

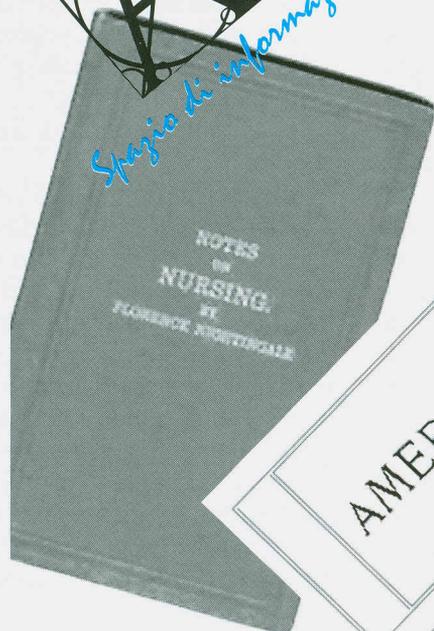


# ACCORRA

*Spazio di informazione e confronto del Collegio Infirmi di Como*



£ 12.95



## S o m m a r i o

- Editoriale
- Links
- L'assistenza infermieristica al paziente demente
- Attivazione dell'intervento di nutrizione artificiale domiciliare presso l'ASL di Como

- Spazio segreteria ○
- Studio relativo alla mobilitazione dei pazienti - prima parte ○
- Bacheca ○
- As.V.A.P. ○
- Giornata informativa ○

**D**a quando ha fatto la sua comparsa, nel mese di febbraio 1998, la preintesa sul contratto collettivo nazionale di lavoro per la classificazione del personale, ha decisamente suscitato interessi, clamori, attenzione, pareri favorevoli, pareri negativi, mobilitazione di associazioni ma anche, in certa misura, disinteresse.

Tutto ciò ha portato la Federazione nazionale a convocare un Consiglio Nazionale straordinario che si è tenuto il 22 agosto a Roma.

Lasciando agli organi competenti l'analisi relativa alla parte economica, ritengo importante fare alcune riflessioni in merito al cambiamento che tale preintesa determina in seno alla professione infermieristica.

Come ormai è noto, il sistema di classificazione accorpa in quattro categorie i livelli precedenti: categoria A: livelli fino al 3°; categoria B: livelli 4° e 5°; categoria C: livello 6°; categoria D: livelli 7°, 8° e 8° bis.

Le finalità che l'Agenzia per la Rappresentanza Negoziabile delle pubbliche amministrazioni (ARAN) intende perseguire con questo sistema classificatorio e dichiarate nel documento sottoscritto da ARAN e Organizzazioni Sindacali più rappresentative, il 26 febbraio, sono:

1. superamento dell'attuale ordinamento del personale previsto dal DPR 761/79 a favore di un sistema che comporti flessibilità e adattabilità ai diversi modelli organizzativi;
2. realizzazione di percorsi di mobilità professionali e riconversione delle risorse umane;
3. più razionale uso delle risorse e riconoscimento della qualità delle prestazioni individuali.

Al comma 3 del punto A di questo documento si legge: "Indicazione di modalità, criteri e requisiti in caso di passaggio - nei limiti della dotazione organica - da una categoria all'altra, anche in deroga al possesso dei titoli di studio a fronte di comprovato curriculum professionale - fatti salvi i titoli abilitativi pre-

visti da norme di legge ... particolari meccanismi per il percorso professionale verticale del personale della categoria C dovranno superare le rigidità dell'attuale classificazione e delle attuali modalità di accesso."; mentre il punto 5 recita: "Valorizzazione nell'ambito della categoria D dei lavoratori inseriti nelle posizioni di natura organizzativa ... comportanti la direzione o il coordinamento di strutture, uffici e servizi ..."; decisamente si tratta di uno stravolgimento totale che implica, tra l'altro, l'abrogazione di una serie di norme.

Da questo momento iniziano le sollecitazioni dei professionisti più attenti, singoli e in gruppo, che chiedono interventi e prese di posizione alle associazioni professionali e alla Federazione nazionale.

In piena estate, l'8 luglio, viene firmato da ARAN e dalle Confederazioni e Organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, il documento contenente la preintesa dove, nella premessa, viene posta particolare enfasi al definitivo superamento del precedente sistema classificatorio del personale ma si afferma anche che essendo strettamente collegato al contratto collettivo per il quadriennio 1998-2001, il nuovo sistema di classificazione deve entrare in vigore contestualmente a tale contratto.

Entriamo ora nel merito di una analisi più approfondita di alcune parti della preintesa, particolarmente rilevanti, a mio avviso, per la professione.

Un inciso: il filo conduttore che emerge da tutto il documento è riconducibile al miglioramento della funzionalità, accrescimento di efficacia ed efficienza, razionalizzazione dell'organizzazione del lavoro, recupero della motivazione del personale attraverso il riconoscimento della professionalità e della qualità delle prestazioni individuali.

Si tratta sicuramente di principi in sintonia con il processo di aziendalizzazione e che lasciano intravedere momenti positivi; tutto dipende dalle modalità di percorso e dai criteri utilizzati per raggiungerli.

Un'ultima precisazione: vengono riportate in grassetto le proposte ufficiali di modifica della Federazione nazionale sottoposte

al Consiglio nazionale in data 22.8.98.

L'art. 6 - Criteri e procedure per i passaggi tra categorie - recita: "1. I passaggi dei dipendenti da una categoria all'altra immediatamente superiore avvengono previo superamento di una selezione interna aperta alla partecipazione dei dipendenti in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti per l'accesso al profilo cui si riferisce la selezione. 2. La selezione di cui al comma 1 è basata su:

1) verifica della professionalità richiesta dal profilo superiore attraverso la valutazione in apposita prova teorico-pratica e/o colloquio ...;

2) valutazione comparata dei curricula ove, comunque, prendere in considerazione:

a) titoli di studio e diplomi /certificati di abilitazione, specializzazione o perfezionamento professionale;

b) corsi di formazione ...;

c) qualificati corsi di aggiornamento ...;

d) pubblicazioni e titoli vari;

3. Gli elementi di valutazione di cui al comma 2 sono tra loro diversamente combinati e ponderati in relazione alle peculiarità professionali che caratterizzano le categorie ed i profili cui si riferiscono le selezioni. Per il profilo infermieristico, tra gli elementi di valutazione di cui al comma 2 per la funzione di coordinamento, peso prevalente assume il certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica."

L'art. 7 - Criteri e procedura per i passaggi all'interno di ciascuna categoria - recita: "I passaggi dei dipendenti, nell'ambito della stessa categoria tra profili di diverso livello economico nei limiti della dotazione organica, vengono effettuati dalle aziende ed enti previo superamento di una selezione interna aperta alla partecipazione dei dipendenti in possesso dei requisiti culturali e professionali previsti dalla ... declaratoria ...".

L'art. 9 - Nuovi profili - al punto 7 definisce che: "La denominazione generale dei profili compresi nelle ex posizioni funzionali di VI, VII e VIII livello di cui alla tabella all. 1 al DPR 20 novembre 1990, n. 384, confluite nelle categorie C e D, assumono la denominazione a

fianco di ciascuno indicata:

categoria C:

a) operatore professionale di 1<sup>a</sup> categoria collaboratore = operatore professionale sanitario

...

categoria D:

a) operatore professionale di 1<sup>a</sup> categoria coordinatore = collaboratore professionale sanitario (operatore professionale sanitario esperto)

...

categoria d, nel livello Ds:

a) operatore professionale dirigente: collaboratore professionale sanitario esperto (operatore professionale sanitario direttivo)".

L'art. 10 - Posizioni organizzative - prevede la possibilità per le aziende di istituire posizioni organizzative che richiedono lo svolgimento di funzioni con assunzioni diretta di elevata responsabilità tra cui la direzione di servizi, dipartimenti, uffici o lo svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, quali ad esempio i processi assistenziali, lo svolgimento di attività di studio, di ricerca, di coordinamento di attività didattica.

Infine, l'art. 11 - Affidamento degli incarichi per le posizioni organizzative e loro revoca - indennità di funzione - al comma 2 recita così: "Per il conferimento degli incarichi le aziende o enti tengono conto - rispetto alle funzioni e attività da svolgere - della natura e caratteristiche dei programmi da realizzare, dei requisiti culturali e dei titoli professionali posseduti, delle attitudini e della capacità professionale ed esperienza acquisite dal personale, prendendo in considerazione tutti i dipendenti collocati nella categoria D nonché ... nella categoria C per tipologie di particolare rilievo (peculiarità) professionale spendibile in attività di staff e/o studio, ricerca, coerenti con l'assetto organizzativo dell'azienda o ente."; mentre al punto 5 si afferma che: "Il personale della categoria C cui sia stato conferito l'incarico di posizione organizzativa ... e lo abbia svolto per un periodo di sei mesi - prorogabile ad un anno - con valutazione positiva, in presenza di posto vacante del medesimo profilo nella dotazione organica della categoria D, partecipa alla selezione di cui all'art. 6 sulla base di un colloquio

con precedenza nel passaggio.

In tal caso le aziende ed enti valutano, in rapporto ai costi, la opportunità della riconversione nella categoria D del corrispondente posto della categoria C".

Importante è anche l'art. 20 - Disapplicazioni - che identifica le norme incompatibili con questo accordo e che dovranno essere disapplicate.

In particolare:

- l'art. 1 e l'allegato 1 del DPR 761/79 (ruoli del personale);

- il DM 821/84 (attribuzioni del personale delle USL);

- gli artt. 39, 40, 49 del DPR 384/90 (contratto precedente);

- artt. 45 e 49 del CCNL del 1.9.95 (contratto attuale).

Andiamo ora all'analisi dell'allegato 1 contenente le declaratorie.

Categoria B: l'operatore tecnico addetto all'assistenza, ... "svolge, oltre a tutte le attività dell'ausiliario specializzato, (le attività di tipo alberghiero e, su indicazione, quelle di tipo assistenziale relative all'igiene, all'alimentazione, alla deambulazione) le attività alberghiere relative alla degenza comprese l'assistenza ai degenti per la loro igiene personale, il trasporto del materiale, la pulizia e la manutenzione di utensili e apparecchiature".  
Categoria C: "Appartengono a questa categoria i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono:

conoscenze teoriche specialistiche e di base (di base e specialistiche); capacità tecniche elevate per l'espletamento delle attribuzioni; autonomia e responsabilità ...; eventuale coordinamento e controllo di collaboratori con assunzione di responsabilità dei risultati conseguiti (eventuale supervisione di un gruppo di lavoro con verifica e assunzione di responsabilità dei risultati conseguiti)".

Tra i requisiti culturali e professionali, per i profili sanitari è sancito il possesso del diploma abilitante alla specifica professione previsto dalla vigente legislazione, mentre per quanto riguarda le attribuzioni si rinvia al DM 739/94 (profilo professionale).

Categoria D: "Appartengono a questa categoria i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che richiedono, oltre a conoscenze teoriche specialistiche o peculiari in relazio-

ne ai titoli di studio e professionali conseguiti e autonomia e responsabilità proprie, oppure capacità organizzative e di coordinamento caratterizzate da discrezionalità operativa nell'ambito di strutture operative semplici; (a media complessità).

Appartengono altresì a questa categoria - nel livello Ds - i lavoratori che ricoprono posizioni di lavoro che, oltre a conoscenze teoriche specialistiche o peculiari in relazione ai titoli di studio e professionali conseguiti, richiedono a titolo esemplificativo e anche disgiuntamente: elaborazione progettuale, iniziative di programmazione e proposta, funzioni di direzione e coordinamento, gestione e controllo di risorse umane, ampia discrezionalità operativa nell'ambito di strutture ad alta complessità, coordinamento di attività formative, autonomia e responsabilità dei risultati conseguiti.

Tra i requisiti culturali e professionali per la categoria D si identifica il "... possesso dei diplomi di abilitazione alla specifica professione ... una esperienza professionale triennale acquisita nella categoria sottostante e nel profilo corrispondente ..." (ovvero per il personale infermieristico, esperienza biennale acquisita nel corrispondente profilo della categoria C e certificato di abilitazione alle funzioni direttive nell'assistenza infermieristica, fermo restando quanto previsto dall'art. 9, comma 4).

I requisiti culturali e professionali indicati per il livello Ds sono: "... esperienza quinquennale nel corrispondente profilo sottostante ovvero esperienza triennale nel corrispondente profilo del personale infermieristico della categoria C e diploma di scuola diretta a fini speciali ...".

Per quanto riguarda i profili professionali delle categorie D e Ds, si rimanda al documento integrale per ragioni di spazio e per una lettura esaustiva.

Dopo questa lunga e forse tediosa analisi comparata del documento e della proposta della Federazione nazionale, aldilà della posizione individuale che ognuno di noi ritiene di assumere e assolutamente legittima, credo che alcune sintetiche riflessioni siano da proporre e approfondire:

1. rimangono dubbi sulla valenza legale e giuridica del potere disapplicativo di una contrattazione collettiva nei confronti di altre norme (DPR, DM);

2. diventa importante, al fine di salvaguardare realmente la carriera verticale, mantenere come conditio sine qua non, il possesso dei titoli; ciò potrebbe consentire una carriera verticale di tipo "clinico" che si sostanzia nella formazione comple-

mentare (che rilascia un titolo) ed una carriera verticale di tipo manageriale che si sostanzia nella formazione degli attuali coordinatori e dirigenti. da qui la doppia possibilità di presenza degli infermieri in categoria Ds;

3. infine, visto che per gli infermieri in categoria C rimanda, per quanto attiene alle funzioni, al DM 739/94, è inderogabile non delimitare il campo di attività degli infermieri in

categoria D e Ds (soprattutto a fronte della doppia presenza), in quanto ciò equivarrebbe a ripercorrere la logica mansionaristica già superata dai profili professionali.

Questi sono solo alcuni degli spunti di riflessione e di dibattito professionale che nascono dall'analisi di questo documento; considerando il momento ed il problema particolarmente importanti, continueremo, sulla scia dell'evoluzione nazionale di questo documento, ad approfondire e proporre dibattiti e riflessioni in merito; chi fosse interessato può richiedere la documentazione al riguardo disponibile in collegio.

**L I N K S**

<http://www.fvnet.it/users/ipasvi>

E-mail: [ipasvi@fvnet.it](mailto:ipasvi@fvnet.it)

di Antonio Muscolino

È notevolmente complesso trattare il tema della Sanità sulla base del materiale e delle informazioni che è possibile reperire nella rete telematica poichè il campo si presenta estremamente vasto e densamente ramificato.

Si potrebbe, canonicamente, scegliere una "parola chiave" e sottoporla ad un "motore di ricerca", una sorta di investigatore elettronico che scoperà in quali e quanti siti nel mondo quella parola è menzionata. Digitando "infermieri", il motore Altavista ([www.altavista.it](http://www.altavista.it)) dichiara di trovare 3120 siti WEB (si suppone italiani) che trattano dell'argomento (altri siti di ricerca sono: [www.arianna.it](http://www.arianna.it); [www.lycos.com](http://www.lycos.com); [www.yahoo.com](http://www.yahoo.com);...).

Interessante si presenta il sito della scuola D.A.I. dell'Università "La Sapienza" di Roma (<http://juma.igi.uniroma.it/>) al cui interno trovano spazio diverse informazioni riguardanti specificamente il campo infermieristico.

Sono ospitate diverse associazioni tra cui, per esempio, l'ANIN (<http://www.juma.igi.uniroma.it/anin>) e l'AILeC (<http://www.interware.it/users/net-druid/aislec/index.html>).

Indirizzi istituzionali che presentano i diversi aspetti della realtà del mondo sanitario ed una enorme mole di dati sono il Ministero della Sanità ([www.sanita.it](http://www.sanita.it)) e l'Organizzazione Mondiale della Sanità ([www.who.org](http://www.who.org)) sito, quest'ultimo, proposto nelle lingue francese ed inglese.

Le realtà straniere possono essere facilmente esplorate partendo da due punti: per studiare il mondo infermieristico francofono è opportuno prendere il via da infiweb ([www.invivo.net/infiweb/index.htm](http://www.invivo.net/infiweb/index.htm)), un nodo importante dove trovare diversi collegamenti per i diversi settori specialistici ed anche una sede dibattito aperto riguardo vari argomenti. Per ciò che concerne la realtà anglosassone è opportuno visitare medweb ([www.gen.emory.edu/medweb/keyword/nursing.html](http://www.gen.emory.edu/medweb/keyword/nursing.html)): vi si troveranno numerosi collegamenti a siti che trattano vari argomenti.

L'associazionismo è fortemente rappresentato in Internet.

Vorrei proporre due argomenti trattati in modo interessante da alcuni di questi gruppi.

Nel 1998 ricorre il ventennale della legge 180, ispirata da Basaglia.

È tracciato un percorso di lettura del problema psichiatrico, attraverso spunti nati da un convegno, nel sito dedicato a "Le parole ritrovate II" tenutosi a Trento nei mesi scorsi.

Il sito, gestito tra gli altri, dal comune e provincia autonoma di Trento e da diverse gruppi, è ospitato dalla associazione Diversa-Mente ([www.ecn.org/diversamente/parole/copertina.htm](http://www.ecn.org/diversamente/parole/copertina.htm)).

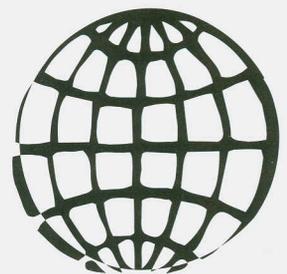
Area di contaminazione sociale, contiene al suo interno documenti e materiali autoprodotti da pazienti psichiatrici e diversi documenti relativi alla critica della psichiatria e della medicina tradizionali, "per il superamento della marginalità e della residualità contro ogni forma di

detenzione sociale della devianza".

Il giornale realizzato dai pazienti della residenza Altinate di Oderzo (TV) intitolato "I Ptussi" e proposto dal sito, è interessante da leggere ed osservare.

Riguardo i diritti negati dei pazienti psichiatrici, le maggiori e informazioni possono essere attinte dal Telefono Viola ([www.ecn.org/telviola/](http://www.ecn.org/telviola/)).

Un'ultima indicazione per questa prima, breve, panoramica vorrei dedicarla al problema dell'AIDS, all'informazione sulla ricerca scientifica e sui farmaci ad esso relativi, e sulle campagne per la prevenzione che sono presentate dalla LILA nei due siti nazionale e locale ([www.ecn.org/lila](http://www.ecn.org/lila)) ([www.ecn.org/lila-milano](http://www.ecn.org/lila-milano)). Attraverso di loro è possibile ottenere anche informazioni relative alla assistenza.



# L'assistenza infermieristica al paziente demente

di Gianpiera Secotaro

**L**a demenza è l'esempio rappresentativo di patologia cronica: lunga durata della malattia, impotenza terapeutica, crogiolo di problemi somatici, psichici, relazionali, familiari, economici ed abitativi. La demenza è caratterizzata dalla perdita delle funzioni cognitive che coinvolgono la memoria e le altre attività visuospatiali, è così severa da interferire in modo espressivo con le attività lavorative, sociali, relazionali e con la qualità della vita, in presenza di un normale stato di coscienza. Il termine demenza include quindi tutti i processi organici caratterizzati da decadimento mentale progressivo, anche se non per questo necessariamente sempre irreversibile. La malattia d'Alzheimer è la causa più frequente di demenza (50-60% dei casi) il 10-20% su base vascolare, il 15% da una forma degenerativa coesistente con quella vascolare, il 10-20% delle demenze è secondaria a patologie potenzialmente reversibili. L'A.D. (originariamente descritta da Alzheimer nel 1907 e Perusini nel 1909) è definita come demenza degenerativa Alzheimer. Essa rappresenta la 4a o 5a causa di morte negli ultra 65enni nei paesi occidentali. L'eziologia della malattia non è ancora del tutto chiarita, grande interesse riscuote l'ipotesi genetica (cromosomi 14,19,21) con probabile condizionamento da fattori ambientali oppure correlata al genotipo E4 dell'apolipoproteina E. La malattia esordisce con una lieve perdita di memoria che progredisce gradualmente, il pensiero astratto è impoverito, minore capacità di ragionamento logico e concettualizzazione, apatia, aprassia, agnosia. In questa fase il paziente è generalmente gestito dalla famiglia e possono essere i familiari stessi a notare per primi un comportamento "strano". Il paziente peggiora, è a rischio di cadute, può richiedere assistenza nelle attività della vita quotidiana. Nelle fasi avan-

zate il paziente è incapace di svolgere qualsiasi attività della vita quotidiana, manifesta incontinenza, disfagia può essere necessario alimentarlo artificialmente, sorge il rischio di complicanze: malnutrizione, disidratazione, malattie infettive, fratture e piaghe da decubito. La sopravvivenza media è di 8-10 anni. La morte interviene generalmente per l'insorgenza di complicanze. Nel paziente con malattia demenziale, la cui caratteristica saliente consiste nell'essere progressiva ed irreversibile, sia pure con ampia variabilità nell'evoluzione, il focus dell'assistenza e della terapia, sia in ambito istituzionale sia familiare, è più ampio che non la sola patologia, comprendendo principalmente lo stato funzionale, la correzione dei sintomi cognitivi e non cognitivi, la prevenzione delle complicanze ed, in definitiva il livello di benessere complessivo e la qualità della vita. È una grossa sfida per la professione infermieristica che, nell'assistenza al paziente cronico e particolarmente demente, può mettere in gioco tutte le sue potenzialità, per progettare e realizzare interventi di cure che costituiscono l'espressione principale del nursing. Ma rappresenta una sfida per la professione anche perché, l'assistenza al paziente demente non può ricalcare gli schemi organizzativi ospedalieri che da sempre hanno costituito l'unico riferimento per impostare un piano assistenziale. Flessibilità, personalizzazione, proposta di attività commisurate, tolleranza, presenza attiva dei familiari, tutti gli elementi indispensabili per garantire un ambiente terapeutico adeguato al paziente affetto da demenza. Si tratta per ciò di rivedere completamente il ruolo e l'organizzazione dell'assistenza alla luce degli elementi sopra descritti, che peraltro sono la risultanza del porre al centro la persona. E, infine, una sfida che può trovare una risposta vincente nella formazione com-

plementare in area geriatrica degli infermieri, prevista dal D.M. 14.9.94 n.739 (Profilo professionale dell'infermiere). In un domani, ci auguriamo non lontano, chi si occuperà di anziani sarà appositamente formato per farlo, con un miglioramento, seppur lento, della qualità dell'assistenza erogata.

La caratteristica progressività, e contemporaneamente la variabilità, di molte forme di demenza comporta la necessità di un approccio flessibile e multidisciplinare preferibilmente unico. La valutazione cognitiva e funzionale dovrebbe essere effettuata periodicamente ogni sei mesi - un anno; la valutazione periodica dovrebbe essere indirizzata ai seguenti aspetti:

- condizione di salute somatica e mentale (farmaci, stato nutrizionale, disturbi comportamentali, incontinenza, depressione ecc.);
- valutazione funzionale e delle capacità sociali e relazionali del paziente;
- disponibilità di supporti sociali, formali ed informali;
- problemi dei fornitori d'assistenza.

A causa della notevole variabilità dell'evoluzione, il programma terapeutico deve essere individualizzato e periodicamente rivalutato. La definizione dell'intervento terapeutico, inoltre, deve essere elaborata a livello multidisciplinare e interdisciplinare, affinché, possano essere affrontati in modo corretto i problemi medici, sociali, psicologici, riabilitativi ed assistenziali. Il familiare che assiste il paziente deve essere, fin dall'inizio, coinvolto nell'elaborazione del piano assistenziale. Le équipe interdisciplinari, che possono presentare una composizione variabile, sono generalmente costituite da un nucleo portante rappresentato da un medico geriatra, un'infermiera professionale e da un assistente sociale. Altre figure professionali che possono essere opportunamente inserite in équipe, accanto agli specialisti delle discipline mediche (neurologo, psichiatra, oculista, fisiatra, ortopedico), sono il terapeuta occupazionale, l'educatore, il fisioterapista, l'animatore, il logopedista, il musicoterapista, il sacerdote. Si pensi all'importanza di procrastinare anche di soli sei mesi il momento di perdita dell'autosufficienza in questi pazienti che in media sopravvivono 7-10 anni: è un espressivo successo

etico, economico e sociale per il soggetto e per la famiglia.

L'ambiente che ospita il paziente demente e la sua organizzazione, devono aiutarlo a sapere chi è, e sapere dove è: mantenere il più a lungo possibile la persona al proprio domicilio, e conservare i legami con il passato è naturalmente il modo più efficace per sostenere la memoria ed evitare il disorientamento.

La maggioranza dei malati (circa 80%) vive in famiglia ed è assistita dal sistema di supporto informale, ossia da familiari e amici. I familiari che assistono un paziente demente devono sostenere un pesante carico assistenziale. Sono soprattutto i disturbi comportamentali (agitazione, vagabondaggio, insonnia ed inversione del ciclo sonno veglia) ad incidere più pesantemente sulle risorse assistenziali dei familiari introducendo in tali ambiti elementi di crisi, spesso "invisibile", che favorisce la richiesta d'istituzionalizzazione. Non v'è dubbio però che per i soggetti che hanno un efficace supporto familiare, il vivere in casa piuttosto che in istituto consente una migliore qualità della vita e probabilmente rallenta la comparsa di deficit

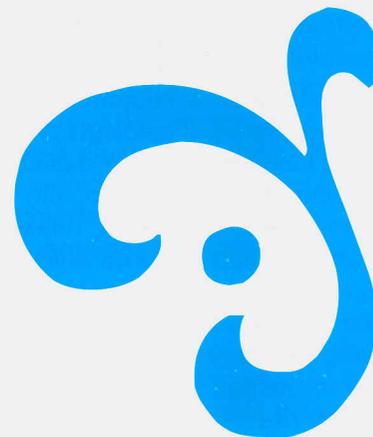
funzionali. Appare quindi evidente l'importanza di considerare la famiglia, come oggetto d'attenzione e di "cure" - di supporto e d'informazione - affinché, possa conservare un ruolo terapeutico ed assistenziale e possa essere salvaguardata la qualità della vita della famiglia accanto a quella del paziente.

La ricerca di un'assistenza infermieristica che, integrata con il piano di cure di tutto lo staff, garantisca la qualità di vita nel paziente demente sfata il mito che per i dementi vi sia poco da fare e che pertanto non siano meritevoli d'alcun trattamento. Concludendo si può pienamente affermare: HIGH TECH, HIGH TOUCH (elevata tecnica, elevata umanità e sensibilità), slogan coniato dall'O.M.S. per definire le caratteristiche dell'assistenza alla persona anziana.

#### Bibliografia:

Il nursing delle demenze, a cura di E. Zanetti

L'infermiere, Organo Ufficiale della Federazione Nazionale Collegi Ispasvi.



## Attivazione dell'intervento di Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.) presso l'A.S.L. di Como

di: **G. Marini - A. Vanotti - I. Cerofolini - S. Dotti - L. Farias - A. Gilardini - L. Virgilio**

**A**ttualmente esiste una notevole disomogeneità nell'organizzazione della Nutrizione Artificiale Domiciliare (N.A.D.) tra le varie Regioni italiane.

In Lombardia la DGR n. V/577 del 6 agosto 1992 ha individuato nel Servizio Assistenza Farmaceutica il responsabile per la fornitura dei prodotti e nel Servizio Medicina di base di ogni singola A.S.L. il controllo e la responsabilità sul trattamento del paziente; ha lasciato però il momento prescrittivo ai singoli Ospedali, e nella fattispecie ai singoli reparti di degenza, senza un elemento di coordinamento unico di tipo specialistico.

Questa situazione viene spesso a creare grosse difficoltà in quanto il servizio Assistenza Farmaceutica si

trova a recepire proposte disomogenee e contraddittorie.

La prescrizione mensile dei prodotti da parte del medico di medicina generale (MMG), finora richiesta, ha rappresentato l'unico controllo sullo stato di salute e sulla esistenza in vita del paziente nel tempo; ma il MMG non sempre è preparato a gestire questo tipo di pazienti ed il Medico ospedaliero difficilmente segue il paziente dimesso.

L'ASL di Como non possiede, se non in minima parte, risorse ospedaliere, ma nessuno degli ospedali del territorio è dotato di Servizi Specialistici di nutrizione clinica.

Nel contempo l'ASL di Como ha attivato un settore specialistico dietologico nutrizionale.

Per far fronte ad una domanda

costantemente in crescita e per ottimizzare le prestazioni, anche dal punto di vista specialistico, l'ASL di Como ha avviato nel corso di questi mesi una nuova procedura operativa che coinvolge attivamente il Servizio Nutrizione e Dietetica, il Servizio Assistenza Farmaceutica ed il Servizio Assistenza Domiciliare in un lavoro comune sui pazienti in Nutrizione Artificiale Domiciliare.

#### Le tappe principali della NAD:

**A)** - Prima della dimissione del paziente (almeno tre giorni prima) l'Ospedale dovrà inviare all'Assistenza Farmaceutica (anche per via breve/fax) la prescrizione dei prodotti nutrizionali e dei dispositivi necessari al paziente in nutrizione artificiale, utilizzando un apposito modulo. (Attualmente sono stati presi contatti e distribuiti moduli ai principali Ospedali di Riferimento ASL).

**B)** - Tutte le prescrizioni verranno in tempi brevi vagliate dalla Commissione Nutrizionale dell'ASL5

# Spazio Segreteria

di M.L. Bianchi

## Bando di concorso per tesi di D.U. di infermiere

Il Collegio IPASVI di Como ha bandito un concorso riservato agli studenti del corso D.U. che abbiano presentato la tesi finale nelle sessioni autunnali 1997-1998.

Ricordiamo brevemente i requisiti: Essere residenti nella provincia di Como, essere iscritti al Collegio IPASVI di Como, aver presentato la tesi nelle sessioni autunnali 1997 o 1998.

Scadenza del termine per la presentazione della domanda: 31 gennaio 1999.

Alla tesi giudicata migliore sarà corrisposto un premio di Lit. 1.000.000 e alla seconda un premio di Lit. 500.000.

Il bando integrale, pubblicato nel numero 3 di Agorà, è reperibile presso la sede del Collegio o è visibile presso il nostro sito WEB: <http://www.fvnet.it/users/ipasvi>.

## Il Consiglio Direttivo del Collegio di Como

Nel corso del 1998 il Consiglio Direttivo ha subito ulteriori modifiche al suo interno.

In differenti momenti e per diverse motivazioni hanno rassegnato le proprie dimissioni Il consigliere Roberto Bianchi e la consigliera Elisabetta Vaghi.

Il C.D. è, ora, così composto:

Presidente:

**Barbara Mangiacavalli**

Vice-presidente:

**Gloria Molteni**

Segretaria:

**Maria Luisa Bianchi**

Tesoriere:

**Giovanni Bruno Scarano**

Consigliere:

**Carlo Achler**

Consigliere:

**Agostino Chiriatti**

Consigliera:

**Albarosa Filippini**

Consigliera:

**Maria Carla Luppi**

Consigliere:

**Antonio Muscolino**

Consigliere:

**Paolo Tettamanti.**

**Il centro pastorale dove hanno sede gli uffici del Collegio IPASVI di Como chiuderà per le festività natalizie dal 24 dicembre 1998 al 6 gennaio 1999.**

**Pertanto in quel periodo anche i nostri sportelli rimarranno chiusi.**

## ORARI DI APERTURA DEL COLLEGIO IPASVI DI COMO

Dal lunedì al venerdì  
dalle 9.00 alle 12.00  
dalle 14.30 alle 17.30  
Il sabato  
dalle 9.00 alle 12.00

Per la consegna di documentazione da autenticare ai sensi della legge 127/97, lo sportello è disponibile:  
il lunedì e martedì dalle 9.00 alle 12.00 e dalle 14.30 alle 17.30  
il mercoledì dalle 9.00 alle 12.00  
giorni e orari in cui è presente il personale autorizzato.

Si prega di comunicare ogni **variazione residenza** presso la sede del Collegio con semplice autocertificazione (ai sensi della legge 127/97).

Si prega altresì di notificare al Collegio eventuali **titoli di formazione specialistica previsti dalla legge.**

# Studio relativo alla mobilizzazione dei pazienti

## Prima parte

### A cura del personale infermieristico della divisione di Geriatria dell'ospedale S. Anna di Como

**I**mmobilità o posizioni sbagliate, movimenti o portamenti scorretti arrecano danni alle ossa, alle articolazioni, ai muscoli, alla pelle e ad altri organi.

Saper prevenire inconvenienti quali contratture, deformazioni o ulcere da decubito, è fondamentale quanto imparare la migliore posizione di lavoro per evitare danni di portamento.

A tal fine abbiamo deciso di approfondire le nostre conoscenze sulla attività di mobilizzazione, si da integrare l'assistenza rivolta al paziente uniformando le procedure infermieristiche, laddove era possibile farlo, con l'obiettivo di ridurre quanto più possibile i disagi al malato e migliorare la qualità delle nostre azioni.

Il lavoro è iniziato con la somministrazione di un questionario a tutti gli infermieri del reparto, al fine e di indagare il livello di conoscenze.

L'elaborazione di dati ha portato alla stesura di una parte teorica in cui vengono trattate le varie posture e gli spostamenti.

Lo studio è integrato da quattro cartelloni che consentono la visualizzazione immediata degli interventi da adottare nella quotidianità.

Tutte le manovre indicate e descritte sono state provate in corsia e ne è stata verificata la loro validità.

Ci piacerebbe che i colleghi in queste pagine trovassero un aiuto concreto e magari uno stimolo in più per la nostra professione.

#### La mobilizzazione

**I**l movimento è un'attività che tutti noi compiamo di giorno e di notte.

Ogni azione da noi svolta compren-

de il movimento e tramite esso il corpo, nella sua complessità, interagisce con il mondo esterno.

L'attività motoria, che si apprende gradualmente dai primi momenti di vita, attraversa vari stadi, si modifica nel tempo (in genere migliorando, affinandosi) per poi decrescere negli ultimi anni dell'esistenza.

In qualsiasi momento della vita si possono verificare degli imprevisti, delle situazioni atte a ridurre, per un periodo limitato od illimitato, la possibilità di muoversi autonomamente. Qualsiasi sia il motivo e qualsiasi sia il momento per cui si determina una riduzione o un'abolizione del movimento, le conseguenze che si verificheranno andranno ad incidere a livello sia fisico che psicologico.

Potranno esserci:

deficit dell'apparato muscolo-scheletrico, circolatorio, respiratorio, escretorio, digestivo, cutaneo e della vita di relazione.

Più precisamente le complicanze che compaiono a seguito di una mancanza o riduzione dell'attività motoria si possono così riassumere: atrofia muscolare, rigidità delle articolazioni, possibilità di embolie, ridotti scambi gassosi e riduzione dell'ossigenazione, stasi delle secrezioni bronchiali, difficoltà nel regolare l'allontanamento delle sostanze di rifiuto (sia intestinali che urinarie), insufficiente o non corretta nutrizione, difficoltà nello svolgimento di una corretta igiene personale, comparsa di lesioni a livello cutaneo che si manifestano in quelle sedi in cui maggiormente si esercita il peso del corpo.

La mobilizzazione nei pazienti allettati, che presentano una completa o parziale mancanza di autonomia nei movimenti, è di notevole importanza da un punto di vista assistenziale;

infatti gli interventi dovranno essere mirati non solo alla prevenzione di problemi che interessano il sistema muscolo-scheletrico ma anche alla prevenzione delle ulcere da decubito la cui comparsa è influenzata, inoltre, dal mantenimento di una buona igiene e da una adeguata alimentazione.

Nel variare il decubito ci si dovrà sempre avvalere di tutti gli ausili necessari per rendere più comodo il paziente:

- per ridurre il peso delle coperte si useranno gli archetti o alzacoperte o dei cuscini

- per mantenere allineati gli arti superiori e inferiori si useranno dei sacchetti di sabbia

- per tenere sollevati i talloni e i gomiti si useranno dei cuscini

- per il decubito laterale si useranno dei cuscini: dietro la schiena, tra gli arti inferiori e per sorreggere gli arti superiori.

Se il paziente si può mobilizzare in poltrona, o sedia, o carrozzina, anche in questi casi bisognerà che esso mantenga un giusto allineamento del corpo che si avrà se si useranno cuscini, reggibraccia, poggiapiedi, ecc...

Fondamentale per la prevenzione delle ulcere da decubito rimane sempre la **variazione di posizione anche quando è possibile avere a disposizione presidi antidecubito** come:

letti antidecubito ad aria, ad acqua, fluidizzati, in gommapiuma, ecc...

Una posizione da evitare è quella in cui il paziente è seduto nel letto con una inclinazione della schiena di 30°-45°: in questa posizione, infatti, il paziente tenderà a scivolare con conseguente sofferenza dei tessuti.

Perchè gli interventi effettuati sul paziente allettato, per la prevenzio-

ne delle ulcere da decubito, per l'igiene e la mobilitazione siano efficaci, è necessario che vi sia tra gli operatori il corretto scambio delle informazioni.

**Il lavoro deve essere svolto da un'équipe e non da singoli individui che agiscono autonomamente secondo idee e convinzioni personali, interventi e prestazioni devono essere uniformati.**

Alla base del lavoro quotidiano deve esserci un progetto comune, obiettivi precisi, stabiliti e conosciuti da tutti gli operatori, inoltre devono anche esserci dei momenti, a scadenze determinate, per verificare che il lavoro svolto abbia avuto efficacia, in caso contrario, si dovrà procedere ad una analisi per verificare quali e quanti errori sono stati fatti; quindi rivalutare la situazione e rielaborare un nuovo programma di lavoro.

Lavorare insieme vuol dire: partecipare insieme ad un progetto, confrontarsi ed avere l'entusiasmo per raggiungere insieme delle mete prefissate che una volta raggiunte renderanno gli operatori gratificati e soddisfatti.

Il primo obiettivo assistenziale sarà quello di far mantenere al paziente allettato il corretto schema posturale per evitare che si instaurino posizioni viziate che, oltre ad essere innaturali, non permetterebbero lo svolgimento dei movimenti necessari agli spostamenti nel letto e fuori dal letto. La persona dovrà essere posizionata secondo il corretto schema posturale sia nel decubito prono che in quello supino e laterale.

### Decubito supino

- allineamento del capo con il tronco
- estensione dell'avambraccio con gomito leggermente flesso
- estensione del polso con abduzione della mano
- arti inferiori in allineamento
- poggiapiedi posto ai piedi del letto, per mantenere il piede in flessione dorsale, infine un alzacoperte per evitare che il peso delle coperte porti il piede in flessione plantare.

Per il posizionamento in decubito supino del paziente emiplegico, fin nella fase acuta (flaccida), è neces-

sario sorvegliare direttamente la posizione corretta, attirando l'attenzione del paziente sugli spostamenti che operiamo negli arti plegici; in caso contrario si stabiliscono atteggiamenti viziosi quali: retrazione pettorale, intrarotazione dell'arto superiore, pronazione della mano, extrarotazione dell'arto inferiore, equinismo del piede (Fig.1).

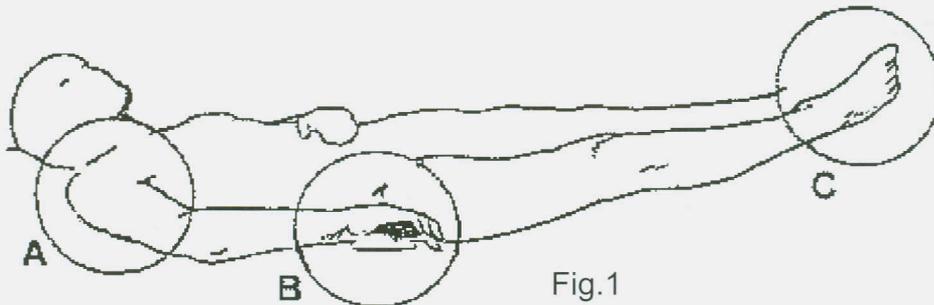


Fig.1

L'arto inferiore lesa va mantenuto in posizione sagittale, per mezzo di due sacchetti disposti lungo la gamba; un sacchetto e un alzacoperte vanno posizionati all'estremità plegica più archetto alzacoperte come prevenzione alla supinazione-equinismo del piede.

L'arto superiore va posizionato sopra un cuscino allineato, allontanato dal corpo, la mano in atteggiamento funzionale, in modica flessione delle dita.

Per prevenire lo stiramento dei tessuti molli dell'articolazione della spalla, si posiziona un cuscino sotto di essa.

Durante la mobilitazione si devono muovere con cautela le articolazioni; i muscoli della coscia e della gamba non vanno afferrati in modo impreciso e grossolano per non favorirne la spasticità.

Evitare l'errore di effettuare trazioni dell'arto superiore plegico, perché provocano uno stiramento dei tessuti molli della articolazione della spalla non protetta in modo sufficiente dai muscoli paralizzati.

Si aiuta il paziente emiplegico negli spostamenti appoggiando la mano sulla spalla.

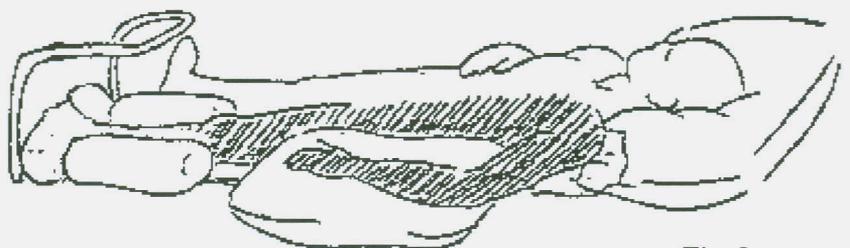


Fig.2

### Decubito laterale

La posizione sul fianco ha lo scopo di:

- decomprimere le singole regioni del corpo per chi deve cambiare regolarmente posizione.
- migliorare la respirazione nella profilassi della polmonite

È indicata:

- per pazienti paralizzati o in coma
- come profilassi e terapia nelle ulcere da decubito
- come decompressione nei

malati gravi

Materiale da usare:

- cuscini in gommapiuma o lana
- cuscinetti
- appoggiapiedi

Sarà necessario, quindi:

- mantenere il capo in allineamento con il tronco, sostenendolo con guanciali
- il braccio del lato di rotazione della persona non deve sostenere il peso del corpo, deve avere il gomito flesso ed il polso esteso
- l'altro braccio deve essere appoggiato su un guanciaie, anch'esso con il gomito flesso ed il polso esteso
- mani aperte con dita estese ed addotte
- la gamba del lato di rotazione deve essere distesa
- l'altra gamba deve essere sostenuta da alcuni guanciali con il ginocchio flesso per evitarne l'eccessiva rotazione interna e la adduzione della coscia (Fig.2).

## Decubito prono

- capo ruotato da un lato
  - arti superiori posti lungo il corpo con i gomiti flessi, mani aperte con dita estese e addotte.
  - arti inferiori allineati in leggera flessione con un guanciale sotto la articolazione tibio-tarsica per evitare la flessione plantare e la possibilità che il piede si insinui nell'intercapedine fra il materasso ed il fondo del letto.
- Il decubito prono non viene mai utilizzato per i pazienti anziani a causa della frequente presenza di problemi respiratori.

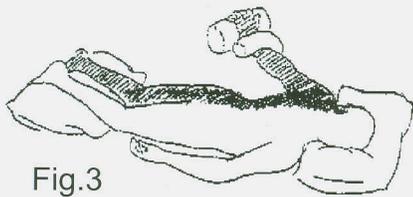


Fig.3

## Spostamento e posizionamento nel letto del paziente non collaborante

**L**a persona allettata non dovrà mantenere sempre la stessa posizione ma si dovrà alternare il decubito almeno ogni due ore, nell'arco della giornata. Durante la notte se il paziente riposa sarebbe preferibile non mobilizzarlo, ma approfittare di effettuare tali cambi di posizione quando è già sveglio, e, comunque, valutare sempre in modo obiettivo la situazione.

Per assicurare una continua variazione dei decubiti si consiglia di programmare tali spostamenti annotandoli su di una scheda apposita.

Nell'atto del posizionamento gli operatori che agiscono devono essere almeno due, i loro movimenti dovranno essere coordinati, dolci, lenti, onde evitare stiramenti e traumi a carico dei legamenti ed articolazioni e per evitare torsioni e scivolamento della cute nei punti più a rischio di lesioni.

A questo proposito esistono delle tecniche che, se attuate correttamente, consentono di raggiungere l'obiettivo evitando traumi per il paziente e fatica per gli operatori.

Nell'effettuare uno spostamento, gli operatori dovranno assicurarsi di:

- tenere distanziati i piedi per aumentare la base di appoggio
- flettere le ginocchia e tenere il tronco più verticale possibile

- tenere il peso vicino al corpo, sollevare la persona estendendo le ginocchia e tenendo la schiena il più verticale possibile
- evitare di barcollare e torcersi durante il sollevamento.

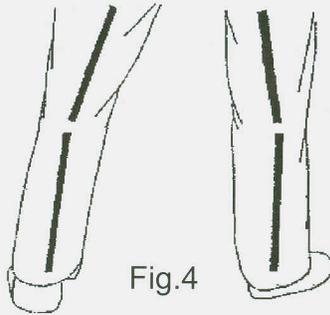


Fig.4

## Per rialzare il busto del paziente, lavorando in due:

- il primo operatore passa una mano, dal davanti, sotto l'ascella, sorreggendo con l'altra mano la nuca e/o la spalla del paziente
- il secondo operatore passa anch'esso la mano dal davanti sotto la altra ascella, sorreggendo con l'altra mano la schiena del paziente
- congiuntamente e con delicatezza, viene rialzato il busto.



Fig.5

## Se lavora un solo operatore, per girare e mettere seduto il paziente "in una mossa sola" ("en bloc") occorre che

- l'operatore si mette dal lato verso il quale il paziente deve essere girato
- il paziente sia in posizione supina, il letto in posizione piana
- vengano piegate le ginocchia del paziente, con movimento rotatorio e che spalle braccia e gambe ruotino simultaneamente sul fianco.
- l'operatore ponga il braccio sinistro sotto l'ascella della persona e il braccio destro sotto l'incavo delle ginocchia
- a questo punto, con una sola mossa, l'operatore mette seduta la persona sul bordo del letto con i piedi sollevati dal pavimento.

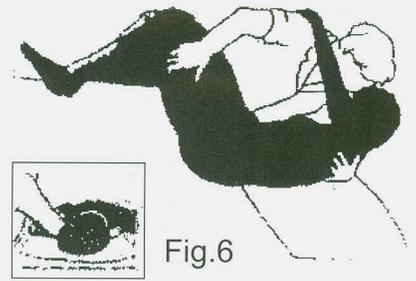


Fig.6

## Per spostare la persona che è scivolata verso il basso del letto, lavorando in due:

- gli operatori si dispongono ai lati del letto, il più robusto verso il tronco della persona, l'altro verso il bacino.
  - il primo operatore pone una mano sotto la nuca e le spalle della persona e l'altra a livello della lordosi o dei glutei, agganciando la mano del secondo operatore, che pone la mano libera sotto il cavo popliteo.
  - gli operatori spingendo con le ginocchia contro la sponda del letto con le gambe flesse ed il busto eretto, procedono sollevando leggermente la persona, portandola verso la testata del letto, a piccoli passi, e modificando l'assetto del corpo.
- In questo caso si parla di "presa a sostegno e gancio".

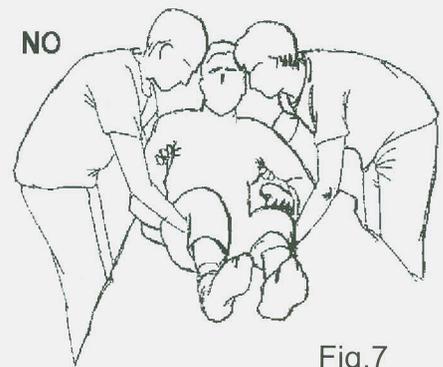


Fig.7

## Se il paziente può dare un minimo

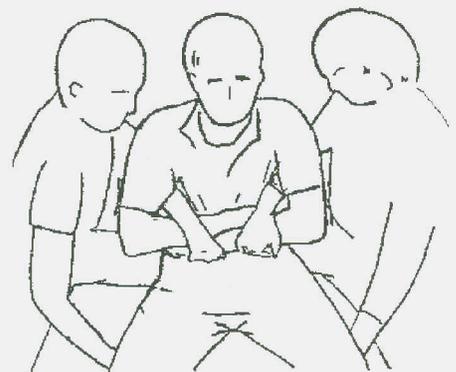


Fig.7b

aiuto si potrà spostarlo con la manovra detta "presa a gancio" o "presa Australia" o "metodo a seggiolino":

- i due operatori si dispongono ai lati del letto
- la persona pone le braccia sulle spalle degli operatori
- questi ultimi agganciano le mani dietro la schiena della persona e sotto i glutei
- gli operatori spingendo le ginocchia contro la sponda del letto, con le gambe leggermente flesse e il busto eretto, spostano la persona, sollevandola verso l'alto compiendo un movimento rotatorio.



Fig.8

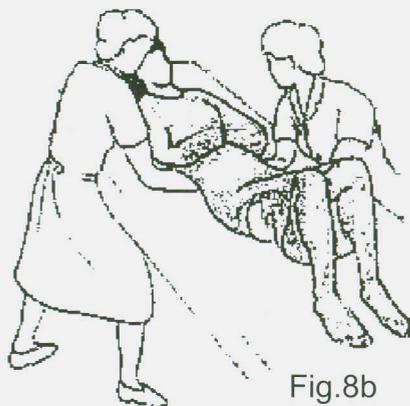


Fig.8b

Il paziente potrà essere spostato anche con l'aiuto di una traversa che deve contenere il torace, il bacino e metà delle cosce della persona:

- gli operatori si dispongono ai lati del letto, uno di fronte all'altro, afferrano la traversa, mantenendo le braccia in tensione, il più vicino possibile alla persona.
- la presa, affinché il movimento sia scaricato meglio sulle braccia, va fatta con i palmi delle mani girate verso il basso.
- gli operatori, spingendo con le ginocchia contro la sponda del letto, con le gambe leggermente flesse ed il busto eretto, spostano la persona verso l'alto sollevandola leggermente ed a piccoli passi.



Fig.9

Se il paziente deve essere spostato nel letto mantenendo il corretto allineamento della colonna vertebrale, occorrerà l'intervento di tre o quattro operatori che, disposti sullo stesso lato del letto sposteranno ciascuno una sezione del corpo della persona: testa, spalle, torace, fianchi, cosce, caviglie, facendo scorrere le braccia tra il paziente ed il letto, flettendo le dita per afferrare le parti distali del corpo. Gli operatori, divaricando le gambe, flettendo ginocchia e tronco spostano la persona con movimento sincrono.

È indicato che l'operatore più forte sostenga la testa e le spalle nello uomo, i fianchi nella donna.

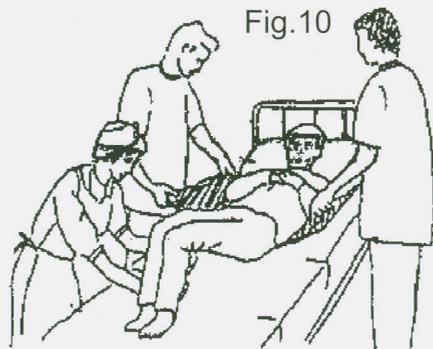


Fig.10

Se la persona deve essere posta in decubito laterale:

- i due operatori si dispongono dallo stesso lato del letto
- l'operatore che si trova nella metà distale, sposta sul lato del letto le gambe della persona.
- gli operatori devono porsi in posizione di scarico del peso sulle gambe e contemporaneamente spostano il torace e il bacino della persona verso il lato del letto.
- si flettono le gambe della persona e la si ruota sul fianco per sistemarla definitivamente in decubito laterale.

Se l'operatore lavora solo, facendo

le stesse manovre, si aiuterà con una traversa posta sotto il paziente.

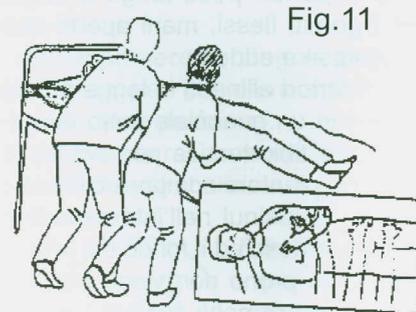


Fig.11

Posizionando un paziente in decubito laterale è importante:

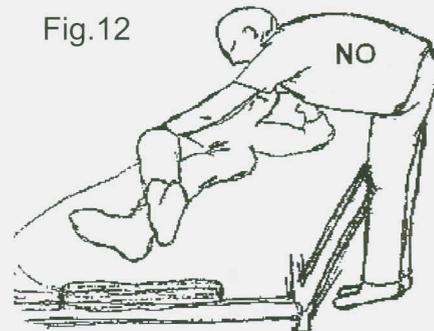
- garantire una buona e libera respirazione
  - prestare attenzione ai punti di pressione maggiormente esposti (padi-gliore auricolare, sommità del bacino, gomito ecc...).
  - assicurare comfort al paziente in modo che possa mantenere la posizione stabilita.
- Tenere presente che:
- il capo va mantenuto allineato con il tronco, sostenendolo con guanciali.
  - il braccio sul piano del letto non deve sostenere il peso del corpo.
  - la posizione degli arti superiori varia secondo l'individuo.

Possibilità di posizionamento degli arti:

Arti superiori:

il braccio sottostante può essere piegato in alto ad angolo retto, l'altro il braccio di sopra potrà essere posizionato col gomito spostato leggermente indietro e la mano adagiata sul corpo o sopra un cuscino.

Fig.12



Arti inferiori:

La gamba del lato di rotazione deve stare in posizione tesa, leggermente piegata indietro (nel caso di paziente plegico utilizzare un poggiatesta per mantenere il piede ad angolo retto). L'altra gamba in posizione flessa, in

avanti, deve essere sostenuta da uno o più cuscini per evitare l'eccessiva rotazione interna e l'adduzione della coscia.

#### Paziente con ictus in fase acuta

L'emiplegico può assumere la posizione laterale sin dal primo momento, è opportuno però ricordare che il decubito sul lato malato deve essere adottato con cautela e per breve tempo per evitare di peggiorare la ventilazione già ridotta del polmone omolaterale (emidiaframma parietico) che favorisce la stasi e i processi broncopneumonici.

Particolare attenzione va prestata agli arti parietici che non devono rischiare di essere schiacciati dal peso del corpo.

È importante mantenere l'asse del corpo allineato con il tronco, che deve risultare leggermente flesso sull'addome. Il paziente in decubito sul lato malato andrà posizionato con l'arto superiore disteso, l'avambraccio, il polso e le dita estesi sul piano del letto.

Tra gli arti inferiori posti in leggera flessione andrà posto un cuscino di spessore ridotto, così da separare l'arto sano da quello malato in modo da rendere più comoda la posizione ed evitare compressione ai condili femorali.

Le posizioni laterali mantenute per varie ore al giorno, prevengono l'ipertonica dei muscoli flessori del braccio e degli estensori dell'arto inferiore.

1- Continua.

#### Bibliografia

F.Cavazzuti: "Gerontologia e geriatria per infermieri, terapisti della riabilitazione e operatori socio-sanitari". Casa Editrice Ambrosiana 1990 Milano.

F. Cavazzuti: "Gerontologia e geriatria: obiettivi e metodi assistenziali". Casa Editrice Ambrosiana 1994 Milano.

AA.VV.: "Quaderno del Nursing di Base". Edizioni Nettuno 1992 Verona.

L.Juchli-A.Vogel: "L'assistenza infermieristica di Base". Editrice Rosini 1985 Firenze.

P. Di Giulio - G. Pianosi: "I rischi ospedalieri: pacchetti di autoapprendimento per infermieri". Edizioni Sorbona 1992 Milano.

"Parliamone" pagg. 3-8 -Notiziario trimestrale del collegio I.P.A.S.V.I. di Sondrio. Settembre 1995 Sondrio.

F.De Marco-O.Menoni: "Le giuste misure da prendere per salvare la schiena" pagg. 42-44 da "L'infermiere" Notiziario Aggiornamenti Professionali-organo ufficiale della federazione nazionale dei collegi IPASVI n°5 settembre-ottobre 1995 Roma.

L.Besetti: "Importanza dell'intervento riabilitativo" pagg.54-59 da "NEU" Infermieristica Neurochirurgica Rivista periodica dell' associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze n°2 Aprile-Giugno 1994.

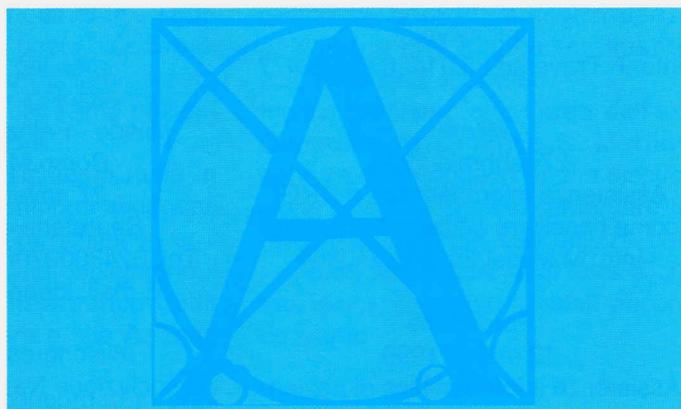
Inviatemi i vostri lavori, impressioni, commenti e suggerimenti.

Vi invitiamo nuovamente ad occupare e fare proprie queste pagine.

Per contattarci, recapitare il proprio materiale, aderire alle commissioni o alla redazione, le modalità sono varie:

Tel.: 031300218 Fax: 031262538

E-mail: ipasvi@fvnet.it



**Direttore responsabile:** Barbara Mangiacavalli

**Fotolito:** S.E.E. srl - Faloppio (CO)

**Tipografia:**

Centro Arti Grafiche - Fino Mornasco (CO)

**Sede, redazione, amministrazione:**

Collegio IPASVI - Como - Viale C.Battisti, 8

**Proprietario:** Collegio IPASVI - Como

**Trimestrale informativo del Collegio IPASVI di Como**

Publicazione autorizzata dal

Tribunale di Como

con decreto 1/98 del 9/2/98

**Per comunicazioni:**

Collegio IPASVI Viale C.Battisti, 8 - 22100 Como

**Telefono:**031300218

**Fax:**031262538

**E-mail:** ipasvi@fvnet.it

**URL:** http://www.fvnet.it/users/ipasvi

# BACHECA

## A.N.I.N.

(Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze)

Milano

20 novembre 1998

Ruolo infermieristico nella gestione del paziente con terapia enterale.

Info: M.Musso tel.02726437862

La Spezia

16 gennaio 1999

Controllo e qualità di gestione degli accessi venosi.

Ruolo infermieristico.

Info: F.Falli Tel.018722247

Genova

6 febbraio 1999

Infezioni ospedaliere in terapia intensiva.

info: F.Traverso tel.0105632478/477

Milano

27 febbraio 1999

Assistenza infermieristica e DRG: come conciliare efficienza e qualità.

Info: M.Mussi tel.0282242304

Pordenone

12 marzo 1999

Assistenza infermieristica al paziente politraumatizzato.

Info: M.Giacomini

tel.0434399495/350

Modena

19 marzo 1999

Modena

Assistenza infermieristica al paziente neurologico in stato di coma.

Info: E.Monteventi 059422276

Pavia

27 marzo 1999

Per Bruna Pedali

Infermiere &

informatica. Applicazione della tecnologia informatica nelle pratiche infermieristiche.

Info: D.Loi tel.0382592633

## III Congresso Nazionale Dolore ed assistenza infermieristica

Cernobbio (CO) - Villa Erba

26-27-28 Novembre 1998

Segreteria organizzativa:

Tel. 0541743139 Fax: 0541743140

E-mail: congressi@medex.it

## Collegio IPASVI Roma

Infermiere e rischio fisico

Roma - IRCCS Regina Elena

20 novembre 1998

info: Tel. 0670475269

## Collegio IPASVI Roma

Infermieri e stress

Roma IRCCS IDI

via Monti di Creta, 104

21 novembre 1998

info: Tel. 0670475269

## Il meeting congiunto di colonproctologia e stomatoterapia.

Milano - Palazzo delle Stelline

Corso Magenta, 61

27 novembre 1998

Segreteria organizzativa:

Tel. 0248009700 Fax: 0248009801

E-mail: ideapromotion@iol.it

## III Congresso nazionale Associazione Nazionale Infermieri di Neonatologia e Pediatria

"Insieme per crescere"

Abano Terme (PD)

2-3-4 dicembre 1998

Segreteria organizzativa:

Tel. e fax: 0432478478-88

## Conferenza Europea Invernale sul Cancro

(CEIC-WECC)

Cuneo - Centro congressi della Provincia

Corso Dante, 41

18-19-20 Febbraio 1999

info: Tel. 0171441327-09

e-mail: radioter@www.ircser.it

e-mail: oncologi@www.ircser.it

## V Congresso Nazionale AIDS e assistenza domiciliare

Milano- Università Cattolica

6 marzo 1999

segreteria organizzativa:

tel. 0258012822 fax: 0258010510

E-mail: aidsv@tin.it

## Corso teorico-pratico di 4 giornate Il triage in Pronto Soccorso

Il edizione

dal 13 gennaio 1999

info: tel. 0522296839

Fax: 0522296843

## Il corso di formazione teorico-pratica Metodologia della ricerca infermieristica

Roma -IDI

Gennaio-febbraio 1999

info: tel.0639366062

Fax: 0639366066 E-mail: scinf@idi.it

WEB: <http://www.idi.it>

## Associazione svizzera infermiere e infermieri (ASI-SBK)

Programma di educazione permanente (Differenti aree e periodi)

info: Tel. 0041919725263

Fax: 0041919725265

## Il Conferenza Europea ACENDIO

(Associazione per la diagnosi, le attività ed i risultati dell' assistenza infermieristica)

Venezia (S.Giuliano) - The Ramada Hotel

19- 20 marzo 1999

info: International institute of nursing research

Tel. 0498804827 Fax: 0498803646

E-mail: isiri@intercity.it

Le informazioni relative alla bacheca verranno aggiornate settimanalmente sul sito Internet del Collegio IPASVI di Como:

<http://www.fvnet.it/users/ipasvi>

# AS.V.A.P.

Associazione Volontari per l'aiuto Ammalati  
Psichici

Tel. e Fax: 031658232 - E- mail: [asvap5@mmPoint.it](mailto:asvap5@mmPoint.it)

**L**o scorso 22 settembre si è svolta presso il Tribunale di Como l'udienza collegiale relativa alla controversia che oppone l'Azienda ospedaliera "S. Anna" ai malati e loro tutori sostenuti dai famigliari e dalle associazioni dell'ex-O.P. San Martino.

Si è stabilito di "andare a sentenza" ovvero far pronunciare il Tribunale nel merito dei problemi sollevati a riguardo della legittimità del pagamento di una retta per la degenza presso l'ex-ospedale psichiatrico di Como.

Secondo i pazienti, famigliari e le associazioni la retta è stata indebitamente estorta: lo dimostrano anche due circolari, una nazionale e una regionale, che affermano ciò come anche una più importante e recente pronuncia della Corte di Cassazione.

L'attuale amministrazione della Azienda ospedaliera S. Anna non richiede alcuna retta ai pazienti dimessi dell'ex-ospedale psichiatrico di Como ed ospitati in strutture residenziali, come è giusto.

Il tribunale si pronuncerà nel mese di novembre.

Sarebbe comunque grave se in questo periodo l'Amministrazione Ospedaliera non sottoscrivesse l'accordo già raggiunto (che ricordiamo in seguito) che permetterebbe di reimpiegare da subito, comunque sia l'esito della sentenza, i circa 40 miliardi delle rette accumulate.

Sulla questione relativa a ciò che potrebbe accadere con la pronuncia della sentenza abbiamo interpellato l'Avvocato Procuratore Vinicio Cannizzaro il quale sostiene quanto segue: "Il tribunale è nei pieni poteri di definire il contenzioso oppure di rimettere la causa in istruttoria per ulteriori verifiche o assunzioni di prove, oppure ancora di decidere solo una o alcune delle questioni sottoposte e di ordinare la prosecuzione per le altre: a questo proposito

ho ricordato al Collegio che il Giudice che aveva originariamente in carico la vertenza (Dr. Ortore) si era espresso dicendo alle parti che era possibile pervenire ad una sentenza che definisse prioritariamente la sola questione principale della legittimità della retta di degenza imposta ai pazienti dell'ex-O.P. così da arrivare il prima possibile ad una decisione sul vero nocciolo della questione".

L'accordo relativo all'utilizzo dei fondi accumulati, accettato anche dal Direttore Generale dell'Ospedale S. Anna (Dr. Franco Navone), prevede il loro utilizzo per la realizzazione del piano di dimissione dell'ex-O.P. in modo tale che per ogni paziente dimesso, sia che debba rimanere all'interno dell'attuale struttura sia che venga posto all'esterno, vi sia un progetto personalizzato concordato con il medesimo paziente e/o con il suo tutore.

Non verrà inoltre richiesto nulla in termini di retta o contributi ai degenti o ai tutori e non sarà richiesto per il futuro alcun contributo obbligatorio: i degenti resteranno a carico della Azienda Ospedaliera o alla Azienda Sanitaria Locale.

Verranno invece concordati in ogni comunità, dove i pazienti saranno collocati un eventuale contributo volontario per le attività che non siano ricomprese nei livelli uniformi di assistenza (attività che, comunque, dovranno essere programmate).

Si realizzerà all'interno del Comitato di Salute Mentale un gruppo di lavoro paritetico formato da famigliari, degenti, operatori, amministrazione, che seguirà puntualmente l'impiego dei fondi, verificando la realizzazione degli obiettivi stabiliti.

Inoltre prenderà finalmente vita l'Agenzia Centro Studi per i problemi della Salute Mentale come spazio per la informazione alla popolazione, la formazione dei volontari ed opera-

tori, ed altre attività di ordine culturale.

Negli ultimi giorni del mese di ottobre abbiamo avuto un incontro con il responsabile della psichiatria del polo nord di Como insieme con altre rappresentanti di associazioni territoriali.

In quest'ambito è stato esposto il piano di intervento per costruire una rete di servizi per la psichiatria a Como. Il progetto del Dipartimento di Salute Mentale è legato alle trattative in corso con il Comune di Como e a seguito di conflitti sorti tra le due Aziende Sanitarie comasche, tale progetto è bloccato di fatto.

È demenziale che in una città come Como non si riesca a costituire un Servizio di Psichiatria Pubblico adeguato al bisogno di disagio che esiste ed è in continua crescita.

Gli stanziamenti già esistono.

Si preferisce il privato che costa molto e non offre la continuità e l'integrazione dei servizi necessari per dare una risposta complessiva ai malati.

Facciamo un appello ai Direttori Generali delle Aziende Sanitarie di Como affinché diano la garanzia di realizzare la rete dei servizi per la psichiatria che manca totalmente solo nella città di Como.

Inoltre riteniamo che l'area dell'ex-Ospedale Psichiatrico S. Martino debba essere oggetto di una discussione pubblica per fare emergere la reale esigenza del suo utilizzo che risponda alla necessità di tutta la cittadinanza, compresi i malati ancora ricoverati.



**Collegio**  
**IPASVI**  
**Como**



---

**Giornata informativa**

**9 dicembre 1998**

dalle ore 14.00 alle ore 18.00

**Biblioteca comunale di Como**

Via Raimondi, 1

**Pomeriggio**  
**infermieristico**

Argomenti in discussione:

**Progetto formazione complementare**

I.I.D. E.Fumagalli - Presidente Collegio IPASVI Lecco  
Referente regionale commissione formazione

**Progetto CIVES**

I.P.A.F.D. E:Piani - Presidente Collegio IPASVI Sondrio  
Segretario nazionale CIVES

**Abrogazione mansionario**

I.I.D. B.Mangiacavalli - Presidente Collegio IPASVI Como

**Entrata libera**