

Università degli Studi di Roma "Tor Vergata"

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Diploma Universitario per Infermiere

**Analisi di un'assistenza ad un cliente affetto da Morbo di
Alzheimer tipo 1, le possibilità di migliorare la qualità della
vita dell'assistito, linee guida e protocolli.**

Tesi di **Roberto Trombetta**

Relatore: Dott. Daniele Nacca

INDICE

INTRODUZIONE

1.1 DEFINIZIONI

1.2 FISIOPATOLOGIA

1.3 ETIOPATOGENESI

1.4 CARATTERISTICHE CLINICHE

1.5 DIAGNOSI

1.6 ASSESSMENT GERIATRICO DOMICILIARE

2. APPROCCIO INFERMIERISTICO

2.1 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

2.2 COSTITUZIONE DELL'EQUIPE ASSISTENZIALE

2.3 TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

2.4 SCHEDE INFERMIERISTICHE

2.5 LINEE GUIDA

3. ASPETTI ETICI

4. ASPETTI GIURIDICI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

4.1 MANSIONI SVOLTE IN AUTONOMIA

4.2 MANSIONI SVOLTE SU PRESCRIZIONE MEDICA

4.3 MANSIONI SVOLTE IN EMERGENZA

CONCLUSIONI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

Gli aspetti di una patologia ad andamento ingravescente, inevitabilmente coinvolgono molteplici aree di interesse di tipo personale, familiare e sociale. La malattia di Alzheimer è appunto una di queste che con le sue peculiarità suscita quesiti che coinvolgono in modo complesso la nostra società sia per il coinvolgimento emotivo dei familiari ma sia quello dei sanitari con prevedibili costi per l'assistenza di pazienti così problematici. L'assistenza che deve essere fornita a questo tipo di pazienti richiede un ampio reclutamento di risorse umane e professionali. Il caregiver ha un ruolo nodale nella storia della malattia in quanto dalla sua opera professionale dipende la qualità di vita del paziente e del nucleo familiare che convive con esso.(Pettinati,Spadin,Villani,1995).

1.1 DEFINIZIONI

La malattia di Alzheimer è la principale forma di demenza degenerativa primitiva, con definite caratteristiche anatomo-patologiche e cliniche . Originariamente descritta da Alzheimer nel 1907 e successivamente da Perusini nel 1909 e fu definita come *demenza presenile*. Attualmente viene utilizzata la definizione di demenza degenerativa tipo-Alzheimer per comprendere tutti i casi indipendentemente dell'età di esordio.

La malattia di Alzheimer rappresenta la quarta o quinta causa di morte negli ultra65enni dei paesi occidentali. La prevalenza della malattia aumenta con l'età ed è maggiore nel sesso femminile; meno dell'1% degli individui al di sotto dei 65 anni ne risulta affetto mentre colpisce dal 4 al 7 % degli ultra65enni e circa il 20% degli 80enni. In Italia è stata calcolata una prevalenza di circa il 6% per gli over 65enni ,

con una incidenza di 2,4% nuovi casi all'anno su 10.000 abitanti per le età comprese fra 40 e 60 anni e di 127 nuovi casi per le età superiori a 60 anni (Carretta, Petrini, 1992). Nel corso del 1995 in Italia il numero degli anziani oltre i 65 anni ha pareggiato quello dei giovani con meno di 15 anni, e d'ora in avanti continuerà ad aumentare, soprattutto a carico delle classi di età più avanzate. Il deterioramento mentale, si avvia a diventare quindi una malattia sociale, visto che la sua prevalenza aumenta dal 6% dopo i 65 anni, al 25% dopo gli 80 anni e al 40% oltre i 90 anni. Per l'anno 2000 sono previsti oltre un milione di malati di Alzheimer.

1.2 FISIOPATOLOGIA

L'aspetto anatomico-patologico caratteristico della malattia di Alzheimer è un processo degenerativo costitutivo da perdita di neuroni in specifiche aree cerebrali (corteccia cerebrale, ippocampo, e strutture sottocorticali quali il nucleo basale di Meynert), presenza di placche neuritiche o senili (nucleo centrale di β -amiloide, circondato da processi neuritici in degenerazione e da cellule gliali reattive) e degenerazione neurofibrillare (accumulo intracitoplasmatico di ammassi di fibrille argirofile). Recentemente grande significato viene attribuito al deposito di β -amiloide riscontrabile nel cervello di soggetti affetti da Alzheimer. Si ipotizza che un'alterazione del metabolismo di questa sostanza possa essere uno dei meccanismi patogenetici responsabili dell'insorgenza della malattia. Le placche senili e la degenerazione neurofibrillare sono riscontrabili anche nel normale processo di invecchiamento, ma in numero molto inferiore che nella malattia di Alzheimer. È stato inoltre dimostrato che il numero di placche neuritiche e di degenerazioni neurofibrillari si correlano significativamente con le funzioni cognitive misurate

antemortem. Sono stati descritti deficit neurotrasmettitoriali multipli nell'A.D. Particolare interesse riveste l'osservazione che in specifiche aree cerebrali (ippocampo e corteccia) è dimostrabile una marcata riduzione dell'attività colinergica. L'ipotesi di un possibile ruolo patogenetico del deficit colinergico nell'AD è stata suffragata dalla dimostrazione di una massiva perdita neuronale nel nucleo basale di Meynert, dal quale proiettano fibre colinergiche alla neocorteccia. Altri sistemi neurotrasmettitoriali, quali somatostatina, vasopressina, CFR (corticotropin releasing factor) serotonina, dopamina, sono comunque alterati nell'AD, sebbene il loro esatto ruolo nella patogenesi della malattia non sia del tutto chiarito.(Frisoni, Calabresi, Geroldi, Bianchetti, 1994)

1.3 ETIOPATOGENESI

L'etiologia dell'A.D. è tuttora oggetto di ricerca, grande interesse riscuote l'ipotesi genetica della malattia. Fin dell'inizio del secolo sono state descritte alcune famiglie in cui più soggetti erano affetti da A.D.; solo recentemente si è però riusciti a definire con precisione le modalità di trasmissione ereditaria della malattia, descrivendo gli alberi genealogici di alcune famiglie. E' stato così dimostrato che in una piccola percentuale dei casi (5- 10%). L'A.D. acquista i caratteri di una malattia genetica a trasmissione autosomica dominante. Le alterazioni genetiche riscontrate nelle forme familiari sono d'altra parte diverse, localizzate sui cromosomi 21, 14, 19.(AA.VV. Merck, 1990).

Nel 20- 30% dei casi la malattia si manifesta con una aggregazione familiare, senza i caratteri dell'eredità mendeliana; si ritiene che in questi casi il difetto genetico possa essere multifattoriale, con penetranza variabile probabilmente condizionata da fattori ambientali.(Sherman, Meisells, Margolis, 1981).

Nella maggioranza dei casi comunque (60%) l'A.D. è una malattia sporadica nella quale i fattori ambientali hanno un'importanza determinante , in questi casi il possibile ruolo dei fattori genetici rimane oggetto di discussione. Sono stati studiati numerosi possibili fattori di rischio, quali traumi cranici, agenti virali (anche non convenzionali, quali virus lenti o prioni), contaminamenti ambientali (alluminio), fattori immunitari e psicosociali. Sebbene per alcuni di questi vi siano dati epidemiologici o sperimentali favorevoli il loro ruolo nell'insorgenza dell'A.D. non è ancora definitivamente chiarito. Una serie di studi recenti hanno dimostrato che un particolare allele della apolipoproteina E4 (APOE4) è correlato ad un aumentato rischio di sviluppare la demenza di Alzheimer dopo i 65 anni . In circa il 50% dei soggetti affetti da AD si è dimostrata la presenza di almeno un allele per l'APOE4 (contro il 15% della popolazione generale) . Questi dati hanno suscitato un notevole interesse, perché tenderebbero a dimostrare che fattori genetici sono implicati nella patogenesi anche delle forme di A.D. ad esordio tardivo: a tutt'oggi però non è ancora chiaro se l'allele E4 della APOE non rappresenti piuttosto un fattore aspecifico di rischio per malattie neurodegenerative.(Cambier, Masson, Dehen, 1995)

1.4 CARATTERISTICHE CLINICHE

L'Alzheimer ha generalmente un inizio insidioso ed un decorso cronico-progressivo. La malattia può essere suddivisa in stadi clinici anche se esiste una grande variabilità. Il primo sintomo è generalmente una lieve perdita della memoria che progredisce gradualmente (Gauvreau, Gendron, 1996). Nelle fasi iniziali la perdita della memoria tende ad essere più marcata per gli eventi recenti, il paziente tende ad essere ripetitivo, tende a perdersi in ambienti nuovi, dimentica gli impegni,

può essere disorientato nel tempo. Con l'avanzare della malattia anche la memoria remota viene invariabilmente persa ed il paziente è incapace persino di riconoscere i propri familiari (Sasso,Bonvento, Gagliano, 1997). Accanto al deficit mnesico si manifestano altre alterazioni delle funzioni superiori, il pensiero astratto risulta impoverito, con ridotta capacità di ragionamento logico e concettuale, la capacità di giudizio è diminuita spesso precocemente, cosicché il paziente manifesta un ridotto rendimento lavorativo e può essere incapace di affrontare e risolvere problemi anche semplici relativi ai suoi rapporti interpersonali o familiari (Zanetti, 1997). Questi aspetti clinici vengono avvertiti tra i familiari ed i colleghi di lavoro determinando grande preoccupazione. Si manifestano labilità emotiva e mutamento della personalità, il paziente denuncia una progressiva incapacità a svolgere compiti prima per lui familiari. Più comunemente, soprattutto negli anziani, compare apatia, il paziente perde interesse per l'ambiente e per gli altri rinchiudendosi in se stesso. Spesso vengono esagerati i caratteri (premorbose) della personalità, quali atteggiamenti ossessivi e compulsivi, disforia, aggressività. In altri casi vi è invece un mutamento della personalità per cui soggetti solitamente controllati, misurati diventano impulsivi , intrattabili ed a volte anche violenti ((Frustaglia, 1994). Questa fase della malattia è più facilmente evidenziata in pazienti più giovani o che svolgono ancora attività, può invece sfuggire in pazienti anziani o che non svolgono compiti impegnativi da un punto di vista intellettuale. In alcuni casi la malattia si manifesta con una afasia isolata o con difficoltà visuo-spaziali. L'afasia è più spesso di tipo fluente con anomia e parafasie. L'aprassia e l'agnosia sono altri sintomi comuni di questa malattia (Guzzetti,1996). In questa fase il paziente è generalmente

gestito dalla famiglia e possono essere i familiari stessi che notano per primi un comportamento “strano”(Basaglia,Gamberoni,1997).

In una fase intermedia della malattia il paziente diviene incapace di apprendere nuove informazioni, spesso si perde, anche in ambienti a lui familiari. La memoria remota è compromessa, anche se non totalmente persa. Il paziente è a rischio di cadute, può richiedere assistenza nelle varie fasi della attività di vita quotidiane . Generalmente è in grado di deambulare autonomamente (Cocchi, Venturiero, Zuccalà, 1997).

Nelle fasi avanzate dell’A.D. il paziente è incapace di camminare e di svolgere qualsiasi attività della vita quotidiana, diventa incontinente, la memoria a breve ed a lungo termine è totalmente persa ed il paziente può divenire muto ed acinetico, si manifesta disfagia e può essere necessaria l’alimentazione artificiale. Il rischio di complicanze, quali malnutrizione, disidratazione, malattie infettive (polmoniti soprattutto), fratture e piaghe da decubito diviene elevato (Nano;Ricci;1994). Nell’A.D. sono comuni manifestazioni che ricordano comportamenti tipici dei disordini psicotici funzionali, quali depressione, sintomi psicotici e disturbi del sonno(Zanetti, Trabucchi, 1995). La frequenza di depressione del tono dell’umore è più elevata nell’Alzheimer , soprattutto nelle forme lievi e moderate, diminuendo man mano che la malattia diventa più severa . I sintomi e segni psicotici rilevabili nella demenza non sono completamente spiegati dal deficit mnesico . Fra i più frequenti troviamo agitazione, paura di essere derubati, sospettosità , paranoia sentimenti di abbandono, episodi di esplosione verbale , o pianto immotivato, o violenza (Pettenati, Spadin, Villani, 1995). I disturbi del sonno rivestono grande importanza, anche perché determinano uno stress notevole nei

caregivers; Questi disturbi sono frequenti ed anche precoci nell'A.D. Caratteristicamente il paziente di notte è insonne e vaga per la casa (Roucoules, Perlemuter,1992).

1.5 DIAGNOSI

Di fronte ad un paziente che presenta un deterioramento delle funzioni cognitive deve innanzitutto essere posta una diagnosi differenziale fra demenza, delirium, depressione ed altre sindromi psichiatriche che possono essere confuse con la demenza(Frustaglia,1994). La diagnosi può essere complicata dal fatto che a volte delirium e depressione possono coesistere con la demenza:

Diagnosi differenziale di demenza, delirium e disturbi funzionali

CARATTERISTICHE	DELIRIUM	DEMENZA	PSICOSI ACUTA
Insorgenza	Improvvisa	Lenta	improvvisa
Decorso nelle 24 h	Fluttuante	Stabile	Stabile
Stato della coscienza	Ridotto	Normale	Normale
Attenzione	Alterata	Normale	Può essere sincero
Funzioni cognitive	Globalmente interessate	Globalmente deficitarie	Selettivamente interessate
Allucinazione	Visive e/o uditive	Di solito assenti	Solitamente uditive
Delirio	Scarsi	Spesso assenti	Prominenti
Orientamento	Alterato nel tempo	Spesso alterato	Può essere alterato
Attività psicomotorie	Aumentata o diminuita	Spesso normale \	Varia a secondo della psicosi
Linguaggio	Spesso incoerente	Anomia perseverazione	Normale, rallentato o rapido
Movimenti involontari	Aterissi tremori	Spesso assenti	Di solito assenti
Malattie fisiche o intossicazioni da farmaci	Una o più presenti	Spesso assenti	Di solito assenti

Nonostante negli ultimi anni siano stati fatti notevoli progressi nella conoscenza della demenza, ed in particolare dell'A.D., tuttora la diagnosi non è sempre agevole e necessità una attenta valutazione del paziente. Resta comunque ancora oggi una diagnosi di esclusione e si può correttamente porre solo quando le altre cause di demenza, reversibile ed irreversibile, sono state escluse (Padovani,

1990). La diagnosi definitiva e certa è ottenuta solo attraverso l'esame istologico del tessuto cerebrale.

La malattia può avere un decorso variabile e sono state descritte sopravvivenze variabili dai 2 ai 20 anni. La sopravvivenza media può essere calcolata attualmente di circa 7 – 10 anni. La morte interviene generalmente per l'insorgenza delle complicanze(Frustaglia, 1994).

1.6 ASSESSMENT GERIATRICO DOMICILIARE PER LA DEMENZA

L'autosufficienza è condizionata dal complesso equilibrio tra i molteplici meccanismi che determinano la salute fisica e mentale e che regolano l'interazione tra individuo e ambiente(Pittaluga,Sasso,1996).

La non autosufficienza rappresenta il rischio principale dell'avanzare dell'età. Per non autosufficienza si intende l'incapacità a mantenere una vita indipendente e a svolgere le comuni attività di vita quotidiana(Basaglia,Gamberoni,1998). Essa è quindi un'entità funzionale la cui valutazione deve partire da un'indagine sulle cause che concorrono a determinarla, per rendere possibile la scelta dei rimedi più efficaci. Tutto ciò è attuabile solo se si opera con un approccio multidisciplinare. Tale metodologia, definita "geriatric assesment", è caratterizzata da un basso contenuto tecnologico e da elevate competenze di tipo medico, infermieristico, riabilitativo, sociale(Lawton,Brody,1969)

La sola diagnosi medica non è sufficiente a fornire informazioni su tutte le necessità sanitarie e assistenziali dell'anziano e sui cambiamenti nel tempo di tali necessità. Per questi scopi è molto più efficace la conoscenza della disabilità. Il riconoscimento delle patologie è essenziale per definire il piano terapeutico e per formulare una prognosi, mentre la valutazione dello stato funzionale è fondamentale

per la pianificazione dei servizi(Katz,Downs,Cash,1970). Per un corretto esame dello stato funzionale è necessario l'impiego di scale di valutazione standard, tese ad esplorare soprattutto la capacità di svolgere le comuni attività della vita quotidiana, la funzione cognitiva e la memoria e a riconoscere l'eventuale presenza di uno stato depressivo (Tinetti,1986). Gli obiettivi della valutazione sono l'identificazione dei problemi sanitari e sociali del cliente e la conoscenza del loro ruolo nel determinare la non autosufficienza. Da questa fase conoscitiva deve partire lo sviluppo di un piano di intervento terapeutico globale che preveda un approccio non solo farmacologico (necessario ma non di prima scelta) ma anche riabilitativo, psicologico, e sociale ai problemi emersi (Zanetti,Trabucchi,1995).

Gli strumenti di indagine nella valutazione multidimensionale sono rappresentati da scale di valutazione e da questionari strutturati. La scelta degli strumenti deve essere fatta in funzione dell'uso che se ne vuole fare.

L'assessment geriatrico sviluppa un piano per l'assistenza al cliente il più dettagliato possibile . Una valutazione multidisciplinare è fondamentale nell'accertamento del cliente a causa dei suoi bisogni e della sua complessità dei punti deboli, che spesso restano nascosti o senza risposta(Basaglia,Gamberoni,1998). Queste schede di supporto facilitano anche la trasmissione di informazioni cliniche importanti tra i vari operatori che si prendono cura dell'assistenza, infine la possibilità di tabulazione dei dati ci definisce nel tempo i progressi (o i regressi) terapeutici e poter stabilire in base ai dati raccolti un trend sulla possibile evoluzione dell'assistenza.

Abbiamo definito prima di iniziare l'assistenza i vari settori che debbono essere sottoposti a controlli e verifiche attraverso scale di valutazione.

- Stato di salute fisica
- capacità funzionale generale
- stato di salute psicologica
- fattori socio ambientali

Lo stato funzionale di un paziente può essere definito come il suo grado di autonomia fisica, intesa sia in termini puramente fisiologici di mantenimento omeostatico delle funzioni biologiche vitali (respirazioni, igiene personale, stazione eretta e deambulazione), o più complesse come quella lavorativa. In associazione ai parametri clinici dimensionali, consente di definire una valutazione globale delle condizioni del malato (Bracci, Farina, 1994), utile strumento di monitoraggio, in corso di terapia, sono le variazioni dei sintomi, legati alla dipendenza dei presidi medico-infermieristici, condizionati anche dalla tossicità del trattamento (Frustraglia, 1994).

Una parte importante dell'esame del paziente demente è la valutazione dello stato mentale. È importante, per una precisa caratterizzazione del tipo di disturbo effettuare un esame formale, che esplori in modo separato le varie funzioni cognitive (orientamento, memoria, capacità di calcolo, prassia, linguaggio, capacità visuo-spaziale) (Lawton, Brody, 1969).

Lo stato funzionale si configura come un indice di correlazione tra risposta biologica della malattia e impatto sulle funzioni fisiche del soggetto. Ad ogni attività personale soprattutto a quelle più complesse, sottende la presenza di una integrità psico-fisica intesa globalmente, la valutazione dello stato funzionale deve, per risultare conforme alla realtà, venire integrata da parametri atti a delineare, in modo parallelo, lo stato psico-emotivo e relazionale del malato (Zanetti, Trabucchi, 1995).

Non si può quindi valutare una singola area del soggetto se prima non si sono acquisite le conoscenze (dati) relativi alle altre aree di vita.

Assessment geriatrico:

- A) colloquio familiari
- B) costituzione dell'equipe di lavoro
- C) accertamento medico
- D) accertamento infermieristico
- E) valutazione funzioni di base
- F) valutazione stato di sicurezza della casa
- G) esami ematochimici
- H) esami strumentali
- I) diagnosi medica
- J) nursing assistenziale
- K) verifica del processo

Elenco degli strumenti usati durante l'assistenza:

- scheda medica dati anamnesici
- diagnosi medica geriatrica
- Indice di attività giornaliera di Katz
- Attività strumentali della vita quotidiana di Lawton
- Esame dello stato mini mentale di Folstein
- Valutazione dell'equilibrio e dell'andatura di Tinetti
- Lista di controllo della sicurezza casalinga della National Safety Council
- Indice della qualità di Spitzer
- Scala di deterioramento globale di Reisberg

- Global Deteration Scale
- Short portable mental status questionnaire di Pfiffer
- Schede attività di vita
- Diario giornaliero
- Scheda parametri vitali giornaliera e mensile
- Scheda infermieristica delle difficoltà
- Carta dell'incontinenza

Colloquio:

Il primo colloquio si stabilisce con uno dei parenti della persona da assistere , viene innanzitutto stabilito cosa i familiare chiedono , quale è la richiesta di intervento .Questa prima parte del colloquio è decisiva per impostare un programma assistenziale adeguato alla persona .

La richiesta di intervento viene stabilita in base ad parametri quali:

- capacità economica della famiglia o di chi economicamente supporta l'assistenza.
- Disponibilità del caregiver
- Capacità del caregiver
- Disponibilità fisica dei familiari
- Tipo di assistenza (durata, mansioni, pericolosità)
- Stato fisico del cliente
- Stato della malattia

Ognuno di questi elementi può influire sulla risoluzione dell'assistenza o alterarne l'esito previsto. Quindi prima della presa in carico dell'assistenza è indispensabile chiarire e pianificare bene come l'assistenza deve essere svolta stabilito, la fase successiva è la conoscenza del cliente.

importante non dimenticare che durante un'assistenza domiciliare o per meglio dire il dover operare all'interno di una abitazione ed il dover rendere conto del proprio operato a persone che non sono degli addetti ai lavori quali i familiari, impongono all'infermiere delle modifiche dei propri termini affinché tutti all'interno del nucleo possano partecipare e soprattutto cooperare al problem solving riducendo il rischio di difficoltà di comunicazione nell'equipe creata. Persone estranee alla famiglia dovranno per risiedere permanentemente in casa, le implicazioni riguardo i rapporti interpersonali potrebbero creare non poche difficoltà di adattamento dei familiari, correlata da una certa apprensione per il fatto di conoscere poco chi assiste il padre (la non conoscenza nasce dal fatto che l'infermiere è sempre una persona estranea alla famiglia).

Accreditamento:

L'accreditamento dell'infermiere è importante per la salvaguardia della professionalità dell'operatore stesso e per "rassicurare" i familiari sulla persona che hanno di fronte. Utile mezzo, nonché indispensabile strumento di lavoro per chi è a contatto con persone sempre diverse, è stato quello di presentare ai familiari il nostro curriculum vitae, completo in ogni sua parte anagrafica, professionale ed formativa. Il curriculum è il primo atto formale di conoscenza; "l'interfaccia del cliente" infermiere professionale domiciliare è tenuto ad costituire ed soprattutto aggiornare sulle nuove esperienze, sia formative che lavorative. Quanto più il curriculum è completo, tanto più la persona a cui lo consegneremo avrà modo di conoscerci e soprattutto di valutare (essendo nostri datori di lavoro) se siamo adatti al tipo di assistenza in questione. Il documento redatto da noi costituisce un atto di volontà pertanto scrivere cose o avvalersi di titoli non propri costituisce un reato

punibile sia in ambito penale che in quello collegiale. Per un miglior inizio di colloquio di lavoro si è scelto di consegnare il curriculum all'inizio dello stesso ed attendere che il cliente (o chi ne fa le veci) lo abbia letto.

2.0 APPROCCIO INFERMIERISTICO

L'assistenza in questione si è basata su un approccio essenzialmente composto da alcuni elementi quali:

- *la competenza*: con la costruzione di un processo di assistenza infermieristica realizzato seguendo i principi del problem solving
- *l'empatia*: con quella capacità di sentire le sensazioni dell'altro e di capirle
- *la coerenza*: con l'assenza di contraddizione tra le nostre parole ed i nostri gesti fondamentale per assistere una persona il cui cervello si sfalda e si disorganizza
- *la costanza* : con la costanza dell'ambiente umano e fisico si cerca di dare un senso di stabilità di cui la persona ha bisogno per superare le difficoltà ed adattarsi ai cambiamenti, attraverso il continuum dell'assistenza , con la stabilità nello svolgimento delle giornate e attraverso la stabilità dell'ambiente fisico.
- *il clima* : nel quale evolve l'individuo deve essere calmo e rilassante allo scopo di procurare un'atmosfera conveniente alla sua vulnerabilità . Cercando di rendere ogni contatto il più piacevole possibile(Zanetti,1997).

Nella strategia infermieristica giornaliera l'approccio al cliente ha seguito dei principi su cui fare riferimento:

- *controllo*: esercitato non soltanto direttamente sul soggetto, per ridurre al minimo ogni possibile rischio, ma anche sull'ambiente circostante, ostacolando eventuali tentativi di fuga e rendendo inaccessibili oggetti potenzialmente pericolosi.

- *Rassicurazione*: attuata con fasi e comportamenti adatti, mettendo a proprio agio il paziente, aiutandolo a conoscere e a servirsi correttamente di ogni parte dello spazio che lo circonda; si elimina così una importante quota di ansia e si migliorano le prestazioni del soggetto.
- *Non coercizione*: la violenza e la coercizione vanno evitate in tutte le loro espressioni, sia verbali che fisiche, anche perché possono causare agitazione e complicare lo stato demenziale.
- *Informazione corretta*: rispondere in modo corretto alle inesattezze che il cliente dice è completamente sbagliato , fornire quindi informazione corrette ed allo stesso tempo correggere gli errori che il cliente commette.
- *Comunicazione non verbale*: il linguaggio del corpo è molto importante, soprattutto per le persone che hanno perso, del tutto o in parte la capacità di comunicare con le parole; è essenziale porre attenzione anche ai messaggi non verbali che l'anziano può ricevere o a sua volta inviare (Zanetti;1997).

Nel rapporto interpersonale il cliente è stato trattato:

- *individualmente, da persona adulta*: non va mai trattato come un bambino, i bambini non hanno passato, E' molto diverso quando si parla di un individuo di 75, 80 , 85 anni. Il suo passato non è scomparso, ha una storia che gli è propria e che è inscritta nel suo essere. E' una delle ragioni per cui ogni anziano è così diverso l'uno dall'altro , inoltre è spesso attraverso questo passato che si arriva a comunicare con la persona colpita della malattia.
- *Con dignità*: ricordando sempre il valore della sua storia e della sua personalità.
- *Con rispetto*;
- *Con indipendenza*:

La malattia di Alzheimer non colpisce soltanto la persona affetta, non esiste probabilmente nessun'altra malattia che abbia altrettante ripercussioni sulla famiglia, che diventa la "vittima nascosta" della stessa malattia a poco a poco l'angoscia abbandona la persona malata ed invade la famiglia (Zanetti, Trabucchi, 1995).

I familiari che assistono un paziente demente devono sostenere un pesante carico assistenziale. I disturbi comportamentali quali agitazione, vagabondaggio, insonnia, ad incidere più pesantemente sulle risorse assistenziali dei familiari, introducendo nell'ambito stesso elementi di crisi, spesso "invisibili". Il vivere in casa piuttosto che in un istituto consente una migliore qualità della vita e probabilmente rallenta la comparsa di deficit funzionali. E' quindi importante considerare la famiglia come oggetto di attenzione, di cure, supporto e di informazione (Pettenati, Spadin, Villani, 1995).

2.1 ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

I sintomi che possono insorgere in concomitanza all'evoluzione della malattia o come effetto collaterale devono essere costantemente monitorizzati. L'evoluzione lenta e subdola della malattia potrebbe manifestarsi con piccoli sintomi del tutto trascurabili.

I disturbi della memoria ed i disturbi del comportamento sono in generale i due tipi di sintomi premonitori della malattia. L'individuazione precoce dei sintomi può permettere di meglio orientare le cure, gli interventi infermieristici, sociali e psicologici, permettendo al soggetto di prolungare la sua autonomia o quanto meno di qualificare la sua speranza di vita (Guzzetti, 1996).

Il dolore è quasi sempre riferito a qualche patologia secondaria, la difficoltà del cliente a riferire i sintomi ci complica la definizione del problema, è utile

annotare letteralmente , quando questi si presentano ,le definizioni di dolore che il cliente riferisce . l'intervista con risposte positive o negative ci indirizza meglio sulla sede e sull'intensità del dolore . E comunque da ricordare che i fenomeni artrosici riferiti dal cliente prima dell'insorgere della demenza possano influire considerevolmente sulla attuale stato fisico (Basaglia,Gamberoni,1998).

La valutazione della qualità di vita del soggetto rientra nell'obiettivo prioritario , quello di determinare globalmente attraverso strumenti multidisciplinari il benessere del cliente, valutare l'impatto che la malattia ha sulla vita del cliente e su quella dei familiari. Per quantificare il grado di ciascuna area si è ricorsi ad un buon numero di classificazioni , alcune di esse sono solamente quantitative , altre solo qualitative ed altre ancora tutte e due :Per scegliere quindi questi strumenti di valutazione abbiamo tenuto conto di diversi aspetti quali, l'affidabilità e la validità dello strumento stesso, l'accondiscendenza del paziente stesso, il tempo a disposizione ed il personale occorrente, l'importanza e la reale utilità dei dati che si vogliono raccogliere (Basaglia,Gamberoni,1998).

L'accertamento è la prima fase del processo assistenziale. Prevede la raccolta di informazioni sul cliente, per poter disporre di una base per individuare i problemi e le loro motivazioni. L'accertamento mira a individuare qual' è la situazione attuale delle persone nello svolgimento delle attività di vita. E' importante prestare l'attenzione agli indizi che orientano la presenza di un problema legato allo svolgimento delle attività di vita quotidiana, l'obiettivo e quindi di scoprire:

- le abitudini precedenti
- che cosa sa fare da sé
- che cosa non può fare da sé

La raccolta dei dati del paziente rappresenta uno dei momenti più importanti per una corretta identificazione dei bisogni. Affinché la storia risulti il più plausibile è stato necessario interrogare più di un familiare del paziente, una attenta raccolta dei problemi fisici, psico-sociali, una classificazione dettagliata dei farmaci che il paziente usa, completa di tutti i farmaci presenti nella casa (compreso l'alcol), (Palummeri, Molina, Cattabiani, 1991). Individuare le modalità di esordio ed il decorso dei disturbi cognitivi, importante è determinare l'ordine temporale in cui si sono succeduti i sintomi. attraverso fonti primarie e secondarie si incomincia a definire la storia clinica (Gauvreau, Gendron, 1996).

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

Cognome R.

Nome S.

Sesso m. SI f. -----

Luogo di nascita: TRIPOLI

Cittadinanza ITALIANA

Residenza: RONA

domicilio attuale: -----

telefono: 06-----

Telefono familiari: 06-----

Persona che esercita la responsabilità: B. R.-H.

Telefono: 06-----

Codice fiscale: -----

A.S.L. di appartenenza: ROMA B

n. libretto sanitario: -----

medico di base: -----

telefono:-----

medico specialista:-----

telefono:-----

medico specialista:-----

telefono:-----

stato civile: CONIUGATO

padre vivente: NO madre vivente: NO

fratelli n°: 3 sorelle n°: 1 viventi: 2

Figli n°: 6 maschi n°: 5 femmine n°: 1 viventi: TUTTI

Scolarità: LAUREA IN ECONOMIA attività lavorativa: COMMERCIANTE

posizione economica personale: OTTIMA

posizione economica della famiglia che ne ha la rappresentanza: OTTIMA

posizione religiosa: RELIGIONE EBRAICA

Parametri:

temperatura: 36.6 C

polso: 70

respiro: 19

P.A.: 80/140

Peso corporeo Kg.: CIRCA 89 CHILI

Altezza Cm.: 169

Allergie : farmaci : NO, NON ACCERTATI

Alimenti: NO

Altro: -----

Sieropositività accertate: HbsAg : NO HIV. NO Rw. NO

Altro:-----

Comportamento:

stato di coscienza:

dolore sede: ARTICOLAZIONI ARTI INFERIORI

continuo: ad intervalli: SI

irradiazione: GINOCCHIO DX

si accompagna ad altri sintomi: NO

uso di analgesici tipo: NO posologia: -----

altri disturbi: NO

Cognome e nome R . S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita: TEMPO LIBERO	foglio n° 1

Legge? SI cosa ? LIBRI DI RELIGIONE

Scrive? RARAMENTE cosa? IL PROPRIO NOME E COGNOME

Guarda la T.V. ? QUASI MAI Quante ore?

Disegna ? SI Cosa? CASE

Ascolta musica RARAMENTE

Prega? SI, SEMPRE

Incontra i suoi amici ? NO quanto tempo trascorre con loro

Quanto tempo trascorre fuori casa? CIRCA 5 ORE

Come trascorre la giornata?

Mattina: CURE IGIENICHE, VESTIZIONE, COLAZIONE ,PASSEGGIATA FUORI
CASA,SPUNTINO, RIENTRO, IGIENE INTIMA, PRANZO,
CONVERSAZIONE, PREGHIERA

Pomeriggio: RIPOSO, IGIENE INTIMA, SPUNTINO, PREGHIERA
PASSEGGIATA FUORI CASA,RIENTRO, IGIENE INTIMA, CENA, PREGHIERA

Sera: CONVERSAZIONE, PREGHIERA, SPUNTINO PRIMA DI DORMIRE,

Abitudini personali:

- PIACE PREGARE IN CONTINUAZIONE
- GRADISCE LE PASSEGGIATE,
- CHIEDE SEMPRE UNO SPUNTINO

Possibili problemi:

- CARENZA DI TERAPIA OCCUPAZIONALE
- SICUREZZA AMBIENTALE

Cognome nome R.S.	accertamento del 1 ottobre 1997
Attività di vita: RIPOSARE E DORMIRE	foglio n° 1

A che ora va a dormire? 23.30 riposo pomeridiano? SI n° ore 2 ORE CIRCA

A che ora è di solito la sveglia? 09.00

Dove dorme? nel letto singolo

Posizione a letto SUPINA cuscino? 2

Quanto dorme? Regolare n° ore 4 parla nel sonno? A VOLTE

 Intervalli n° ore 4 si agita? SPESSO

 Insonnia? NO

‘ russa? RARAMENTE

Sbarre di protezione? SEMISBARRE AI LATI DEL LETTO

Viene accompagnato? SEMPRE se si, il cliente e collaborante?

RARAMENTE

Come dorme? IN POSIZIONE SUPINA,AGGRAPPANDOSI ALLE SBARRE PER AIUTARSI A GIRARSI DURANTE LA NOTTE

Usa farmaci per dormire? NO Tipo?

Quanto tempo impiega di solito per addormentarsi? DAI 30 MINUTI AD UN ORA

Viene aiutato a svestirsi ed a lavarsi ? SEMPRE

Se si, il cliente è collaborante? RARAMENTE

ausili da togliere per la notte PROTESI DENTARIA SUP. ED INF.

difficoltà nel passato? I FAMILIARI RIFERISCONO NESSUNA

<p>Abitudini personali</p> <ul style="list-style-type: none"> • GRADISCE UNO SPUNTINO PRIMA DI ANDARE A DORMIRE. • ASSOLVIMENTO DEGLI OBBLIGHI RELIGIOSI 	<p>Possibili problemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • DISTURBI DEL SONNO • AUMENTO DEL TONO DELL'UMORE PRIMA DI ADDORMENTARSI
---	---

Cognome e nome R. S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita MOVIMENTO	foglio n° 1

Danno motorio accertato? I FAMILIARI FIFERISCONO MESSUNO

Cammina da solo? SI con bastone? NO con stampelle? NO con girello? NO
con assistente? NO

Dove cammina? A CASA, FUORI CASA.

Difficoltà a fare le scale ? SI a salire? SI a scendere ? NO chiede aiuto? SI

F. C. , P.A. prima e dopo uno sforzo: 85/ 140 100/160

Dopo quanti passi si ferma? (media) 10-15 PASSI chiede di sedersi? SI

Difficoltà nel mantenere la postura da fermo? SI perdita di equilibrio SI

Lamenta dolori alle orecchie? NO ronzii? NO fischi? NO sibili? NO

Difficoltà di coordinazione degli arti? NO tremore? NO

Inciampa? SI con ostacolo? SI da solo? SI

Lamenta dolore durante le passeggiate? SI

Dove? ARTICOLAZIONI DELLE GAMBE

Irr quietezza? SI Girovagare? SI

Quante volte è cascato negli ultimi 6 mesi ? cause: NON ACCERTABILI, MANCATA AMANESI PATOLOGICA REMOTA

Danni riportati a seguito di cadute:

Stato fisico dei piedi : STASI VENOSA, PIEDI GONFI, LETTO UNGUEALE BUONO, CUTE INTEGRA, NESSUNA DEFORMAZIONE OSSEA

Quante volte esce al giorno? 2 VOLTE N° ore totali 5 CIRCA

<p>Abitudini personali</p> <ul style="list-style-type: none"> • MUOVERSI CON LA MACCHINA • CONOSCERE NUOVA GENTE • VEDERE NUOVI POSTI • CURIOSO 	<p>Possibili problemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • WANDERING • SICUREZZA NEL CAMMINARE • INSTABILITA'
---	--

Cognome e nome R. S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita: ELIMINAZIONE	foglio n° 1

Eliminazione urinaria: continente: NO incontinente: SI

Ritenzione : a letto: SI in bagno: SI

Ausili: padella: NO pannolone: SI

Cambio pannolone giornaliero n° (media): 5 – 6 VOLTE AL DI'

conosce dove è ubicato il bagno? SI viene accompagnato? A VOLTE

viene aiutato ad urinare ? SI difficoltà nella minzione? SI

Tipo? NON RIESCE A MINGERE PER VIA DELPANNOLONE

ultime esami delle urine? NO

Ha avuto infezione urinarie negli ultimi 6 mesi? tipo NO

calcolo della diuresi nelle 24 ore 1590 ML./24 h.

ritenzione urinaria? NO

disturbi della minzione? NO

Incontinenza fecale: continente: NO incontinente: SI

A letto : SI in bagno: SI in movimento SI

frequenza giornaliera: 1 VOLTA AL DI'

Stipsi: NO ultima evacuazione OGGI

Diarrea: NO ultima : n° scariche:

Emorroidi : SI grado: MEDIE, NON SANGUINANTI

Difficoltà ad evacuare: A VOLTE

Consistenza delle feci? DURE, SCURE, ABBONDANTI Odore: NEI LIMITI

Abitudini personali

- PIACE LEGGERE IL GIORNALE QUANDO EVACUA.

Possibili problemi

- INCONTINENZA URINARIA
- INCONTINENZA FECALE

Cognome e nome R. S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita COMUNICARE	foglio n° 1

Lingue conosciute: ITALIANO, INGLESE, TEDESCO, ARABO, DIALETTO ISRAELITICO

Lingua parlata più spesso ITALIANO, ARABO

Comunica a gesti: A VOLTE verbalmente: SI con la scrittura: RARAMENTE

Integrità dei sensi: SI

vista protesi tipo

udito protesi tipo

disturbi del linguaggio presenti: SI, RELATIVI ALLA PATOLOGIA IN ATTO

disturbi del linguaggio passati: NO

capacità relazionali/cognitive:

collaborante? A VOLTE se no , perché?

ansia ? MOLTO SPESSO aggressivo? MOLTO SPESSO agitato? MOLTO SPESSO

disorientato? MOLTO SPESSO

riesce a condurre un discorso ? RARAMENTE parla da solo? CON LO SPECCHIO

si stanca dopo aver parlato molto? NO

dialoga con tutti o solo con persone che conosce? CON TUTTI INDIFFERENTEMENTE

quali sono gli argomenti di conversazione? RELIGIONE, DONNE,POLITICA

preferisce parlare del suo passato/di sé, o parlare degli altri? INDIFFERENTE

risponde a tono alle domande fatte? SI quante volte risponde a tema? (media)

scrive correttamente il proprio nome e cognome? QUALCHE VOLTE

disegna con logica ? NO

cosa disegna più spesso? CASE

conosce i simboli geometrici? SI Cerchio: SI quadrato: SI triangolo: SI

Abitudini personali:

- PREGARE IN DIALETTO EBRAICO
- PARLARE IN DIALETTO EBRAICO
- PARLARE RIGUARDO LA RELIGIONE E LE DONNE

Possibili problemi

Cognome Nome: R.S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita: RESPIRAZIONE	foglio n° 1

Respira per via naturale? SI

Tipo di respiro: eupnoico NO dispnoico NO asmatico SI
 Diaframmatico SI toracico SI

Frequenza respiratoria: A RIPOSO 19 ATTI RESPIRATORI

Secrezioni? SI Caratteristiche: FILAMENTOSO, SCURO, DENSO,

Cianosi? NO Tachipnea? NO se si, quando?

Tosse? SI quando? LA MATTINA Frequenza 2 -3 COLPI ALLA VOLTA

Ha avuto infezioni delle vie aeree negli ultimi 6 mesi? NO Cause:

Fuma? EX quante sigarette ?

fumatore da: 20 ANNI a 75 ANNI quante sigarette: 40 – 60 AL GIORNO

avverte affanno dopo una passeggiata o dopo uno sforzo fisico? SI

avverte sensazione di mancanza d'aria quando si sdraia a letto? NO

fa uso di farmaci specifici per patologie respiratorie? NO Quali:

è vaccinato con in siero anti-influenzale SI, OGNI ANNO IN OTTOBRE

<p>Abitudini personali</p> <ul style="list-style-type: none"> • CHIEDE SEMPRE DI FUMARE 	<p>Possibili problemi</p> <ul style="list-style-type: none"> • INFEZIONI VIE AEREE • DISPNEA DA SFORZO • SCREENING PER K POLMONI
--	---

Cognome e nome R. S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita IGIENE E VESTIZIONE	foglio n° 1

Si lava quotidianamente? SI deve essere aiutato in tutto ? NO

In parte? Si Ha paura dell'acqua? NO

Si lava dalla vita in su:

da solo: NO con supervisione. SI con aiuto: NO dipendente: SI

si lava dalla vita in giù:

da solo NO con supervisione: NO con aiuto: SI dipendente: SI

Capisce il significato di lavarsi? SI comprende l'uso del sapone? SI

Usa la vasca? SI la doccia? SI è seduto? SI in piedi? SI Sdraiato? NO

E' collaborante durante l'igiene quotidiano? A VOLTE

Agitato? SI aggressivo? SI ansioso? SI

Come si lava? A letto ? NO al lavandino? SI in vasca? SI

Quando si lava? Al mattino? SI durante il giorno? SI la sera? SI

Si lava le mani prima di mangiare? SI

cura dei denti, protesi ? COMPITO DEL CAREGIVER stato fisico dei piedi: BUONO

Taglio barba (cadenza): OGNI GIORNO capelli (cadenza): OGNI SETTIMANA

Manicure (cadenza): OGNI SETTIMANA pedicure (cadenza): OGNI SETTIMANA

Fa uso di deodoranti o dopobarba? SI tipo: CREMOSO, NON ALCOOL

Igiene perineale:

da solo: NO con supervisione: SI con aiuto: NO dipendente: SI

avverte disagio quando si lavano le parti intime? SI Agitato? SI irrequieto? SI

Si veste dalla vita in su?

da solo: NO con supervisione: SI con aiuto. SI dipendente: SI

si veste dalla vita in giù?

da solo: NO con supervisione: SI con aiuto: SI dipendente: SI

Abitudini personali

- PIACE VESTIRSI SEMPRE ELEGANTE
- NON GRADISCE I GUANTI, IL CAPPELLO, LA SCIARPA.
- CURA MOLTO L'IGIENE QUOTIDIANA

Possibili problemi

- DIFFICOLTA' AD LAVARSI DA SOLO
- DIFFICOLTA' AD VESTIRSI DA SOLO
- DIFFICOLTA NELL'IGIENE PERIENALE

Cognome e nome R. S.	accertamento del 1 OTTOBRE1997
Attività di vita: .SESSUALITÀ E RELIGIONE	foglio n°1

Capisce la differenza fisica tra uomo e donna? SI

Dorme da solo? SI con la moglie ? con altri?

Ha rapporti sessuali (frequenza): NO andropausa? SI Menopausa?

Ha comportamenti sessuali inappropriati? Quali NO

Mostra pudore quando viene assistito nell'igiene quotidiana? SI nella vestizione? NO

Si eccita quando qualcuno lo tocca? QUALCHE VOLTA

Ha un interesse verso il sesso opposto? SI

come lo manifesta: PARLANDO DI LORO

È capitato di parlare dell'altro sesso? SI

in che modo? PROVOCATORIO, DISPEGIATIVO; MOLTE VOLTE GRATIFICA CON DEI COMPLIMENTI "PESANTI" LE DONNE CON CUI PARLA

È religioso? SI che religione? EBRAICA

Osserva le regole della sua religione? SI prega? SI quante volte? 2-3 VOLTE da solo? NON SEMPRE

In che modo prega? APRE IL LIBRO DELLE PREGHIERE ED INCOMINCIA A LEGGERE AD ALTA VOCE ,CANTANDO I VERSI

Con chi? FIGLI ha un luogo di culto dove pregare? TEMPIO; SINAGOGA

è vicino alla sua abitazione? SI Và da solo a pregare? NO

chi lo accompagna? IL CAREGIVER OPPURE I FIGLI

Parla spesso di religione in famiglia? SEMPRE

con chi? CON GLI ASSISTENTI ED I FAMILIARI

Abitudini personali <ul style="list-style-type: none"> • GLI PIACCIONO MOLTO LE DONNE • PREGA MOLTE VOLTE • PIACE LEGGERE I LIBRI DI RELIGIONE 	Possibili problemi
---	--------------------

Cognome nome R. S.	accertamento del 1 OTTOBRE 1997
Attività di vita CUTE INTEGRA	foglio n° 1

Colorito cutaneo :

Pallido: ----- rosso vivo:----- itterico:----- roseo: SI

Eritema : NO sede:

Bruciore: NO sede:

Prurito: SI sede: REGIONE LOMBARRE , GLUTEL.

Ecchimosi: NO sede:

Ematomi: NO sede:

Ulcere da decubito: NO sede:

Cicatrici: NO sede:

Calli: NO sede:

Ferite: NO sede:

Sudorazione: SI normale: SI profusa: NO assente: algida:

Abitudini personali

- HA SEMPRE IDRATATO LA PELLE CON CREME TIPO "NIVEA"

Possibili problemi

- PIAGHE DA DECUBITO REGIONE SACRALE

2.2 COSTITUZIONE DELL'EQUIPE ASSISTENZIALE

un processo di sviluppo di una persona finalizzato alla realizzazione dell'intero potenziale fisico, psicologico, sociale, professionale occupazionale ed educativo compatibile con la menomazione fisica e psichica o ambientale non può essere demandata ad un singolo operatore professionale, i settori che si andranno a prendere in considerazione sono troppi per poter essere gestiti da una sola figura professionale (Basaglia, Gamberoni, 1998). Questa modalità organizzativa si presenta indispensabile per un gruppo con finalità multidisciplinari, predisporre e realizzare un adeguato piano di assistenza necessita di una serie di interventi multiprofessionali da coinvolgere più figure con competenze diverse ma, con finalità uguali. L'approccio di base è quello delle decisioni indipendenti, prese dagli operatori nel proprio ambito professionale, l'insieme o la somma dei singoli sforzi in ogni disciplina deve dare il risultato pianificato in precedenza (Zanetti, 1997).

Lo staff deve essere sempre flessibile per nuove esigenze, per rettifiche del piano stesso, per adattamenti nei confronti del cliente che non collabora. Le attività di vita sono essenziali per fornire stimoli. L'intervento richiesto dai familiari è stato di assistere il loro familiare nell'arco delle 24h. La tipologia del cliente ,l'impossibilità temporale dei familiari a gestire la situazione , il tipo di lavoro del familiare l'instabilità delle condizioni fisiche del cliente ,hanno orientato ad una assistenza su 24 h.: la presenza di un infermiere doveva essere costante ed ininterrotta . Le attività di vita potevano quindi essere ripartite nell'arco della giornata rispettando le abitudini del cliente . I turni sono stati concepiti facendo riferimento agli standard ospedalieri.

Il giorno è stato diviso in 3 turni:

mattina- h. 7.00 – 14.00

Pomeriggio h 14.00 – 22.00

Notte h. 22.00 – 07.00

.nell'assistenza sono stati coinvolti .

5 infermieri professionali

1 fisioterapista

1 medico generico (di medicina generale)

1 medico geriatra

1 medico psichiatra clinico

1 collaboratore domestico

E' stato necessario quindi operare con un numero consistente di persone che si avvicendavano durante il giorno e la notte . il gruppo così creatosi doveva essere coordinato affinché le metodiche e le pratiche assistenziali fossero rispettate e che il processo potesse continuare ,nella costituzione si è stabilito di derogare a me il compito di coordinare il lavoro degli altri infermieri ed operatori durante l'assistenza, Lo scopo comunque del coordinatore e oltre a quello già citato anche quello di punto di contatto tra gli operatori stessi e i familiari.

Abbiamo definito in sede di prima riunione :

1. obiettivi a breve termine :

- conservazione delle funzioni intellettive e cognitive, verificabili nella capacità di aderire alla realtà, pur nei limiti imposti dalla malattia

2. obiettivi a lungo termine:

- esercizio delle funzioni intellettive e cognitive ad un livello soddisfacente in rapporto alla malattia
- trattamento non farmacologico della sindrome demenziale R.O.T.
- costruzione di schede infermieristiche specifiche per ogni attività di vita
- programma per l'emergenza
- verifica dei risultati durante le riunioni di lavoro con cadenza mensile
- costruzione di schede di valutazione specifiche per le varie aree di competenza.
- costruzione di linee guida.

2.3 TRATTAMENTO NON FARMACOLOGICO

Nelle sindromi demenziali sono state sperimentate varie terapie non farmacologiche che hanno uno spazio nella “cura” complessiva del paziente demente, rallentando il decadimento delle performance cognitive e determinando un miglioramento del benessere complessivo. I programmi terapeutici non farmacologici hanno lo scopo di sostenere ed attivare quelle funzioni mentali non completamente deteriorate, intervenendo sulle potenzialità residue. Nell'insieme queste terapie si caratterizzano per il coinvolgimento attivo della persona curata e si fondano sulla preliminare valutazione delle potenzialità residue su cui fondare l'intervento (Frustaglia, 1994).

Il tipo di assistenza applicato al cliente (24 h.) ci ha consentito di poter applicare in modo costante il trattamento non farmacologico, ogni singolo componente dell'organizzazione aveva dei compiti da espletare durante il suo turno di assistenza, tutte le attività di vita frazionate nelle 24 ore potevano essere svolte rispettando tutti i criteri imposti in sede di riunione. La scelta sul tipo di trattamento da attuare è caduta sulla Reality Orientation Therapy (ROT) in quanto oltre ad

essere la tecnica più diffusa e sperimentata, su cui è disponibile una notevole quantità di studi controllati, è stata quella che più si prestava alla nostra tipologia di assistenza.

La Reality Orientation Therapy è una tecnica riabilitativa indirizzata a soggetti con deterioramento mentale che. Attraverso la stimolazione dell'attenzione, della memoria, dell'orientamento spazio-temporale e del linguaggio, si propone di mantenere e di potenziare le funzioni cognitive residue, migliorando il rapporto con l'ambiente di vita. La metodologia di intervento viene distinta in R.O.T. Formale e R.O.T. Informale. La prima diretta a piccoli gruppi di persone, si articola in vere e proprie lezioni tenute da personale addestrato in un locale apposito, in cui siano presenti e ben visibili alcuni oggetti base: un calendario, un orologio a muro, una lavagna, un tavolo con cassetti, delle sedie comode. Le sedute iniziano con la presentazione dei partecipanti, con l'esposizione della data, dell'ora, del luogo della seduta. Si passa poi, con domande mirate, a stimolare l'interesse e la partecipazione dei soggetti, cercando di focalizzarne l'attenzione sull'orientamento spazio-temporale, utilizzando in modo opportuno gli oggetti a disposizione (Guzzetti, 1996). La R.O.T. informale è un processo continuo, esteso all'arco delle 24 ore, in cui gli operatori, ad ogni interazione con il cliente forniscono informazioni correnti riguardanti il tempo, il luogo, le persone e gli eventi, cercando il rinforzo dell'orientamento personale, spaziale e temporale, ed evitando quello di idee o comportamenti confusi o disorientati.

I motivi di scelta di questa tecnica sono da ricercare nella semplicità ed economicità, nel fatto di poterne utilizzare i principi senza essere specializzati.

SCHEDA INFERMIERISTICA

DATA

ATTIVITÀ DI VITA:	DIFFICOLTÀ:
-------------------	-------------

OBIETTIVO:

PIANIFICAZIONE:
I.P.

RISULTATI:
I.P.

DATA _____

Diario giornaliero

- Mantenimento di Un ambiente Sicuro
- Comunicazione
- Respirazione
- Alimentazione
- Eliminazione
- Igiene personale
- Abbigliamento
- Controllo Temperatura Corporea
- Mobilizzazione
- Lavoro
- Tempo libero
- Espressione Sessualità
- Cute integra
- Dormire

Mattina

Pomeriggio

Note

Notte

Scheda infermieristica

Data:

Attività di vita: cute integra	Difficoltà: macerazione del tessuto epiteliale in seguito a prolungato contatto della cute con l'urina e feci. Nicturia.
---------------------------------------	---

Obiettivo: il cliente riuscirà a mantenere integra la cute o perlomeno non peggiorerà il suo

Interventi: <ul style="list-style-type: none">• Cambio del pannolone ogni 3 ore o quando se ne presenti la necessità• Uso del condom notturno• Sorveglianza infermieristica notturna• Uso di sostanze farmacologiche atte a ridurre lo stato critico della cute (1° stadio scala Norton)• Pulizia accurata della cute in questione	
--	--

Risultati: <ul style="list-style-type: none">• il cambio frequente del pannolone ha comunque ridotto il tempo di contatto della cute con le sostanze irritante, nonostante la manovra infermieristica alquanto invasiva il cliente non avverte il movimento. L'uso del condom non è gradito dal cliente il quale lo strappa durante la notte. .• L'applicazione di garze imbevute di creme emollienti tra i testicoli e l'inguine ha ridotto la macerazione in atto dovuta oltre all'azione delle sostanze tossiche (urine, feci) anche all'attrito della cute della gamba con lo scroto.• La pulizia della cute in questione è migliorata , cambiando i saponi in dotazioni con altri a basso contenuto di sapone, cercando di mantenere intatto il film lipidico , evitando di strofinare sia con la spugna che con l'asciugamano mentre si asciuga la parte interessata. Il rossore non è diminuito, ma è rimasto costante per tutto il periodo dell'assistenza

--

Data

Attività di vita: comunicazione	Difficoltà: alterazione dei processi di pensiero legata a perdita della memoria, disfunzione cerebrale, privazione del sonno, conflittualità conscia e inconscia.
--	--

Obiettivo: agevolare una comunicazione chiara e creare un ambiente strutturato con molti stimoli

Pianificazione: <ul style="list-style-type: none">• utilizzare gli strumenti di accertamento e i racconti dei familiari per valutare l'alterazione cognitiva del cliente.• presentarsi al paziente e spiegare le proprie azioni prima di erogare l'assistenza osservare i tentativi di comunicazione non verbale del cliente• rispondere con empatia e sostegno al punto di vista del cliente sulla realtà . Non contraddire le convinzioni deliranti• fornire la giusta illuminazione e stimolazione. Come anche le indicazioni ambientali relative al giorno, all'ora ed alla stagione dell'anno.• Porsi di fronte al paziente e cercare di instaurare un contatto visivo prima di iniziare a parlare . Parlare lentamente, in modo chiaro, utilizzando frasi semplici e brevi. Comunicare utilizzando dei sussidi.	
---	--

Risultati: <ul style="list-style-type: none">• il cliente ha risposto positivamente a tutti gli stimoli ambientali e verbali che gli sono stati trasmessi. E' riuscito a codificare positivamente la maggior parte di essi riuscendo anche ad manifestare una risposta logica, rispetto al periodo di accertamento le attività di comunicazione sono notevolmente migliorate.

Scheda infermieristica

--

Data

Attività di vita: ambiente sicuro	Difficoltà: difficoltà di gestione della casa legata a deficit cognitivi ed a aumento della dipendenza
--	---

Obiettivo Aiutare i familiari ad adattarsi ai cambiamenti delle relazioni interpersonali con il cliente, e ambientali al fine di agevolare l'assistenza e ottimizzare l'autonomia del cliente
--

Pianificazione: <ul style="list-style-type: none">• accertare la capacità del paziente e il livello di sorveglianza necessario.• Informare i familiari sul disturbo del paziente insegnando loro le tecniche per affrontare i comportamenti problematici quali: il wandering, la mania di accumulare oggetti, il delirio e l'agitazione• Suggestire di apportare modifiche all'ambiente per assecondare le esigenze del cliente• In collaborazione con il medico cercare di semplificare il regime terapeutico• Sostenere gli sforzi compiuti dai familiari per assistere il cliente ed esortarli a partecipare allo staff di assistenza.	
---	--

Risultati: <ul style="list-style-type: none">• I familiari hanno risposto bene alle continue pressioni a carattere didattico sulle nuove esigenze del cliente in relazione all'ambiente ed ai rapporti con suoi familiari. gli sono stati insegnati i comportamenti da adottare in relazione alle necessità del cliente, sono state create delle linee guida specifiche per ogni situazione.• Le modifiche da attuare sono in fase di realizzazione.• E' stato notato nei familiari più stretti (la figlia più giovane) una fase di abbandono della situazione e di non presa in carico delle effettive responsabilità nei riguardi del padre. E' quindi opportuno aggiornare continuamente la scheda circa il comportamento dei primarycaregivers, sollecitando continuamente i familiari, a prendere parte alle riunioni, ad occuparsi attivamente alla risoluzione dei problemi del cliente.• Il medico in collaborazione con lo staff, ha delineato un programma terapeutico basato principalmente sul metodo R.O.T eliminando gradualmente i farmaci che aveva in prescrizione , ritenendo che allo stato attuale sia fisico che psicologico del cliente ogni terapia farmacologica potrebbe risultare più dannosa che benefica.• sono stati compilati dei protocolli di emergenza sui più comuni possibili stati di necessità
--

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: ambiente sicuro	Difficoltà: difficoltà ad entrare ed uscire dalla vasca da bagno
--	---

Obiettivo:
il cliente troverà un modo giusto e sicuro di entrare nella doccia per espletare il bisogno di lavarsi

Pianificazione:

- sostituzione all'interno della vasca di una sedia in legno con scheletro in acciaio posta a filo con i bordi orizzontali della vasca , con uno schienale a 95°. L'accesso alla vasca deve avvenire dal di fuori , tramite la sedia. Il cliente si siede sulla sedia con le gambe fuori dalla vasca , successivamente ruotando il cliente, avendo come fulcro il bacino dello stesso, si introducono una alla volta le gambe. Il cliente mediante l'apposizione di maniglioni sul muro, ha la possibilità di mantenere la posizione eretta ,nonché di aiutarsi ad alzarsi ed a sedersi dentro la vasca con sicurezza.

Risultati:

- il cliente ha aumentato il grado di sicurezza all'interno del bagno, ha aumentato il livello di pulizia intima, riesce ad insaponarsi da solo, lo stato d'ansia e di agitazione rilevato in fase di accertamento è stato ridotto

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: ambiente sicuro	Difficoltà: rischio di lesione legata a deficit cognitivo, stato di debilitazione, deficit motorio, wandering, alterazioni dell'equilibrio e percettive .
--	---

Obiettivo
Creare un ambiente sicuro in cui il cliente possa preservare un livello ottimale di indipendenza e di sicurezza.

- Pianificazione:
- accertare il livello di alterazione fisica e cognitiva del paziente
- agevolare la possibilità di accesso del cliente agli effetti personali rimuovendo gli ostacoli e gli oggetti pericolosi.
- Evitare di porre fretta al cliente durante l'esecuzione delle attività della vita quotidiane e durante la deambulazione.
- Illuminare adeguatamente la stanza del paziente e tenere accesa una luce di piccola potenza nella stessa stanza
- Eliminazione dei tappeti che ostacolano il percorso quotidiano
- Monitorare l'umore del cliente
- Evitare di sovrapporre più comandi
- Controllo a vista del cliente durante i suoi spostamenti in casa

Risultati:

- il cliente ha migliorato lo standard di sicurezza ambientale , riducendo il rischio di cadute accidentali dovute ai tappeti, durante il vagabondaggio lo si esortava a fare attenzione, l'ansia e l'agitazione dovuti al continuo "mettere fretta" da parte dei familiari sono stati ridotti; i tempi umani* sono notevolmente aumentati. La monitorizzazione dell'umore ha identificato dei periodi nell'arco della giornata, dove la frequenza di attacchi di aggressività o di agitazione e maggiore, in particolare durante il tramonto si è riscontrato uno stato di agitazione massimo. L'illuminazione a giorno degli ambienti di casa ha ridotto la prevalenza di attacchi di agitazione.
- Per "tempi umani" si intende il tempo che occorre ad ogni singola persona a compiere delle azioni o a svolgere delle attività di vita. Questo tempo è massimo alla nascita per poi ridursi durante l'adolescenza e nella maturità dell'uomo, per poi aumentare di nuovo durante la senescenza.

Scheda infermieristica

--

Data

Attività di vita: ambiente sicuro	Difficoltà: sedie piccole e instabili per la corporatura del cliente.
--------------------------------------	--

Obiettivo:
il cliente riuscirà a sedersi senza aiuto, con sicurezza.

Interventi:

- sostituzione su parere favorevole dei familiari, delle sedie esistenti (n°6) con altre di tipo più alto, con schienale a 90°, basamento a terra più largo, braccioli laterali.
- Educare il cliente a sedersi correttamente, cercando di aiutarsi con le braccia
- Controllo a vista del cliente

--

Risultati:
il cliente seppur con difficoltà riesce nel sedersi e nell'alzarsi da solo con le nuove sedie, Risulta ancora inefficace a 4 settimane dal cambio delle sedie l' insegnamento ad usare le braccia per sedersi. Il controllo infermieristico si rende indispensabile per prevenire le possibili cadute.

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: ambiente sicuro	Difficoltà agitazione psico-motoria notturna, con possibile rischio di cadute accidentali
--	--

Obiettivo:
il cliente riuscirà a ridurre il rischio di cadute nel sonno e ad riuscire a dormire con serenità

Interventi:

- Apposizione di semisbarre di contenzione ai lati del letto
- Controllo infermieristico notturno
- Vedi “scheda dormire “

Risultati:

- L’uso dei mezzi di contenzione è stato necessario per l’eccessiva agitazione psicomotoria notturna, il cliente non nota nessuna differenza, anzi le barre di protezione sono di aiuto per rivoltarsi durante la notte.
- Il rischio di cadute accidentali è stato eliminato.
- L’agitazione psico- motoria è stata in parte eliminata con un adeguata terapia occupazionale durante il giorno, si è potuto quindi fare a meno della terapia farmacologica.
- La corporatura abbastanza possente (circa 90 Kg.) necessita comunque di un controllo visivo del cliente durante la notte, avendo notato che il cliente riesce, seppur con difficoltà, a superare le barre di contenzione.

Scheda infermieristica

Data

<p>Attività di vita:</p> <p>ambiente sicuro</p>	<p>Difficoltà:</p> <p>sundowning syndrome</p>
---	---

Obiettivo:
il cliente riuscirà ad controllare l'agitazione e l'ansia al calare del sole

Interventi:

- Evitare di uscire dopo il tramonto
- Illuminare a giorno le stanze della casa , possibilmente con luci riflesse che non creino fenomeni di ombra
- Impegnare il cliente in attività domestiche
- Evitare di farlo guardare attraverso la finestra o dal balcone

Risultati:
l'assistenza applicata alla risoluzione del problema, ha dato esiti positivi . Il cliente ha ridotto l'agitazione e l'ansia che in fase di accertamento era stata evidenziata, la riduzione del tono dell'umore ha inoltre migliorato l'attività ricreativa in questa fase della giornata

Scheda infermieristica

Data

<p>Attività di vita:</p> <p>alimentazione e idratazione</p>	<p>Difficoltà:</p> <p>carenza di fabbisogno idrico giornaliero; diminuita sensazione di sete; disidratazione; alterazione della stato di coscienza;</p>
---	---

Obiettivo:
il cliente riuscirà a normalizzare il suo fabbisogno giornaliero di acqua, ritrovando lo stimolo della sete, riducendo i rischi e le complicanze che la carenza idrica comporta

Interventi:

- Trovare ogni pretesto per offrirgli un bicchiere di acqua
- Procedere al calcolo del fabbisogno idrico giornaliero, e al calcolo dei liquidi introdotti, (metodo della bottiglia)
- Offrirgli delle alternative all'acqua (succhi di frutta, aranciate) no alcolici
- Nel periodo estivo aggiungere i liquidi con integratori salini
- Usare condimenti nel preparare i cibi
- Evitare di farlo sudare eccessivamente durante l'estate

Risultati:

- il calcolo del fabbisogno idrico ha evidenziato una carenza di liquidi introdotti ed un'eccessiva perdita degli stessi. Dal momento della diagnosi il cliente ha reintegrato il suo apporto idrico, normalizzandolo. La costante pressione a bere è servita allo scopo;
- l'integrazione di sali minerali durante l'estate non ha creato modifiche sostanziali allo stato fisico e mentale del cliente, il quale non ha modificato il suo peso, e non ha modificato o per meglio dire, non ha aumentato la sua alterazione mentale. I colpi di calore e le sudorazioni profuse che l'esposizione prolungata al sole comportavano, sono state eliminate, favorendo le passeggiate in luoghi chiusi ed ben areati.

Scheda infermieristica

--

Data

Attività di vita: eliminazione	Difficoltà: incontinenza fecale e alterato modello di eliminazione urinaria dovuti a debolezza della vescica o del tono muscolare intestinale, confusione, disorientamento, mancanza di consapevolezza delle esigenze di eliminazione
---------------------------------------	--

Obiettivo: il cliente riuscirà a preservare un corretto modello di eliminazione
--

Pianificazione: <ul style="list-style-type: none">• accertare il normale modello di eliminazione del cliente• interrogare il cliente ogni 2 ore durante il giorno sul bisogno di andare al bagno• annotare l'ora, la consistenza e la quantità delle escrezioni• esortare il cliente a bere un'adeguata quantità di liquidi durante la giornata e a limitarne l'assunzione nelle ore serali• interpretare l'uso da parte del cliente di messaggi non verbali, che possono indicare necessità di eliminazione• aumentare l'apporto di fibre nell'alimentazione	
--	--

Risultati: <ul style="list-style-type: none">• attraverso le schede di accertamento, si è valutato lo stato dell'attività di vita "eliminazione".• L'interrogazione costante sullo stato fisico del cliente ha evidenziato che su domanda "deve andare al bagno per fare la pipì?", il cliente risponde con logica a secondo della sua necessità o meno di eliminare.• Dal momento dell'accertamento, la rilevazione sistematica dell'attività di eliminare ha mostrato un aumento del numero di volte in cui il cliente chiedeva di espletare la sua funzione.• Non è stato possibile adottare presidi alternativi all'uso del pannolone, il quale si è ritenuto indispensabile in quanto non sempre il cliente ha potuto trattenere l'urina o le feci.• L'incontinenza fecale rimane immutata dal momento dell'accertamento, il cliente non avverte lo stimolo, raramente (6 volte in 3 mesi) ha chiesto di essere accompagnato per evacuare• L'aumento delle fibre vegetali ha notevolmente migliorato il modo di evacuare anche in seguito ai problemi di emorroidi (vedi scheda accertamento) che il cliente ha manifestato dal periodo dell'accertamento
--

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: comunicazione	Difficoltà: alterazione dei processi di pensiero legata a perdita della memoria, disfunzione cerebrale, privazione del sonno, conflittualità conscia e inconscia.
--	--

Obiettivo agevolare una comunicazione chiara e creare un ambiente strutturato con molti stimoli
--

Pianificazione: <ul style="list-style-type: none">• utilizzare gli strumenti di accertamento e i racconti dei familiari per valutare l'alterazione cognitiva del cliente.• presentarsi al paziente e spiegare le proprie azioni prima di erogare l'assistenza osservare i tentativi di comunicazione non verbale del cliente• rispondere con empatia e sostegno al punto di vista del cliente sulla realtà . Non contraddire le convinzioni deliranti• fornire la giusta illuminazione e stimolazione. Come anche le indicazioni ambientali relative al giorno, all'ora ed alla stagione dell'anno.• Porsi di fronte al paziente e cercare di instaurare un contatto visivo prima di iniziare a parlare . Parlare lentamente, in modo chiaro, utilizzando frasi semplici e brevi. Comunicare utilizzando dei sussidi.	<input type="text"/>
---	----------------------

Risultati: <ul style="list-style-type: none">• il cliente ha risposto positivamente a tutti gli stimoli ambientali e verbali che gli sono stati trasmessi. E' riuscito a codificare positivamente la maggior parte di essi riuscendo anche ad manifestare una risposta logica, rispetto al periodo di accertamento le attività di comunicazione sono notevolmente migliorate.

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: igiene e abbigliamento	Difficoltà: difficoltà a mantenere la cute pulita
---	--

Obiettivo:
il cliente riuscirà con l'aiuto del caregiver, a mantenere la cute pulita e profumata con gli stessi criteri che aveva prima dell'insorgere della malattia

Interventi:

- valutare il cliente e la sua attività di igiene attraverso la scheda accertamento
- rispettare la sua dignità di uomo
- rispettare i principi imposti dalla religione ebraica
- usare sempre le stesse metodiche per la preparazione al bagno
- usare saponi neutri
- usare lozioni o creme per l'idratazione della pelle e per l'elasticità della stessa
- pulire giornalmente la protesi dentaria con dentifricio e spazzolino

Risultati:

- Il cliente dopo che si è instaurata una metodica nell'igiene, ha notevolmente migliorato lo stato della cute, che appare più rosea, fresca, idratata, pulita. Dall'inizio dell'assistenza ha aumentato i gesti e le azioni autonome relative al pulirsi. Riesce ad insaponarsi tutta la parte superiore, usa con moderazione il manubrio della doccia, riesce ad asciugarsi la parte superiore. Durante l'azione del tagliare la barba il cliente mostra una calma e tranquillità fuori dal suo comune.
- Mostra difficoltà nel mettersi la protesi dentaria.
- L'assistenza nell'attività di igiene è migliorata.

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: comunicare	Difficoltà: difficoltà nel comunicare e nel ricevere messaggi
-------------------------------------	---

Obiettivo:
favorire la comunicazione tra il personale e i familiari e il cliente. Assicurare una corretta comprensione dei messaggi

Pianificazione:

- Parlare al cliente lentamente con chiarezza ponendosi di fronte a lui, per far sì che egli possa vedere le labbra mentre si parla. Utilizzare frasi semplici e brevi non fare discorsi complessi o articolati. I comandi vanno dati in sequenza, uno alla volta e fatti eseguire con calma e pacatezza. tenere presente che i tempi di comunicazione (ascolto – risposta) sono allungati. Salvaguardare una corretta comunicazione, evitando di **avallare gli errori** presenti nell'ideazione e verbalizzazione del cliente rispondendo come se fossero vere le inesattezze che egli afferma. E' importante attuare continuamente una strategia riabilitativa di cui un elemento importante è fornire informazioni corrette. Prestare attenzione alla comunicazione non verbale. .

Risultati:

- il cliente ha migliorato sorprendentemente la capacità di comunicare, l'impostazione visiva del soggetto previene il cliente da eventuali crisi ,che in precedenza si manifestavano in associazione al fatto di non vedere chi in quel momento parlava.
- I tempi di risposta sono rimasti stabili durante il periodo di controllo, la comunicazione non verbale è stata aumentata . il cliente comunica molto spesso con gli infermieri descrivendo con gesti l'antipatia o la simpatia nei confronti di persone conosciute. I dialoghi spaziano tra la politica , cultura , religione , le frasi non sono articolate ma il cliente mostra un chiaro segno di continuare la frase articolandola con altre.
- La R.O.T.. articolata in tutto l'arco della giornata, determina un miglioramento dello stato dell'umore la cui alterazione era in precedenza associato alla disorganizzazione tecnica della famiglia e nell'impossibilità da parte del cliente di poter espandere il proprio spazio vitale, (passeggiate, gite in macchina, comunicazione con estranei)

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: igiene e abbigliamento	Difficoltà: difficoltà a vestirsi
---	--

Obiettivo:
il cliente riuscirà con l'aiuto del caregiver a vestirsi decorosamente

Interventi:

- Conoscere e valutare l'abbigliamento del cliente prima della malattia
- Mantenere il più possibile le abitudini del cliente
- Usare abiti comodi da indossare in tessuto naturale
- Usare abiti che si aprono dal davanti
- Usare sempre le stesse metodiche per la vestizione
- Controllare attentamente la copertura della cute prima di uscire
- Evitare di impiegare molto tempo
- Vestirlo in un luogo caldo ed asciutto
- Usare calzini a compressione graduale
- Usare scarpe con suola antisdrucciolo e pianta larga

Risultati:

- il cliente ha sempre avuto un abbigliamento decoroso, consono al livello economico al quale era abituato, la relazione di aiuto del caregiver non desta alcun problema al cliente, accetta tutti i comandi posti dall'infermiere, l'abbigliamento sostanzialmente è rimasto quello che aveva in precedenza. Quando si esce non gradisce l'uso di guanti, sciarpe e cappelli.
- Riesce ad abbottonarsi la camicia , a fare il nodo della cravatta, a mettersi la giacca ed il cappotto.

Scheda infermieristica

Data

<p>Attività di vita:</p> <p>igiene e abbigliamento</p>	<p>Difficoltà:</p> <p>difficoltà a lavarsi in seguito ad incontinenza fecale e /o urinaria; stato mentale alterato; aggressività contro i caregiver.</p>
--	--

Obiettivo:

il cliente troverà la calma e la forza per farsi aiutare durante i periodi di incontinenza riducendo lo stato aggressivo

Pianificazione:

- Preparare tutto l'occorrente
- Mantenere la calma e la professionalità
- Presentarsi con il sorriso sulle labbra
- Operare possibilmente con un altro assistente
- Fargli capire che deve essere cambiato
- Evitare ogni violenza alla persona
- Aspettare qualche minuto prima di riprovare

Risultati:

- nonostante siano state adottate tutte le metodiche a nostra conoscenza, il cliente non comprende la necessità di essere pulito, inveisce con il caregiver aggredendolo ed urlando. L'impossibilità della relazione di aiuto rende necessaria l'attuazione di manovre di contenzione fisica, il risultato ottenuto è positivo per la risoluzione del problema. È comunque lecito a nostro giudizio l'uso della contenzione fisica per la risoluzione di questo problema, dovendo risolverlo nel più breve tempo possibile.

Data

<p>Attività di vita:</p> <p>ambiente sicuro</p>	<p>Difficoltà:</p> <p>difficoltà di interpretazione dell'uso dei singoli oggetti d'arredamento o da cucina , confondendoli con del cibo da mangiare, rischio di ingestione accidentale con possibili lesioni</p>
---	--

<p>Obiettivo:</p> <p>il cliente riuscirà a non confondere gli oggetti e ad usarli in modo appropriato</p>

<p>Interventi:</p> <ul style="list-style-type: none">• controllo infermieristico a vista• evitare di far prendere al clienti quei strumenti od oggetti taglienti o che comunque potrebbero essere pericolosi• orientare il cliente su altri interessi ogni qualvolta il suo comportamento è pericoloso per la sua persona	<input type="text"/>
---	----------------------

<p>Risultati:</p> <ul style="list-style-type: none">• il controllo a vista è in questi casi quanto meno indispensabile , la velocità con cui il cliente potrebbe ingoiare oggetti non alimentari è quanto mai elevata, non distrarsi durante le situazioni a rischio. Il numero di incidenti di questo genere è stato ridotto a zero.• Il cliente continua a svolgere normalmente ogni sua singola attività di vita senza nessun rischio.• È stato riscontrato che la sovrapposizione di comandi da eseguire riesce a confondere in modo sostanziale il cliente distogliendolo dalle manovre pericolose.	<input type="text"/>
--	----------------------

Scheda infermieristica

Data

Attività di vita: dormire	Difficoltà: disturbi del modello del sonno relativi a ipereattività e a percezione di mancanza della necessità di dormire
----------------------------------	--

Obiettivo Aiutare il cliente a ristabilire un modello di sonno regolare e riposante
--

Pianificazione: <ul style="list-style-type: none">• creare un ambiente privo di distrazioni all'ora di coricarsi. (televisione, radio)• limitare l'assunzione di caffeina e nicotina.• Mantenere un equilibrio tra riposo, attività ed esercizio fisico• Stabilire con il cliente una routine per l'ora di coricarsi al fine di controllare i disturbi del sonno.• Offrire al cliente del latte caldo e uno spuntino prima di coricarsi.• Evitare i sonnellini diurni• Evitare di dormire troppo• Stabilire un orario regolare per il risveglio• Andare a letto quando si è stanchi• Mantenere la stanza al buio	
---	--

Risultati: <ul style="list-style-type: none">• Il cliente ha migliorato sensibilmente lo stato d'ansia provocato dalla confusione prima di coricarsi, risponde in modo attivo quando gli si chiede se gradisce del latte caldo prima di andare al letto, le luci soffuse creano un ambiente adatto al riposo, inoltre l'applicazione di orari e di comportamenti routinari nel tempo hanno ridotto il tempo di adattamento* a non più di 15 minuti, rispetto alle circa 30 minuti di tempo occorrenti nel periodo di accertamento. Il processo è avvenuto nell'arco di 3 settimane.• Il cliente è riuscito a dormire serenamente per almeno 7 ore per notte senza interruzioni <p>*periodo che intercorre dal momento in cui il cliente chiede o mostra un atteggiamento di andare a dormire, ed il momento in cui si addormenta.</p>
--

SCALA IAIDL: ATTIVITÀ STRUMENTALI DELLA VITA

A - ABILITÀ NELL'IMPIEGO DEL TELEFONO

1	usa il telefono di propria iniziativa, cerca i numeri nell'elenco e forma i numeri	1
2	compone pochi numeri ben conosciuti	1
3	risponde al telefono ma non compone i numeri	0
4	non usa il telefono	0

B - SPESA

1	provvede a tutte le necessità facendo la spesa autonomamente	1
2	provvede autonomamente alle piccole spese	0
3	necessità di essere accompagnato per fare qualsiasi acquisto	0
4	completamente incapace di fare qualsiasi spesa	0

C - PREPARAZIONE DEL CIBO

1	progetta, prepara e si serve autonomamente pasti confacenti	1
2	prepara pasti confacenti se gli ingredienti gli vengono preparati	0
3	si riscalda, prepara e si serve i pasti o si serve i pasti ma non osserva una dieta appropriata	0
4	deve ricevere i pasti preparati e serviti	0

D - PULIZIE *

1	si occupa della pulizia della casa personalmente o con qualche aiuto per i lavori pesanti	1
2	provvede a piccoli lavori di pulizia come lavare i piatti rifarsi il letto ecc.	1
3	provvede a piccoli lavori di pulizia, ma non è in grado di conservare un livello di pulizia accettabile	1
4	necessita di aiuto per qualsiasi lavoro	1
5	non prende parte ai lavori di pulizia della casa	0

E - BUCATO *

1	provvede al bucato degli indumenti personali	1
2	lava i piccoli capi, sciacqua le calze	1
3	il bucato deve essere fatto da altri	0

f - MEZZI DI TRASPORTO

1	si sposta autonomamente con i mezzi pubblici o con la propria auto	1
2	organizza i propri spostamenti con l' aiuto di un taxi	1
3	si sposta solo se accompagnato	0
4	non si sposta mai	0

G - RESPONSABILITÀ PER TRATTAMENTI TERAPEUTICI

1	Assume le medicine e si presta ai trattamenti senza negarsi	1
2	Assume le medicine e si presta ai trattamenti dopo sollecitudine	0
3	Non si rende conto della necessità del trattamento	0

H - GESTIONE DEL DANARO

1	E' in grado di gestire i propri soldi autonomamente	1
2	E' in grado di gestire solo piccole somme di danaro	1
3	Incapace di gestire le proprie risorse	0

PUNTEGGIO MASSIMO. (massimo 8 punti)

Gli asterischi ai punti D ; E ; tendono a sottolineare che il cliente non ha mai svolto quelle pratiche, neanche precedentemente la malattia. Avendo la possibilità economica ha derogato ad altri quelle funzioni. Ai fini quindi della valutazione non dovranno essere prese in considerazione le risposte ai punti D; E.

SCALA IDL: INDEX DAY LIVING

- 1) NEL LAVARSI (spugnature, vasca da bagno, doccia)
 - A) Non riceve aiuto, entra nella vasca da solo,
 - B) Riceve aiuto per lavarsi soltanto per una parte del corpo (schiena e gambe)
 - C) riceve aiuto per entrare nella vasca e per lavarsi almeno metà del corpo

- 2) NEL VESTIRSI (prende i vestiti dall'armadio o cassetti compresa la biancheria intima)
 - A) prende i vestiti e si veste completamente senza aiuto
 - B) prende i vestiti e si veste senza aiuto, eccetto che per le scarpe
 - C) riceve aiuto nel prendere i vestiti e nell'indossarli altrimenti rimane parzialmente svestito. Può indossare gli indumenti e vestirsi senza alcuna assistenza, tranne che per allacciarsi le scarpe.

- 3) USO DEI SERVIZI (andare alla toilette pulirsi, sistemarsi gli abiti)
 - A) conosce l'ubicazione del bagno, si pulisce e si sistema gli abiti da solo (anche con l'uso di presidi ,bastoni, girelli, pannoloni, ecc..)
 - B) riceve aiuto per andare al bagno o per pulirsi o per sistemarsi gli abiti.
 - C) Non di reca ai servizi per i processi di eliminazione di urine e feci.

- 4) NEL TRASFERIRSI
 - A) entra ed esce dalla poltrone senza aiuto (può utilizzare presidi)
 - B) entra ed esce dal letto o dalla poltrona con aiuto
 - C) non esce dal letto

- 5) CONTINENZA
 - A) ha completo autocontrollo su minzione e defecazione
 - B) ha occasionalmente degli incidenti
 - C) è incontinente

- 6) NELL'ALIMENTARSI
 - A) si alimenta da solo senza aiuto
 - B) si alimenta da solo ma necessita di assistenza nel tagliare la carne
 - C) riceve assistenza nell'alimentarsi in parte

TEST DI VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO

EQUILIBRIO DA SEDUTO

- stabile 1
- si tiene alla sedia 0
- scivola e cade 0

ALZARSI DALLA SEDIA

- senza usare le braccia, in un singolo movimento 2
- usa le braccia, si sposta sulla sedia prima di alzarsi 1
- diversi tentativi o incapace senza aiuto 0

STANDING IMMEDIATO

- stabile senza tenersi 2
- stabile, ma usa ausili 1
- qualunque segno di instabilità 0

STANDING PROLUNGATO

- stabile senza tenersi 2
- stabile ma usa appoggi 1
- qualunque segno di instabilità 0

EQUILIBRIO A OCCHI CHIUSI

- stabile, senza tenersi 2
- stabile, con piedi larghi 1
- ogni senso di instabilità o necessità di tenersi 0

EQUILIBRIO DI ROTAZIONE (360°)

- senza annaspere ne barcollare o tenendosi rotazione fluida movimento continuo 1
- passi discontinui(appoggia completamente il piede prima di alzarsi dal letto) 0
- ogni segno di instabilità o necessità di tenersi 0

REAZIONE ALLA SPINTA SULLO STERNO

- stabile, abile a resistere alla pressione 2
- deve muovere i piedi ma è capace di resistere alla pressione 1
- inizia a cadere o l'esaminatore deve aiutarlo a mantenere l'equilibrio 0

SEDESI

- capace di un unico movimento fluido 2
- necessita di usare le braccia per guidare il movimento 1
- "cade" nella sedia, sbaglia distanza, non si siede in centro 0

TENTATIVI DI ALZARSI

- capace con un tentativo 2
- capace con le braccia e più di un tentativo 1
- incapace senza aiuto 0

TEST DI VALUTAZIONE DELL'ANDATURA

PARTENZA

- esitazione o diversi tentativi nel partire 0
- nessuna esitazione 1

LUNGHEZZA E ALTEZZA DEL PASSO A PIEDE DESTRO

- non avanza oltre il piede sinistro 0
- oltrepassa il piede sinistro 1
- non si alza completamente dal suolo 0
- si alza completamente dal suolo 1

LUNGHEZZA E ALTEZZA DEL PASSO A PIEDE SINISTRO

- non avanza oltre il piede destro 0
- oltrepassa il piede destro 1
- non si alza completamente dal suolo 0
- si alza completamente dal suolo 1

SIMMETRIA DEL PASSO

- la lunghezza del passo destro e del passo sinistro non si equivalgono 0
- il passo destro e il passo sinistro sono uguali 1

CONTINUITÀ DEL PASSO

- arresti a discordanze tra i passi 0
- continuità nel passo 1

PASSO (può essere stimato in relazione delle piastrelle del pavimento)

- deviazione significativa 0
- deviazione debole o moderata o impiego del bastone 1
- nessuna deviazione 2

COMPORTEMENTO DEL TRONCO

- marcata oscillazione o impiego del bastone 0
- nessuna oscillazione, ma flessione delle ginocchia, o movimenti di equilibrio con le braccia 1
- nessuna oscillazione, né flessione, né impiego delle braccia né del bastone 2

MARCIAMENTO DELLA DEAMBULAZIONE

- talloni distanziati 0
- talloni che quasi toccano 1

SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE

- | | | |
|---|---|---|
| 1) che giorno è oggi? (giorno , mese, anno) | + | - |
| 2) che giorno della settimana? | + | - |
| 3) qual' è il nome di questo posto? | + | - |
| 4) qual è il suo numero di telefono? | + | - |
| 5) quanti anni ha ? | + | - |
| 6) quando è nato ? | + | - |
| 7) chi era il papà precedente ? | + | - |
| 8) quale era il nome di sua madre da signorina? | + | - |
| 9) sottragga 3 dal 20 fino ad arrivare al 2. | + | - |

è consentito un errore in meno in relazione che il cliente ha un grado di istruzione levato

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

ORIENTAMENTO TEMPORO SPAZIALE (punteggio 0-10)

- 1) oggi che giorno della settimana è?.....0 - 1
- 2) In che mese siamo ?.....0 - 1
- 3) Quanti ne abbiamo nel mese ?.....0 - 1
- 4) In che stagione siamo ?0 - 1
- 5) In che città siamo ?0 - 1
- 6) In che anno siamo ?.....0 - 1
- 7) In quale regione siamo ?.....0 - 1
- 8) In quale nazione ci troviamo ?.....0 - 1
- 9) Ora, in che posto ci troviamo ?.....0 - 1

MEMORIA RECENTE (0 – 3)

Stimoli:	1) cappello	ripetizione:	1).....	0-1
	2) pane		2).....	0-1
	3) finestra		3).....	0-1

ATTENZIONE E CALCOLO (0 – 5)

Sottrazione da 100	(7 unità per volta)		
	(93) =		0 – 1
	(86) =.....		0 – 1
	(79) =		0 – 1
	(72) =.....		0 – 1
	(65) =.....		0 – 1

RICHIAMO DELLA MEMORIA (0 – 3)

1) =.....	0 - 1
2) =.....	0 - 1
3) =.....	0 – 1

LINGUAGGIO (0 – 9)

Denominazione:

matita	0 – 1
orologio	0 – 1

Ripetizione:

“tigre contro tigre “	0 – 1
-----------------------	-------

Comprensione esecuzione di un comando orale:

“ prenda il foglio con la mano destra lo pieghi a metà e lo butti sul pavimento “

Prenda il foglio con la mano dx	0 – 1
Lo pieghi a metà	0 – 1
Lo butti sul pavimento	0 – 1

Comprensione esecuzione di un comando scritto:

Mostrare la scritta “ chiuda gli occhi “

Produzione di una frase scritta

Produzione di un disegno

Punteggio totale...../30

LISTA DI CONTROLLO DELLA SICUREZZA CASALINGA

Ad ogni risposta NO corrisponde ad un punto. Un punteggio da 1 a 7 è eccellente, da 8 a 14 buono, da 15 in poi a rischio.

Pulizia della casa

- 1) Viene pulito subito se cadono delle gocce per terra?
- 2) Il pavimento e le scale vengono tenuti in ordine?
- 3) Vengono rimessi al loro posto, dopo averli usati libri, riviste, materiale per il cucito e altri oggetti?
- 4) vengono riposti gli oggetti che vengono usati di frequente su scaffali facili da raggiungere?

PAVIMENTI

- 5) Viene impedito di camminare sui pavimenti appena lavati?
- 6) Quando viene data la cera, ne sono distribuiti due strati leggeri
Lucidando ciascuno di essi a fondo, o viene fatto anche uso di Crema autolucidante, antiscivolo?
- 7) i tappeti sono fissati in qualche modo al pavimento?
- 8) I tappeti o tappetini hanno il pelo alto?
- 9) I tappeti o tappetini sono di medio spessore di buona qualità?
- 10) Sono stati eliminati i tappetini in cima ed in fondo le scale?
- 11) I tappeti sono fissati in qualche modo alle scale?
- 12) I tappeti o tappetini sono ben curati, senza bordi arricciati e logori, senza strappi?

STANZA DA BAGNO

- 13) viene fatto uso di un tappetino anti-sdrucchiolo nella doccia o vasca?
- 14) Ci sono maniglie d'appoggio sopra la vasca da bagno o alla parete della doccia?
- 15) C'è un tappeto antisdrucchiolo sul pavimento della vasca da bagno?
- 16) Il sapone è posto in un luogo facilmente raggiungibile?

LUOGHI DI PASSAGGIO

- 17) Si può attraversare ogni stanza della casa, gli atri e i corridoi
Senza dover aggirare alcun mobile?
- 18) il percorso della camera da letto al bagno è libero da ostacoli?
- 19) Il telefono ed i campanelli di chiamata sono un po' isolati dai
Dai luoghi dove camminano abitualmente le persone?

ILLUMINAZIONE

- 20) Gli interruttori della luce sono vicino ad ogni porta?
- 21) Le stanze sono tutte ben illuminate senza zone d'ombra?
- 22) C'è una lampada a portata di mano vicino al letto?
- 23) Ci sono delle lampadine notturne sul tragitto dalla camera da letto al bagno?
- 24) Le scale sono ben illuminate?
- 25) Ci sono degli interruttori della luce in cima ed in fondo alle scale?

SCALE

- 26) Corrimani ben saldi sono posti per tutta la lunghezza della scala?
- 27) Ci sono ringhiere ben salde alla parete alle quali potersi sorreggere?
- 28) La ringhiera indica chiaramente dove finiscono le scale?
- 29) Le scale sono in buone condizioni ed i bordini metallici sono ben inchiodati in terra?
- 30) Le scale sono in buone condizioni, senza gradini rotti o pendenti o cedevoli?
- 31) Ogni gradino isolato è stato sostituito con uno scivolo di Pendenza? Se ci sono gradini isolati, sono ben illuminati?

SCALE E SGABELLI

- 32) c'è uno sgabello ben stabile per raggiungere i piani più alti della credenza o delle mensole?
- 33) Tutte le scale e gli sgabelli sono in buone condizioni?
- 34) Vengono usati solamente sgabelli o scale alti a sufficienza per il lavoro previsto?
- 35) La scala viene sempre appoggiata su una superficie ben liscia e sgombra?
- 36) Prima di salire su una scala si controlla che essa sia ben aperta e le sicure agganciate?
- 37) Quando si sale su una scala il corpo è di fronte ai gradini?
- 38) Si evita di salire sino agli ultimi gradini della scala?

AREE ESTERNE

- 39) I vialetti del giardino e le altre zone di passaggio sono senza buche?
- 40) Il prato è senza buche?
- 41) Gli attrezzi per il giardinaggio e i tubi per l'acqua Vengono sempre riposti in ordine quando non sono usati?
- 42) le aree esterne sono libere da sassi, legni male inchiodati o altri oggetti che possano fare inciampare?
- 43) i vialetti esterni ed i gradini sono sempre liberi dalle foglie bagnate o dalla neve?
- 44) Viene usato sempre l'antigelo sul terreno dopo una nevicata o gelata?
- 45) C'è uno zerbino per pulire le suole delle scarpe quando si entra in casa?
- 46) Conoscete qual è il percorso più sicuro per passare per un tratto scivoloso?

CALZATURE

- 47) Vengono usate scarpe con la para?
- 48) Vengono usate solo pantofole della giusta misura?
- 49) Si evita di camminare indossando le sole calze?
- 50) Quando si è in giardino o in casa a lavoro, vengono indossati Mocassini a tacco basso o buone scarpe di tela?
- 51) tacchi e soles delle scarpe vengono rifatti quando sono consumati?
Precauzioni personali
- 52) Avete i riflessi pronti di fronte a situazioni inaspettate, come Mobili in una nuova collocazione lungo il tragitto?
- 53) se vengono a trovarvi dei nipotini, fate sempre attenzione a quando essi giocano per terra o a quando lasciano i giocattoli sul pavimento?
- 54) se avete degli animali domestici, prestate attenzione ai loro movimenti improvvisi o a quando vi vengono fra le gambe?
- 55) quando portate dei pacchi voluminosi, fate sempre attenzione che questi non vi ostruiscano la visuale?
- 56) non appena possibile, suddividete un pacco grande in due più piccoli?
- 57) quando vi chinate o vi allungate, vi sorreggete sempre ad un supporto ben saldi, evitando di spostare la testa all'indietro e di girarvi troppo velocemente?
- 58) per raggiungere un oggetto riposto in alto fare sempre uso di una scala o di uno sgabello, evitando di salire su una sedia?
- 59) evitare di precipitarvi a rispondere al telefono o ad un campanello?
- 60) vi concedete del tempo per ritrovare l'equilibrio quando passate dalla posizione sdraiata a quella eretta?
- 62) seguite una dieta appropriata, fate un moderato esercizio fisico ed un riposo adeguato per tenervi in forma?
- 63) vi sottoponete periodicamente ad un controllo medico?
- 64) controllate la vista periodicamente?
- 65) sapere come limitare i danni in caso di una caduta?
- 66) se vivete da soli avere un contatto giornaliero con un vicino, un amico o un familiare?

GLOBAL DETERIORATION SCALE

FASE CLINICA

CARATTERISTICHE CLINICHE

NORMALE

1) non si registrano disturbi soggettivi di perdita di memoria
Non si è riscontrata alcuna perdita di memoria all'esame clinico del Soggetto.

AMNESIE RICORRENTI

2) si registrano più frequentemente disturbi soggettivi di perdita di memoria nei seguenti settori:
a) dimenticarsi il posto in cui sono stati messi oggetti familiari;
b) dimenticarsi nomi che precedentemente erano ben noti.
Non si ha alcuna prova oggettiva di perdita di memoria all'esame clinico del soggetto. Non si riscontra un deficit oggettivo sul lavoro e nelle situazioni sociali. Adeguata preoccupazione per la sintomatologia.

CONFUSIONI INIZIALE

3) prime lacune ben definite. Manifestazioni in più di uno dei seguenti settori:
a) il cliente si può perdere viaggiando in un luogo familiare;
b) i colleghi di lavoro si rendono conto del rendimento relativamente scarso del cliente
c) gli amici stretti notano difficoltà nel trovare le parole ed i nomi
d) il cliente può leggere un brano o un libro e ricordarsi poco di quello che ha letto
e) il cliente manifesta una maggiore difficoltà nel ricordarsi i nomi quando gli vengono presentate nuove persone
f) il cliente può aver smarrito un oggetto di valore
g) durante l'esame clinico possono manifestarsi carenze di concentrazione
la dimostrazione oggettiva della perdita di memoria si ottiene solamente in seguito a un esame intensivo condotto da un esperto psicogeriatra. Minor rendimento nell'impiego e nelle situazioni sociali. Nelle persone iniziano a manifestarsi dei dinieghi. I sintomi sono accompagnati da ansietà lieve o moderata.

CONFUSIONE AVANZATA

4) deficit ben definito durante gli attenti esami clinici. Il deficit si manifesta nei seguenti settori:
a) minor conoscenza degli avvenimenti attuali e recenti
b) perdite di memoria riguardo la propria anamnesi personale
c) minor capacità di viaggiare, gestire le finanze ecc.
d) difficoltà di concentrazione
e) ridotta capacità nello svolgere compiti complessi.
4.1) spesso non si registrano deficit nei seguenti settori:
a) orientamento tempo e luogo;
b) riconoscimento persone e volti familiari;
c) capacità di viaggiare in luoghi familiari;

Il diniego è il meccanismo di difesa predominante.
Si manifestano ridotte risposte affettive e tendenza alla rinuncia nelle situazioni di sfida.

DEMENZA INIZIALE

- 5) il cliente non riesce più a sopravvivere senza aiuto. Durante il colloquio con il medico non riesce a ricordare aspetti rilevanti della propria vita attuale, ad esempio:
- a) l'indirizzo o il numero telefonico che ha da molti anni
 - b) i nomi di membri stretti della propria famiglia
 - c) il nome della scuola secondaria o dell'università dove si è diplomato

spesso si riscontrano disorientamenti nel tempo (data, giorno, della settimana, stagione ecc.) e nello spazio. Una persona istruita può riscontrare difficoltà nel contare all'indietro sottraendo 4, o da 20 sottraendo 2 numeri per volta. Le persone a questo stadio si ricordano di molti fatti importanti riguardanti loro stessi e gli altri, sanno immancabilmente il loro nome e generalmente si ricordano di quello del coniuge e dei loro figli. Il cliente non ha bisogno di aiuto per la cura della persona o per mangiare, ma può avere difficoltà nella scelta degli abiti appropriati.

DEMENZA MODERATA

- 5) il Cliente può occasionalmente dimenticarsi il nome del coniuge.
È per lo più ignaro di tutti gli avvenimenti recenti e delle esperienze della propria vita. conserva qualche cognizione del proprio ambiente, dell'anno, della stagione ecc.. Può avere difficoltà a contare all'indietro da 10, e talora anche in avanti. Ha bisogno di assistenza nella vita quotidiana:

- a) può diventare incontinente;
- b) ha bisogno di assistenza durante i viaggi, ma può essere in grado di spostarsi in luoghi familiari.

Frequentemente il ritmo diurno è disturbato. Ricorda per lo più il proprio nome e riesce a distinguere nell'ambiente persone familiari da quelle non familiari.

Si verificano cambiamenti di personalità ed emotivi :

- a) deliri.
- b) Sintomi ossessivi,
- c) Ansia, agitazione, comportamento violento.
- D) Abulia cognitiva

DEMENZA AVANZATA

- 7) tutte le capacità verbali sono perse
frequentemente solo "grugniti"
incontinenza urinaria.

Richiede di assistenza nella cura di sé e per nutrirsi.

Ha perso le capacità psicomotorie

Il cervello sembra non più capace di dire al corpo cosa fare.

Segni e sintomi neurologici generalizzati e corticali sono frequentemente presenti.

VALUTAZIONE DELLO STATO DI AFASIA

1) COLLOQUIO SPONTANEO

Afasia non fluente: < 50 parole/min.; l'inizio del discorso richiede uno sforzo considerevole

Fraasi di una 2 parole

Afasia fluente: 100/200 parole/min facile inizio di discorso; uso improprio delle parole e della grammatica; scarso senso del compiuto del discorso.

2) DIFFICOLTÀ NEL RITROVARE LE PAROLE

uso di perifrasi (ad esempio quello che serve per sapere l'ora invece di orologio)

uso di termini non specifici (ad esempio cosa)

uso di parole sbagliate (parafrasia)

- parafrasia letterale (ad esempio chiave al posto di chiave)
- parafrasia verbale (ad esempio cucchiaio al posto di coltello)
- gergofasia (espressioni incomprensibili o in gergo particolare)

LINEE GUIDA

1. COMUNICARE

A) Prima di entrare in comunicazione:

- Segnalate il vostro arrivo, facendo un po' di rumore o cantando
- Eliminate i rumori inutili come la radio o la televisione
- Muovetevi lentamente e mettetevi di fronte alla persona. Se è seduta, sedetevi per essere alla sua altezza. Stabilite un contatto visivo, toccatela dolcemente e pronunciate il suo nome sorridendo
- Se la persona non vuole entrare in contatto con voi, non forzatela; fatelo di nuovo qualche minuto più tardi

B) Durante il contatto:

- Parlatele lentamente, in modo calmo e dolce e conservate il contatto visivo il più a lungo possibile
- Segnalate l'argomento principale della vostra comunicazione
- Non cambiate improvvisamente argomento di conversazione
- Non fatele che una sola comunicazione per volta
- Usate delle frasi corte e delle parole semplici, evitandole spiegazioni lunghe
- Utilizzate dei nomi e cognomi nella conversazione, e non soltanto dei pronomi personali
- Quando è possibile farlo, utilizzate degli oggetti legati all'attività che è oggetto della vostra conversazione
- Se la persona riscontra delle difficoltà nel rispondere alle domande:
 - utilizzate delle domande precise
 - evitate le domande che cominciano con dei "perché" o dei "come"
 - utilizzate delle domande di risposta limitate
- Evitate il linguaggio figurato

- Se non capisce un messaggio nonostante l'abbiate formulato in termini concreti:
 - Ripetetele esattamente allo stesso modo, invece di riformularlo
 - Lasciatele il tempo di capire e di rispondere al vostro messaggio
 - Evitate ogni tipo di pressione
 - Se la ripetizione del messaggio non è stata capita, riformulatelo in altro modo
- Date dei messaggi verbali e non verbali compatibili
- Evitare le frasi negative
- Se la persona si distrae, riportatela dolcemente all'argomento
- Se la persona si distrae molto spesso, è possibile far cessare la conversazione
- Evitare di interromperla
- Lasciate il tempo di trovare le parole e di finire le frasi
- Se non capite quello che vi dice, non fate finta di aver capito
- Cercate di trovare le parole chiave che dice e ripeteteglielo perché confermi che abbiate capito
- Cercate di cogliere l'emozione che si nasconde sotto le parole stando attento alle espressioni del suo viso

LINEE GUIDA

2. AGITAZIONE

- Evitate gli imprevisti stabilendo delle routines nelle attività della vita quotidiana;
- Conservate un clima calmo in casa.
- Eliminate ogni possibile fattore di alterazione dell'umore
- Quando vi sono molti visitatori in casa, state attenti alla persona, restandole vicino, tenendole la mano
- Non è possibile prevenire l'agitazione, quando vi rendete conto dell'agitazione potete:
 - Rimuovere la causa dello stato di agitazione
 - Allontanare la persona dal fattore scatenante
- Evitare di far aumentare l'agitazione che potrebbe trasformarsi in aggressività
- Toccare la persona dolcemente per rassicurarla (indian-shake)
- Non appena notate che la persona si calma un po' cercate di distrarla con un'attività che lui trova piacevole
- Se la sua agitazione è dovuta alla vostra stessa agitazione, calmatevi isolatevi qualche minuto e ritornate da lui con il sorriso sulle labbra
- Prevenire l'aggressività

LINEE GUIDA

3. AGGRESSIVITÀ O COLLERA

- Permettetele di esprimere la sua collera o il suo dolore. Se si sente ascoltato, la sua tensione diminuirà. Ditele che comprendete la sua collera.
- Proteggete la persona togliendo gli oggetti pericolosi dal suo ambiente.
- Non discutete mai con lui contraddicendola.
- Non insistete dopo un rifiuto categorico
- Non cercate di farlo ragionare con degli argomenti “logici” poiché non è più in grado di comprendere questo tipo di argomenti.
- Non attaccatelo mai.
- Non riparlare con lui circa gli avvenimenti sgradevoli che sono successi.
- Se il suo comportamento sembra essere provocato dal vostro atteggiamento, cambiate atteggiamento!
- Se il fattore scatenante è uno specchio, copritelo!

LINEE GUIDA

4. REAZIONE CATASTROFICA

- Cercare di prevenire la reazione catastrofica
- Eliminare il fattore scatenante
- Intervenite con calma
- Avvicinatevi lentamente alla persona per non farle paura e stabilite con lui un contatto visivo. Non è sempre opportuno toccarlo immediatamente perché potrebbe sentirlo come un'aggressione
- Quando il contatto visivo è stabilito, toccatelo dolcemente ma fermamente dicendole che capite ciò che prova, assicurandole che con voi è al sicuro e che siete là per aiutarla.
- Non fate discussioni
- Portate se riuscite la persona in un luogo tranquillo e state con lei
- Non attaccatela mai.
- Quando la persona comincia a calmarsi, cercate di distrarla proponendogli un'attività che gradisce.
- Se il fattore scatenante è uno specchio, copritelo!

LINEE GUIDA

5. ORIENTAMENTO SPAZIO TEMPO

- Prendere l'abitudine di ricordare alla persona l'ora, la data, la stagione, le feste, ecc.
- Trovare ogni occasione che permettono di fare riferimento al tempo:
- Installate degli orologi con grandi cifre ricordandovi che le persone anziane non hanno l'abitudine di leggere gli orologi numerici sui quali non ci sono le lancette.
- Affiggete dei calendari con grosse cifre o dei calendari a quadretti che permettono di scrivere qualche parola ogni giorno
- Potete impegnare del tempo disegnando o scrivendo i nomi delle persone conosciute
- Insieme guardare delle fotografie dove può vedersi in diverse epoche della vita
- Contrassegnare la sua camera con un oggetto agganciato vicino alla porta e non sulla porta se quest'ultima è sempre aperta:
- Scegliete sempre come riferimento oggetti che siano riconoscibili immediatamente per la persona
- Lasciare la porta del bagno aperta con la luce accesa, in questo modo il bagno sarà sempre visibile.
- Senza farlo in modo sistematico, per non agire come un robot, nominate le stanze della casa entrandovi.
- Menzionate il nome della città, della strada, degli edifici, quando fate una passeggiata con la persona.

LINEE GUIDA

6. SICUREZZA AMBIENTALE

- Sistemate tutte le medicine, prodotti ed oggetti pericolosi in un armadio chiuso a chiave
- Togliere la serratura dal bagno e dalle altre stanze della casa
- Chiudete sempre la manopola del gas
- Usate se possibile quando cucinate la piastra termica piuttosto che la fiamma
- Non lasciate gli apparecchi elettrici ed i coltelli appuntiti sugli scaffali o sui tavoli
- Inserite delle spine di plastica nelle prese di corrente
- Installate ove è possibile delle maniglie ergonomiche senza serratura .
- chiudere sempre a chiave dall'interno la porta di ingresso alla casa. Ove è possibile nascondere la porta d'ingresso con una tenda.
- Eliminate le piante dalla casa (rischio di ingestione accidentale)
- Abbassate la temperatura dello scaldabagno
- Evitate di lasciare in giro sedie, sgabelli, tavolini, piccoli oggetti per terra che potrebbero essere di intralcio al movimento
- Evitare di passare la cera o di lavare per terra quando la persona si trova in casa
- Eliminare quelle sedie che sono difettose e poco robuste
- Eliminare i tappeti che intralciano il movimento
- Coprire gli specchi con un telo.
- Controllare ed rimuovere quei soprammobili instabili.(vasi, cristalli, bottiglie, coppe, ecc.)
- Illuminare a giorno tutta la casa
- Predisporre sistemi di contenimento sulle finestre e sulle ringhiere dei balconi.
- Raccogliere i fili vacanti per terra (t.v. radio, videoregistratore, ecc)

LINEE GUIDA

7. DORMIRE

- Coricarsi ed alzarsi ogni giorno all'incirca alla stessa ora. Stabilire un orario fisso aiuta a regolare l'orologio interno dell'organismo.
- Eseguire ogni sera gli stessi preparativi prima di coricarsi.
- Durante la notte indossare indumenti ampi e comodi
- Posizionare il letto nel miglior modo possibile (ricerca per prove ed errori)
- Mantenere la camera da letto buia
- Cercare di isolare la stanza dai rumori esterni
- Preparare uno spuntino leggero prima di coricarsi
- Evitare di fare una cena troppo pesante o di bere bevande gassate o contenenti caffeina
- Evitare di dormire di giorno
- Svolgere un'attività che lo renda attivo durante il giorno
- Accompagnarlo al bagno prima di dormire

LINEE GUIDA

8. COMPORTAMENTI ANORMALI

- Osservare il comportamento problematico per conoscerlo meglio
- Osservare il comportamento del cliente quando è calmo e sereno e quando non fa nulla di “strano”, e confrontarlo con quello problematico
- Associate il comportamento a manifestazioni che possano essere da causa scatenante
- Prima di intervenire valutare se il comportamento possa mettere in pericolo il cliente
- Organizzare una serie di strategie per distoglierlo dal comportamento problematico
- Identificare le cose che più interessano il cliente

LINEE GUIDA

9. IGIENE QUOTIDIANO

- Controllare la temperatura della stanza da bagno
- Controllate se c'è acqua a sufficienza per lavarsi
- Preparate anticipatamente tutto l'occorrente per la doccia
- Preparate l'occorrente per vestirlo evitando di uscire dal bagno
- Invitatelo ad urinare prima di fare la doccia
- Conducete la persona vicino al lavandino. Fate scendere l'acqua davanti a lui per farle capire l'attività da compiere, e controllate la temperatura dell'acqua.
- Evitate il sapone liquido poiché questo prodotto non è familiare alle persone di quest'età
- Datele una spugna per lavarsi anche se ne è incapace , può darsi che riuscirà malgrado tutto a lavarsi un po' da sola
- Evitare di utilizzare un asciugamano grande o difficile da maneggiare
- Usare più asciugamani piccoli per ogni parte del corpo da asciugare
- Usare mentre si lava il cliente parole chiare e decise per evitare incomprensioni
- Approfittate del momento per esaminare la persona, vedere se ha delle lesioni, dei rossori, dei gonfiori ecc.
- Coprite lo specchio con un telo di stoffa
- Se vi sembra agitata, cantate dolcemente delle vecchie canzoni e massaggiatele la schiena,
- Mai lasciare il cliente da solo

LINEE GUIDA

10. VESTIRSI

- Piegate e mettete a posto i vestiti sempre allo stesso modo
- Invitate il cliente a scegliere i vestiti da indossare da solo, se sbaglia, senza farsi accorgere cambiateli.
- Ogni giorno togliete i vestiti sporchi dalla sua camera per evitare che non li rimetta l'indomani
- Ripercorrete mentalmente i numerosi impedimenti che possono influenzare la sua autonomia:
- la presenza di bottoni decorativi che la persona tenta invano di attaccare o di staccare
- i vestiti che presentano alterazioni : etichetta scucita, vestito macchiato, cerniera strappata, possono richiamare l'attenzione del cliente
- i vestiti troppo piccoli o aderenti, difficili da indossare
- i vestiti di cui è difficile distinguere: la forma, l'orientamento, la funzione.
- Le chiusure lampo o i lacci posti dietro ad un vestito
- I sistemi di chiusura dei vestiti

LINEE GUIDA

11. MANGIARE

- Stabilite un orario fisso
- Rispettate i gusti alimentari del cliente
- Proponetele di urinare prima di mangiare
- Mangiate con lui; è il miglior stimolo per incitarlo a mangiare poiché sarà portato ad imitarlo
- Mettetele un grembiule per riparare i vestiti
- Presentatele un solo piatto alla volta
- Verificate la temperatura degli alimenti
- Semplificate l'attrezzatura per mangiare sul tavolo eviterete di fare confusione
- Non insistete più di tanto se la persona non vuole mangiare
- Non mettetele fretta rispettate i "tempi umani"

3. ASPETTI ETICI

Assistere questi pazienti è una sfida professionale e umana sia per gli operatori professionali che per gli stessi familiari, che possono trovarsi di fronte ad una persona “diversa” dove gli aspetti cognitivi e di personalità possono essere gravemente menomati. Tali condizioni cliniche rendono gravemente oneroso il carico assistenziale. Per questi motivi i pazienti affetti da demenza vengono percepiti come una sorta di “guscio “ del loro precedente sé privati di qualsiasi finalità con l’unica possibilità di una vita residua che scorre in attesa di una ineluttabile morte sentita come liberatrice ed unica soluzione ad una condizione così drammatica. Ma questo è in contrasto con la dignità intrinseca e inviolabile di ogni persona umana. Sembrerebbe superfluo affermare che “anche l’anziano è persona” tanto risulta ovvio e scontato. Ma l’affermazione è ovvia e scontata solo in un ambito antropologico che legge l’uomo alla luce della ragione, attraverso una riflessione razionale critica, e non per come appare nella società attuale e per come viene giudicato dalla cultura dominante. E’ questo vale anche quando l’anziano presente un deficit cognitivo o funzionale, l’uso di metafore quali “guscio” oltre che favorire la tendenza a estenderle a tutti coloro che non sono più nella “situazione di una volta” possono altresì attestare una tirannia del “normale”. Concepire le persone dementi come “differenti” può contribuire invece alla tolleranza e al rispetto. Come nel caso degli handicappati mentali e dei gravi malati mentali, non possiamo trascurare la possibilità che anche la vita dei dementi gravi contenga in sé esperienze alle quali noi siamo interamente privati (Carretta, Petrini;1982).

La cura del paziente demente è emblematica della preparazione degli operatori sociosanitari: a questi operatori è richiesta una specifica preparazione

tecnico professionale, ma è altresì richiesta una preparazione umana, che è influente sugli stessi risultati terapeutici. Infatti in ambito assistenziale, occorre subito puntualizzare il ruolo determinante dello staff ed in particolare degli atteggiamenti degli operatori verso un paziente demente; è questa una relazione così profonda che condiziona gli stessi reciproci atteggiamenti (Zanetti, 1997).

I comportamenti verbali e non verbali dello staff sono correlati ai comportamenti dei dementi, soprattutto i sorrisi, gli sguardi, le modificazioni ambientali. La capacità dello staff di rimanere rilassato e flessibile nell'assistenza ai dementi è strettamente correlata alla capacità degli anziani di rimanere flessibili, calmi e di collaborare al processo di assistenza. L'uso di distrazioni verbali o di nuovi stimoli, incoraggiamenti, allegrie, scherzi, sono spesso di aiuto quando i dementi divengono disturbanti o paranoici. Tutto questo però nella consapevolezza che si spende meno tempo con gli ospiti confusi, rispetto a quelli con capacità cognitive integre, e che molti programmi per operatori sociosanitari sono rivolti piuttosto all'assistenza per acuti che a quella per malati cronici forniscono scarse informazioni e preparazione per l'assistenza al demente (Pettenati, Spadin, Villani, 1995).

La demenza è divenuta ormai una patologia comune tra gli anziani e l'età ne è stata riconosciuta quale fattore di rischio (Frustaglia, 1994). Alla luce del generalizzato fenomeno, tipico dei paesi occidentali, dell'aumento della età media, si è già arrivati a parlare di "epidemia di demenza" e di epidemia silente degli anni futuri.

La cura dell'anziano demente non comporta solo un grave onere assistenziale, ma riveste anche notevoli implicazione economiche. I costi della demenza possono

essere distinti in diretti ed indiretti, tra i primi si considerano le spese derivanti dal processo diagnostico, dai ricoveri ospedalieri, dall'istituzionalizzazione, dall'assistenza domiciliare, dal consumo dei farmaci. Nel secondo rientrano il tempo ed il lavoro spesi dai familiari o da chi li assiste, i costi non quantificabili della disabilità del paziente e della sofferenza e dello stress vissuti dai familiari (Zanetti, 1997).

L'infermiere professionale ha la capacità di poter modificare la vite senza fine in cui il paziente ed la sua famiglia sono entrati, l'impossibilità di non poter debellare la malattia è di stimolo a migliorare le nostre conoscenze settoriali così da poter offrire una assistenza sempre più qualitativamente ed quantitativamente ottimale per lo stile di vita del paziente, migliorando la qualità di vita anche dei familiari. Non bisogna dare per scontato il supporto della famiglia, anche questo aspetto ha necessità di un'attenzione specifica. Manca in genere una esplicita attenzione ai problemi per la vita dei familiari che dovendo gestire una situazione così difficile. L'isolamento della famiglia conduce a caratteristiche situazioni come:

- conflitto tra il paziente e la famiglia
- difficoltà di tenuta di prestazioni stabili nel tempo

occorre quindi :

- pianificare un'assistenza alla famiglia; un piano accurato per rispondere agli eventuali bisogni dei famigliari, tenendo presente che per un famigliare può essere difficile rinunciare al suo ruolo di caregiver questo può comportare incomprensioni fra lo staff e la famiglia dell'assistito. E' quindi necessario interessare i familiari al piano di cura e sollecitarne la collaborazione.

4.ASPETTI GIURIDICI DELL'ASSISTENZA DOMICILIARE

L'infermiere ha un ruolo decisivo nella assistenza domiciliare, può svolgere la sua attività in ambito assistenziale e terapeutico senza bisogno di ulteriori momenti formativi se non per la specificità del caso. Con il nuovo ordinamento universitario del 2\ 12\92 nella tabella XXXIX si legge:

“ le università potranno istituire corsi di perfezionamento riservati ai soli possessori di diploma universitario nei seguenti settori .

.....

E) assistenza domiciliare

F) assistenza domiciliare geriatrica

.....

E' chiaro che l'università ha evidenziato la necessità attraverso l'istituzione di corsi post-base la necessità di aggiornare l'infermiere in vista di un futuro quanto mai vicino di ospedalizzazione domiciliare ed in seguito al notevole aumento della popolazione geriatrica.

Secondo il DPR 14\9\94 n. 739 art.2 ,l'infermiere professionale ha la capacità di autonomia decisionale per l'assistenza infermieristica generale, intesa in preventiva curativa palliativa ed riabilitativa, che sia essa di natura tecnica relazionale ed educativa.

Nel punto G testualmente: svolge la sua attività in strutture sanitarie pubbliche o private nel territorio e nell'assistenza domiciliare in regime di dipendenza o di libero professionista.

Lo stato ha voluto attraverso questa legge stabilire che l'infermiere è un libero professionista e come tale la sua attività viene regolata non solo da codici

deontologici, ma anche dagli articoli contenuti nel c.c. nel libro V capo II delle prestazioni intellettuali.

L'ordinamento giuridico assegna all'infermiere in modo tassativo dei compiti e mansioni. Il mansionario è la fonte normativa. DPR 14\3\74 n. 225.

I primi 2 articoli sono quelli che specificatamente competono all'infermiere

L'art. 1 definisce le mansioni a carattere organizzativo ed amministrativo

L'art. 2 stabilisce le mansioni a carattere assistenziale

Il mansionario distingue le mansioni che l'infermiere può compiere in completa autonomia da quelle che può compiere in autonomia ma dietro prescrizione medica da quelle infine che può compiere su prescrizione medica e sotto il controllo medico.

La dizione sotto il controllo medico non significa che queste mansioni devono essere svolte necessariamente in presenza fisica del medico, ma è sufficiente che il medico dia disposizioni sia in “ ordine alla posologia che alla tempistica, richiedendosi solo che lo stato di salute del paziente venga controllato nei tempi e nei modi che lo stesso riterrà opportuni .(TAR Toscana, 3° sezione, sentenza n. 46/1994)

Questo riguarda ovviamente le azioni che gli infermieri professionali compiono all'interno di strutture ospedaliere e anche distrettuali , nella assistenza domiciliare le mansioni elencate nel DPR n. 225, ad esclusione di quelle prese in completa autonomia devono essere necessariamente eseguite alla presenza del medico. In data 12\4\86 la circolare n. 28 del ministero della sanità, rende noto il parere del C.S.S. , il quale stabilisce “ l'abilitazione dell'infermiere professionale all'esecuzione dell'iniezione endovenosa e allo applicazione della fleboclisi non può allo stato attuale della normativa essere trasferita anche nella pratica dell'assistenza domiciliare, in quanto solo l'ambiente ospedaliero può offrire garanzie di un

tempestivo intervento del medico in caso di necessità. “ Con una eccezione prevista dalla legge 135\90 art. 2 , il quale stabilisce che il personale infermieristico opererà a domicilio con le stesse norme previste per l’ambiente ospedaliero, quindi gli stessi infermieri che operano nei reparti di malattie infettive e solo in quei reparti, possono in deroga a quanto previsto dal mansionario eseguire terapie endovenose e somministrazioni di fleboclisi.

Al di fuori di queste eccezioni ogni qual volta si superano i limiti previsti o si pone in essere un atto non previsto per quel determinato professionista si commette reato di esercizio abusivo di professione perseguibile a termine dell’art. 348 C.P.(Benci, 1995).

4.1 MANSIONI SVOLTE IN AUTONOMIA

- Sorveglianza e somministrazione delle diete.
- Rilevamento delle condizioni generali del cliente del polso della temperatura della pressione arteriosa e della frequenza respiratoria.
- L’effettuazione degli esami di laboratorio più semplici.
- Disinfezione e sterilizzazione del materiale per l’assistenza diretta al cliente.
- Opera di educazione sanitaria del paziente e dei suoi familiari.
- Opera di orientamento e di istruzione nei confronti del personale che opera all’interno della casa del cliente.

4.2 MANSIONI SVOLTE SU PRESCRIZIONE MEDICA

- prelievo capillare e venoso del sangue.
- Iniezioni ipodermiche, intramuscolari e tests allergeo-diagnostici.
- rettoclisi
- frizioni, impacchi, massaggi, ginnastica medica.

- Medicazioni e bendaggi.
- Clisteri evacuanti, medicamentosi e nutritivi.
- Lavande vaginali
- Cateterismo nella donna
- Bagni terapeutici e medicati
- Prelevamento di secrezioni ed escrezioni a scopo diagnostico; prelevamento tamponi

Una menzione a parte meritano i compiti previsti per l'emergenza o quando sussiste lo stato di necessità , inteso come imminente pericolo di vita, in questi casi l'infermiere può intervenire sulla persona al di fuori di un valido consenso dell'avente diritto. In tale evenienza è consigliabile, se possibile, chiedere il consenso dell'intervento ai prossimi congiunti, se essi sono facilmente reperibili. Questa autorizzazione, pur avendo rilevanza morale , non è tuttavia giuridicamente valida, non potendo in nessun caso esonerare preventivamente l'infermiere da eventuali responsabilità. Solo un reale rischio imminente per la vita del cliente può giustificare l'operato dell'infermiere e non il consenso dei parenti all'atto stesso. (art. 54 c.p.) peraltro, in tali casi, l'infermiere che non provvedesse a intervenire per “in assenza di consenso,” incorrerebbe nei rigori dell' 593c.p. che disciplina l'omissione di soccorso (Benci;1995).

4.3 MANSIONI SVOLTE IN EMERGENZA

- respirazione artificiale
- ossigeno terapia
- massaggio cardiaco esterno
- manovre emostatiche

La responsabilità professionale o per meglio dire la situazione di colui che è chiamato a rispondere delle proprie funzioni con piena autonomia decisionale., appare durante l'assistenza domiciliare in tutta la sua chiarezza . La responsabilità civile di tipo contrattuale che è stata stipulata con il cliente (art. 1218 C.C.) mi ha imposto di dover salvaguardare la mia persona e quella degli altri operatori dell'assistenza in quegli atti dove per imprudenza, imperizia ed negligenza, o per inosservanza di leggi , regolamenti e disposizioni, cagiono ad altri un danno ingiusto, obbligandomi peraltro al risarcimento del danno (art. 2043 C.C.)

La stipulazione a mio carico di un'assicurazione tipo “ responsabilità civile contro terzi “ è stata la forma migliore per garantire il mio operato , l'obbligatorietà e stata imposta a tutti i singoli operatori in questa assistenza in quanto tutti svolgono un'attività di tipo professionale.

Ciò non toglie la responsabilità penale in quei fatti previsti dalla legge come reati , e dalla responsabilità disciplinare ordinistica, avendo Noi l'obbligo della iscrizione all'albo professionale rispettivo.

CONCLUSIONI

Lo scopo più importante raggiunto è stato quello di migliorare la qualità della vita del cliente, di ridurre la percentuale di rischio per patologie secondarie ma soprattutto di rendere dignitosa la convivenza con la malattia.

La ricerca di un'assistenza infermieristica “ab personam” che, integrata con il piano di cure di tutto la staff, garantisca la qualità della vita del cliente demente sfata il mito che per i dementi vi sia poco da fare e che pertanto non siano meritevoli di alcun trattamento. Abbiamo potuto osservare come in un paziente demente vi sia ancora la capacità di mostrare agli altri la propria cultura, la voglia di sapere fare.

Fonte preziosa per noi operatori ma soprattutto per i familiari sono state le informazioni che questa persona ci ha trasmesso, le quali non possono che essere piene di esperienza e di vita . Il paziente demente può a nostro giudizio essere ancora un elemento positivo, una fonte di insegnamento dove poter attingere notizie che sicuramente potranno essere fruttuose in un nostro prossimo.

BIBLIOGRAFIA

- AA. VV.
Manuale Merck di geriatria
Stampa medica s.r.l. 1990
- Benci Luca
Aspetti giuridici della professione infermieristica
McGraw-Hill Milano 1995
- Bracci F.; Farina F. ed. it. A cura di:
Testo atlante di tecniche infermieristiche 3 ed.
Barbara Kozier; Glenora Erb. England. 1991.
Antonio Delfino ed. Roma 1994
- Buffetti editore
Codice civile
Roma 1995
- Cambier J.; Masson M.; Dehen H..
Neurologia: ed. it. A cura di: Fabio Visintini
Masson Milano 1979
- Carla Pettenati; Patrizia Spadin; Daniele villani.
Vademecum alzheimer:
Supplemento al bollettino trimestrale dell'A.I.M.A. anno VII n° 2 –1995-
- Carretta F., Petrini M.
“ Il paziente demente: aspetti etici e assistenziali”, in:
Giornale Gerontologico vol. 40 pag. 473-480 1992
- Cocchi; V. Venturiero; G. Zuccalà; M.G. Di Niro.
Le cadute nell'anziano
Istituto di medicina interna e geriatria U.C.S.C. – 1997 –
- Denis Gauvreau Dr.; Marie Gendron Dr.
Domande e risposte sulla malattia di aazhaimer: una guida per i familiari.
1996 Pythagora press - MILANO –
- Frisoni G.B., Calabresi L., Geroldi C.,
“Alipopotrein E e4 allele in Alzheier's diseaseand vascular dementia.
Dementia, 5: 240-242,1994
- Frustaglia Antonio
Gerontologia e Geriatria
McGraw-Hill Milano 1994
- Guzzetti Daniela.a cura di:
piani di assistenza in psichiatria:
di:SusanL.W. Krupnick; Andrew J. Wade. N.Y.Edition 1994
McGraw-Hill Milano 1996

- Katz S., Downs T.D., Cash H.R.
 Progress in the development of the index of ADL in "gerontologist"
 Vol. 1 pag. 20/30 1970
 Gerontological society of America
- Lawton M.P., Brody E.M.
 Assessment of older people: Self monitoring and instrumental activities of
 daily living, in Gerontologist vol. 9 pagg. 179-186 , 1969
 The gerontological society of America
- Nano Mario; Ricci Elia.
 Le piaghe da decubito nel paziente anziano
 Ed. Minerva medica Torino 1994
- National Safety Council 1982
 "Falling the un expected trip"
- Nino Basaglia; Loredana Gamberoni.
 L'infermiere della riabilitazione
 Edi.Ermes s.r.l. Milano 1998
- Padovani A.
 "Valutazione clinica e neuropsicologica nell'invecchiamento
 cerebrale" in Rozzini R. Trabucchi M. "Il tempo e la mente, pag.89-109.
 Bionews Ed. 1990
- Palummeri E.; E. Molina; M. Cattabiani.
 Le basi farmacologiche della pratica infermieristica. 2 ed.
 Ambrosiana Milano 1991
- Pittaluga Daniela; Sasso Loredana.
 Tra il dire e il fare
 Ed. Sorbona Milano 1996
- Roucoules G.; L. Perlemuter. Ed. it. A cura di: C. Cricelli.
 Dizionario pratico di assistenza e cure domiciliari
 Masson ed. Milano 1992
- Sasso Loredana; Bonvento Catia Maura; Gagliano Carmelo.
 Scienze infermieristiche generali e cliniche
 McGraw-Hill Milano 1997
- Sherman F.T., Meisells S.M., Margolis E.
 "Speech and language disorders " in The core of geriatric
 medicine C.V. Mosby Compagny 1981
- Stefani Piero
 Gli ebrei
 Il mulino Bologna 1997
- Tinetti M.,
 Performance-oriented assessment of mobility problems in
 elderly patients",
 in Journal of American Geriatrics Society; vol. 34 pag. 119-126,
 American Geriatrics Society ,1986

- Zanetti Ermellina
“La sfida della qualità nell’assistenza agli anziani”
Lauri edizioni Milano 1997
- Zanetti Ermellina
“Il Nursing delle Demenze”
Lauri Edizioni 1997
- Zanetti; Trabucchi.
“Aspetti cruciali del nursing geriatrico”
Guido Gnocchi ed. 1995