I luoghi della cura
Anno III - N. 3 - 2005

Il verbale infermieristico: riflessioni

Cristina Coppi, Roberta Buzzi Donato

Servizio Vigilanza Strutture Socio-Sanitarie – Dipartimento ASSI, ASL di Cremona

Introduzione

Le RSA sono state istituite per legge a livello nazionale (Legge 67,1988) e sono definite come "strutture extraospedaliere, finalizzate a fornire accoglimento, prestazioni sanitarie, assistenziali e di recupero a persone prevalentemente non autosufficienti" (Sirchia et al., 2002). Queste sono soggette a vigilanza dell'ASL secondo mandato regionale. Il verbale infermieristico, ispirato ai requisiti richiesti dalla DGR lombarda 7435/01, è uno degli strumenti con i quali si eseguono controlli sulle strutture.

Materiali e metodi

Il verbale infermieristico delle 29 RSA cremonesi, relativo al primo semestre 2004, è stato suddiviso in sette aree, le informazioni raccolte inserite in tabelle, in modo da semplificarne la lettura.

Obiettivo

Scopo del lavoro è stato quello di confrontare tra loro i dati dei verbali al fine di ottenere una visione d'insieme.

Risultati

È stato possibile rilevare criticità comuni a diverse RSA e valutare priorità d'intervento nell'ambito della vigilanza.

Area documentazione assistenziale

Il DGR 7435/01, nel capitolo protocolli valutazione dell'ospite, richiedeva: valutazione e condizione clinica, stato funzionale, funzioni cognitive, sindromi depressive, rischio di cadute, rischio di lesioni da decubito, rischio di malnutrizione, valutazione sociale, valutazione dei disturbi comportamentali, strumenti globali, piano assistenziale scritto. In questo contesto, il termine protocollo può essere inteso come modello formalizzato, comprensivo di scale/strumenti finalizzati ad una valutazione multidimensionale dell'ospite. A conferma di ciò vediamo richiesta nel fascicolo socio-sanitario (riportato nell'allegato A della delibera regionale), la "compilazione di una scala di valutazione funzionale dell'ospite all'ingresso, semestralmente, ed ogni volta che vi sia un cambiamento dei livelli di dipendenza". Analogamente, la regione Lombardia nelle schede struttura, relative al debito informativo delle RSA, parla di "strumenti di valutazione dell'ospite". Poiché anche in letteratura le scale di valutazione vengono definite "strumenti" abbiamo considerato i termini sinonimi (Trabucchi, 2003). Le scale di valutazione (strumenti) sono in grado di valutare quantitativamente l'entità del deterioramento dei diversi "domìni" considerati, ovvero di quantificare l'entità delle funzioni residue, permettono la schematizzazione di dati clinici e la misurazione delle eventuali modificazioni nel tempo. Tali modalità di rilievo sono indicate con il nome di "*assessment geriatrico*" (Trabucchi, 2003). Nella scheda struttura, la Regione Lombardia non individua un numero minimo di scale di valutazione, tale da fornire dei parametri di appropriatezza dell'*assessment*, individua solo i "domìni" da considerare. In base a queste indicazioni abbiamo ritenuto appropriato un *assessment* geriatrico che fosse comprensivo di scale valutative rivolte agli aspetti indicati dalla legge. L'applicazione delle scale di valutazione riveste grande importanza in ambito geriatrico. In un articolo apparso sul New England Journal of Medicine, Rubenstein dimostra che le scale di valutazione riducono la mortalità, l'ingresso e la permanenza in Nursing Homes, migliorano lo stato funzionale ed il tono dell'umore (Girardello, 2004). Nella Figura I abbiamo quindi inserito i risultati delle nostre verifiche di controllo. Nel corso di questo lavoro abbiamo notato che la scala di valutazione del dolore è dimenticata dalla maggior par-

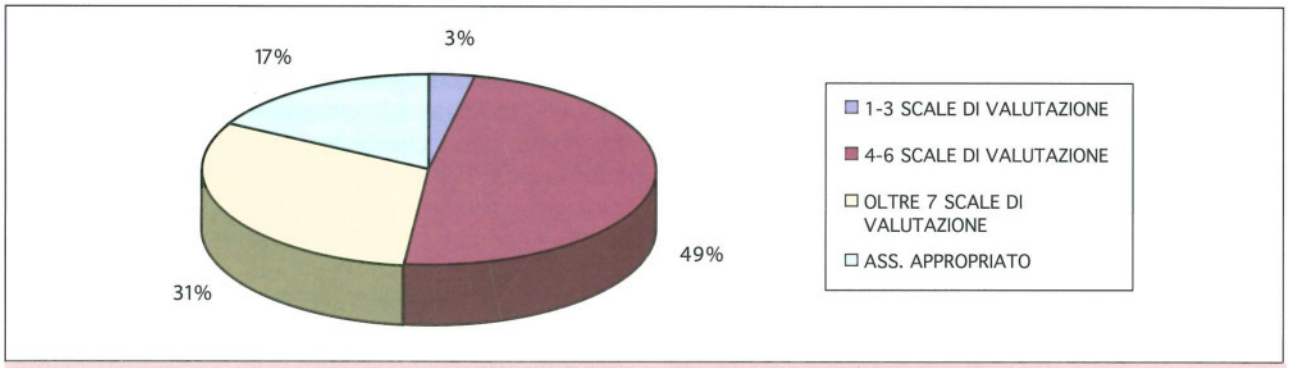

Figura 1 - *Schema area documentazione assistenziale nelle 29 RSA*

te delle RSA, luogo che dovrebbe risultare privilegiato per l'esecuzione di tale valutazione (Zanetti, 2003).

Area alimentazione

L'istituzionalizzazione rappresenta un fattore di rischio per la compromissione dello stato nutrizionale. In uno studio condotto negli USA è emerso che sono malnutriti il 20% degli anziani che vivono a domicilio, il 40% di coloro che sono ricoverati nelle Nursing Homes e il 50 % dei pazienti ospedalizzati (Carraro, 1998). Il DGR 7435/01 richiede *"un menù settimanale e giornaliero anche con diete speciali"*, e tra i *protocolli di valutazione dell'ospite*, viene richiesta la *"valutazione del rischio nutrizionale e dello stato nutrizionale"*. All'allegato B, nel capitolo relativo alla nutrizione, viene richiesta la *tipologia ed il peso corporeo*. Le linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano indicano la mancata registrazione del peso tra le più frequenti cause estrinseche di malnutrizione in soggetti anziani istituzionalizzati (Bissoli et al., 2001). Appare evidente che la rilevazione del peso debba essere rivolta anche agli ospiti allettati, al fine di evitare che proprio i pazienti più fragili siano quelli che sfuggono a diagnosi di malnutrizione. La valutazione nutrizionale, mediante la somministrazione di specifiche scale, ha lo scopo di individuare il rischio di malnutrizione, in quanto pone l'accento sull'aspetto preventivo; porre la diagnosi di malnutrizione quando questa è conclamata può essere infatti troppo tardivo, perché le condizioni già in atto rendono difficile il ripristino di condizioni sufficienti. A questi indicatori è stato aggiunto, nel verbale infermieristico, la presenza o la consulenza di un dietista dietologo. La presenza di un dietista assicura la somministrazione di diete adeguate alle eventuali patologie dell'ospite, aspetto che non risulta, a nostro avviso, sufficientemente garantito dalla sola presenza di generiche diete "speciali".

Area riabilitazione

La riabilitazione può essere definita come "un processo di soluzione dei problemi nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello della vita sul piano fisico, sociale ed emozionale, con la minor restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell'ambito della sua menomazione e delle risorse disponibili". La Regione non fornisce precise indicazioni sulle attività riabilitative che devono essere svolte in RSA, tuttavia ne richiede l'elenco nel debito informativo alla voce *"attività di riabilitazione, animazione, socializzazione"*. Abbiamo verificato l'esistenza di interventi riabilitativi di tipo sanitario, rilevando la presenza di attività mirate al recupero fisico, cognitivo e sensoriale, in modo da ottenere un panorama del processo di riabilitazione che ogni struttura è in grado di offrire all'ospite. Anche se il "lavoro riabilitativo" rappresenta il cardine fondamentale per l'assistenza al paziente ricoverato in IDR, riteniamo che questa tipologia di intervento debba essere garantita anche all'ospite ricoverato in RSA. L'obiettivo da raggiungere potrà essere differente, la tipologia stessa dell'ospite è diversa, ma la riabilitazione, anche se talvolta mirata solo al mantenimento delle funzioni residue e/o di prevenzione del degrado psichico, motorio e funzionale, deve

costituire parte integrante del progetto assistenziale. Abbiamo considerato nel verbale infermieristico i seguenti aspetti: fisioterapia individuale, fisioterapia di gruppo, terapia fisica, massoterapia, logopedia, riabilitazione cognitiva individuale, riabilitazione cognitiva di gruppo, musicoterapia (Frustaglia, 1994). La riabilitazione deve quindi comprendere tutti gli aspetti potenzialmente riabilitabili, configurandosi come un insieme di proposizioni elaborate da un team riabilitativo che tenga conto in maniera globale dei bisogni dell'ospite, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue. La mancanza di alcune professionalità all'interno del team, riduce le possibilità di recupero del paziente in quanto non considera la globalità dei suoi bisogni, limitandosi ad intervenire su singoli aspetti non integrati in un progetto riabilitativo omnicomprensivo.

Area urgenza

Il livello di gravità clinico-assistenziale degli ospiti ricoverati in RSA è divenuto progressivamente più pesante. Le RSA stanno, infatti, assumendo una connotazione fortemente sanitaria, tanto che la normativa regionale ha inteso sottolineare questo aspetto con specifiche richieste strumentali e formative. Il DGR 7435/01 all'allegato B menziona nel capitolo *Ospedalizzazione: protocolli per il trattamento di eventi acuti e monitoraggio: numero di elettrocardiografi presente nella struttura, numero di palloni di Ambu, numero di aspiratori, disponibilità di ossigenoterapia, bombole di ossigeno, impianto centralizzato.* È richiesto, in sostanza, che le strutture garantiscano un livello di professionalità e di attrezzature tali da permettere pratiche rianimatorie di base e la gestione di eventi acuti. Nel verbale infermieristico c'è sembrato utile rilevare la presenza e la quantità di carrelli per l'urgenza, mettendo i dati in relazione con il numero di nuclei per struttura. In alcune strutture appare troppo basso il rapporto nuclei/carrelli per l'urgenza, anche se va considerata la distanza reale tra i nuclei.

Area igiene dell'ospite

Aspetti relativi all'igiene vengono richiesti con apposita procedura inerente "*l'igiene dell'ospite nel rispetto della privacy*". Si menziona, al capitolo cura dell'ospite, la necessità che ad essi "*vengano garantite direttamente o indirettamente le prestazioni del barbiere e parrucchiere*". Indagare su questo aspetto dell'assistenza può sembrare inutile, quasi ozioso; non bisogna tuttavia ritenere scontata tale pratica e considerare che un bagno assistito richiede tempo, osservazione e sensibilità poiché l'igiene personale è influenzata da fattori biologici, psicologici e sociali (Agnelli et al., 1996). Nelle demenze tale prestazione riveste poi un ruolo particolare poiché spesso tali pazienti sono trascurati, tendono a lavarsi sempre meno, fino ad arrivare talvolta al netto rifiuto (Pettinati et al., 1996). Sovente solo in occasione del bagno assistito si ha la possibilità di ispezionare totalmente la cute e verificarne i primi segni di anomalie, anticipatori di lesioni da decubito o di patologie a carico della pelle (micosi, parassitosi, eczemi, etc.) Dall'elaborazione dei dati dei verbali risulta che le cure igieniche complete vengono assicurate, nella maggioranza delle RSA, una volta alla settimana.

Area sterilizzazione

Il problema delle infezioni ospedaliere non riguarda solo i nosocomi, ma anche le Residenze Sanitarie Assistenziali; infatti la frequenza delle infezioni è praticamente sovrapponibile in strutture ospedaliere per pazienti acuti e in strutture di assistenza territoriale per lungodegenti (Nicolle, 2001; Smith, 1984). Nel corso delle visite ispettive abbiamo verificato le modalità di sterilizzazione utilizzate, i controlli effettuati, l'eventuale impiego di materiale monouso. Abbiamo rilevato che spesso la sterilizzazione viene effettuata in struttura, ma con modalità ed attrezzature non sempre adeguate e che non garantiscono, a nostro avviso, una corretta esecuzione del processo. Sterilizzare è sinonimo di professionalità, capacità tecniche e continuo aggiornamento (Bozzi et al., 1996). La struttura sanitaria deve disporre di personale adeguatamente preparato ed aggiornato circa lo svolgimento dei compiti assegnati. Sterilizzare non significa "*usare una sterilizzatrice*" ma, come riconosce anche la statunitense Food and Drug Administration, "*l'operatore di sterilizzazione deve essere in grado di rendersi costantemente conto di quello che avviene dietro la porta chiusa della sterilizzatrice*" (Baggio, 2000). Se tutto il materiale utilizzato fosse monouso, o se la sterilizzazione fosse affidata a Centrali di Sterilizzazione accreditate, la struttura sarebbe responsabile solo della corretta conservazione dello stesso. Le RSA che sterilizzano il materiale al loro interno devono invece garantire la corretta esecuzione del-

l'intero processo. La procedura da eseguire richiede, infatti, competenza nell'esecuzione di passaggi diversi e ben definiti (decontaminazione, lavaggio, confezionamento, sterilizzazione, conservazione), l'utilizzo di prodotti specifici, attrezzature certificate, locali idonei e diversificati a seconda della tipologia di materiale trattato.

Area decubiti

Rispetto al passato nelle RSA è notevolmente aumentata la presenza di persone anziane in condizioni di grave dipendenza, mentre si è andato progressivamente riducendo il numero di persone autosufficienti. Particolare importanza rivestono le lesioni da decubito, universalmente riconosciute come indicatori di qualità dell'assistenza (Apostoli, Zanetti, 2004). Il DGR 7435/01 menziona tra i requisiti *"arredi e attrezzature che devono essere adatti ad ospiti non deambulanti e non autosufficienti"*, e l'esistenza di *"letti a tre snodi e materassi e cuscini antidecubito"*. Nell'allegato B della Delibera Regionale, nel capitolo relativo alle lesioni da decubito, vengono inseriti: *cuscini antidecubito per sedia o carrozzina a disposizione per la prevenzione e cura delle lesioni da decubito, materassi e/o sovramaterassi antidecubito a disposizione per la prevenzione e la cura delle lesioni da decubito.* Nel verbale infermieristico abbiamo quindi indagato l'esistenza e la quantità dei suddetti presidi disponibili in struttura, preferendo non soffermarci sulla tipologia e sul grado di efficacia del presidio stesso. La più importante revisione scientifica sull'argomento (revisione Cochrane) dichiara che, in fase preventiva, sono da preferirsi i materassi in "gommapiuma altamente specifici", in fase di trattamento i letti ad aria fluidizzata e quelli a bassa cessione d'aria poiché migliorano i tassi di guarigione (Cullum et al., 2002). Ogni paziente a rischio di sviluppare lesioni o con lesioni, deve avere idonea superficie antidecubito sia durante l'allettamento che durante la seduta. I dati ottenuti sono stati rapportati con il numero dei posti accreditati, in modo da avere un'immediata lettura della percentuale d'utilizzo, ritenendola in questa prima fase un valido indicatore indipendentemente dalla tipologia del presidio. La media dei presidi antidecubito delle RSA cremonesi si colloca attorno ad 1 ogni 5 pazienti ricoverati. Abbiamo inoltre indagato sui materassi standard poiché riteniamo che la buona qualità dello stesso sia determinante nell'assicurare comfort ed igiene, e costituisca una prima prevenzione delle lesioni da decubito (Fig. 2), anche se per il poliuretano si è notato un investimento differente da struttura a struttura.

Conclusioni

Siamo consapevoli che le informazioni contenute in questi verbali non possano essere esaustive nel fornire un quadro completo dell'assistenza, tuttavia il lavoro ha avuto il pregio di iniziare un primo riscontro di dati con le RSA. Poiché tra gli obiettivi del nostro lavoro rientra il rilevare/favorire l'appropriatezza delle cure e la crescita della qualità dell'assistenza all'interno delle RSA, vorremmo portare le strutture ad abbandonare un atteggiamento autoreferenziale, tanto dannoso quanto superato, e ad intraprendere un percorso che le conduca verso un sistema di qualità. È proprio entro quest'ottica che vorremmo si articolasse in futuro il verbale infermieristico, non più inteso unicamente come rilevazione di singoli elementi, ma come rilevazione di particolari indicatori (indici di prevalenza delle lesioni da decubito, dei pazienti incontinenti e con infezioni urinarie, degli ospiti contenuti, di quelli caduti…), ritenuti diretta conseguenza della messa in atto dei nuovi protocolli che molte

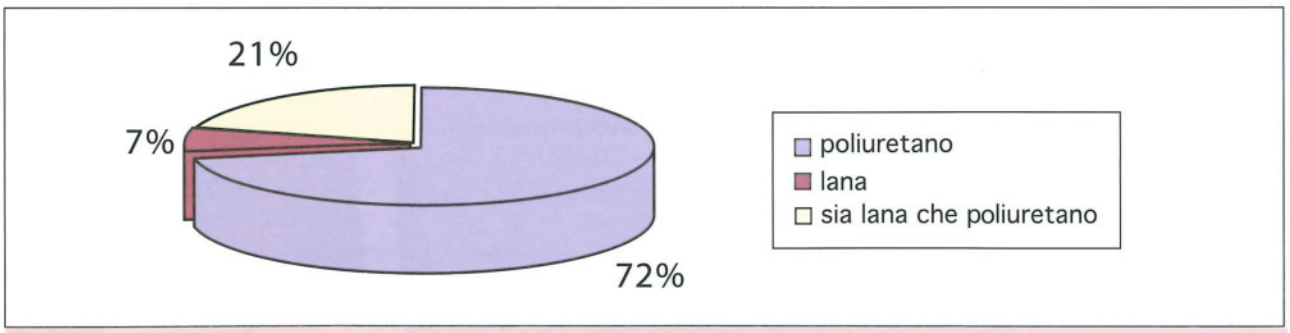

Figura 2 - *Tipologia di materassi standard nelle 29 RSA*

RSA stanno elaborando. Kane nel 2000 scriveva: "*Le case di riposo sono figlie bastarde delle case di carità e degli ospedali, ed esprimono le peggiori caratteristiche dei due genitori. Sono viste come l'ultima spiaggia, allo stesso modo degli ospedali del IX secolo*" (Kane, 1995). Il fine ultimo del nostro lavoro consiste nell'accompagnare le RSA in un percorso volto ad innalzare la qualità dell'assistenza. Vorremmo che le RSA, che ancora nell'immaginario collettivo rappresentano il luogo in cui finisce la speranza, potessero essere vissute come luoghi in cui, come sostiene il prof. Trabucchi, *si forniscono le cure, si sedano le paure, si accompagnano le solitudini, si lenisce il dolore, si garantisce la libertà.*

Bibliografia

Agnelli I. et al. Attività di vita igiene personale. Quaderno del nursing di base, 1996 Edizioni Nettuno.

Apostoli A., Zanetti E. Qualità dell'assistenza in casa di riposo: la prevenzione e il trattamento delle piaghe da decubito. Geriatric Nursing Notizie, 2/2004; 2-3.

Baggio M. Analisi e confronto dei processi di sterilizzazione in campo ospedaliero, con riferimento alle norme vigenti. Nursing Oggi, n°4, 2000; 68-72.

Bissoli L., Zamboni M., Sergi G., Ferrari E., Bosello O. Linee guida per la valutazione della malnutrizione nell'anziano. Giornale di Geriatria e Gerontologia, 2001; 49:4-12.

Bozzi M. et al. Processo infermieristico. Guida all'esercizio professionale. CESPI. Edizioni Medico scientifiche 1996;170-186.

Carraro R., Staffieri R. Gli strumenti di valutazione del rischio di malnutrizione. Gli strumenti di valutazione in geriatria. E. Zanetti (a cura di) Lauri, 1998; 101-115.

Cullum N., Deeks J., Sheldon TA., Song F., Fletcher AW. Beda, Mattresses and cushions for pressure sore prevention and treatment. Cochrane 2002.

Frustaglia A. Gerontologia e Geriatria. McGraw-Hill, Milano, 1994.

Girardello R. I risultati della valutazione multidimensionale dell'anziano: la nuova tecnologia della geriatria. G. Gerontologia, 2004; 52 (supp): 20-23.

Kane RL., Changing the image of long-term care. Age and Ageing 2000; 29: 481-483.

Nicolle LE. SHEA Long-Term-Care-Committee. Urinary tract infections in long-term-care facilities. Infect Control Hosp Epidemiol. 2001;Mar22(3):167-75.

Pettinati C., Spadin P., Villani D. Vademecum Alzheimer. 1996 AIMA.

Sirchia G., Trabucchi M., Zanetti E., Campari M., Bertolini A. La qualità nelle Residenze Sanitarie Assistenziali, in: Trabucchi M., Brizioli E., Pesaresi F., (a cura di) Residenze sanitarie per anziani. Bologna: Il Mulino 2002; 261-297.

Smith SM. Family selection of long-term care services: it's not just the facility that's important. Health Mark Q. 1984 Summer;1(4):101-13.

Trabucchi M. La valutazione multidimensionale: per misurare e comprendere. E. Zanetti (a cura di) La valutazione in geriatria. Carroci Faber 2003; 11-18.

Zanetti E. La valutazione della malnutrizione. E. Zanetti (a cura di) La valutazione in geriatria. Carroci Faber 2003; 143-153.