di ricerca mirata alla ricostruzione dei costi gestionali nel settore della riabilitazione geriatrica.

## BIBLIOGRAFIA

CARF. Performance Indicators for Rehabilitation Programs. Version 1.1, August 1998.

Coleman EA, Boulton C. Position Statement of the AGS Health Care Systems Committee: Improving the quality of transitional care for persons with complex care needs. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 556-57.

Consiglio Sanitario Regione Toscana. Documento Regionale di indirizzo sui Percorsi Riabilitativi. 2003.

Ministero della Sanità. Linee-Guida per le Attività di Riabilitazione, 1998.

New Zealand Guidelines Group. Best-practice evidence-based guideline. Assessment processes for older people. October 2003.

Nonis M. Cartella clinica e qualità dell'assistenza: Passato presente e futuro. *Il Pensiero Scientifico*, Roma, 1998.

Presidenza del Consiglio dei Ministri. Accordo Stato Regioni - Rep. 2195. Linee di indirizzo per la definizione del percorso assistenziale del soggetto con Ictus; 2005.

Regione Lombardia. Direzione Generale di Sanità: Manuale della Cartella Clinica, 2002.

Regione Lombardia. Piano Socio Sanitario 2006-2008 Prima Bozza, 2006.

Secretary of Health and Human Services. RAND final report on assessment instruments for a Prospective Payment System, 2005.

Solomon D, Brown AS, Brummel-Smith K, Burgess L, D'Agostino RB, Goldschmidt JW, Halter JB, Hazzard WR, Jahnigen DW, Phelps C, Raskind M, Schrier RW, Sox HC, Williams SV, Wykle M. Best Paper of the 1980s: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement: Geriatric Assessment Methods for Clinical Decision-Making. *J Am Geriatr Soc* 2003; 51: 1490-1494.

Trabucchi M, Casale G, Bonaccorso O, Guaita A. Assistenza e riabilitazione geriatrica. Linee guida per Istituti di Riabilitazione, Residenze Sanitarie Assistenziali, Day Hospital. Franco Angeli, Milano, 1998.

Wells JL, Seabrook JA, Stolee P, Borrie MJ, Knoefel F. State of the Art in Geriatric Rehabilitation. Part II: Clinical Challenges. *Arch Phys Med Rehabil* 2003; 84: 898-903.

### NURSING GERIATRICO *Collana diretta da M. Trabucchi*

L. Kennedy-Malone, K.R. Fletcher, L.M. Plank

# MANUALE DI CLINICA GERIATRICA PER INFERMIERI

Prima edizione italiana dalla II edizione inglese a cura di Marco Trabucchi

Volume broccurato  
di 564 pagine  
f.to cm 12x19  
€ 50,00



CIC Edizioni Internazionali



## Studio retrospettivo con l'uso di indicatori di risultato in una RSA genovese: verifica degli outcome

*Crosio Pizzorni, Anna Fantini, Tiziana Benvenuto, Chiara Traverso*

*Azienda Pubblica di Servizi alla Persona (ASP) "Emanuele Brignole", Genova*

**N**ell'ambito di un ormai riconosciuto invecchiamento globale della popolazione, la Liguria e Genova in particolare, continuano a svolgere il ruolo di esempi paradigmatici. Genova infatti ha visto negli ultimi decenni un innalzamento generale dell'età media e un cambiamento sostanziale delle strutture familiari, se si pensa che in questa città il 54% delle persone che vivono da sole hanno più di 65 anni di età e fra costoro le donne rappresentano il 79,2% (Guerci e Consigliere, 2002). Non bisogna poi dimenticare che le proiezioni elaborate dall'Unità Statistica del Comune di Genova per l'anno 2014 prevedono che siano gli "oldest-old" l'unica fascia di popolazione destinata a crescere nel prossimo futuro (Bollettino Ufficiale della Regione Liguria, 2004).

In questo contesto si inserisce l'Azienda Pubblica di Servizi alla Persona "Emanuele Brignole" di Genova. Essa deriva dall'Albergo dei Poveri istituito intorno all'anno 1652 e adibito a ricovero di poveri per iniziativa di alcuni Membri dell'Ufficio dei Poveri, fra i quali va segnalato Emanuele Brignole, considerato il Fondatore dell'Istituzione.

L'Istituto nel corso degli ultimi decenni è stato oggetto di una serie di mutamenti, per cui da struttura per l'assistenza agli indigenti si è trasformato in struttura per l'assistenza e cura agli anziani non autosufficienti. L'ASP "Emanuele Brignole" è oggi presente in città con 7 Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) e 3 Centri Diurni che assistono complessivamente oltre 600 anziani. Le RSA dislocate sul territorio sono in grado di fornire varie tipologie di servizi: dai ricoveri temporanei (riabilitativi, di stabilizzazione o sollievo alla famiglia) ai ricoveri

permanenti (NAT e Alzheimer) ([www.uil.it/uiliguria/statuto\\_brignole.htm](http://www.uil.it/uiliguria/statuto_brignole.htm)).

L'RSA di Genova Rivarolo in particolare racchiude, con i suoi 97 utenti, tutte le tipologie di offerta, così suddivise: 40 ospiti riabilitativi (post-acuti); 24 ospiti di mantenimento NAT; 16 ospiti nel Nucleo Alzheimer; 17 ricoveri semiresidenziali per Alzheimer gravi (Centro Diurno).

È nell'ambito dell'attività svolta con i ricoveri temporanei riabilitativi che si è manifestata l'esigenza di valutare e quantificare, attraverso uno studio retrospettivo, i risultati raggiunti in un anno di lavoro. La popolazione che ha interessato lo studio è stata quella dei pazienti dimessi nell'anno 2005 dopo aver seguito un periodo di riabilitazione in struttura. In particolare, su 160 ingressi, è stato scelto un campione randomizzato di 80 pazienti a cui sono state somministrate diverse scale di valutazione (Trabucchi et al., 2005), quali: la scala di Tinetti (Tinetti, 1986) per l'attività motoria residua, l'indice di Barthel (Mahoney e Barthel, 1965) per l'analisi dell'autonomia e della dipendenza funzionale, l'indice di Norton (Norton et al., 1962) a quantificare il rischio di contrarre LDD e l'accurata analisi dell'evoluzione delle LDD già presenti all'ingresso.

Per quanto riguarda le caratteristiche dei pazienti si è visto che i cosiddetti oldest-old rappresentavano il 50% della popolazione in esame e la percentuale di donne rappresentava il 76% del totale del campione. Gran parte dei pazienti, oltre il 57%, proveniva da vari ospedali cittadini, mentre il 31% da casa.

Uno dei primi risultati dello studio dimostra come dopo un periodo di riabilitazione, di durata massima di

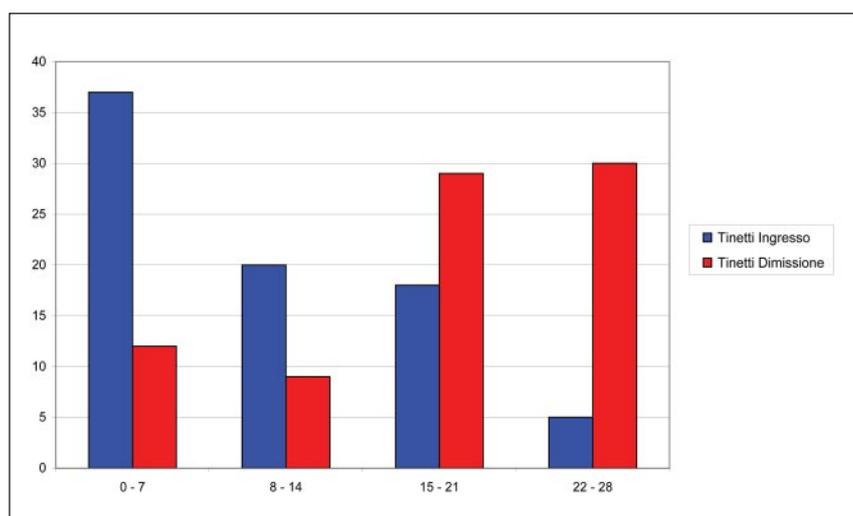
## ESPERIENZE

180 giorni, i valori della scala di Tinetti aumentino sostanzialmente. Ben il 46% dei pazienti all'ingresso in struttura presentava infatti un valore di Tinetti variabile da 0 a 7, con un grado di autonomia pertanto molto limitato, se si pensa che 0 rappresenta la totale dipendenza motoria con incapacità persino a mantenere la postura seduta. Alla dimissione però questa percentuale diminuiva al 15%, mentre erano ben il 38% coloro i quali erano in grado di deambulare pressoché autonomamente (Fig. 1).

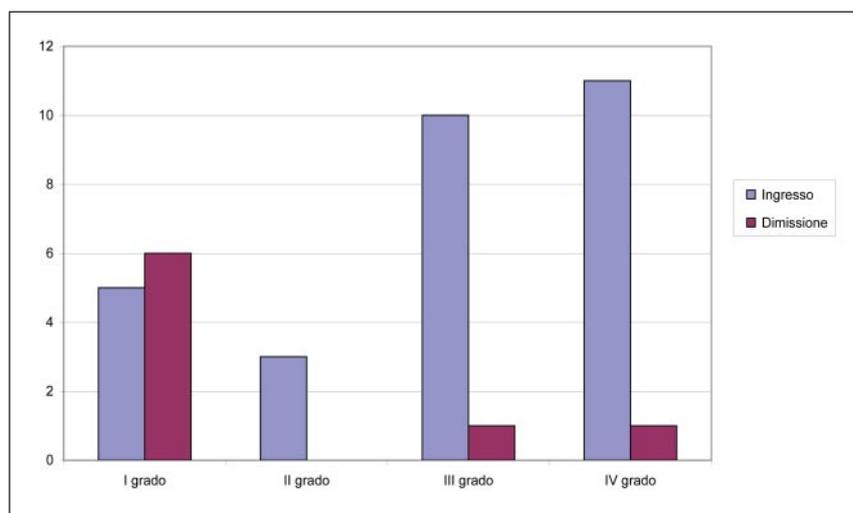
Altrettanto importante è stato il rilevamento delle lesioni da decubito all'ingresso e alla dimissione. Il 30% dei pazienti presentava infatti all'ingresso una o più le-

sioni da decubito, con prevalenza di terzo e quarto stadio, mentre alla dimissione questa percentuale diminuiva drasticamente al 9% e i pazienti presentavano solo lesioni in fase riparativa (Fig. 2).

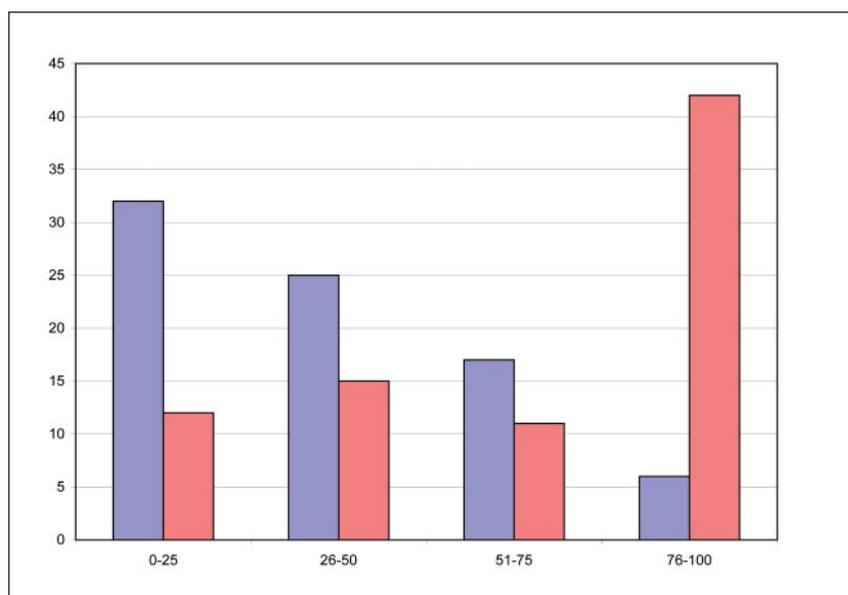
Accanto a questo dato si poneva il sensibile miglioramento dei valori dell'indice di Norton, che vedeva la riduzione di ben 23 punti percentuali nei pazienti che presentavano all'ingresso in struttura un elevato rischio di contrarre lesioni da decubito. Un valore fortemente indicativo veniva fornito dall'indice di Barthel che mostrava come ben il 40% dei pazienti all'ingresso in struttura fosse completamente dipendente da terzi. Le percentuali si invertivano a fine trattamento



**Figura 1** - Confronto Tinetti ingresso-dimissione.



**Figura 2** - Confronto grado di LDD all'ingresso e alla dimissione.



**Figura 3** - Confronto dati indice di Barthel all'ingresso e alla dimissione.

quando solo il 15% rimaneva dipendente, mentre il 53% dei pazienti presentava un valore tra i 76 e i 100 punti, ad indicare una buona indipendenza se non la completa autonomia (Fig. 3).

Il risultato maggiormente in linea con gli obiettivi della struttura riguarda la percentuale di rientri al domicilio dopo un periodo di riabilitazione. Infatti, ben l'85% dei pazienti dello studio rientrava al proprio domicilio, mentre solo il 15% degli stessi veniva inserito in un'altra struttura per un ricovero definitivo. Il rientro a casa del paziente rappresenta infatti per l'operatore il raggiungimento dell'obiettivo prioritario dell'assistenza e della riabilitazione, che hanno lo scopo di restituire all'individuo la massima autonomia possibile coinvolgendo aspetti non solo clinici, ma anche psicologici e sociali.

I risultati dello studio, dopo essere stati elaborati ed analizzati, sono stati discussi con tutto il personale della struttura al fine di creare una consapevolezza nell'ambito dell'équipe multidisciplinare (medico, psicologa, fisioterapiste, dietista, infermieri ed Oss) del lavoro svolto e degli obiettivi raggiunti, ed è stato avviato un allargamento della ricerca che arriverà a comprendere per l'anno in corso parametri di valutazione derivanti da scale come la TMB (Test motorio di base, in fase di validazione) per la valutazione della capacità motoria residua, l'AGED per l'analisi del bisogno assi-

stenziale confrontato con RUG e SVAMA, scale di valutazione dello stato nutrizionale, di rilevazione delle cadute e infine schede riguardanti l'uso di contenzioni fisiche o farmacologiche.

Sono inoltre già in corso nella residenza studi relativi a indicatori di qualità nei servizi di assistenza per l'anziano fragile (progetto Ulisse in collaborazione con il Ministero della Salute) e lo studio "SERAD Gal Alz 302", che ha lo scopo di valutare l'efficacia e la sicurezza dell'uso di Galantamina nella malattia di Alzheimer di grado severo su ospiti del Nucleo Alzheimer, attraverso la valutazione della funzione cognitiva e delle attività della vita quotidiana.

## CONCLUSIONI

L'approccio multidisciplinare e il lavoro d'équipe testimoniano ancora una volta come l'intervento riabilitativo in RSA debba partire da una visione olistica dell'individuo e debba avvalersi di strumenti di valutazione capaci di monitorare e quantificare gli interventi attuati. La condivisione con il personale, in relazione al ruolo e alle competenze, crea inoltre una maggiore sensibilizzazione ai problemi e consapevolezza degli obiettivi capace di gratificare per il lavoro svolto.

## BIBLIOGRAFIA

Bollettino Ufficiale della Regione Liguria del 3/3/2004, Anno XXXV - Parte II, Deliberazione del Consiglio Regionale 20/27.1.2004 N. 3 Piano Socio Sanitario Regionale 2003-2005.

Guerci A, Consigliere S (eds.). Vivere e "curare" la vecchiaia nel mondo. Atti dalla 3ª Conferenza Internazionale di Antropologia e Storia della Salute e delle Malattie e del 3° Corso di Antropologia Medica. Genova, 11-16 marzo 2002. Genova, Erga Edizioni, 2002.

Mahoney FI, Barthel DW. Functional Evaluation: The Barthel Index. Maryland State Medical Journal 1965; 14: 61-65.

Norton D, McLaren R, Extin Smith AN. An investigation of geriatric nursing problems in hospital. Edimburg, Churchill Livingstone, 1962.

Tinetti ME. Performance-oriented assessment of mobility problems in the elderly patients. J Am Geriatr Soc 1986; 34: 119-26.

Trabucchi M, Brizioli E, Pesaresi F. (a cura di) Residenze sanitarie per anziani. Il Mulino, Milano 2005.

[www.uil.it/uilliguria/statuto\\_brignole.htm](http://www.uil.it/uilliguria/statuto_brignole.htm) (Statuto Azienda pubblica di Servizi alla Persona -ASP- Emanuele Brignole).

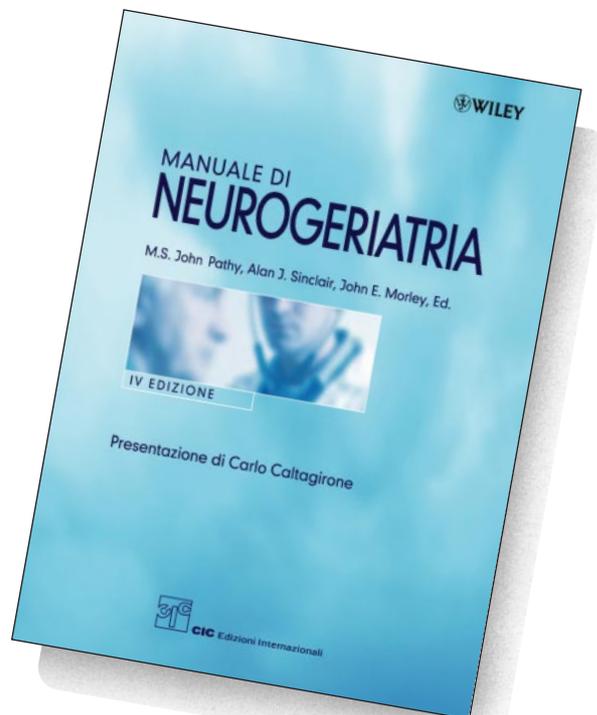
**M.S.J. Pathy, A.J. Sinclair, J.E. Morley (eds.)**

# MANUALE DI NEUROGERIATRIA

IV edizione

Presentazione dell'edizione italiana  
di Carlo Caltagirone

Volume broccurato di 584 pagine  
f.to cm 17x24  
€ 60,00



**CIC** Edizioni Internazionali

## Note pratiche di diagnosi e terapia per l'anziano

Carlo Vergani, Tiziano Lucchi, Masson, Milano 2006, 200 pagine, 45 euro

**L**a struttura del volume evoca quella di un libro di consultazione più che di lettura, come dimostra la prevalenza di illustrazioni, schemi e tabelle riferite alle patologie e ai "problemi" principali dell'anziano. Eppure l'invito è a non farsi catturare dalle pur belle ed esaustive illustrazioni, a leggere con attenzione anche la parte esplicativa (a cominciare dall'introduzione qualificata da uno sguardo molto ampio sulla vecchiaia, non solo fisiopatologico, ma anche etico-filosofico ed antropologico) e a cogliere la ricchezza informativa degli schemi e delle tabelle proposti.

"...Per il 99,9% del tempo trascorso dall'Homo Sapiens sulla terra l'attesa di vita alla nascita è stata di circa 30 anni ...". E poi sui rapporti gene/ambiente/salute: "...Nonostante il 70% della mortalità evitabile dipenda dall'ambiente e dagli stili di vita, nei Paesi occidentali si continua ad investire il 95% della spesa sanitaria nelle cure mediche

e nella ricerca biomedica". Questo non per portare ad un nullismo terapeutico rinunciatario e fatalista, ma al contrario per ribadire che la complessità della polipatologia e dell'intreccio fra patologia e invecchiamento porta ad una forte necessità interpretativa di individuazione dell'intervento terapeutico, specie di quello farmacologico. Si può affermare che tutte queste "note pratiche" rappresentano un tentativo ben riuscito di dare basi sicure a ciò che va conosciuto come "gold standard" pratico di riferimento nella cura dell'anziano. Vi sono ben 27 capitoli dedicati alle problematiche patologiche specifiche e agli interventi terapeutici opportuni (in poco più di 160 pagine: un esempio raro di sintesi efficace), nonché tre capitoli atti ad affrontare problematiche generali (modificazioni fisiologiche età correlate, screening, prognosi "quoad vitam" di alcune patologie). Degni di nota il capitolo sulla memoria che offre dati estremamente aggiornati ba-

sati sull'RMN funzionale e che ri-classifica e ricolloca anatomicamente i vari tipi di memoria; gli "steps" terapeutici per il trattamento del dolore che, come sappiamo, spesso è sottostimato, specie fra gli anziani istituzionalizzati; gli utilissimi schemi delle alterazioni idroelettrolitiche che necessitano di misure ed interventi pronti.

Insomma, un libro da avere sempre a portata di mano e che costituisce un utile promemoria, ma anche un invito alla proprietà e conformità dell'intervento diagnostico terapeutico nell'anziano, soprattutto laddove occorre affrontare con rigore non solo la patologia ma anche il problema complesso, come le cadute, l'incontinenza, la sindrome metabolica, il dolore, la demenza. Un punto di partenza quindi, anche per approfondimenti più ampiamente fisiopatologici, guidati da una bibliografia ben selezionata e aggiornata come quella di questo volume.

**A cura di Antonio Guaita**



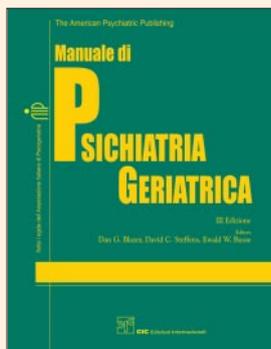
S.P. Roose, H.A. Sackeim

### DEPRESSIONE NELL'ETÀ SENILE

Presentazione dell'edizione italiana  
di Pier Luigi Scapicchio

Sotto l'egida dell'Associazione  
Italiana di Psicogeriatria

Volume cartonato di 448 pagine  
F.to cm 22x28  
€ 60,00



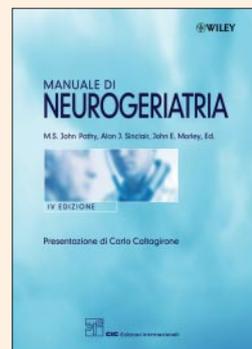
D.G. Blazer, D.C. Stefens,  
E.W. Busse (eds.)

### MANUALE DI PSICHIATRIA GERIATRICA

III edizione

Sotto l'egida dell'Associazione  
Italiana di Psicogeriatria

Volume cartonato di 624 pagine  
F.to cm 22x28  
€ 120,00



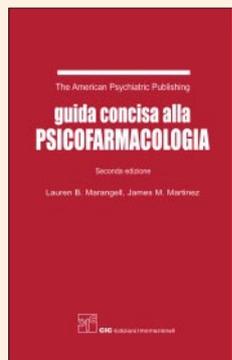
M.S.J. Pathy, A.J. Sinclair  
J.E. Morley (eds.)

### MANUALE DI NEUROGERIATRIA

IV edizione

Presentazione dell'edizione italiana  
di Carlo Caltagirone

Volume brossurato di 584 pagine  
F.to cm 17x24  
€ 60,00



L.B. Marangell  
J.M. Martinez

### GUIDA CONCISA ALLA PSICOFARMACOLOGIA

Volume brossurato di 256 pagine  
F.to cm 10,5x16,5  
€ 20,00



C. McDonald, K. Schulze,  
R.M. Murray, M. Tohen (eds.)

### DISTURBO BIPOLARE Attualità nella ricerca e nella terapia

Presentazione dell'edizione italiana  
di Mario Maj

Volume brossurato di 260 pagine  
F.to cm 17x24  
€ 35,00



A.M. Ferro, C. Parodi,  
S. Porazzo (eds.)

### LA RELAZIONE DI AIUTO UNA SPERANZA PER IL VIVERE QUOTIDIANO

Volume brossurato di 216 pagine  
F.to cm 17x24  
€ 30,00



## LINEA IGIENE TENA

### Un'attenzione speciale per una pelle speciale

La pelle è un organo sorprendente. Ma dopo anni di intenso lavoro, ha bisogno di un aiuto per mantenersi sana, specialmente in presenza d'incontinenza. Ed è proprio qui che interviene la linea igiene TENA, specifica per l'igiene intima, che grazie ai suoi prodotti 3-in-1 deterge, idrata e protegge anche le pelli più delicate e fragili. Il risultato finale? Una pelle più sana e ospiti più sereni... e la gratitudine di Madre Natura.



TENA | L'assistenza migliore ad un costo totale minore  
[www.tena.it](http://www.tena.it) | [infotena.it@sca.com](mailto:infotena.it@sca.com) | Tel +39 0331 443811 | Fax +39 0331 443881

