



## Una nuova squadra, i valori di sempre

di Stefano Bazzana

La professione infermieristica è in costante cammino, grazie all'impegno e ai risultati di tutti gli infermieri, nei luoghi di lavoro, nel quotidiano. Un nuovo Consiglio Direttivo è soprattutto questo, espressione di convinzioni e di valori di professionisti appassionati.

Il cammino riprende. Con un nuovo Consiglio Direttivo, ma con lo stesso spirito e con i valori professionali che hanno sempre contraddistinto il Collegio Ipasvi di Brescia. Dall'assemblea elettiva sono passati pochi mesi, tuttavia è subito iniziata l'attività per realizzare gli obiettivi fissati per il triennio, le commissioni hanno cominciato a lavorare per il raggiungimento degli obiettivi specifici e in Consiglio sono già state prese numerose decisioni per rendere più efficiente (all'interno) e più efficace (all'esterno verso gli iscritti) l'istituzione Collegio. Avevamo promesso di rafforzare e migliorare la visibilità della professione e la comunicazione sia nei confronti degli iscritti sia verso i cittadini. Ecco dunque la rivista completamente rinnovata nella veste grafica e nei contenuti, che saranno prevalentemente di tipo monotematico. Inoltre

sono già arrivati nelle vostre case due numeri di "Tempo di Nursing News" con le notizie relative all'esito delle elezioni, al Congresso Nazionale e alla presentazione del nuovo Codice Deontologico. Il sito web, nuovo e costantemente aggiornato, in soli tre mesi ha avuto più di 6.000 accessi. Continueremo a pubblicare le risposte ai quesiti degli iscritti di interesse generale con una nuova rubrica "il quesito del mese". Verrà a breve ripubblicato l'elenco dei liberi professionisti, consultabile anche dai cittadini. E' in fase di studio una newsletter on line attraverso la quale le informazioni vi giungeranno ancora più tempestive e aggiornate. Sui quotidiani e settimanali locali abbiamo pubblicato una decina di articoli, per dichiarare i nostri valori e i nostri principi etici sui temi caldi dell'assistenza agli stranieri e del testamento biologico, oltre ad una pagina speciale in occasione del 12 maggio,

giornata internazionale dell'infermiere.

Apparteniamo ad una professione in costante cammino, sia al proprio interno sia nel contesto del sistema sanitario. Ciò grazie all'impegno ed ai risultati di tutti i colleghi che lavorando negli ospedali, nei servizi, a domicilio, nelle strutture residenziali, incontrano quotidianamente i cittadini, traducendo la loro professionalità in comportamenti visibili. Di certo va ulteriormente valorizzata l'attività infermieristica sia dal punto di vista professionale, sia dal punto di vista economico: in tale ottica abbiamo riallacciato i rapporti con le Organizzazioni Sindacali e lo stesso intendiamo fare con associazioni e istituzioni per illustrare e sostenere una maggiore visibilità e autonomia professionale. Continueremo a vigilare sul fenomeno dell'immissione di infermieri stranieri mediante una rigorosa valutazione della preparazione professionale (extracomunitari) e della conoscenza della lingua (in tutti gli altri casi), contrastando l'esercizio abusivo e la piaga del caporalato infermieristico. Su molti di questi temi il Coordinamento Collegi Lombardi, con la presenza di tutti i presidenti, ha ripreso a lavorare con rinnovato entusiasmo per essere interlocutore unico e credibile nei confronti della Regione.

Lo sviluppo professionale continuo (CPD) rappresenta un altro fondamentale aspetto per la crescita delle competenze possedute. Abbiamo già predisposto un Piano di Formazione per il secondo semestre 2009 che abbiamo sottoposto alla Regione per ottenere l'accreditamento del Collegio quale provider regionale ECM/CPD. Il Consiglio Direttivo ritiene fondamentale la funzione del Collegio quale garante e certificatore del percorso formativo di ciascun professionista iscritto all'Albo, compreso il sistema dei "crediti": sarà questa una delle sfide future alla quale ci stiamo preparando attraverso l'implementazione di una banca dati che censisca i livelli formativi raggiunti dal singolo e dalla comunità professionale, primo passo per la costruzione di un vero e proprio portfolio delle competenze.

Mentre scrivo stiamo facendo il trasloco nella nuova sede, di nostra proprietà, che crediamo rappresenterà un'opportunità per tutti gli iscritti, soprattutto per la formazione e la ricerca, strumenti essenziali per un'assistenza di qualità. Nuovi spazi, una maggiore identità sul territorio, segno tangibile della presenza di migliaia di infermieri presenti in tutti i luoghi dove ci siano persone da assistere. La data dell'inaugurazione



è fissata per sabato 3 ottobre: siete tutti invitati, vi aspettiamo numerosi. Quel giorno daremo uno spazio particolare ai colleghi che hanno doti ed interesse per le varie forme di arte, lo slogan dell'iniziativa è "Gli infermieri prendono la vena... artistica!" Vi invitiamo sin da ora a segnalare la vostra partecipazione per mettere in mostra le vostre opere.

Ci sono certamente ancora molte cose da fare, idee da condividere, progetti da sviluppare, traguardi da raggiungere. La rivista "Tempo di Nursing" vuole essere, in particolare, strumento di aggiornamento e approfondimento di alcuni temi centrali per la professione, oltre, naturalmente a relazionare in merito alle attività del Collegio. Questo numero è dedicato al tema, molto attuale, della Complessità Assistenziale e, in particolare, ai modelli sviluppati nel nostro Paese per misurare la complessità. Come si può pensare, ad esempio, di avere nuovi ospedali organizzati in base alla complessità assistenziale senza coinvolgere gli infermieri in prima persona?

Il futuro che ci attende sarà ricco di prospettive per la nostra professione se sapremo cogliere le opportunità e fare, ciascuno e insieme, la nostra parte.

Augurando una buona lettura vi aspetto nella nostra nuova casa per qualsiasi proposta, iniziativa, richiesta o chiarimento professionale.

## Continuità e innovazione: un nuovo Tempo di Nursing

di Guglielmo Guerriero

**T**empo di Nursing si rinnova, con una nuova forma grafica e un nuovo indirizzo editoriale. Un nuovo progetto di un Consiglio Direttivo che ha nell'innovazione delle forme e degli strumenti di relazione con gli iscritti, un suo corollario di continuità con il passato, fatto di impegno, riflessione e sviluppo.

**S**econdo Oscar Wilde *la differenza tra il giornalismo e la letteratura è che l'uno è illeggibile e l'altra non la legge nessuno*. Una chiave di lettura ironica, sarcastica e tutt'altro che retorica se si pensa al mondo contemporaneo, così fitto di reti di informazioni reali e virtuali, tali da rendere arduo ed eroico ogni tentativo di rintracciare il vero nella notizia, nella carta stampata e, spesso, nei testi.

Il mondo della scienza non si sottrae a questa riflessione, tutt'altro, così impegnato tra il definire ciò che è scientificamente provato e ciò che non lo è. Le scienze biomediche e la stessa infermieristica navigano, con risoluta convinzione, tra il circoscrivere le prove di efficacia, che validino

il loro persistere, e il permanente istinto all'arte e alla relazione come espressione empirica dell'esistere del nursing.

Non c'è dubbio: *il guaio, con la nostra epoca, è che ci sono tanti cartelli indicatori, ma non c'è la destinazione* (L. Kronenberger). Una riflessione ineludibile, una consapevolezza che si rende sempre più ficcante e visibile quando, cercatisi e scelti, si guarda all'orizzonte sul da farsi, come definire e impostare una rotta e fare in modo che possa piacere, magari anche soltanto essere capita.

Così, nel tentativo di definire e connotare di passione i progetti di un nuovo Consiglio Direttivo, la rivista del Collegio diventa il pensiero più fattivo, assume nuove forme e colori, poiché, si pensa, dall'espressione, anche se estetica, passa-

no i desideri, gli stimoli, le provocazioni, i dibattiti e i progetti.

Tempo di Nursing ha sempre rappresentato le vicissitudini dell'anima del Collegio e degli infermieri bresciani. Talora bello e impegnato, talora canuto e scarno, ma sempre espressione consapevole di una professione appassionata, dibattuta e amata. Una professione, quella dell'infermiere, che nella sua abilità di intessere il presente con le trame del futuro ha costruito una storia ricca di valori e di umanità, accompagnando la storia degli uomini, la storia di noi tutti.

Nel cambiamento dei tempi e degli scenari professionali si cela la capacità degli infermieri di evolversi per restare fedeli sempre al loro mandato: la cura, qualunque essa sia, il gesto più semplice, la procedura più complessa, il saluto



più caloroso, l'accertamento più accurato.

Una rivista, un periodico, una opera editoriale professionale non si sottrae alla storia degli infermieri, tutt'altro: è formale espressione, diario di viaggio indispensabile per soffermarsi, pensare, ricordare, riflettere, progettare.

Ecco, dunque, che Tempo di Nursing, cambia ed evolve per rimanere se stesso, tra continuità e innovazione, espressione tanto cara e che ha accompagnato per ben tre mandati questo Collegio. Continuità e innovazione per una rivista che

vuole essere espressione di un Consiglio Direttivo sensibile agli scenari politici, professionali e scientifici che caratterizzano il mondo contemporaneo, luogo di esercizio della professione infermieristica.

Il recente passato ha fornito qualche suggerimento su dove orientare la riprogettazione della rivista, si è ritenuto che gli infermieri bresciani avessero la necessità di un periodico che non dovessero abbandonare in tempi brevissimi nei loro scaffali (nel migliore dei casi), ma di una rivista che soggiornasse sulle loro scrivanie e nelle corsie per un po' di tempo.

Ecco, pertanto, la scelta di caratterizzare Tempo di Nursing attraverso un formato monografico, col carattere del dossier, il Focus, che consentisse di trattare aree tematiche ineludibili e, qualche volta, inevase dagli infermieri.

Il Focus della rivista si configura, dunque, come un dossier a cui dedicare una tematica clinica, organizzativa e formativa, che abbia una particolare rilevanza per gli infermieri e che consenta loro di adottare alcuni suggerimenti per ulteriori approfondimenti, per ulteriori ricerche.

Le rubriche di Tempo di Nursing che permangono fisse sono:

- l'editoriale;
- l'osservatorio;
- il focus;
- lo scaffale;

mentre di volta in volta potranno essere ospitate Aspetti giuridici o Comunicazioni dal Collegio, proprio come in questa occasione.

Il formato grafico della rivista cambia: la pagina diventa più ampia, pur mantenendo quella maneggevolezza che consente di fruire di Tempo di Nursing ovunque ci si trovi, a casa come sul treno o, perché no, vista la stagione, al parco. Le pagine diventano bianche, mantenendo la bicromia, mentre la copertina, in quadricromia, quindi a colori, nuovissima e innovativa per la sua impostazione, simpatizza con periodici scientifici di ben altro lustro.

Il Comitato di redazione, profondamente rinnovato e con un nuovo Coordinatore, non si sottrae alla riflessione che ha portato alla nuova rivista. I cambiamenti richiedono lavoro e apprendimento e, *per imparare cose difficili, non ci sono metodi facili: l'unico metodo è chiudere la porta e lavorare* (Joseph de Maistre).

La rivista si colloca all'interno del più complessivo lavoro di progettazione e di definizione delle Commissioni del Collegio di Brescia, che vede anche una profonda ridefinizione della funzione del Collegio relativamente alla formazione ECM dei professionisti iscritti e all'accREDITAMENTO come provider regionale. Questa chiave di lettura è, pertanto, bene augurante relativamente alla possibilità di accreditare gli articoli sulla rivista. Il prossimo numero della rivista, verosimilmente, potrà dichiarare le modalità di accREDITAMENTO ECM-CPD per i colleghi autori degli articoli e delle recensioni, ma sin da questo numero, assieme alle norme editoriali, proponiamo il prossimo Focus agli infermieri bresciani, perché scrivano e contribuiscano alla crescita di questo progetto, un loro progetto, un progetto di noi tutti.

Questo numero di Tempo di Nursing, il primo di quest'anno, ospita nel Focus una tematica di particolare attualità: la complessità assistenziale. Una tematica tutt'altro che nuova ma prepotentemente attuale per gli assetti organizzativi in sanità e per le cure infermieristiche. Il lavoro svolto da Bruno Cavaliere e da Diego Snaidero, relativamente all'Indice di Complessità Assistenziale (l'ICA) ha avuto il merito di individuare un sistema di classificazione della complessità assistenziale sostenibile mediante una metodologia rigorosa, in grado di coniugare elementi quantitativi ed aspetti interpretativi.

Ad oggi, probabilmente, nel quadro concettuale della disciplina infermieristica italiana, l'ICA rappresenta il punto di riferimento più citato, più evidenziato. Tuttavia, anch'esso, come altre sperimentazioni infermieristiche non ha avuto l'esito forse più sperato: la generalizzazione semantica e applicativa.

In questo senso, la sperimentazione del Modello Assistenziale Professionalizzante (il MAP), sostenuta e fortemente voluta dalla Federazione IPASVI, ha ben motivo di fare pensare e sperare, in tale senso l'attesa della professione è reale. Il Focus ospita, infatti, un riassunto strutturato della sperimentazione MAP, conclusasi il 31 maggio 2009 e in fase di elaborazione dei dati.

Il Focus accoglie anche il Sistema Informativo della Performance Infermieristica, il SIPI. Un sistema connotato di una sua complessità metodologica che trova origine dal Modello delle Prestazioni Infermieristiche, a conferma che il presente costruisce il futuro attingendo dal passato. Il riassunto strutturato ne descrive le pecu-

liarità e consente una riflessione degli autori.

La produzione e la validazione di più sistemi classificatori della complessità assistenziale, rappresenta una chiara espressione dell'intelligenza e della creatività artistica e scientifica degli infermieri, in particolare dei loro autori. Ciò non può che far bene sperare anche se, talora, una convergenza delle intelligenze e delle competenze potrebbe fornire quel sostegno politico, professionale e scientifico che, non di rado, serve alla nostra professione e serve nei luoghi dove vengono emanati direttive, delibere, decreti, leggi, ecc.. Insomma, ci siamo capiti. D'altronde, la complessità delle cure richiede regole condivise e si sa, *operare senza regole è il più faticoso e difficile mestiere di questo mondo* (Alessandro Manzoni).

Noi **infermieri**  
con i nostri valori,  
dalla vostra parte.  
**Sempre.**



**12 MAGGIO 2009**  
Giornata internazionale  
**dell'infermiere**

 **IPASVI**  
FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI INFERMIERI



## La complessità assistenziale: tra personalizzazione delle cure e urgenza classificatoria del nursing

di Guglielmo Guerriero, Nadia Regonaschi e Paola Busi

Il tema della complessità assistenziale affonda le sue radici nella necessità di documentare e classificare la pratica infermieristica, al fine di definire un linguaggio uniforme, scientificamente e professionalmente condiviso. Al tempo stesso, la misurazione dei carichi di lavoro, nelle sue diverse forme non ha consentito di chiarire gli elementi di complessità del nursing.

**E'** permanente il dibattito, all'interno della professione infermieristica, sulla necessità di documentare e sistematizzare la pratica infermieristica, mediante l'uniformità e/o la standardizzazione dei linguaggi infermieristici <sup>1</sup>. L'esigenza di individuare sistemi di classificazione del nursing, e della pratica ad esso correlata, trova le origini a partire dagli anni '70. In questa epoca, infatti, si manifestò, in maniera sempre più esplicita, nella riflessione disciplinare del tempo, che le grandi teorie omnicomprehensive (Peplau, Henderson, Orem, Roy, ecc.) avevano avuto il grande merito di evidenziare l'agire pe-

culiare degli infermieri nella tutela della salute, ma non erano riuscite ad identificare un preciso ambito di operatività infermieristica <sup>2</sup>.

Le grandi teorie del nursing hanno cercato di fornire strumenti teorici che, privilegiando il metodo induttivo, potessero aiutare gli infermieri ad organizzare la conoscenza infermieristica e, al tempo stesso, si ponevano a sostegno della pratica e della ricerca professionale <sup>3</sup>. L'urgenza "classificatoria" si è manifestata con la necessità di documentare la pratica professionale, elemento che trova posto, ancora oggi, nelle priorità delle politiche professionali.

Negli anni la riflessione tra documentazione e

classificazione si è progressivamente distinta e chiarita, anche a seguito del succedersi di interventi normativi e formativi che hanno posto, nel più recente passato, l'attenzione prevalentemente sugli aspetti legali e deontologici dell'esercizio professionale.

Ne è emersa una infermieristica intesa come disciplina prescrittiva, talora percepita come un compendio di azioni ed interventi infermieristici, volti alla tutela dell'assistito mediante la tracciabilità degli stessi <sup>4</sup>. Un'accezione che, unitamente all'orientamento al management, hanno determinato una forte attenzione alla documentazione scritta, differendo la necessità di



ricercare ed applicare alla prassi un linguaggio infermieristico.

L'epoca contemporanea è profondamente caratterizzata da un paradigma scientifico che trova fondamento nella pratica clinica e assistenziale basata sulle prove di efficacia. Le evidenze assistenziali diventano l'elemento ineludibile per l'assunzione consapevole della responsabilità professionale e, al tempo stesso, delle valutazioni economiche relative alle tecnologie biomediche e alle organizzazioni sanitarie e assistenziali.

In questo scenario, la relazione tra risorse e prestazioni, tipica dell'efficientismo economico, coinvolge, sempre più pressantemente, le professioni sanitarie, alla ricerca di una evidente correlazione tra l'attribuzione di risorse professionali umane e l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie.

La permanente ricerca sul perfezionamento dei metodi di rilevazione dei carichi di lavoro si

scontra, non da oggi, con le peculiarità dell'agire assistenziale e con la complessità dei bisogni dei pazienti e, più in generale, dei cittadini.

Gli elementi di conflittualità, tra posizioni predefinite per loro natura, trovano un terreno fertile di confronto e di dialogo in un approccio definibile, senza alcuna retorica, multidimensionale e multi professionale: la definizione e la misurazione della complessità assistenziale.

### **Documentare l'assistenza infermieristica**

Storicamente, l'attenzione degli infermieri a documentare l'assistenza è stata varia, e l'obbligatorietà di una documentazione infermieristica non è stata resa obbligatoria in tutti i Paesi <sup>5</sup>. La visibilità della professione infermieristica e della pratica assistenziale si è resa, pertanto, evidente in modo geograficamente e politicamente discontinuo, e ciò è parzialmente vero, a tutt'oggi, sul territorio nazionale italiano, anche a seguito della regionalizzazione del sistema sanitario.

Quest'ultima, infatti, ha rilanciato le Regioni che storicamente avevano una tradizione territoriale nell'erogazione di servizi sanitari, implementando la distanza dei sistemi di tutela della salute tra Regioni ricche e povere dell'Italia.

Con la documentazione scritta si registra l'assistenza e le informazioni opportune per garantirla. La stessa dovrebbe esplicitare le fasi del processo di nursing (valutazione iniziale, diagnosi infermieristica, pianificazione e valutazione) oppure, come spesso appare nella realtà operativa, focalizzarsi su una tappa soltanto, per esempio la pianificazione o la valutazione <sup>6</sup>.

Verosimilmente, oggi è possibile affermare che tutti gli infermieri conoscono il processo di nursing, ma appaiono ancora relativamente pochi coloro che, a partire dai problemi dei pazienti, definiscono un piano di obiettivi e di interventi specifici, o che riportano tutte le informazioni rilevanti e pertinenti l'assistenza prestata. Altresì, pare realistico affermare che in molti luoghi gli infermieri documentano l'essenza (il "core") della pratica assistenziale in modo inadeguato, talora non scrivono in maniera professionalmente adeguata e circostanziata sull'assistenza erogata.

Si è sviluppata l'esigenza di una documentazione infermieristica, denominata talora cartella, registrazione, piano di assistenza o scheda infermieristica, ma che ospita spesso l'annotazione di attività tecniche, compiti, atti eseguiti che molto poco rappresentano l'essenza dalla pratica infer-



mieristica. La letteratura professionale contemporanea, inoltre, proponendo esperienze e connessioni semantiche, esplicita che documentare l'assistenza può ricomprendere una qualche forma di classificazione dell'assistenza erogata, ma la difformità e la variabilità degli strumenti operativi in uso nei paesi e nelle strutture sanitarie, non riconduce, sostanzialmente, ad un tentativo di sistematizzazione della pratica del nursing.

La documentazione è riconducibile, secondo una accezione sistemica, agli strumenti operativi di una professione, ma questi stessi sono distanti concettualmente dalla riflessione sulla necessità di sistematizzare la pratica infermieristica mediante l'uniformità del linguaggio professionale.

### **Classificare l'assistenza infermieristica**

La capacità di classificare è una spontanea strategia del pensiero umano, con una finalità di sintesi interpretativa della realtà. La classificazione può essere definita come la rappresentazione mentale del mondo tramite l'osservazione comparata delle similitudini e delle differenze tra oggetti e/o eventi <sup>7</sup>. I sistemi classificatori sono storicamente sempre esistiti: essi ci permettono di ordinare l'ambiente circostante e offrono un linguaggio comune per potere comunicare meglio.

La letteratura professionale evidenzia diversi sistemi classificatori sviluppati per descrivere che cosa è il nursing, cosa fanno gli infermieri, cosa sono gli interventi e gli obiettivi infermieristici. Alcuni di questi sistemi hanno raggiunto ampia diffusione quali il *North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)*, il *Nursing Intervention Classification (NIC)*, il *Nursing Outcome Classification (NOC)*. La loro implementazione sta trovando, da anni, spazio operativo in America e, più in generale, nei paesi anglosassoni, mentre in Europa trovano riscontro prevalentemente nei curricula formativi nei corsi di laurea in scienze infermieristiche.

L'*International Classification for Nursing Practice (ICNP)*, nasce all'interno dell'*International Council of Nurses (ICN)*, la più grande associazione internazionale infermieristica. L'ICNP trova origine in modo per lo più fortuito: la mancata accettazione della NANDA, candidata ad essere inclusa nella Classificazione Internazionale delle Malattie dell'OMS (ICD-10), a causa dell'insufficiente consenso internazionale <sup>8</sup>. Pertanto, a partire dai primi anni '90, l'ICN assunse l'incarico di costruire un sistema tassonomico che potesse integrare e riunire tutte le

preesistenti classificazioni sotto un unico grande sistema. Tra gli obiettivi dichiarati, del sistema tassonomico ICNP, si evidenzia quello di "stabilire un linguaggio comune per descrivere la pratica infermieristica, per migliorare la comunicazione tra gli infermieri", e "rendere possibile la comparazione di dati infermieristici tra popolazioni cliniche e contesti" <sup>9</sup>.

### **La misurazione dei carichi di lavoro**

La definizione di sistemi di rilevazione e classificazione delle attività assistenziali non è un problema nuovo in ambito infermieristico.

Da sempre si sono adottati modelli di misurazione ottenuti dal calcolo del tempo che viene impiegato nel compiere le singole azioni che compongono l'attività assistenziale. Questi modelli che hanno dato un importante contributo a sottolineare l'importanza di misurare il lavoro infermieristico hanno un loro limite, quello di non riuscire a tenere in considerazione la qualità dell'assistenza erogata.

La normativa attualmente in vigore ha attribuito all'infermiere la responsabilità di pianificare, gestire e valutare le attività assistenziali, riconoscendolo come portatore esclusivo della specificità relativa al processo di assistenza, da qui l'esigenza di disporre di strumenti idonei che permettano di misurare l'attività e l'impegno dell'infermiere <sup>10</sup>.

L'equazione carico di lavoro e determinazione del fabbisogno di personale è una nozione che non è più in grado di fornire risposte compiute alle attuali esigenze. L'insieme di tutte le variabili che intervengono nel processo di assistenza porta un cambiamento del concetto di carico di lavoro, che meglio viene definito come "complessità assistenziale".

La necessità di una misurazione dei carichi di lavoro indicando la complessità dei pazienti come metodo indiretto per stimare il carico di lavoro rappresenta l'insieme di più aspetti dell'assistenza infermieristica data dalla misura delle attività tangibili (numero di pratiche eseguite, atti assistenziali) e da quelle attività che contribuiscono alla qualità del lavoro inteso come sviluppo individualizzato di piani di assistenza centrati sul paziente che stimino quelli impiegati e realmente necessari per assistere <sup>11</sup>.

Nella panoramica dei metodi di rilevazione del carico di lavoro infermieristico si possono distinguere due gruppi che rispondono a criteri e impostazioni metodologicamente diversi <sup>12</sup>.

I metodi di rilevazione della quantità assistenziale si distinguono in base alla modalità di rilevazione in: metodi bottom-up e metodi top-down. I metodi bottom-up (di tipo analitico) procedono scomponendo il ciclo produttivo in fasi più o meno ridotte, analizzate separatamente e poi sommate per ottenere il risultato complessivo, per contro i metodi top-down sono invece caratterizzati da una rilevazione sintetica che non entra nel dettaglio delle fasi produttive ma perviene a risultati di tipo globale e riassuntivo<sup>13</sup>. La scelta della metodologia da utilizzare è influenzata da molte variabili, quali il modello assistenziale adottato, le caratteristiche del sistema informativo, dai vincoli organizzativi ecc. Uno dei sistemi di rilevazione e classificazione per la misurazione della risorsa infermieristica è quello del metodo svizzero che si basa sulla classificazione dei degenti in classi di dipendenza adottando una modalità di rilevazione di tipo top-down.

### La complessità assistenziale

Per complessità dell'assistenza infermieristica si intende<sup>14</sup> *l'insieme degli interventi che si riferi-*

*scono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espressi in termini di intensità di impegno e qualità-lavoro dell'infermiere.*

La scarsa documentazione della domanda e dell'offerta di assistenza infermieristica disponibile, determina una quasi totale carenza di visibilità della performance infermieristica. L'assistenza infermieristica relativa all'esecuzione di procedure diagnostico-terapeutiche prescritte dal medico è spesso molto meglio documentata nei rilievi infermieristici che in quelli medici, ma la criticità persiste nella documentazione relativa all'assistenza infermieristica, proprio laddove l'infermiere agisce in autonomia sia per la pianificazione che per l'attuazione e la valutazione del processo assistenziale.

Il risultato è la caratterizzazione dell'intervento infermieristico in senso "diagnostico-terapeutico", piuttosto che assistenziale, cosa che inevitabilmente si traduce nel non tempestivo adeguamento degli organici all'aumento di livello di complessità dell'assistenza.

L'ormai cronica emergenza infermieristica in cui versa la realtà italiana, pone più che mai urgentemente l'esigenza di misurare la performance infermieristica in tutte le sue dimensioni, e la tensione è quella di elaborare strumenti che promuovano la qualità del servizio infermieristico offerto all'utenza.

La normativa nazionale<sup>15</sup> definisce l'infermiere come il professionista responsabile dell'assistenza generale infermieristica, e ne definisce gli ambiti di intervento. All'infermiere, quindi, viene riconosciuta una competenza specifica che si realizza attraverso un'integrazione di atti tecnici, relazionali, educativi.

Di conseguenza, soddisfare i bisogni di assistenza infermieristica dell'utenza richiede una performance infermieristica tanto più qualificata quanto più alto è il grado di complessità assistenziale infermieristica richiesto.

Le modalità di approccio alla definizione di complessità assistenziale prevedono un criterio più analitico, per il quale viene attribuito un punteggio ad ogni attività, e un criterio più globale, consistente nel valutare, in termini di complessità, l'insieme dell'assistenza infermieristica prestata ad ogni utente. Queste due modalità combinate tra loro, hanno permesso lo sviluppo di numerosi sistemi di classificazione delle persone assistite al fine di valutare la loro dipendenza dall'assistenza infermieristica.



Per la definizione delle dimensioni dell'assistenza infermieristica è indispensabile riferirsi ad un modello concettuale: a seconda del modello scelto verranno definite le dimensioni dell'assistenza. I parametri di analisi rappresentativi delle singole dimensioni dell'assistenza, combinati tra loro determineranno *la reale riproduzione della complessità assistenziale infermieristica anche in relazione alla frequenza di intervento infermieristico nella ridefinizione del piano assistenziale*. Attribuendo un peso a ciascun livello di ogni dimensione analizzata e sommando i valori corrispondenti alla complessità assistenziale infermieristica rilevata per ogni utente, si ottiene la complessità globale dell'assistenza infermieristica.

Distinguere la rilevazione per ogni dimensione analizzata, permette di evidenziare la prevalenza di una dimensione sull'altra nella esplicitazione globale della complessità, dato utile nella definizione della performance infermieristica richiesta, e di conseguenza per la definizione dell'equipe infermieristica.

Per definire i profili di assistenza infermieristica basati sulla complessità è necessario, quindi, identificare inequivocabilmente i concetti ai quali riferirsi nello stabilire i criteri di classificazione: bisogna chiarire a monte quali siano le possibili manifestazioni del bisogno analizzato, e quindi quali siano le manifestazioni possibili di tale bisogno e di conseguenza quale pianificazione dell'assistenza infermieristica ne consegue.

Valutando e quantificando gli interventi infermieristici richiesti e la loro complessità (intensità di impegno dell'infermiere), si passa alla classificazione del livello di complessità dell'assistenza infermieristica legata ad ogni bisogno analizzato.

Lo strumento di rilevazione sistematica del grado di complessità assistenziale deve consentire una rilevazione precisa in ognuna delle Unità Operative, in modo da costituire un criterio oggettivo di valutazione per l'allocazione del personale infermieristico e di supporto. Un adeguato modello di analisi della complessità assistenziale è senza dubbio, uno strumento atto a guidare le scelte delle Direzioni infermieristiche e ad assicurare la qualità assistenziale ed il governo dei processi di assistenza.

## Bibliografia

- 1 Johnson M, Bulechek G et al. (2005). *Diagnosi infermieristiche, Risultati, Interventi*. Milano, Casa Editrice Ambrosiana, pp. 4-11
- 2 Blegen MA, Tripp-Reimer T (1997). *Implications of nursing taxonomies for middle range theory development*. *Advances Nursing Science* 19(3), pp. 37-49
- 3 Fitzpatrick J (1996). *Sistemi di classificazione per la diagnosi, la scienza e la pratica del nursing*. *Mondo Infermieristico* 2, pp. 1-4
- 4 Motta PC (2002). *Introduzione alle Scienze Infermieristiche*. Roma, Carocci Faber, pp. 116-118
- 5 Sansoni J. Giustini M (2003). *Visibilità infermieristica: l'ICNP potrebbe aiutare?* *Professioni Infermieristiche* 56(3), pp. 131-142
- 6 Palese A, Cabarcas GR et al. (2006). *Documentazione scritta*. *AIR* 25(2), pp. 109-114
- 7 Degan M, Rossi R, Boldrin L (2002). *L'esperienza applicativa del sistema tassonomico ICNP nella costruzione di protocolli infermieristici*. *Professioni Infermieristiche* 55(2), pp. 78-118
- 8 Lucile J. *From NANDA to ICNP*. *American Journal of Nursing* 98(7): p. 7
- 9 *International Classification for Nursing Practice (ICNP) – versione beta . (2000)*. International Council of Nurses, <http://www.icn.ch> ultimo accesso Maggio 2004
- 10 Manea MG. *La scheda integrata di osservazione breve per la misurazione della complessità assistenziale*. *Management Infermieristico* 4/2005: p. 16
- 11 Monte V. *La misurazione dei carichi di lavoro sul territorio*. *Assistenza infermieristica e ricerca*, Vol. 27 n.3: p.122
- 12 Pontello G. *“Il management infermieristico”* ed. Masson 2004 p.259
- 13 C.Calamandrei C.Orlandi *“La dirigenza infermieristica”* ed. McGraw-Hill 2002 p.337-338
- 14 Moiset C, Vanzetta M, Vallicella F (2003). *Misurare l'assistenza*. Milano, McGraw-Hill, pp.91; pp. 107.
- 15 D.M. 14 settembre 1994, n. 739.

# Anziani in ospedale: complessità e continuità dell'assistenza

di Ermellina Zanetti

Gruppo di Ricerca Geriatrica Brescia, Società Italiana di Gerontologia e Geriatria

L'inviechiamento della popolazione ha determinato una maggiore complessità della presa in carico dell'anziano all'interno delle strutture sanitarie. In tale senso, la complessità assistenziale dell'anziano rappresenta una sollecitazione ineludibile per i professionisti e per le organizzazioni assistenziali che necessitano di strumenti efficaci per la pianificazione delle cure.

Il rapido e marcato invecchiamento della popolazione, che ha caratterizzato il nostro paese nelle ultime decadi, ha portato inevitabilmente ad un aumento di tutte le malattie età-associate, che sono diventate una tra le maggiori priorità sanitarie e sociali nel nostro paese. Se la diminuzione dei tassi di mortalità, che ha caratterizzato il secolo scorso, perdurerà nei prossimi 50 anni, potremmo raggiungere una speranza di vita alla nascita di oltre 90 anni (ISTAT, 2009a) l'ISTAT ha stimato nel 2008 una speranza di vita alla nascita pari a 78,8 anni per gli uomini e a 84,1 anni per le donne (ISTAT, 2009b).

Lo scenario epidemiologico dell'inviechiamento della popolazione rivela la presenza di due gruppi distinti, che pongono diversi problemi di politica sanitaria: da una parte gli anziani "più giovani", in buona o discreta salute, che all'insorgere della malattia richiedono interventi specifici e limitati nel tempo e d'altra parte gli anziani, generalmente più vecchi, che si caratterizzano per l'elevato numero di patologie

croniche di diversa gravità e disabilità e che si giovano di interventi terapeutici e assistenziali altamente personalizzati.

La disabilità fisica, che comporta difficoltà nelle comuni attività quotidiane (lavarsi, vestirsi, mangiare, ecc.), è dovuta principalmente alla comorbilità e colpisce circa il 25% dei maschi e il 34% delle femmine ultrasessantacinquenni. Ormai è noto che la disabilità aumenta con l'età e, nel gruppo di ultraottantenni, circa il 6% dei maschi e l'8% delle donne è totalmente non autosufficiente (Maggi, 2005).

Gli anziani, tra i quali in particolare le persone affette da malattie croniche, quando hanno bisogno di cure pongono interrogativi complessi, non segmentabili in tanti interventi singoli. La complessità che caratterizza i bisogni e i problemi dei soggetti anziani disabili e fragili richiede, infatti, un approccio sistemico e la presa in carico strutturata rappresenta la modalità di risposta più adeguata ai bisogni di questi pazienti, che spesso non si giovano di interventi standardizzati, ma richiedono interventi personalizzati che tengano in seria considerazione le differenze interindi-

**Figura 1 – Il Blaylock Risk Assessment Screening<sup>1</sup>**

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

viduali e che a parità di condizione di malattia, determinano l'outcome della cura.

Nella presa in carico di queste persone è fondamentale il ruolo dell'assistenza infermieristica, purché agita con modelli e strumenti che tenga-

no conto di molteplici aspetti: la variabilità dei quadri clinici e dell'impatto che questi hanno su soggetti diversi, la complessità che caratterizza ogni evento acuto in un soggetto fragile e le ripercussioni sulle abilità funzionali cui spesso

conseguire la necessità di progettare e condividere con la famiglia un percorso di cure a lungo termine, attivando i servizi preposti. In particolare si rende necessario adottare uno strumento che utilizzando indicatori oggettivi di complessità possa predefinire la quantità e la qualità di assistenza necessaria, per assicurare che la presa in carico sia un reale accompagnamento dell'anziano e della sua famiglia, con il duplice obiettivo di evitare complicanze e ottimizzare il percorso di cura.

## Metodi

In una divisione di geriatria per acuti per individuare quanti e quali pazienti necessitavano di un percorso di dimissione protetta è stato applicato retrospettivamente il Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index (Blaylock,1992; Mistiaen,1999). Sono stati esclusi dall'applicazione dell'indice i soggetti ultrasessantacinquenni in condizioni terminali che rappresentavano il 5% dei ricoverati e coloro che provenivano da una Residenza Sanitaria Assistenziale e che in essa sarebbero poi ritornati (15%).

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

I dati per compilare l'indice sono stati ottenuti

dalla valutazione delle cartelle cliniche e infermieristiche informatizzate di 1.188 soggetti ricoverati nell'anno 2007 per un evento medico acuto in una divisione di geriatria.

## Risultati

Il campione è costituito da 1.188 soggetti ultrasessantacinquenni (età media 81 anni Ds + 6,3) di cui il 65,8% è rappresentato da donne. L'autonomia funzionale nelle attività di base della vita quotidiana (muoversi, lavarsi, vestirsi, alimentarsi, continenza) all'ingresso valutata attraverso l'applicazione dell'Indice di Barthel è pari ad una media di 71,1 Ds + 32,8 (la completa autosufficienza è pari ad un punteggio di 100, valori inferiori indicano presenza e gravità di disabilità. Lo 0 corrisponde alla non autosufficienza totale)



mentre la funzione cognitiva valutata mediante il Mini Mental State Examination (MMSE) è pari ad un punteggio medio di 22,7 Ds + 8,3 (si considera sinonimo di normale funzione cognitiva un punteggio pari o superiore a 24).

Si sono verificati 237 eventi negativi durante il ricovero tra i quali la comparsa di 24 nuove lesioni da pressione pari al 2%, di cui 9 (24%) sono peggiorate (stadio 2- 3 di NPUAP) alla dimissione. Si sono verificate 8 (0.67%) cadute

**Tabella 1 - Risultati dell'applicazione dell'Indice di Brass (valutazione retrospettiva) nei 1188 pazienti ultrasessantacinquenni ricoverati in una unità di geriatria**

Punteggio	Indice di rischio	n	%
0-10	<b>BASSO</b> Soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione, la disabilità è molto limitata	734	59%
11-19	<b>MEDIO</b> Soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione ma probabilmente senza rischio di istituzionalizzazione	314	28%
≥ 20	<b>ALTO</b> Soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni	140	13%
<b>TOTALE</b>		1188	100%

accidentali senza esiti importanti. I pazienti diagnosticati e trattati per infezione delle vie urinarie sono stati 40 (3,37%). Di questi 8 (20%) erano stati cateterizzati durante il ricovero. La degenza media è pari a 6,7 (Ds=3,2) giorni.

La tabella 1 riassume i punteggi ottenuti applicando retrospettivamente l'indice di BRASS al campione: il 59% dei soggetti non necessita di alcuna pianificazione della dimissione, il 28% richiede l'attivazione di un percorso di dimissione protetta (che può comprendere anche l'attivazione del servizio di assistenza domiciliare) e il 13% dei soggetti necessita di un ricovero presso strutture a elevata intensità assistenziale (Residenze Sanitarie Assistenziali) o presso un servizio di riabilitazione.

Si tratta complessivamente di 454 pazienti che in un anno avrebbero avuto necessità di una pianificazione della dimissione.

Confrontando i risultati ottenuti (Tabella 2) dall'applicazione dell'indice di Brass con le caratteristiche demografiche (sesso ed età), funzionali (indice di Barthel) e cognitive (Mini Mental State Examination MMSE) si evince che coloro per i quali si richiede continuità assistenziale, attraverso un percorso di dimissione protetta o il ricovero presso altre strutture, sono più anziani (rispettivamente 83,5 e 85,1 anni) della media del campione (81,1 anni) e di coloro che hanno un basso rischio all'indice di Brass (79,4 anni) e più compromessi sia dal punto di vista dell'autonomia funzionale (56,9 e 25 di Barthel medio vs 81,65 del campione e 98,2 dei soggetti con un

basso rischio all'Indice di Brass) che per quanto riguarda le funzioni cognitive (MMSE medio di 21,5 e 4,7 vs 22,7 del campione e 25,8 dei soggetti con basso indice di rischio alla Brass).

Tra coloro che necessitano di dimissione protetta si è inoltre osservata una maggiore incidenza di eventi negativi intercorrenti (15,92% nei soggetti a medio rischio Brass e 94,29% nei soggetti ad alto rischio Brass rispetto a quelli a basso rischio Brass, pari al 7,49%) maggiore mortalità intraospedaliera (4,46% e 5,71% vs 2,18%) e a 6 mesi (10,51% e 24,29% vs 6,13% e 9,43% del campione).

I dati desunti dalla documentazione clinica confermano la dimissione di 142 pazienti presso altre strutture (140 quelli individuati dall'indice di Brass), di cui 2 soggetti accolti in una casa di riposo per un temporaneo impedimento delle famiglie a farsene carico, mentre non è stato possibile valutare per quanti e quali pazienti è stato effettivamente attivato il servizio domiciliare la cui richiesta è di competenza del Medico di Medicina Generale. Dalla valutazione delle lettere di dimissione, nel periodo considerato, l'attivazione del servizio è stata consigliata per meno di 200 soggetti su 300 (14 pazienti sono deceduti durante il ricovero) individuati dall'applicazione del BRASS Index.

### Discussione

La ricerca dimostra innanzitutto che non tutti gli anziani ricoverati per un evento medico acuto richiedono un percorso di dimissione protetta

**Tabella 2: Caratteristiche funzionali e cliniche dei 1188 pazienti raggruppati in relazione alla classe di rischio ottenuta con l'Indice di Brass**

	Totale campione	Brass index 0-10	Brass index 11-20	Brass index 21-40	p
	1188	734(59%)	314(28%)	140(13%)	
		M+DS	M+DS	M+DS	
<b>Caratteristiche anagrafiche</b>					
Età (anni)	81.1±6.3	79.4±5.3	83.5±4.9	85.1±5.7	.0001
Femmine (%)	(65.8)	(59)	(73)	(75)	
<b>Autosufficienza</b>					
Barthel Index 2 settimane prima	81.5±25.9	98.2±2.3	71.2±21.3	39.4±29.6	.0001
Barthel Index all'ammissione	71.6±32.8	92.5±18.3	56.9±27.3	25.0±27.8	.0001
Barthel Index alla dimissione	72.8±3.3	93.5±14.6	62.8±21.2	27.5±27.4	.0001
IADL (n. funzioni perse) 2 settimane prima	3.4±2.8	1.7±2.1	4.3±2.5	6.3±2.5	.0001
<b>Stato mentale</b>					
Cognitività (MMSE: 0-30)	22.7±8.3	25.8±3.8	21.5±8.6	4.7±5.0	.0001
<i>Eventi negativi intercorrenti</i>	237 (20%)	55 (7,49%)	50 (15,92%)	132 (94,29%)	.001
<i>Mortalità intraospedaliera</i>	38 (3,2%)	16 (2,18%)	14 (4,46%)	8 (5,71%)	ns
<i>Mortalità a 6 mesi</i>	112 (9,43%)	45 (6,13%)	33 (10,51%)	34 (24,29%)	.0001
Durata della Degenza (giorni)	6,7 DS ± 3,2	6,4 DS ± 2,7	7 DS + 3,1	8,3 DS ± 5,4	ns
<i>Ricovero in RSA</i>	142 (11,95)	0	2 (0,64)	140(100%)	ns

ma, al contempo, che senza uno strumento che individui già all'ammissione i soggetti che ne debbono beneficiare, il rischio è di sottostimare il bisogno di continuità.

Inoltre i dati ottenuti hanno confermato che la disabilità funzionale e il deficit cognitivo precedenti l'evento acuto, oltre che essere associati ad outcome negativi, sono indicatori nel soggetto anziano ospedalizzato della necessità di un percorso che richiede la pianificazione delle cure e dell'assistenza.

L'età, il sesso e la diagnosi di ammissione non sono, infatti, sufficienti, nel paziente anziano e molto anziano, per spiegare la comparsa di outcome negativi. In un'ampia revisione della letteratura condotta nell'ambito dello studio europeo Admission Case-Mix system for the Elderly (ACMEplus) da Campbell e collaboratori (2004) si evidenzia la necessità di considerare altre variabili, in particolare lo stato funzionale

e cognitivo, che sono più strettamente correlate alla comparsa di outcome negativi. Numerosi studi hanno, infatti, dimostrato che la disabilità funzionale e il deficit cognitivo si associano ad outcome negativi nel soggetto anziano ospedalizzato con un aumento della durata della degenza, collocazione in casa di riposo alla dimissione, frequenti riammissioni, aumento della mortalità e dei costi (Narain, 1988; Rudberg, 1996; Satish, 1996; Covinsky, 1997; Carlson, 1998; Alarcon, 1999; Fortinsky, 1999; Ingold, 2000; Cornette 2006).

Si potrebbe ipotizzare, seppure siano necessari ulteriori studi, che la complessità dei soggetti anziani ricoverati in ospedale per un evento medico acuto si correla direttamente alla presenza e gravità, precedenti l'evento acuto, della disabilità funzionale e/o del deficit cognitivo. Attraverso la rilevazione, peraltro non particolarmente complessa, di queste due condizioni è



possibile per gli infermieri individuare i pazienti che necessitano di una maggiore intensività assistenziale, una più attenta pianificazione delle cure, finalizzata ad evitare le complicanze (lesioni da decubito, infezioni delle vie urinarie, eccesso di disabilità), nonché l'attivazione già all'ammissione un percorso di dimissione protetta che accompagni l'anziano e la sua famiglia all'apprendimento di quanto sarà poi necessario continuare a fare a casa, con o senza il supporto dei servizi domiciliari.

Anche la necessità di un ricovero permanente o temporaneo presso un servizio residenziale, se prevista per tempo, può essere pianificata e rende possibile preparare l'anziano e la sua famiglia evitando, almeno, l'ansia e lo stress di una affannosa ricerca.

### Conclusioni

La complessità rappresenta anche per la professione infermieristica la sfida da affrontare per proporre ai pazienti anziani e alle loro famiglie soluzioni che rendano possibile conciliare presenza di disabilità, deficit cognitivo, malattie e qualità della vita. Per affrontare la complessità dobbiamo abbandonare i modelli lineari, accettare l'imprevedibilità, rispettare (e utilizzare) l'autonomia e la creatività, rispondere in maniera flessibile all'emergere di situazioni e opportunità (Plsek e Greenhalgh, 2001), nonché valorizzare e promuovere l'apporto di più saperi e professioni nella definizione, gestione e valutazione del bisogno di salute.

I servizi sanitari e socio sanitari chiedono alla nostra professione abilità e strumenti per leggere i bisogni, progettualità per tracciare percorsi di cura realizzabili e centrati su obiettivi misurabili, coniugando efficacia ed efficienza. Gli utenti, in particolare quelli più vulnerabili e fragili, e le loro famiglie chiedono, oggi come ieri, agli infermieri l'ascolto della loro sofferenza e il riconoscimento che anche laddove è impossibile curare è sempre possibile assistere. Anche se significasse "solo" restare accanto.

### Bibliografia

- 1 Blaylock A, Cason C. *Discharge Planning predicting patients' needs*, Journal of Gerontological Nursing 1992; 18(7).
- 2 Alarcon T, Barcena A, Gonzalez-Montalvo JI, Pe-

nalosa C, Salgado A. *Factors predictive of outcome on admission to an acute geriatric ward*. Age Ageing 1999; 28: 429-32.

- 3 Blaylock A, Cason C. *Discharge Planning predicting patients' needs*, Journal of Gerontological Nursing 1992; 18(7).

- 4 Campbell SE, Gwyn Seymour D, Primrose WR, for the ACMEplus project\* *A systematic literature review of factors affecting outcome in older medical patients admitted to hospital* Age and Ageing 2004; 33: 110-115.

- 5 Carlson JE, Zocchi KA, Bettencourt DM, Gambrel ML, Freeman JL, Zhang D & Goodwin JS *Measuring frailty in the hospitalized elderly: concept of functional homeostasis*. American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation 1998; 77: 252-257.

- 6 Cornette P, Swine C, Malhomme B, Gillet JB, Meert P, D'Hoore W. *Early evaluation of the risk of functional decline following hospitalization of older patients: development of a predictive tool*. Eur J Public Health. 2006 Apr; 16(2): 203-8.

- 7 Covinsky KE, Justice AC, Rosenthal GE, Palmer RM & Landefeld CS *Measuring prognosis and case mix in hospitalized elders. The importance of functional status*. Journal of General Internal Medicine 1997; 12: 203-208.

- 8 Fortinsky RH, Covinsky KE, Palmer RM & Landefeld CS *Effects of functional status changes before and during hospitalization on nursing home admission of older adults*. Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences 1999; 54: M521-M526.

- 9 Ingold BB, Yersin B, Wietlisbach V, Burckhardt P, Bumand B & Bula CJ *Characteristics associated with inappropriate hospital use in elderly patients admitted to a general internal medicine service*. Aging 2000; 12: 430-438.

- 10 ISTAT Istituto Nazionale di Statistica *Previsioni demografiche nazionali 1° gennaio 2005-1° gennaio 2050* ([www.demo.istat.it/altridati/previsioni\\_naz.it](http://www.demo.istat.it/altridati/previsioni_naz.it) consultato il 13 maggio 09a).

- 11 ISTAT Istituto Nazionale di Statistica *Previsioni demografiche nazionali Anno 2007* ([www.demo.istat.it/altridati/previsioni\\_naz.it](http://www.demo.istat.it/altridati/previsioni_naz.it) consultato il 13 maggio 09b).

# M.A.P.:

## il Modello Assistenziale Professionalizzante

di Enrico Ballerini e di Elena A. Pasotti

Il sistema di Classificazione Internazionale della Funzionalità, l'ICF, ha fornito, assieme alla Teoria della Complessità, l'opportunità di approfondire e declinare sperimentalmente il Modello di Analisi della Complessità Assistenziale, al fine di definire la complessità assistenziale e il fabbisogno quali-quantitativo dei professionisti.

Utilizzando la Teoria della Complessità quale chiave di lettura dell'organizzazione sanitaria e il Modello di Analisi della Complessità Assistenziale come riferimento concettuale infermieristico, nonché il riferimento tassonomico rappresentato dalla classificazione ICF<sup>1</sup>, Silvestro et al<sup>2</sup> hanno elaborato un metodo denominato Metodo Assistenziale Professionalizzante (MAP) costituito da due strumenti, uno per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita, l'altro per la definizione del correlato fabbisogno di risorse umane.

Il MAP<sup>3</sup> nasce nel corso dell'anno 2007 dall'approfondimento e dall'analisi operativa dell'idea che fosse necessario il superamento del paradigma assiomatico "l'infermiere assiste il paziente" per definirne un altro: "*l'infermiere assiste la persona attivandone il coinvolgimento e tenendo conto delle sue risorse*" (Pitacco, 2003). Un tale orientamento porta ad individuare un sistema di classificazione e misurazione

dell'assistenza e delle attività infermieristiche che comprende l'intero e completo processo assistenziale inclusivo dei correlati interventi (ICN 2007).

Elementi costitutivi del MAP sono tre variabili definite dimensioni:

- dimensione della stabilità clinica;
- dimensione della responsività;
- dimensione della indipendenza.

È stata inoltre individuata come quarta variabile di valutazione il *contesto* definito "elemento" in quanto riguarda la valutazione di modalità estrinseche alla persona assistita diversamente dalle variabili sopra elencate, che si occupano invece della valutazione di elementi intrinseci alla persona.(figura 1). Lo scopo è dare una visione globale della persona e non solo della malattia, puntando sullo sviluppo delle abilità individuali e su un contesto ambientale favorente. L'approccio non è più orientato all'erogazione di prestazioni, ma al raggiungimento della massima autonomia possibile.

L'interrelazione costante fra le dimensioni e il

contesto permette di:

- delineare la condizione di salute della persona assistita;
- identificare le necessità di assistenza;
- definire ed attuare interventi più appropriati per rispondere alle necessità identificate;
- distinguere le azioni di pertinenza dei “professional” da quelle di altri operatori;
- delineare il grado di integrazione con i componenti dell’equipe assistenziale;
- definire il grado di coinvolgimento e di integrazione dei care-giver.

L’utilizzo del modello di analisi della complessità assistenziale completato dal metodo assistenziale professionalizzante, può contribuire ad avvicinare la quotidianità assistenziale alle norme deontologiche in quanto:

- facilita l’identificazione delle necessità e priorità assistenziali individuali;
- orienta ad una risposta personalizzata attraverso la correlazione tra: i bisogni della persona assistita (approccio olistico), le risorse assistenziali (equità distributiva), e l’appropriatezza operativa (competenza professionale), il budget di riferimento (pertinenza gestionale).

Lo strumento elaborato prevede la categorizzazione della complessità rilevata in quattro livelli: bassa, medio bassa, medio alta e alta. A partire da questo strumento di valutazione è stato progettato il secondo che permette la definizione della stima del fabbisogno quali-quantitativo, tenendo conto delle necessità assistenziali rilevate con il primo strumento. La stima del fabbisogno quali-quantitativo di risorse umane avviene attraverso l’utilizzo di specifici coefficienti, ricavati sulla base dei tempi necessari per espletare i processi assistenziali e complementari utili per rispondere alle necessità assistenziali rilevate attraverso lo strumento di valutazione della complessità della persona assistita.

Al fine di validare tale modello, nell’ottobre 2008, ha preso avvio uno studio multicentrico alla cui fase iniziale hanno aderito varie Aziende Sanitarie pubbliche e private convenzionate del territorio nazionale, tra cui, per quanto attiene la provincia di Brescia, il Presidio Ospedaliero di Montichiari afferente all’A.O. Spedali Civili di Brescia, il Presidio Ospedaliero di Desenzano afferente all’A.O. di Desenzano del Garda, il Presidio Ospedaliero di Chiari afferente all’A.

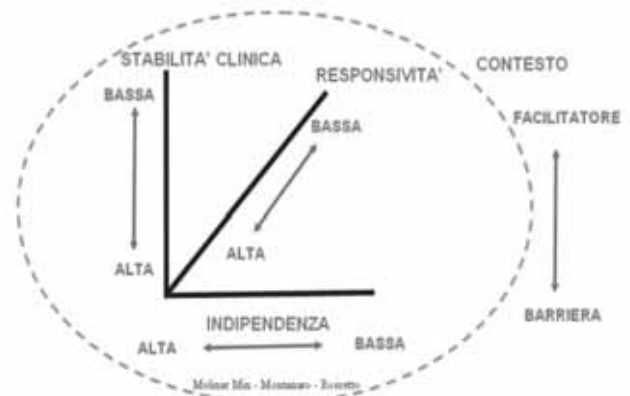
O. “Mellino Mellini” di Chiari e l’Ospedale S.Orsola-Fatebenefratelli di Brescia.

### Descrizione dello studio e obiettivo generale

Lo studio multicentrico nazionale è di tipo descrittivo non interventistico. Si propone di validare:

- a. lo strumento per la valutazione della complessità assistenziale della persona assistita;
- b. il correlato strumento per la definizione del fabbisogno di risorse umane;
- c. testare in ambito nazionale il soft-ware Sky Map.

**Figura 1 – Le dimensioni costitutive del M.A.P.**



### Sede della sperimentazione

Sono sede della sperimentazione le 125 Aziende Sanitarie pubbliche e private del territorio nazionale, che hanno aderito al progetto di ricerca.

### Requisiti obbligatori di ammissione allo studio

I requisiti richiesti alle Aziende Ospedaliere per essere ammessi alla sperimentazione sono stati:

- la presenza di strutture semplici o complesse di Medicina e Chirurgia generale di almeno 20-25 posti letto ciascuna;
- disposizione di postazioni con P.C. connesso in rete;
- disponibilità su base volontaria del personale infermieristico.

## **Durata dello studio**

La durata dello studio è di sei mesi ed è articolato in due fasi:

- a. la “fase palestra”, svoltasi nei mesi di dicembre e gennaio, durante la quale il personale ha potuto effettuare delle simulazioni utili all’addestramento;
- b. la “fase di inserimento dati” iniziata il 9 febbraio 2009, prevede l’inserimento consecutivo e quotidiano dei pazienti fino al termine della sperimentazione.

## **Popolazione dello studio e criteri di inclusione**

Nel sistema MAP sono reclutabili tutti i pazienti adulti presenti in regime di degenza di ricovero ordinario.

## **Fonte e rilevazione dei dati**

Il MAP è stato trasposto in uno specifico software denominato SKY MAP, al fine di permettere un facile e rapido utilizzo degli strumenti e la gestione di tutte le informazioni, relative alla complessità delle persone assistite, da parte del personale che eroga l’assistenza.

Il sistema SKY MAP è un sistema centralizzato per la raccolta delle informazioni. Esso richiede, per l’accesso, una identificazione dell’utente (Login+Password) al fine di garantire la massima riservatezza delle informazioni gestite, l’associazione alla struttura ospedaliera e al reparto di appartenenza.

L’appartenenza ad uno specifico reparto di una specifica struttura ospedaliera è fondamentale perchè ogni utente può effettivamente accedere solo ai dati di pertinenza del proprio reparto.

Gli utenti sono gli operatori autorizzati all’utilizzo del programma, in possesso delle credenziali di accesso.

I compilatori saranno univocamente identificati: agli infermieri compete l’inserimento dei dati clinico-assistenziali, al coordinatore anche l’inserimento dei dati strutturali.

Lo strumento di valutazione deve essere compilato nella prima parte della giornata in quanto tale operazione consente di definire il quadro di impegno del personale per le 24 ore successive.

La rilevazione si riferisce a tutti i pazienti presenti nel reparto, entro le ore 12.00. Dopo tale ora si intende concluso l’inserimento dei dati della giornata. Qualora un paziente sia

dimesso o trasferito entro le ore 12.00, non si procede alla valutazione.

## **Risultati**

La sperimentazione si è conclusa il 31 Maggio, dopo un notevole afflusso di dati e di informazioni dai centri di sperimentazione. Successivamente alla fase di processazione e rielaborazione, la Federazione IPASVI metterà a disposizione, nei prossimi mesi, gli esiti della ricerca.

## **Bibliografia**

- 1 ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*) Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute sviluppata dall’OMS e pubblicata nel maggio 2001 (ultima revisione).
- 2 Silvestro A. et al. “*La complessità assistenziale*”, Mc-Graw-Hill, Milano, 2009.
- 3 Rossetto P., Molinar Min M., Montanaro A., *Atti incontro Dirigenti Servizi Infermieristici*, Roma, 25-10-2008.

# S.I.P.I.: il Sistema Informativo della Performance Infermieristica

di Patrizia Bevilacqua e di Lucia Laratta

Il Sistema Informativo della Performance Infermieristica nasce da un modello teorico, il Modello delle Prestazioni Infermieristiche, e dall'adozione di un sistema di rilevazione e di comparazione quali-quantitativa delle informazioni assistenziali.

Il sistema informativo della performance infermieristica (S.I.P.I.) è uno strumento in grado di rilevare e sviluppare dati oggettivi e confrontabili fondamentali per l'organizzazione dell'assistenza infermieristica nelle strutture ospedaliere, poiché, attraverso esso è possibile adattare efficacemente l'offerta alla domanda di assistenza infermieristica. È stato ideato nel 2007 da un connubio tra Università Statale di Milano-Bicocca e l'Azienda Ospedaliera San Gerardo di Monza che ne è il Centro Coordinatore <sup>1</sup>.

Il S.I.P.I. prevede la creazione di un modello per l'elaborazione di griglie di rilevazione basate su dati rappresentativi dell'assistenza infermieristica. Questo strumento definisce e classifica i diversi profili di complessità dell'assistenza che si manifestano ponendosi come ausilio tecnico concreto ad una efficiente organizzazione che deve modularsi in relazione alla complessità assistenziale. Il riferimento concettuale dell'assistenza infermieristica, posto alla base metodologica dello strumento, è il Modello delle Prestazioni Infermieristiche della Scuola Universitaria di Discipline Infermieristiche di Milano.

Le finalità che si propone il S.I.P.I. sono:

- a. migliorare la qualità dell'assistenza infermieristica erogata attraverso una più efficace ed efficiente allocazione delle risorse disponibili;
- b. confrontare l'assistenza infermieristica offerta a gruppi omogenei di persone classificate secondo la logica dei DRG e creare le basi per verificare la fattibilità di una ponderazione dell'assistenza infermieristica relativa ai DRG stessi;
- c. contribuire alla determinazione dei costi dell'assistenza infermieristica;
- d. documentare l'utilizzo della risorsa infermieristica nelle unità organizzative delle strutture sanitarie;
- e. allocare il personale infermieristico in funzione della complessità e variabilità dei bisogni di assistenza infermieristica delle persone prese in carico dal SSN;
- f. creare i presupposti per la definizione di un coefficiente di distribuzione del personale di supporto che tenga conto della complessità assistenziale infermieristica.

L'identificazione delle variabili degli indicatori di performance dell'assistenza infermieristica tengono conto di tre ordini di considerazioni: le condizioni clinico-assistenziali delle persone

che afferiscono alle realtà considerate, la correlazione tra l'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e i risultati ottenuti, la corrispondenza tra la pianificazione, l'attuazione e la valutazione dell'assistenza infermieristica.

### Descrizione dello studio e obiettivo generale

È stata attivata nel 2007 una ricerca multi-centrica nazionale. Le strutture di degenza per la rilevazione sono distinte in:

- specialità di base;
- specialità e media assistenza;
- specialità a elevata assistenza (figura 1).

L'obiettivo della ricerca è validare il S.I.P.I. in strutture di degenza di un gruppo significativo di ospedali italiani.



### Sede della sperimentazione

Allo studio hanno aderito 25 Aziende Ospedaliere del territorio nazionale.

### Requisiti obbligatori di ammissione allo studio

E' stata definita una codifica condivisa per l'identificazione delle strutture di degenza attraverso quanto proposto dal Piano Socio-Sanitario Regionale (PSSR 2006-2008) della Lombardia che suddivide le degenze nei livelli di complessità assistenziale sopra menzionati.

### Durata dello studio

Lo studio, della durata di un mese, era articolato in tre fasi:

1. presentazione del S.I.P.I. e degli strumenti utilizzati al personale operante nelle strutture sede di rilevazione (anno 2007);
2. corso di formazione agli infermieri individuati da ciascuna Azienda Sanitaria (febbraio 2008);
3. fase di sperimentazione (marzo 2008).

### Popolazione dello studio

Sono state reclutate nel sistema S.I.P.I. le persone assistite con età maggiore o uguale agli anni

18, degenti da almeno 24 ore e presenti nella struttura di degenza alle ore 14 (orario di rilevazione).

### Fonte e rilevazione dei dati

Il S.I.P.I. è stato indagato attraverso l'utilizzo di una scheda di rilevazione dei dati rappresentativi dell'assistenza infermieristica utili a:

- fornire un quadro sintetico ed esaustivo della performance infermieristica;
- permettere la definizione dei profili di complessità dell'assistenza infermieristica.

La documentazione infermieristica ha rappresentato la fonte dei dati.

### Risultati

In conclusione l'esito atteso da questo progetto di ricerca era proporre un contributo utile alla definizione di un Sistema di indicatori per il monitoraggio della performance dell'assistenza infermieristica, al fine di produrre conoscenza aggiuntiva e consentire l'assunzione di decisioni relative alla qualità dell'assistenza infermieristica in un più ampio contesto del Servizio Sanitario. I risultati ad oggi disponibili presentati nel recente Congresso Nazionale IPASVI<sup>2</sup> evidenziano che:

- a medesime specialità cliniche corrispondono differenti profili di complessità infermieristica;
- non esiste una relazione diretta tra le specialità medico-chirurgiche e i profili di complessità di assistenza infermieristica;
- la distribuzione percentuale dei profili di complessità di assistenza infermieristica è equamente distribuita nelle tre aree di intensità clinica di cura;
- viene confermata la necessità di articolare la struttura organizzativa integrando la complessità clinica con quella assistenziale, infatti i profili di complessità dell'assistenza infermieristica variano in modo autonomo rispetto all'intensità clinica delle specialità medico-chirurgiche.

### Bibliografia

1 Moiset C., Vanzetta M., *Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 2009.

2 C. Moiset et al., in Atti Congresso Nazionale IPASVI, "Il sistema informativo della performance infermieristica", Firenze, 26-28 febbraio 2009.

# Il S.I.P.I. e il M.A.P.: riflessioni e implicazioni per l'assistenza infermieristica

di Enrico Ballerini, Patrizia Bevilacqua, Lucia Laratta, Elena A. Pasotti

La riflessione sulla complessità assistenziale e sugli strumenti interpretativi adottati pone inevitabilmente l'accento sulle implicazioni etiche di un'assistenza professionalmente di qualità e centrata sulla persona. Le variabili che giocano un ruolo nel definire la complessità assistenziali non sono, pertanto, esclusivamente sottoponibili a misurazione, ma sono da rintracciare nelle ragioni del curare e dell'assistere.

“**L**a complessità è un tessuto di costituenti eterogenei inseparabilmente associati: pone il paradosso dell'uno e del molteplice. (...) Il tessuto di una tappezzeria contiene dei fili di lino, di seta, di cotone, di lana, di vari colori.” (Edgard Morin 1993).  
“Per leggere la complessità di un fenomeno”, ossia ciò che è tessuto insieme, “(...) non basta identificare i numerosi dati che lo compongono o la tipologia degli elementi messi in gioco, ma occorre considerare anche l'intreccio di una serie significativa di relazioni” (Pitacco, Silvestro 2003).

L'analisi del materiale raccolto, dà evidenza della volontà, dell'impegno e delle risorse messi in campo dagli infermieri, al fine di offrire, attra-

verso lo studio e la ricerca, un contributo sfidante e propositivo per delineare un percorso che porti a leggere la complessità dell'assistenza, ad assumerla e a fronteggiarla con un mix di risorse appropriate nel rispetto dei principi e valori etici posti alla base della professione.

I due metodi di classificazione della complessità assistenziale presi in considerazione sono fortemente basati sul concetto di beneficenza e autonomia, quali elementi fondanti dell'assistenza infermieristica. Il bisogno di autonomia si configura, però, come uno dei problemi che la persona può presentare, risultando non esaustivo dei criteri da prendere in considerazione per identificare i bisogni di assistenza globale. Come si evince, infatti, dal Codice Deontologico degli infermieri <sup>1</sup>:

• “...l'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica...

- *”(art. 1);*
- *“...l’assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività...” (art. 2);*
- *“...la responsabilità dell’infermiere consiste nell’assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona...” (art.3);*
- *“...l’infermiere presta assistenza secondo principi di equità e giustizia...” (art. 4);*
- *“...l’infermiere orienta la sua azione al bene dell’assistito di cui attiva le risorse, sostenendolo nel raggiungimento della maggior autonomia possibile...” (art. 7).*

Nel Profilo Professionale <sup>2</sup>, invece, si parla di assistenza infermieristica definendola “...prevenitiva, curativa, palliativa e riabilitativa...” e si sottolinea come l’infermiere partecipi “...all’identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività...”.



Per arrivare ad una valutazione oggettiva e completa della complessità assistenziale, oltre all’autonomia, è importante cercare di stimare, come nei modello SIPI e MAP, altri criteri quali:

- la prevedibilità delle condizioni cliniche del soggetto;
  - il grado di instabilità;
  - le conoscenze e le abilità tecniche necessarie per rispondere ad un determinato problema;
  - il contesto in cui ci si trova ad operare.
- Diventa, quindi, non più procrastinabile una si-

nergia tra esercizio della funzione organizzativa-gestionale e l’esercizio della funzione clinico-assistenziale.

Avere a disposizione uno strumento oggettivo per la determinazione del fabbisogno di personale in funzione del case-mix assistenziale, non significa necessariamente risolvere il problema della presa in carico globale della persona assistita.

Le organizzazioni dovranno sempre più ricercare diverse modalità organizzativo-clinico-assistenziali che tengano conto di criteri e modalità diverse di allocazione dei degenti (organizzazione per intensità di cure), della turnistica del personale (ponendo attenzione alle problematiche famiglia-lavoro), con cui ridisegnare le prestazioni necessarie in funzione del modello organizzativo adottato, dell’adozione di sistemi informativi e relazionali ad ampio raggio, dell’utilizzo di percorsi di integrazione organizzativa, clinica e assistenziale <sup>3</sup>.

Inoltre dovrà essere adeguatamente monitorato l’impatto che la modalità organizzativa scelta avrà sull’organizzazione, nelle relazioni professionali, nell’utilizzo delle risorse, nella pianificazione dei processi di assistenza infermieristica e nella valorizzazione delle diverse competenze professionali.

La ricerca di una diversa modalità organizzativo-assistenziale, con queste premesse, avrà come punti di forza la centralità della persona assistita, il superamento dell’instabilità gestionale e delle possibili difficoltà recettive dei pazienti, l’innalzamento del livello di professionalità degli operatori nei confronti della collettività.

Questo è l’impegno che ogni professionista che opera nei diversi contesti clinici, gestionali, organizzativi e formativi è chiamato ad assumere spinto da una aderenza profonda all’eticità e alle competenze professionali distintive che lo qualificano.

## Bibliografia

- 1 IPASVI, *Codice Deontologico degli Infermieri*, Roma 2009 , artt. 1-2-3-4-7
- 2 DMS n. 739 del 14 settembre, 1994, art. 1
- 3 Baumann A. *Restructuring, reconsidering, re-costricting: Implication for health human resources*. International Journal of Public Administration 2003b, vol. XXVI (14): 1561-1679



## Assemblea Annuale degli Iscritti Brescia 18 aprile 2009

Relazione del Presidente Stefano Bazzana

L'assemblea annuale è luogo di incontro e di incontri, tempo di dibattito e di riflessione, dove definire il presente e costruire il futuro, dialogando, immaginando e progettando. La costruzione delle relazioni si colloca nella profonda convinzione che è la dimensione dell'incontro e del dialogo che ci rende moralmente adulti.

**G**entili colleghe, egregi colleghi, prima di iniziare la mia relazione, che istituzionalmente ha lo scopo di fare un bilancio, informandovi delle attività svolte e delle iniziative da realizzare, consentitemi di ringraziare i colleghi del precedente Consiglio Direttivo ed in particolare chi lo ha presieduto, la Sig.ra Federica Renica. L'attività svolta e l'impegno sono stati rilevanti anche se, purtroppo, ancora poco visibili. Questa è la prima Assemblea degli iscritti dopo il rinnovo degli organi del Collegio IPASVI di Brescia. Le operazioni di voto si sono svolte con la consueta regolarità, il numero dei votanti -pur essendo quasi raddoppiato rispetto alle elezioni precedenti- rimane comunque modesto. Esprimiamo un sincero ringraziamento verso gli

iscritti che hanno partecipato al voto decretando un risultato che, pur nella continuità, vede impegnato un nuovo Consiglio Direttivo e un nuovo Collegio dei Revisori per il triennio 2009-2011. L'assemblea annuale degli iscritti rappresenta un momento di incontro e di confronto importante. E' il momento in cui si rende evidente l'attività svolta rispetto agli obiettivi posti, si ipotizzano e si condividono le politiche professionali ed i progetti da realizzare in futuro al fine di garantire un adeguato sviluppo professionale ed un miglioramento della qualità dell'assistenza offerta alle persone.

In linea con queste premesse, al fine di dare il benvenuto ai nuovi iscritti che sono entrati a far parte della professione nel corso del 2008, l'assemblea si apre con la lettura dei primi articoli del nuovo Codice Deontologico da parte di un

giovane neoiscritto all'Albo. Hanno completato la lettura dei restanti articoli i 10 consiglieri neoeletti nel Direttivo.

### **Relazione attività anno 2008**

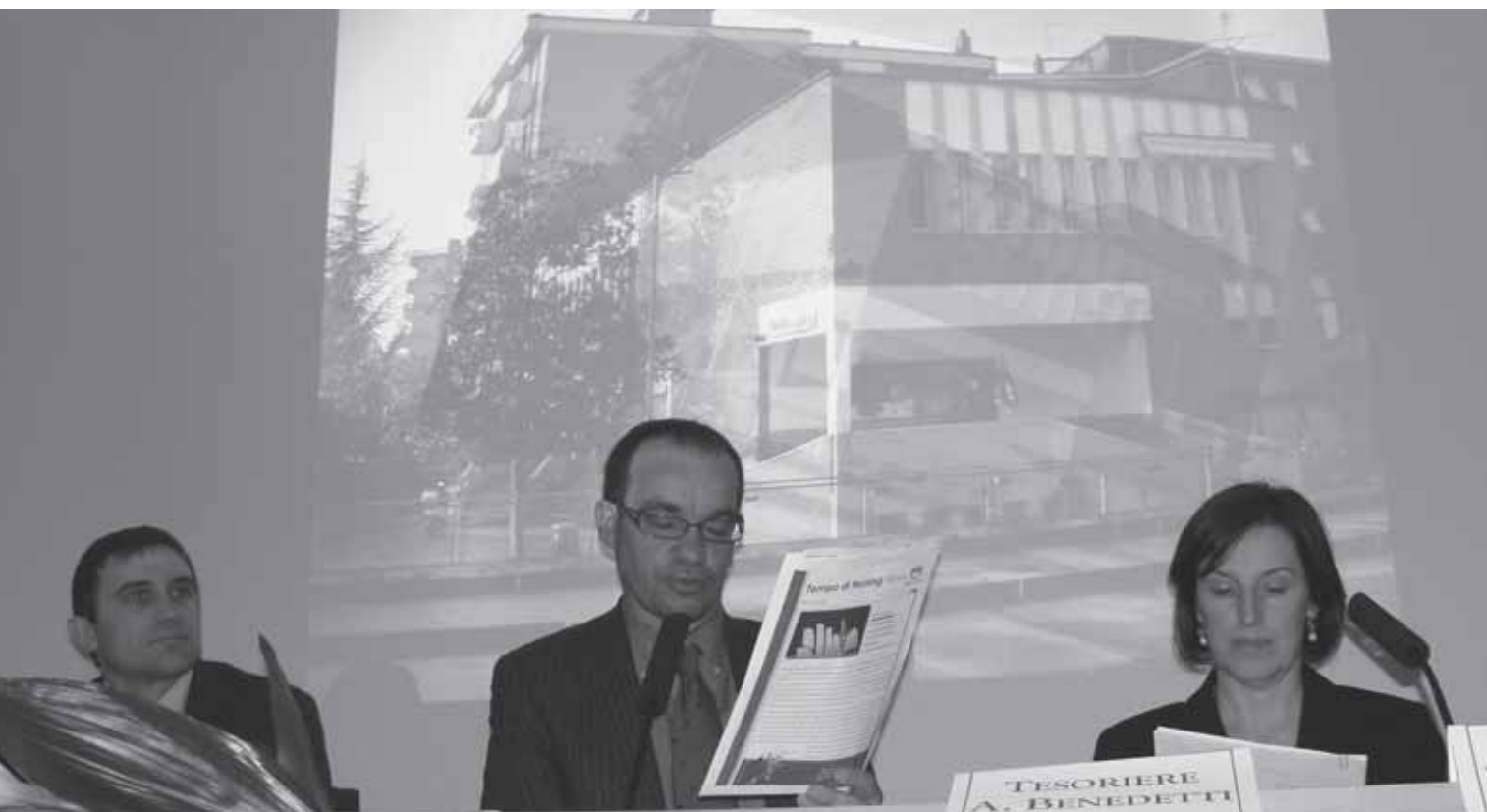
L'attività del Collegio Ipasvi di Brescia è in gran parte caratterizzata dalle attività delle commissioni, sia permanenti sia temporanee. La commissione pareri legali, fiscali e professionali e la commissione libera professione hanno registrato un'intensa fruizione di consulenza agli iscritti fornita sia da colleghi che da esperti esterni: consulenze professionali, consulenze legali, consulenze fiscali e per l'esercizio libero professionale. A queste attività vanno aggiunte le consulenze fornite telefonicamente o via e-mail e l'attività di ricevimento in sede.

Importante è stata anche l'attività deontologico-disciplinare, aspetto a cui il Collegio riserva grande attenzione in quanto garante istituzionale del comportamento dei propri iscritti. A ciò si affianca l'azione di tutela legale con esposti/denuncia contro ogni forma di abusivismo, mancanza o fatto disdicevole al decoro della professione.

• E' stata attivata a livello provinciale una Commissione per la revisione del Codice Deon-

tologico che ha lavorato coinvolgendo la rappresentanza dei cittadini. Sono stati svolti 5 incontri fra maggio e settembre che hanno esaurito il mandato della prima fase, con l'intento di mantenere attivo il gruppo di lavoro per la fase di implementazione e monitoraggio del nuovo codice.

- Il Collegio ha partecipato con propri rappresentanti agli incontri promossi dall'Università degli Studi di Brescia, attività opzionali rivolte agli studenti del terzo anno di corso.
- Nel 2008 rilevante l'impegno profuso dai Collegi Lombardi nella causa legale per la difesa della professione nel caso "Sitra Melegnano", nei vari gradi di giudizio, fino al recente ritiro del ricorso da parte delle OOSS mediche.
- Attiva è stata la partecipazione di tutti i Collegi Provinciali ad incontri e a tavoli tecnici presso la D.G. Sanità per la definizione del fabbisogno di personale del S.S.R. per l'A.A. 2007/2008 e 2008/2009.
- A livello provinciale è stata attivata una Commissione, "tavolo tecnico" per l'elaborazione delle linee guida per la formazione di ASA e OSS, presso l'Assessorato della Provincia di Brescia.
- Nell'ambito del servizio offerto agli iscritti,



**Tabella 1 – Attività formative svolte dal Collegio IP.AS.VI. di Brescia**

### **Corsi di formazione residenziale**

**1, 8 febbraio 2008** (ECM per Infermieri)

L'ELABORATO FINALE DEL CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

**28 marzo 2008** (ECM per IP.AS.VI.)

LA RESPONSABILITÀ GIURIDICA NELLA PRESCRIZIONE E NELLA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI

**10 maggio 2008** (ECM per Infermieri e Infermieri Pediatrici)

REVISIONE DEL CODICE DEONTOLOGICO DEGLI INFERMIERI ITALIANI: DALLA RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE, ALLA DIFESA DEI DIRITTI DEGLI ASSISTITI

**15, 23 maggio 2008** (ECM per Infermieri)

LO STUDIO INFERMIERISTICO ASSOCIATO:

CONOSCENZE DI BASE PER LA SUA COSTITUZIONE ORGANIZZAZIONE GESTIONE

**6-13- 20-21 Giugno 2008** (ECM per Infermieri)

L'ABC DELL'ESERCIZIO LIBERO PROFESSIONALE

**21 maggio 2008, 12 novembre 2008** (ECM per Infermieri) 2 Edizioni

LA CASSA DI ASSISTENZA E PREVIDENZA: VALIDE RAGIONI PER CONOSCERLA MEGLIO

### **Corsi di Formazione a Distanza**

#### **SICURE**

Corso Fad sulla sicurezza – promosso dal Ministero della Salute – Fnomceo – Federazione Ipasvi

A completamento corso assegnati 20 Crediti formativi ECM. Attestati a cura Ipasvi Bs

#### **ECCE-inFAD**

Proseguito anche nel 2008 il Progetto ECCE-inFAD: la formazione a distanza dedicata agli infermieri. Il progetto finanziato dall'Agenzia italiana del farmaco (AIFA) e realizzato con la collaborazione dell'IPASVI.

l'attività di ascolto/colloqui ha richiesto un notevole impegno da parte del Consiglio Direttivo e dei consulenti, al fine di soddisfare le sempre maggiori richieste che pervengono al Collegio.

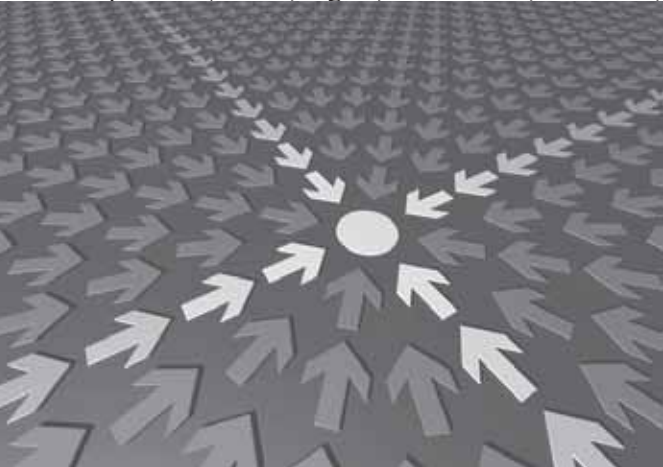
- Un ulteriore contributo è stato ricercato con il mantenimento e potenziamento della commissione esami per i cittadini stranieri, comunitari e non, per le prove di conoscenza della lingua e delle disposizioni che regolano l'esercizio della professione. Peraltro, lo scenario europeo,

specie dopo l'ulteriore ampliamento dell'UE, riserva sfide normative e organizzative particolarmente difficili. La libera circolazione professionale, il riconoscimento dei titoli formativi, il problema della lingua pongono tutti noi di fronte alla responsabilità di iscrivere professionisti all'altezza delle richieste dei cittadini e delle strutture. Test d'ingresso d'italiano: n. 65 totali (per trasferimento, per iscrizione senza esame, per iscrizione con esame).

L'impegno si è inoltre espresso:

- negli incontri periodici del Consiglio Direttivo e del Collegio dei Revisori dei Conti per la realizzazione delle attività istituzionali;
- nei periodici incontri delle Commissioni per il raggiungimento degli obiettivi specifici;
- nella collaborazione con istituzioni pubbliche e con organizzazioni politiche, sociali, professionali;
- nella collaborazione attiva con il Coordinamento Regionale Collegi Lombardi;
- partecipando agli incontri ed aderendo agli indirizzi della Federazione Nazionale Ispasvi.

Prima di lasciare la parola al tesoriere per l'illustrazione del bilancio consuntivo vorrei esprimere un ringraziamento anche a tutti i colleghi che hanno collaborato nel corso dell'anno, ai consulenti che ci hanno supportato nei campi specifici (fiscale, legale, informatica, sicurezza,



qualità) e al personale dipendente che garantisce una continuità di presenza e di ricordo tra i diversi organi del Collegio, i consulenti e gli iscritti.

Il tesoriere Benedetti passa quindi ad illustrare all'Assemblea, il Rendiconto generale economico finanziario dell'esercizio 2008 e nello specifico si esaminano dettagliatamente il rendiconto economico-finanziario competenza 2008 ed i residui attivi e passivi al 31.12.2008.

Al termine della presentazione del bilancio consuntivo 2008, presenta la sua relazione il presidente dei revisori dei conti Sig. Vitaliano Tidoni che conclude esprimendo un giudizio favorevole sulla veridicità del bilancio con-

suntivo 2008 e lo pone all'approvazione dell'assemblea degli iscritti.

Non vi è alcuna richiesta di chiarimento e quindi il Presidente si appresta a richiedere agli iscritti l'approvazione del Bilancio Consuntivo.

#### **Operazioni di voto del bilancio consuntivo 2008**

E' stato consegnato un tesserino di voto, in numero identico alla capacità di espressione di voto che il singolo iscritto ha: 1, 2 o 3 a seconda del numero delle deleghe ricevute (ogni iscritto non può essere investito di più di due deleghe).

I presenti sono: 55 i deleganti sono 15 e, quindi la capacità di espressione di voto e' di 70 voti.

La messa in votazione del bilancio consuntivo 2008 da il seguente risultato delle operazioni di voto:

- Favorevoli n. 70;
- Contrari n. 0;
- Astenuti n. 0.

#### **Relazione programmatica**

*"Sii il cambiamento che vorresti vedere nel mondo"* (Ghandi).

La straordinaria crescita che la professione ha conosciuto negli ultimi anni impone all'Organismo di rappresentanza professionale un ruolo e una capacità operativa sempre crescente.

Il lavoro è impegnativo ma la sfida è esaltante. La forza per condurla arriva dalla collaborazione di molti che hanno dato la loro disponibilità e che verranno contattati prossimamente.

Al proposito il presidente presenta le commissioni permanenti istituite e i loro coordinatori:

- Commissione Libera Professione, coordinatrice Giovanna Bertoglio;
- Commissione Tempo di Nursing, coordinatore Guglielmo Guerriero;
- Commissione Cittadini Stranieri., coordinatore Angelo Benedetti;
- Commissione formazione, coordinatrice Zanetti Ermellina;
- Commissione pareri legali e fiscali, coordinatore Stefano Bazzana;
- Commissione accreditamento professionale, coordinatore Claudio Prandelli.

#### **Programma 2009**

Cosa vogliamo continuare a fare...

**Valorizzare la figura dell'infermiere e le sue competenze, favorire la crescita degli iscritti e supportare l'esercizio libero professionale:**

ATTIVITA' ISTITUZIONALE	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
Sedute Consiglio Direttivo Iscritti Albo Comunitari Provenienti da Altri Collegi Iscrizione all'albo Infermieri Extracomunitari	N. 26 Sedute - Tot. N. 188 Iscrizioni N. 19 Iscritti Comunitari N. 19 Iscritti Extracomunitari N. 150 Iscritti Provincia Bs
Cancellazioni dal ruolo Trasferimenti ad altri Collegi	Tot. N. 109 Cancellazioni N. 65 cessata attività N. 26 trasferiti ad altri Collegi N. 11 deceduti N. 1 (trasf. Estero) N. 1 per morosità e irreperibilità N. 3 scadenza permesso soggiorno N. 1 motivi personali N. 1 rientro in Patria
Incontri per attivazione procedura riconoscimento titolo cittadini non U.E. Preparazione materiale da consegnare ai cittadini stranieri per Esami Cittadini Stranieri	N. 65 Colloqui e test idoneità ammissione all'esame N. 4 Commissioni insediate per espletamento esami per un totale di 30 esaminandi Attestazione superamento esame per N. 17 candidati esaminati N. 13 Attestazioni di non superamento esame
Incontri Coordinamento Collegi Lombardi Rapporti con 'Università Rapporti con la Regione	N. 10 Incontri a Milano per studio e preparazione documenti da presentare alle Istituzioni, Regione O Iscritti Nomina di 2 rappresentanti del Collegio per Commissione Esami di laurea, per le sessioni accademiche presso l'Università degli Studi di Brescia e presso la Cattolica-Poliambulanza per un totale di 15 giorni di presenza. N. 4 incontri e relazioni con Assessorato alla Sanità N. 22 Commissioni Esami Oss/Asa
Rapporti con la Provincia Rapporti con la Federazione Rapporti con la Cassa Di Previdenza Rapporti con i Mass Media	N. 2 incontri e partecipazione al Tavolo Tecnico per definizione di Linee Guida per la formazione di Asa-Oss N. 4 incontri Consiglio Nazionale a Roma N. 20 incontri in sede, N. 15 su richiesta, per risoluzione problematiche inerenti la Cassa Di Previdenza. N. 12 inserti sui quotidiani per pubblicizzazione iniziative formative, Assemblea, giornata 12 Maggio e inserti promozione della professione
Rapporti con le Strutture Sanitarie Incontri sull'esercizio Libero Professionale Risposte a quesiti professionali Consulenze Rinnovo Certificazione del Collegio Ipasvbs – 24/07/2008	N. 13 incontri Comitato Etico Azienda Spedali Civili N. 50 con verbali d'incontro N. 90 consulenze professionali e telefoniche N. 40 consulenze legali, fiscali, per esposti, denuncia, ricorsi Attività svolta in sede Responsabile Qualità, Per Il 2008 Bazzani M. Lorena

ATTIVITA' DI SEGRETERIA	LAVORO/ATTIVITA' SVOLTA
<p>Risposte a quesiti degli iscritti in sede e per telefono</p> <p>Rapporto con gli utenti</p>	<p>N. 1680 Informazioni relative a:</p> <p>Orari di Apertura, richiesta N. Fax, E-Mail, N. C/C, etc.</p> <p>Iscrizione albo, tasse, ecc.</p> <p>Polizza Willis</p> <p>Crediti Ecm</p> <p>Riconoscimento Titoli Stranieri</p> <p>Cassa Previdenza</p> <p>Quote associative</p> <p>N. 110 Aggiornamenti del sito Web del Collegio: <a href="http://www.ipasvibs.it">www.ipasvibs.it</a></p>

1. estendendo la cultura dell'accreditamento professionale;
2. promuovendo iniziative formative che seguano l'evoluzione del sistema ECM/CPD (Associazioni, NursingFAD);
3. Garantendo l'iscrizione all'Albo degli aventi diritto, certificando il possesso e il mantenimento del requisito da parte degli iscritti alle istituzioni che lo richiedono ;
4. sostenendo la libera professione mediante incontri di consulenza ai colleghi interessati ad attivare modalità di esercizio consolidate e/o nuove (formazione, pubblicizzazione);
5. informando, formando e vigilando sull'esercizio professionale degli infermieri stranieri che operano nel nostro territorio, con una costante verifica dei requisiti culturali, linguistici e professionali (materiale didattico, tirocinio, revisione test);
6. difendendo il decoro della professione contro il lavoro nero, contrastando la concorrenza sleale e l'esercizio abusivo della professione.

...Cosa ci proponiamo di innovare e rafforzare...

**Dare voce alle esigenze degli infermieri; tessere forti rapporti con le Università, le Istituzioni e i cittadini garantendo con modalità diverse una presenza costante ed evidente:**

sfruttando di più e meglio i mezzi di comunicazione per gli iscritti e per il cittadino:

- media locali: maggiore presenza del Collegio su argomenti che riguardano direttamente la professione;
- rivista Tempo di Nursing : cambio del formato grafico e revisione della struttura;
- sito web: Istituzionale, informazioni chiare e complete; accessibilità ai servizi di segreteria

in modo informatico; presenza di una sezione rivolta ai cittadini e alle istituzioni;

- newsletter on-line: Notiziario rivolto agli iscritti, a invio mensile, che informi su particolari argomenti o inviti alla partecipazione a iniziative specifiche;
- partecipando al Coordinamento Collegi IPA-SVI della Lombardia che permetta una presenza significativa nei confronti della Regione.
- consolidando legami forti con le Università, sia attraverso collaborazioni istituzionali specifiche sia con il coinvolgimento degli studenti alle attività del Collegio;
- promuovendo il confronto sulle politiche sanitarie con le Organizzazioni Sindacali, le altre professioni, le Associazioni, le istituzioni e gli Enti locali;
- fornendo ai cittadini tutte le informazioni inerenti il Collegio IPASVI di Brescia, i Professionisti iscritti e gli assetti normativi in vigore.

...Affinchè ogni iscritto si senta parte attiva...

**Riavvicinare gli infermieri al collegio, anche attraverso la creazione di un'ampia rete di collaborazioni che coinvolga un crescente numero di professionisti:**

1. attivando un network di colleghi disponibili a supportare le attività del Collegio, riducendo la distanza tra il Collegio e gli iscritti;
2. utilizzando le Commissioni come mezzo per portare all'esterno del Consiglio Direttivo la discussione e la condivisione, per poi riportare all'interno del Direttivo l'atto decisionale;
3. valorizzando l'investimento economico messo in atto per l'acquisto della nuova sede, rendendola un luogo di incontro e di sviluppo per gli infermieri e per tutte le professioni sanitarie.

4. Promuovendo e finanziando iniziative di ricerca, studio, collaborazione aperte a tutti gli iscritti.

Gli obiettivi da attuare sono ambiziosi, ma riteniamo che il trasferimento nella nuova sede favorirà il loro raggiungimento. Una nuova “casa degli infermieri” dove poter effettuare corsi di formazione, con una biblioteca, con postazioni per ricerche on-line.

Ma anche come luogo dove gli infermieri bresciani potranno incontrarsi, fra di loro o con altri professionisti e, perché no, con i cittadini. Nuovi spazi che saranno segno tangibile della presenza dei tanti infermieri che lavorano nelle diverse realtà.

Una sede nostra, per favorire la valorizzazione del ruolo e lo sviluppo delle competenze dei nostri iscritti.

Valutati tali obiettivi da raggiungere, alla luce della continuità e dell’impegno del Consiglio Direttivo, si chiede la fiducia agli iscritti per proseguire nella gestione dell’Ente.

Grazie per l’attenzione!

Prima di presentare il Bilancio di Previsione per il 2009, il Tesoriere chiede formalmente agli iscritti di condividere ed approvare con atto deliberativo di indirizzo, l’impegno a ridurre l’indebitamento complessivo per l’acquisto, ristrutturazione ed allestimento della nuova sede per una somma pari ad euro 50.000,00. Tale operazione si concretizzerà anche mediante un riaccertamento dei residui attivi e passivi 2008, che sarà realizzato entro la fine del 2009, allo scopo di ridurre le uscite dei residui passivi per euro 50.000,00 e conseguentemente ridurre le entrate inerenti il mutuo ipotecario sottoscritto con la Banca Popolare di Sondrio per una somma di pari importo. Il Tesoriere precisa che uguale somma è stata imputata alle uscite in conto capitale del previsionale 2009 nella categoria acquisto/ristrutturazione allestimento nuova sede al fine di finanziare alcune uscite di competenza 2009 inerenti l’allestimento della nuova sede.

Dopo la relazione del Tesoriere Benedetti che illustra il bilancio preventivo 2009, la relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Tidoni, che ne dichiara la regolarità contabile, finanziaria ed economica, e dopo aver



risposto alle richieste di chiarimenti degli iscritti, il Presidente Bazzana, su richiesta di alcuni iscritti, chiede la disponibilità dei partecipanti a procedere alle due votazioni per alzata di mano. I partecipanti accettano e, quindi, si dichiarano aperte le operazioni di voto per alzata di mano. La prima votazione è per l'approvazione della variazione di bilancio. La seconda è per l'approvazione del bilancio previsionale anno 2009.

### **Votazione della proposta di delibera assembleare di indirizzo finalizzata a ridurre l'indebitamento per l'acquisto, ristrutturazione ed allestimento della nuova sede**

I presenti sono: 55, i deleganti sono 15 e, quindi la capacità di espressione di voto è di 70 voti. Le operazioni di voto della variazione dei residui attivi-passivi esercizio 2008 danno il seguente risultato:

- Favorevoli n° 70
- Contrari n° 0
- Astenuti n° 0

La proposta di delibera assembleare è approvata all'unanimità.

Dopo la relazione del Tesoriere Angelo Benedetti che illustra il bilancio preventivo 2009, la relazione del Presidente del Collegio dei Revisori dei Conti Vitaliano Tidoni, che ne dichiara la regolarità contabile, finanziaria ed economica, e dopo aver risposto alle richieste di chiarimenti degli iscritti seguono le:

### **Operazioni di voto del bilancio preventivo 2009**

I presenti sono: 55 i deleganti sono 15 e, quindi la capacità di espressione di voto è di 70 voti. La messa in votazione del bilancio preventivo 2009 dà il seguente risultato delle operazioni di voto:

- Favorevoli n° 70
- Contrari n° 0
- Astenuti n° 0

Vi ringrazio per la fiducia accordata al Consiglio Direttivo, con l'espressione delle votazioni. Grazie.

### **Momento di celebrazione**

Nel corso dell'assemblea annuale degli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia, come di consueto, abbiamo voluto premiare coloro che per 35 e 50 anni hanno mantenuto l'iscrizione al Collegio, affermando in tal modo il loro senso di identità e di appartenenza alla professione infermieristica. Con la consegna di un dono-ricordo viene letta

una breve biografia, da parte della vicepresidente Zanetti, di ciascun iscritto premiato.

Come negli scorsi anni, il momento di festa non deve rimanere confinato al giorno dell'assemblea; vogliamo che tali premiazioni abbiano il giusto risalto, affinché il percorso fatto da questi colleghi sia visibile e apprezzato da tutta la comunità infermieristica bresciana perché anch'essi, con il loro impegno e le loro idee, hanno contribuito allo sviluppo della disciplina infermieristica e all'affermazione della professione. Peraltro, alcuni di loro stanno proseguendo nel proprio cammino professionale costituendo una valida guida e uno stimolo per tutti.

Riportiamo i loro nomi:

Per i 50 anni di iscrizione

*Bertocchi Bartolomea*  
*Franchini Domenica*

Per i 35 anni di iscrizione

*Accini Antonio*  
*Apostoli Giovanna Sr. Fabiana*  
*Brunetti Giovanna*  
*Ciceri Alessandra*  
*Comincini Fiorenza*  
*Dorza Anna*  
*Ganzola Bruna Valeria*  
*Giudici Germana*  
*Martinelli Luciana*  
*Morselli Maria*  
*Pedrocchi Carla*  
*Pezzin Maria Teresa*  
*Polini Margherita*  
*Roveri Maria*  
*Rubetti Anna Sr. Rachele*  
*Salvati Miriam*  
*Squazzoni Domenica*  
*Tonni Sr. Marisa*  
*Zamboni Alessandra*  
*Zatti Rosa Beatrice*

Un ringraziamento da parte nostra va a tutti loro, per quanto hanno fatto per la nostra professione e soprattutto per le persone assistite.

Il Presidente, Dr. Stefano Bazzana





## LE INVASIONI BARBARICHE

di Piera Baiguera

**L**e invasioni barbariche ( Les invasions barbares)

Canada/Francia, 2003, drammatico, durata 99'.

Regia di Denys Arcand Con R. Girard, S. Rousseau, D. Berryman, L. Portal, D. Michel.

**H**o visto questo film quasi per caso, incuriosita dal titolo “Le invasioni barbariche” che immediatamente mi ha ricordato la più nota trasmissione di Daria Bignardi su La7. Ovviamente fin dalle prime sequenze ho capito che si trattava di tutt'altra cosa, ma che quello che stavo vedendo mi intrigava e incuriosiva. In breve la trama del film: il protagonista Remy, ex docente universitario e grande donnaiolo, ha un cancro. Chiamato in aiuto dalla madre il figlio Sebastian, broker di successo a Londra, torna in Canada con la fidanzata per assisterlo.



Esasperato dalla burocrazia che affligge la sanità pubblica, sborsa ingenti somme di danaro per assicurare al padre, con il quale ha sempre avuto rapporti tesi e conflittuali, il massimo del comfort.

Al capezzale di Remy intanto si riuniscono l'ex moglie e i vecchi amici, per aiutarlo a sopportare la tragica realtà e il peso dei ricordi.

Questo film coinvolge sicuramente in alcune riflessioni, che partendo da un contesto immaginario, ma molto vicino alla realtà, permette al regista di focalizzare l'attenzione del pubblico e in modo particolare degli addetti ai lavori, su tematiche molto delicate e di stretta attualità, come l'impiego di sostanze stupefacenti per fini terapeutici, la mala sanità e l'eutanasia.

Naturalmente si può non essere d'accordo o dissentire con le tesi o con le soluzioni proposte dal regista, ma quello che ci presenta è comunque un importante spunto di riflessione sulla vita e sulla sua conseguente ed ineluttabile fine.

Prendere coscienza della condizione umana nelle sue varie, molteplici sfaccettature, con l'esortazione ed esaltazione ad impiegare al "meglio" il tempo che ci rimane da vivere.

Il protagonista che ha vissuto e goduto pienamente dei piaceri della vita (in tutti i sensi), durante gli ultimi giorni, avrà intorno a sé la famiglia e gli amici intimi che gli daranno quell'affetto e quella vicinanza fisica che da tempo avevano dimenticato, risucchiati ognuno dai propri impegni (famiglia, lavoro, successo, sesso).

Sorprende anche come il protagonista sia consapevole dei tanti errori fatti nella sua vita, ma non rinneghi in nessun modo la natura delle sue scelte.

Nonostante il tema principale sia quello della malattia e relativo "contorno", il regista riesce a non scadere mai nel banale, descrivendo gli ultimi giorni di Remy quasi con elegante leggerezza, ma nello stesso tempo anche con cinica durezza.

Questo sottile equilibrio è possibile grazie alla attenta sceneggiatura, che anche nei momenti più cupi e drammatici, impiega in modo sapiente la potente arma del sorriso ad esaltazione della vita.

Il regista inoltre non trascurava toni di denuncia, come il progressivo disfacimento dei valori all'interno della società, con un uomo destinato

a condurre una vita freneticamente omologata, consacrato al denaro e alla cultura del business (Sebastian, il figlio, ritratto della New Economy; "i soldi fanno la felicità e con essi si aprono tutte le porte").

Piacevole invece, ma forse improbabile, la situazione in cui le persone più care, comprese le ex amanti, si riuniscono tutte al capezzale di Remy con la moglie e non si prendano per i capelli.

Significativo il ruolo delle infermiere che con la loro spiccata personalità e gestualità, intendendo con questo termine proprio il fare, conquistano questo scorbutico e difficile paziente!

Notevole la fotografia, il richiamo alla natura, meravigliosa e struggente di una casa sulle rive di un lago canadese, dove il protagonista decide di "vivere" i suoi ultimi giorni.

Ecco, forse il morire come si vuole è l'aspetto che più mi ha dato da pensare e che sicuramente mi trova priva di certezze e diventa motivo di ricerca, di riflessione e di confronto e ancora una volta mi stimola come persona e come infermiera a tenere sempre presente, a considerare che ogni individuo è unico, nel modo di vivere e di conseguenza nel modo di morire.

Forse anche questa dovrebbe essere una scelta.

# Di cosa parliamo quando parliamo di medicina

di Carla Noci

**D**i cosa parliamo quando parliamo di medicina  
D. Minerva, G. Sturloni  
Codice Edizioni – Torino 2007

**B**enessere, malattia, prevenzione, stili di vita... Molti sono i temi che, avendo a che fare con la salute delle persone, vengono oggi affrontati non solo da riviste scientifiche rivolte a specialisti, ma anche dai molti mezzi di comunicazione di cui disponiamo oggi. Le trasmissioni televisive si occupano spesso di prevenzione e cura delle malattie, i quotidiani danno grande risalto alle non sempre edificanti notizie provenienti dal mondo sanitario, qualunque settimanale che si rispetti contiene una rubrica attraverso la quale uno o più specialisti offrono consulenze e consigli ai lettori.

Complessivamente si ha l'impressione che, con tutto questo gran parlare di medicina, l'accesso alle informazioni sanitarie sia più o meno alla portata di tutti, sempre che si abbia voglia di essere informati.

Si è mediamente convinti che, avendo la legge riconosciuto al cittadino il diritto di esprimere il proprio "consenso informato" ai trattamenti sanitari, la comunicazione in medicina sia lineare, fluida, senza particolari problemi, se non quello che gli operatori sanitari invocano sempre come alibi per giustificare la frettolosità con cui parlano



con gli assistiti: la mancanza di tempo.

Volendo evitare l'annosa questione che divide colpevolisti da innocentisti, ossia chi sostiene che i tempi per le cose importanti si trovano sempre e chi spara tutte le drammatiche cifre di una costante emergenza sanitaria, pochi si sono concentrati fino ad ora su questa domanda: ma quando gli operatori sanitari parlano di questioni "mediche", come lo fanno? Che cosa dicono esattamente? Com'è il loro linguaggio, quali sono i messaggi che trasmettono agli assistiti? Quali metafore usano, quali immagini contribuiscono ad accreditare e diffondere rispetto ai temi della salute/malattia?

Questi interrogativi rappresentano il filo conduttore del libro curato da Daniela Minerva e Giancarlo Sturloni, entrambi giornalisti impegnati nello studio e nell'insegnamento della comunicazione scientifica. E poiché la questione è tutt'altro che semplice (perché parlare di medicina significa affrontare temi "esistenziali" come l'esperienza del dolore, la fatica di vivere malati o di vedere morire chi si ama), non si

può parlare di medicina ad una sola voce o partendo da una sola prospettiva, di cui si millanta l'oggettività scientifica. Servono molti punti di vista e molte riflessioni che prendono in considerazione il linguaggio, la storia della tecnica e della scienza, l'evoluzione delle concezioni che riguardano i diritti e i privilegi dei cittadini, la giustizia, l'arte, la politica. Ciascuno di questi aspetti, anche quelli apparentemente più lontani dal dominio della medicina, può contribuire a far luce sul modo in cui si parla oggi di salute e malattia, mostrando le radici profonde e antiche di ciò che viene detto (o non-detto) dai professionisti sanitari al pubblico dei "non addetti ai lavori".

Gli otto capitoli di cui si compone il libro sono piccoli, preziosi saggi di autori differenti che esplorano da diverse angolature la complessità della comunicazione in medicina.

Bernardo Fantini, docente di storia della medicina presso l'Università di Ginevra, descrive le metafore attraverso le quali i sanitari hanno appreso e tramandato nel tempo il loro sapere, custodendone gelosa-



mente l'antica sacralità e detenendo a lungo il monopolio della "cultura della salute".

Daniela Minerva, giornalista, affronta il tema dei racconti con i quali si descrive il proprio "essere malati", mentre Silvio Monfardini, medico oncologo, descrive le parole più usate per comunicare (o tacere) la diagnosi.

Il dialogo fra sordi che sembra esistere fra medico e paziente è, invece, l'aspetto preso in considerazione da Ignazio Marino, chirurgo di grande esperienza e di fama internazionale, che sostiene con convinzione la pericolosità di un eccesso di "tecnica" a svantaggio della relazione interpersonale fra curante e curato.

Del rischio di una tecnologia senza confini né regole, alimentata dall'industria della salute, parla anche Giancarlo Sturloni, giornalista e responsabile del Master in Comunicazione della Scienza alla SIS-SA di Trieste. Alla sua documentata analisi rispetto alle ingannevoli (ma assai proficue per il mercato) promesse di miracoli in ambito sanitario, fa seguito un'interessante riflessione su luci ed ombre della evidence based medicine, curata da Luca Carra, anch'egli giornalista e direttore della rivista "Tempo medico".

Maria Pia Ruffilli, vicepresidente di Farmindustria, affronta lo spinoso tema dell'etica dell'informazione da parte dell'industria farmaceutica. Il suo breve, ma significativo contributo, è seguito da quello, assai differente ma non meno interessante, di Fulvio Simoni, curatore di mostre e autore di numerosi video-documentari di carattere storico scientifico. L'argomento del quale egli si occupa riguarda l'evoluzione storica delle rappresentazioni del corpo umano. Forse non tutti sanno che la dislocazione interna degli organi e la struttura dei differenti apparati è stata, nella storia, oggetto di fantasiose raffigurazioni e rimarrà, di fatto, sconosciuta, fino a che la Chiesa e le leggi in vigore fino al tardo medioevo non rimuoveranno il divieto di realizzare autopsie a scopo di studio.

Da quel momento, a partire dalle immagini che Leonardo ha magistralmente prodotto dedicandosi alla dissezione dei cadaveri, il Rinascimento registra un crescente interesse per l'architettura del corpo umano, fino a raggiungere una vera e propria spettacolarizzazione dell'anatomia, con rappresentazioni pubbliche (con tanto di prenotazione di posti a sedere e biglietti di ingresso) in teatri affollati da studiosi, politici, rappresentanti del clero, ma anche gente comune.

Dai differenti contributi che il testo offre, emerge un

quadro composito ed affascinante della medicina, nel quale si mescolano sapientemente considerazioni sulla cultura dotta e sul senso comune, sui saperi scientifici, le loro omissioni ed incertezze e sul comune "patire" provocato dalla malattia e dallo spettro della sofferenza e della morte.

Tutto questo non sarà forse sufficiente per aumentare la sensibilità clinica dei professionisti, ma sicuramente può aiutarli a comprendere quanto il "parlare di medicina" evoca e sottointende.

Invito a tutti gli infermieri:

il giorno 3 ottobre 2009  
si terrà l'inaugurazione della nostra nuova sede

Siete tutti invitati.

In tale occasione i colleghi che hanno delle doti ed interesse alle varie forme d'arte,  
potranno esporre le loro opere o tenere le loro esibizioni.

Se sei interessato compila online il modulo di partecipazione che trovi sul sito

[www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)

e invialo entro il 31 agosto.

Una apposita commissione prenderà in esame le richieste e  
fornirà le indicazioni logistiche necessarie.

Il Presidente  
Stefano Bazzana



## Norme redazionali Tempo di Nursing

Le proposte di pubblicazione saranno accettate ad insindacabile giudizio del comitato di redazione.

Ogni articolo esprime il lavoro e/o le convinzioni degli autori, i quali assumono la responsabilità di quanto dichiarato. Gli articoli dovranno pervenire, esclusivamente per posta elettronica, su file Word agli indirizzi segnalati in calce.

Nella prima pagina dovranno essere indicati:

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

Dell'autore verrà pubblicato esclusivamente il recapito email.

Il testo deve essere il più conciso possibile e non superare in ogni caso le 10 cartelle di 30 righe e 60 battute per riga (1.800 caratteri per pagina, spazi compresi). E' necessario allegare un abstract (riassunto) di circa 400 caratteri, spazi compresi.

Eventuali tabelle, fotografie o diagrammi debbono essere citati sequenzialmente nel testo e numerati progressivamente con numeri arabi (es. tab 3, foto 4, diagramma 5); nel testo dovrà essere indicato chiaramente dove debbono apparire. Ogni tabella e diagramma dovrà avere un titolo (al di sopra) ed una breve didascalia (al di sotto). Le fotografie o illustrazioni saranno corredate da una breve didascalia.

Fotografie ed illustrazioni possono essere inserite nel testo Word, ma anche allegate a parte in formato .jpg di buona qualità, dimensioni approssimative cm. 8x12 a 300 dpi (circa 1000x1500 pixel). Il nome del file dovrà richiamare il contenuto, ad es. tabella3.xls, foto04.jpg, ...) Nel caso di grafici realizzati con Excel, è assolutamente necessario spedire anche il file di Excel con il quale sono stati generati (con dati di origine e grafico risultante), al fine di poterle operare l'esportazione ad alta definizione.

L'articolo di ricerca (o riassunto strutturato) dovrà essere predisposto come un articolo scientifico, ovvero dovrà prevedere le seguenti aree, anche se non delimitate da specifici paragrafi:

- Introduzione,
- Scopo,
- Materiali e metodi,
- Risultati,
- Discussione,
- Conclusione,
- Bibliografia.

Citazioni bibliografiche:

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi) nel testo, in ordine di citazione ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo.

Le citazioni bibliografiche dovranno contenere:

Per i LIBRI

- Cognome e iniziali del nome dell'autore (o degli autori o curatori),
- Titolo e sottotitolo dell'opera,
- Collana, numero dell'edizione (Es. 2a ed.) (se superiore alla prima),
- Luogo di edizione,
- Editore e Anno (se disponibile).

Per gli Articoli di riviste

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

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

Segreteria di Redazione della Rivista c/o:  
Collegio IPASVI di Brescia  
Via Pietro.Metastasio 26/a - 25122 BRESCIA

Tel. 030/291478 - Fax. 030/43194  
Sito web: [www.ipasvibs.it](http://www.ipasvibs.it)  
e.mail: [info@ipasvibs.it](mailto:info@ipasvibs.it)

Rivista trimestrale del Collegio I.P.A.S.V.I. di Brescia – N° 54/2009

Direttore responsabile: Stefano Bazzana

Responsabile comitato di redazione: Guglielmo Guerriero

Comitato di redazione: Piera Baiguera, Enrico Ballerini, Patrizia Bevilacqua, Paola Busi, Moreno Crotti Partel, Luca Maffei, Carla Noci, Nadia Regonaschi

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

Prestampa: IMK.IT – [www.imk.it](http://www.imk.it)

Fotocomposizione e Stampa: Com & Print (BS) - Via della Cascina Pontevecchia, 40 - 25124 Brescia - Tel. 030.2161291 - Fax 030.266140

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

Distribuzione e Abbonamento:

La rivista è inviata gratuitamente a tutti gli iscritti al Collegio IPASVI di Brescia. Per i non iscritti il costo dell'abbonamento annuo è di euro 10,00  
Singolo fascicolo euro 2,58

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

Presidente: Stefano Bazzana

Consiglio Direttivo: Bazzana Stefano, Zanetti Ermellina, Tomaselli Lidia A., Benedetti Angelo, Agazzi Carla, Amoruso Diego, Bertoglio Giovanna, Bertoli B. Marina, Crotti Partel Moreno, Guerriero Guglielmo, Iannelli Anna M., Magna Elisa, Massussi Daniela, Prandelli Claudio, Rossini Silvia

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

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