

AGORÀ PENITENZIARIA 2018

XIX CONGRESSO NAZIONALE SIMSPE-ONLUS



ROMA

4 e 5 ottobre 2018

La complessità assistenziale:
gestione in Medicina Protetta di Napoli

(Patrizia Di Pinto)

Complessità assistenziale

Insieme dei problemi di salute di una persona, più o meno complessi e articolati, che necessitano di attività di cura e di assistenza

- **Attività assistenziale**

Un **insieme di prestazioni infermieristiche** che si riferiscono alle diverse dimensioni dell'assistenza infermieristica espresse in termini di intensità d'impegno e quantità di lavoro dell'infermiere

Intensità di cura

Concetto legato all'**offerta di prestazioni** di natura curativa e assistenziale

Definizione

Volume di attività curativa e/o assistenziale offerta nell'unità di tempo

La definizione del livello di assistenza infermieristica scaturisce da tre ordini di criteri:

- **quantificazione del bisogno di assistenza** in termini di “tempo richiesto per l’assistenza” e, pertanto, sui piani di assistenza e sulla documentazione delle attività svolte;
- **bisogno globale del paziente**, ossia sulla dipendenza e sul profilo dello stesso;
- **complessità assistenziale** e quindi **sugli indicatori** (severità della patologia; grado di dipendenza del paziente; complessità delle attività assistenziali; tempo impiegato)

Comorbilità e multimorbilità:

Eventi avversi :

- cadute,
- infezioni correlate all'assistenza, sepsi,
- reazioni da farmaci,
- sindromi da immobilizzazione a letto,
- ulcere da pressione, ec

Conseguenze:

- prolungata degenza in ospedale, eventi a cascata,
- necessità di ulteriori interventi da parte degli infermieri e/o dei medici,
- perdita dell'autonomia,
- ospedalizzazioni ripetute o obitus. c

VALUTAZIONE MEDICA

QUALITÀ E COMPLESSITÀ
DELLA PATOLOGIA

INTENSITÀ, TIPOLOGIA E
DURATA PREVISTA DELLE
CURE MEDICHE

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

QUALITÀ E COMPLESSITÀ
DEI PROBLEMI
ASSISTENZIALI

INTENSITÀ, TIPOLOGIA E
DURATA PREVISTA DELLE
ATTIVITÀ ASSISTENZIALI

**TIPOLOGIA DI
STRUTTURA
E LIVELLO DI INTENSITÀ
DI CURE**

Complessità medica



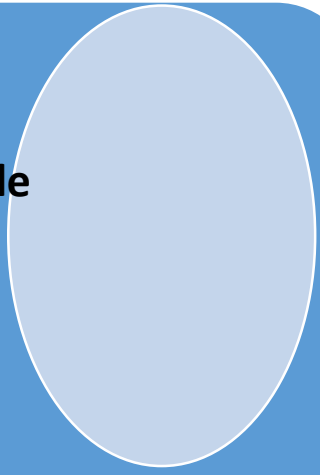
Severità di malattia
Instabilità clinica
Quadro clinico atipico
Difficoltà diagnostica
Malattia rara
Multimorbilità
Disfunzione cognitiva
Depressione
Fragilità biologica
Alto rischio ADR/ACE
Eventi a cascata, complicanze
Procedure complesse
Terapie complesse
Bisogno di recupero funzionale
Necessità di follow-up
Monitoraggio
Gestione devices e strumenti

Complessità assistenziale infermieristica



Respirazione
Alimentazione e idratazione
Eliminazione
Igiene
Movimento
Riposo sonno
Funzione cardiocircolatoria
Ambiente sicuro
Interazione e comunicazione
Medicazioni avanzate
Procedure terapeutiche
Procedure diagnostiche
Monitoraggio
Gestione devices e strumenti

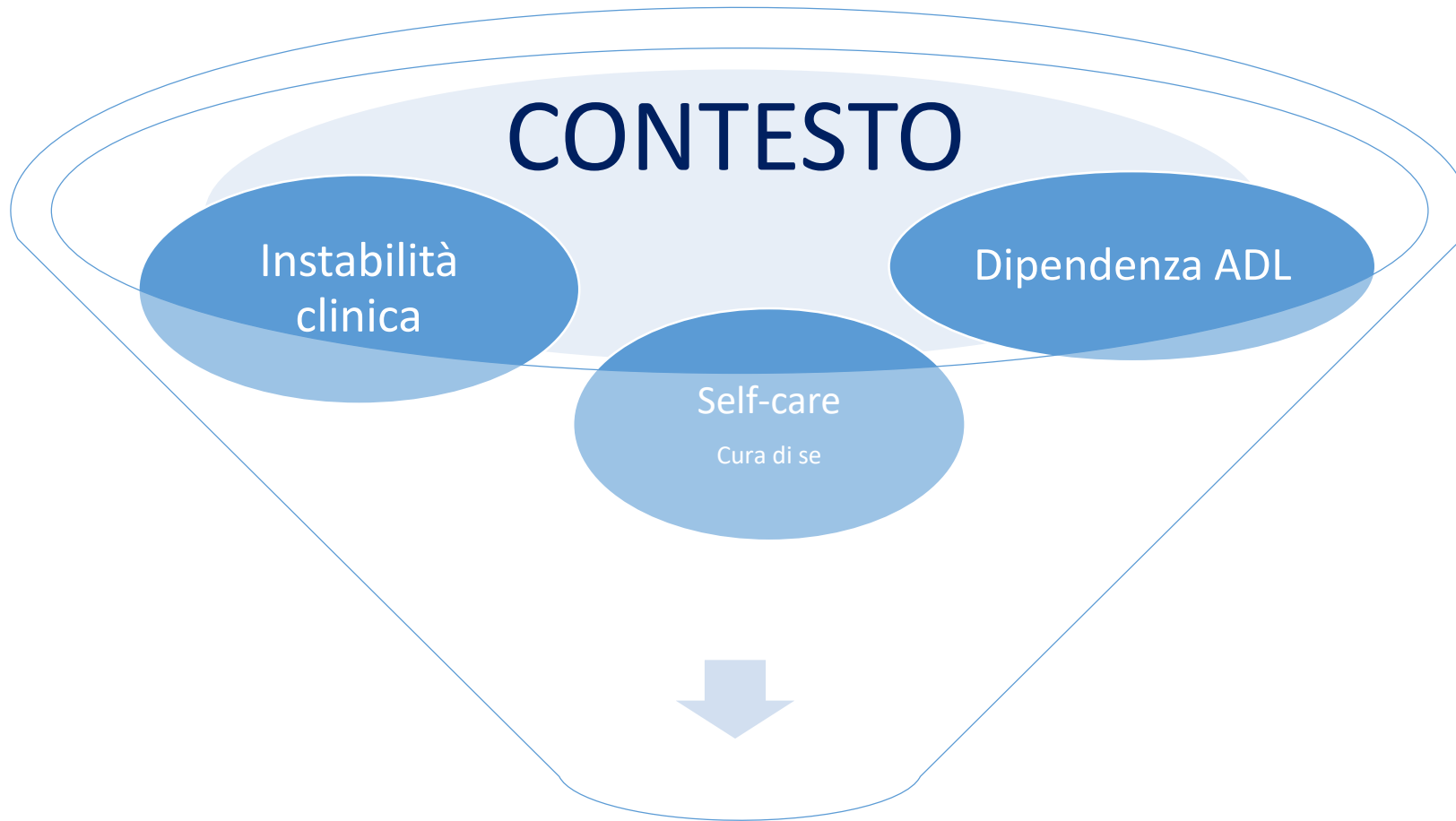
Complessità gestionale



Ansia paura
Scarsa compliance
Collaborazione scarsa
Comunicazione difficile
Isolamento sociale
Solitudine, vedovanza
Rete sociale
Stress familiare
Recente dimissione
Dimissione difficile
Dipendenza funzionale
A rischio caduta
Disfunzione cognitiva
Politerapia
N° di health providers
Coordinamento della cura
Decision making



Complessità assistenziale



Misurare la complessità dei pazienti



SCOPO

Stabilire :

- il tempo necessario da dedicare ai pazienti,
- la quantità di professionisti e operatori di supporto;
- stimare le competenze necessarie per dare una risposta assistenziale “appropriata” al paziente

RAZIONALE ALLOCAZIONE DELLE RISORSE, CON PARTICOLARE RIGUARDO A QUELLE UMANE.

LA COMPLESSITA' ASSISTENZIALE: METODOLOGIE E INDICATORI

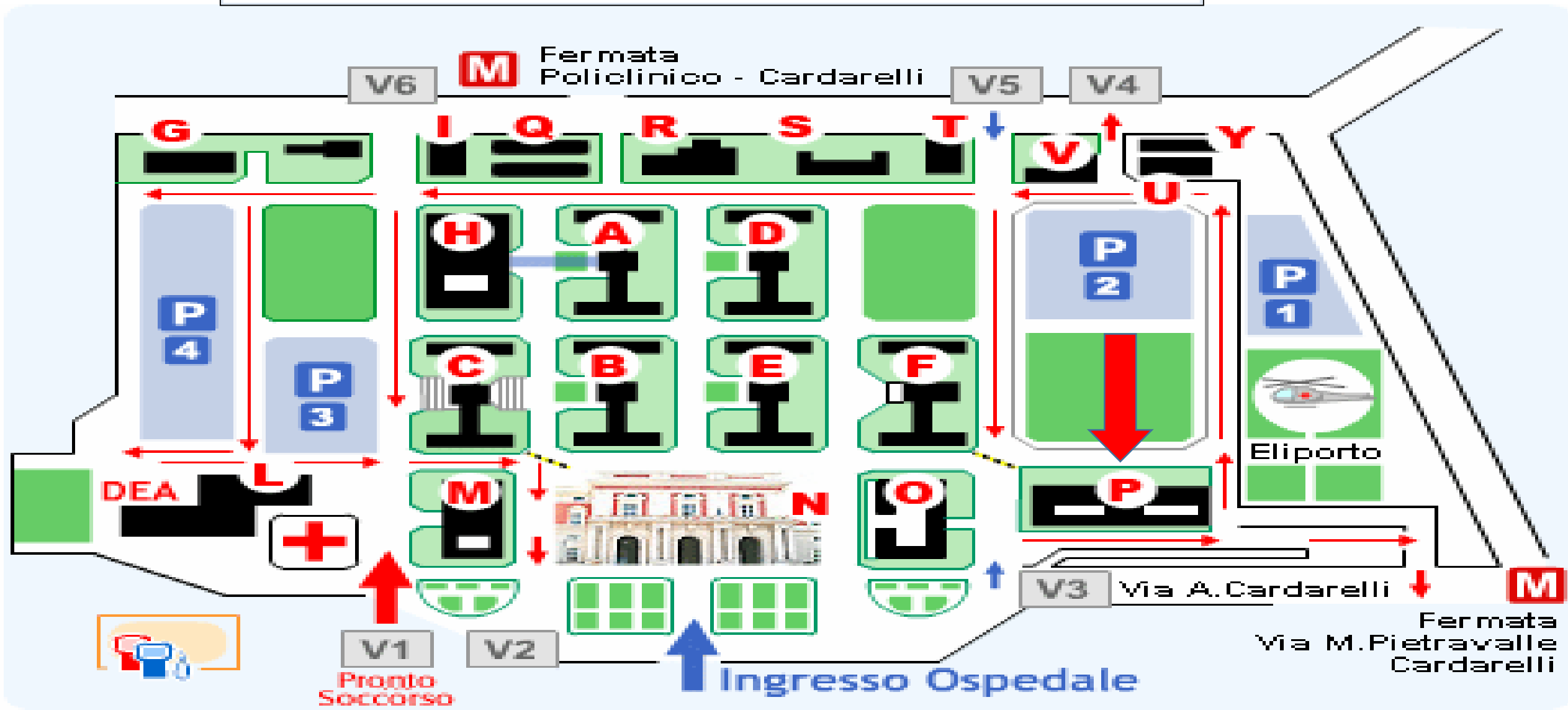
- I criteri adottati per la misurazione della complessità assistenziale del paziente possono essere ricondotti a tre principali attività, sulla base dei quali si sono sviluppati i sistemi di determinazione più diffusi:
- 1. secondo documentazione delle attività svolte;
- 2. per profilo del paziente;
- 3. mediante indicatori di assistenza.

Dlgs. n. 230 del 22 giugno 1999,
*“Riordino della medicina penitenziaria a
norma dell’articolo 5, della legge 30 novembre
1998, n. 419”*



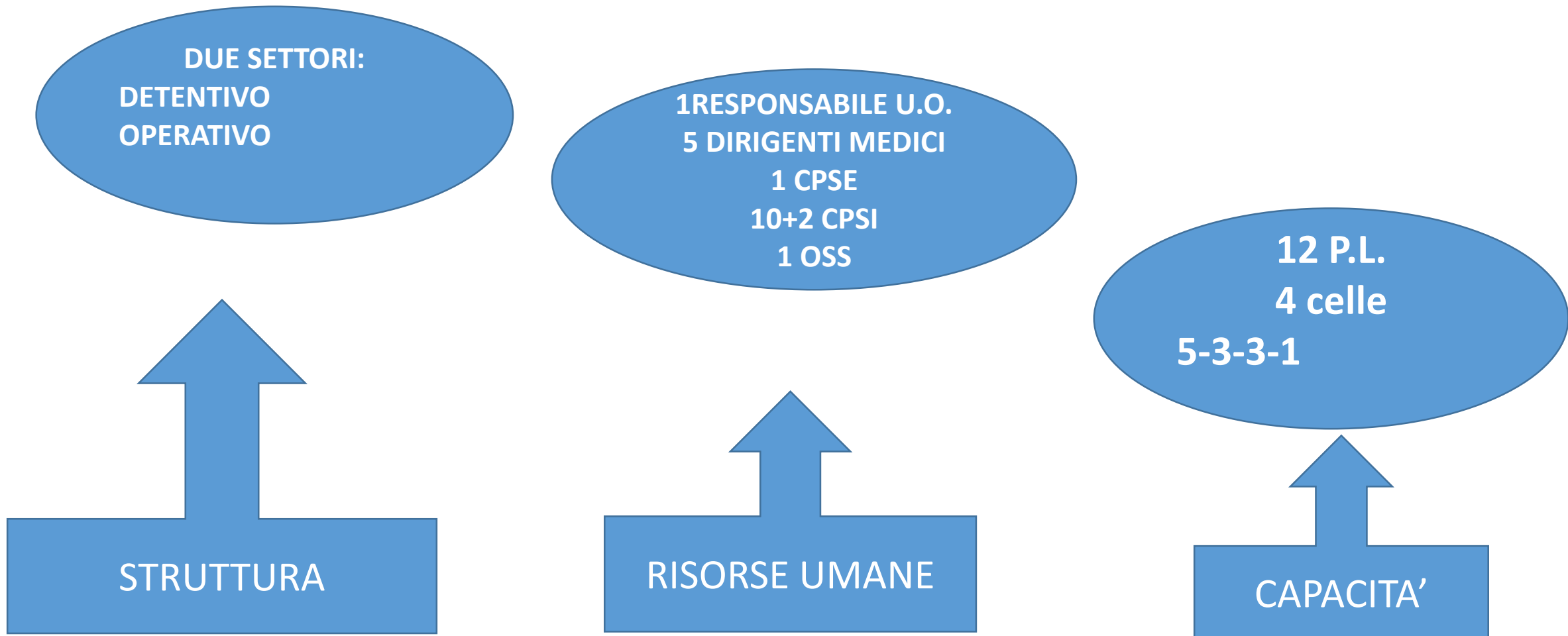
Antonio Cardarelli

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE



U.O.S. DIPARTIMENTALE MEDICO/SPECIALISTICO

U.O. DETENUTI



MODALITÀ RICOVERI

richieste di ricoveri da CC.CC. Varie : da 400 a 600



CONVOCAZIONE

(percentuale pari al **36%**)



TRASFERIMENTO DA ALTRE UU.OO

(percentuale pari al **2,8%** nell'anno 2017)



TRASFERIMENTO da PRONTO SOCCORSO

(percentuale pari al **61,2%** nell'anno 2017)

- **178 ricoveri** - 138 dimissioni
- 116 di medicina
- 22 chirurgici
- 40 TRASFERITI DIMESSI NUOVA U.O.

AMMESSI

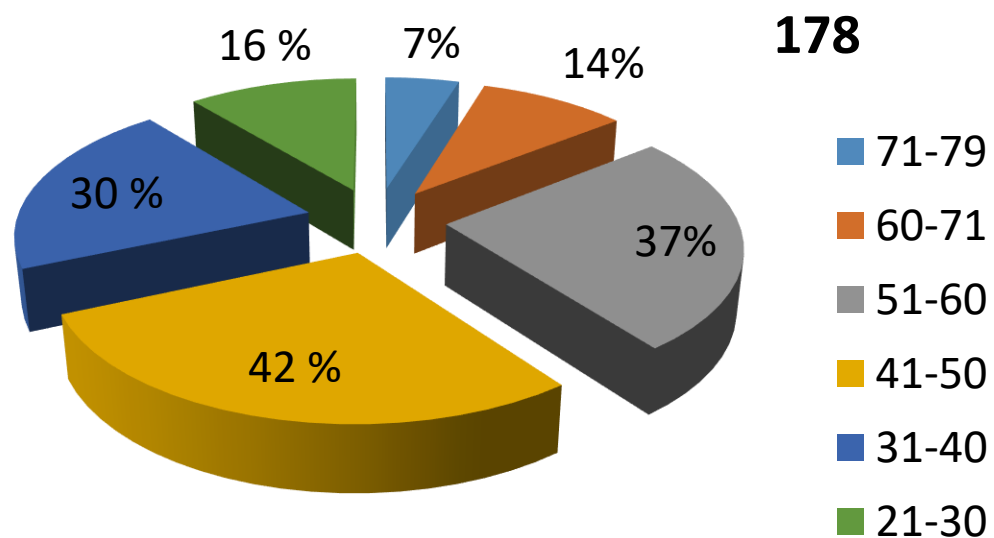
DA P.S. E ALTRE UU.OO. 61% DA P.S.

PROGRAMMATO 39 %

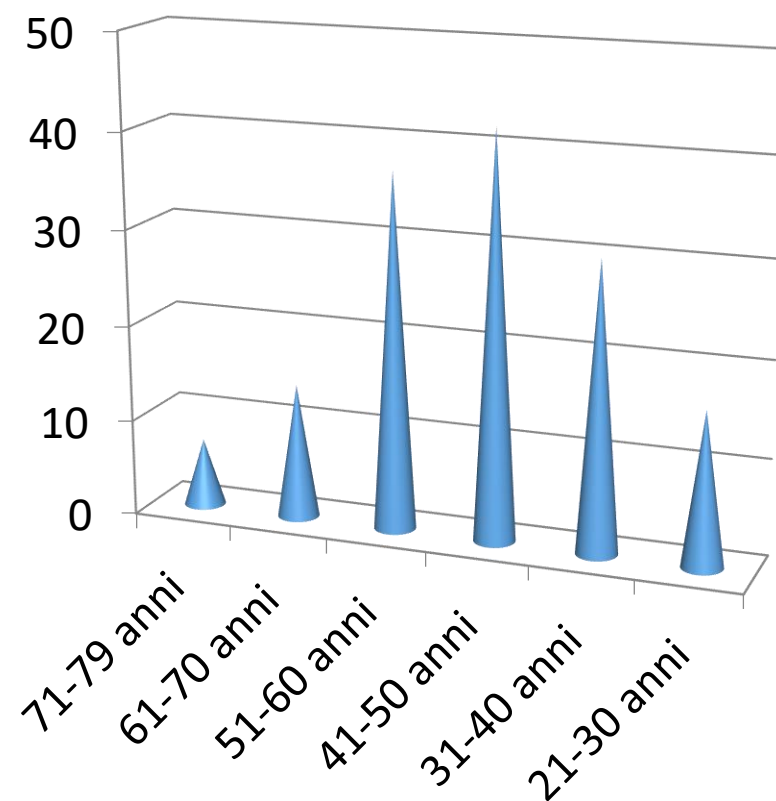
CON COMPLICAZIONI 24%
- MEDICHE 17
- CH. 4

OCCUPAZIONE MEDIA 83%
INDICE DI RETAZIONE 15%

Anno 2017 valutazione per fascia di età su 178 ricoveri



anni	
da 71a 79	7
Da 61 a 70	14
Da 51 a 60	37
Da 41 a 50	42
Da 31 a 40	30
Da 21 a 30	16





CRITICITA'



**Causa
RITARDI**

Date prenotazioni:

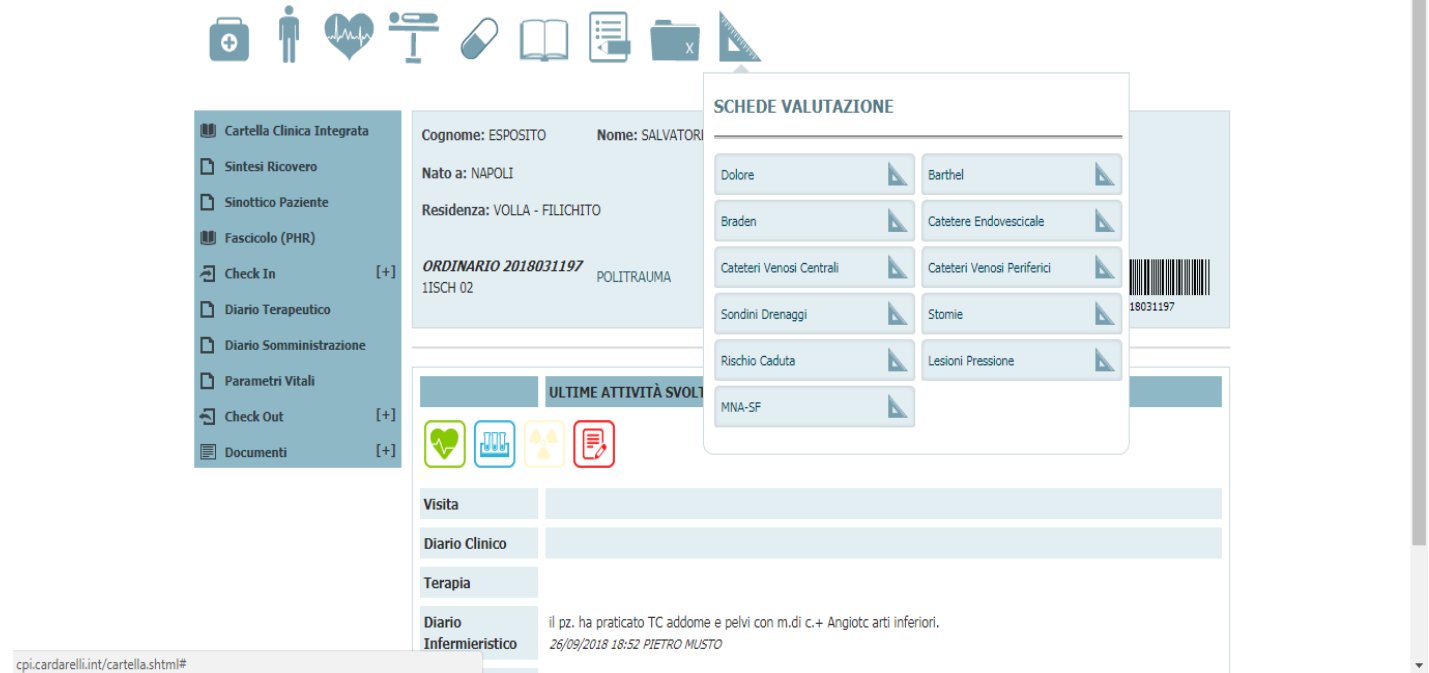
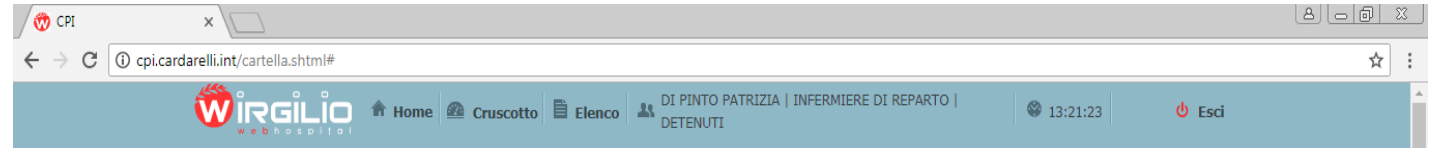
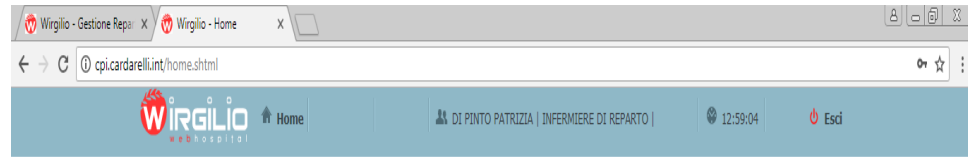
- esami
- interventi ch.
- Autorizzazioni esami esterni
- Traduzioni per dimissioni



**Il Week Surgery e il Week Hospital
PDTA**

CONSULENZE





CARTELLA CLINICA INTEGRATA

[Home](#)[Cruscotto](#)[Elenco](#)

BIONDI RAIMONDO | INFERMIERE DI REPARTO |



23:05:12



WH



Esci

[Cartella Clinica Integrata](#)[Sinottico Paziente](#)[Fascicolo \(PHR\)](#)[Check In](#) [+][Reparto/Degenza](#) [+][Diario Terapeutico](#)[Parametri Vitali](#)[Bilancio Idrico](#)[Check Out](#) [+][Documenti](#) [+]Cognome: Nome: C. F.:

Sesso: ♂

Nato a: NAPOLI

il: 02/02/1965

Cellulare:

Residenza: NAPOLI - VIA F.M. BRIGANTI 43

Telefono:

ORDINARIO 2016041383
B12

ASCESSO SOTTOMANDIBOLARE



2016041383

ULTIME ATTIVITÀ SVOLTE SUL PAZIENTE

ETÀ: AA 51 MM 10 GG 14



Visita

Diario Clinico

Terapia

Diario
InfermieristicoPianificazione
Infermieristica**SI DIMETTE IL PAZIENTE DA PRONTO SOCCORSO:**

CON LIVELLO DI APPROPRIATEZZA: GIALLO

MODALITA' DI DIMISSIONE: RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA

AAREA CHIRURGICA [02] [F.to FORMISANO ROSA]

15/11/2016 15:28 FORMISANO ROSA [75292]

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



- Cartella Clinica Integrata
- Sinottico Paziente
- Fascicolo (PHR)
- Check In [+]
- Reparto/Degenza [+]
- Diario Terapeutico
- Parametri Vitali
- Bilancio Idrico
- Check Out [+]
- Documenti [+]

Caterere endovescicale

Nuova

CHIRURGIA TORACICA

RICOVERO ORDINARIO

2016041383 del 15/11/2016, 15:31

Cognome:

Nome:

Nato il: 02/02/1965

Sesso:











Data:

Ora:

Tipologia	Rilevazione presenza	Anamnesi posizionamento	Intervento nr. <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Note <div><div></div></div>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Salva

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

-  Cartella Clinica Integrata
-  Sinottico Paziente
-  Fascicolo (PHR)
-  Check In [+]
-  Reparto/Degenza [+]
-  Diario Terapeutico
-  Parametri Vitali
-  Bilancio Idrico
-  Check Out [+]
-  Documenti [+]

Lesioni Pressione

 Nuova

CHIRURGIA TORACICA


RICOVERO ORDINARIO

2016041383 del 15/11/2016, 15:31

Cognome:

Nome:

Nato il: 02/02/1965

Sesso: 

Data:

16/12/2016

Ora:

23:21

Valutazioni lesioni da pressioni

STADIAZIONE NPUAP

Primo stadio

Area di eritema marcato e persistente che non scompare alla pressione digitale e cute integra.

Secondo stadio

Lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma: si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescicola o bolla.

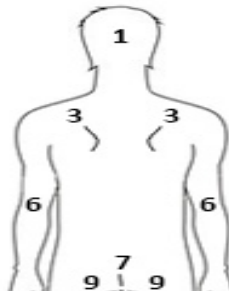
Terzo stadio

Perdita di sostanza a tutto spessore, in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare, senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi.

Quarto stadio

La lesione si estende oltre la fascia profonda interessando muscoli, tendini strutture capsulari ed osso.

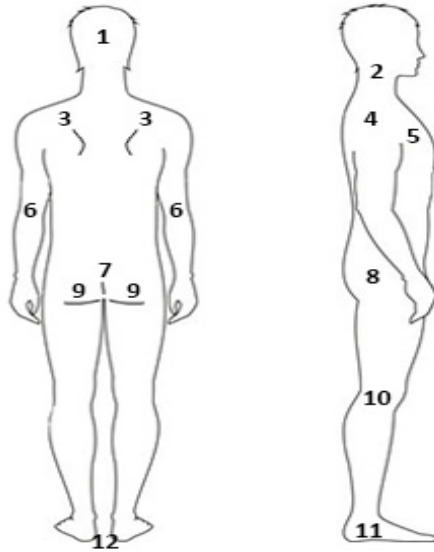
☐ Lesioni in trattamento



Sede: segnalare la zona con numero e descrivere:

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

☐ Lesioni in trattamento



Sede: segnalare la zona con numero e descrivere:

Medicazione

Dolore relativo alla lesione: VNRS

Push Tool 3.0 Versione 9/15/1998

Area (Lunghezza x Larghezza)	<div></div> 0 cm ²	<div></div> < 0,3 cm ²	<div></div> 0,3 - 0,6 cm ²	<div></div> 0,7 - 1 cm ²	<div></div> 1,1 - 2 cm ²	<div></div> 2,1 - 3 cm ²
	<div></div> 3,1 - 4 cm ²	<div></div> 4,1 - 8 cm ²	<div></div> 8,1 - 12 cm ²	<div></div> 12,1 - 24 cm ²	<div></div> >24 cm ²	
Quantità di essudato	<div></div> Assente	<div></div> Scarso	<div></div> Moderato	<div></div> Abbondante		
	<div></div> Chuso	<div></div> Tess. epiteliale	<div></div> Tess. granulaz.	<div></div> Slough	<div></div> Tess. necrotico	

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Totale

Presidio antidecubito

- ☐ Materasso statico in poliuretano espanso
- ☐ Materasso dinamico a pressione alternata
- ☐ Materasso dinamico a pressione alternata o a bassa pressione continua

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



- Cartella Clinica Integrata
- Sinottico Paziente
- Fascicolo (PHR)
- Check In [+]
- Reparto/Degenza [+]
- Diario Terapeutico
- Parametri Vitali
- Bilancio Idrico
- Check Out [+]
- Documenti [+]

Monitoraggio Infermieristico

Elenco Monitoraggi Infermieristici

Monitoraggio Infermieristico

Nuova

CHIRURGIA TORACICA

RICOVERO ORDINARIO

2016041383 del 15/11/2016, 15:31

Cognome:

Nome:

Nato il: 02/02/1965

Sesso:

Data:

16/12/2016

Ora:

23:36

Tipo Visita:

☐

Visita Generale

☐

Visita Successiva

Sigla CPSI

P.A.

Frequenza cardiaca

Frequenza respiratoria

SO2

Temperatura corporea

Diuresi (segnalare se presente ematuria)

Drenaggi

DX

SX

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

ematuria)

Drenaggi DX

SX

Sondini DX

SX

Stomie ☐ Si ☐ No

Peso

Vitto

Presenza emorragie ☐ Si ☐ No

Pres. vomito (segnalare se ematico) ☐ Si ☐ No

Se ha evacuato¹ ☐ Si ☐ No

Se alimentato¹ ☐ Si ☐ No

Se lavato¹ ☐ Si ☐ No

Medicazione ☐ Si ☐ No

Note e prob. inerenti la medicaz.

Pres. di lesioni da compressione² ☐ Si ☐ No

Trasfusione sangue o emoderivati ☐ Si ☐ No

Esami ematochimici³

Pre colazione

Post
colazione

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Se lavato¹

☐ Si ☐ No

Medicazione

☐ Si ☐ No

Note e prob. inerenti la medicaz.

Pres. di lesioni da compressione²

☐ Si ☐ No

Trasfusione sangue o emoderivati

☐ Si ☐ No

Esami ematochimici³

SELEZIONARE ▼

Pre colazione

Post
colazione

HGT insulina e
somministrazione

Pre prandiale

Post
prandiale

Pre cena

Post cena

1 per paziente non autosufficienti - 2 se si aggiungere protocollo specifico - 3 specificare se è routine, urgenza o altro

Scala NUMERICA

Min Dolore

0

Max Dolore

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

[Home](#)[Cruscotto](#)[Elenco](#)

BIONDI RAIMONDO | INFERMIERE DI REPARTO |



23:05:12



WH



Esci

[Cartella Clinica Integrata](#)[Sinottico Paziente](#)[Fascicolo \(PHR\)](#)[Check In](#) [+][Reparto/Degenza](#) [+][Diario Terapeutico](#)[Parametri Vitali](#)[Bilancio Idrico](#)[Check Out](#) [+][Documenti](#) [+]Cognome: Nome: C. F.:

Sesso: ♂

Nato a: NAPOLI

il: 02/02/1965

Cellulare:

Residenza: NAPOLI - VIA F.M. BRIGANTI 43

Telefono:

ORDINARIO 2016041383
B12

ASCESSO SOTTOMANDIBOLARE



2016041383

ULTIME ATTIVITÀ SVOLTE SUL PAZIENTE

ETÀ: AA 51 MM 10 GG 14



Visita

Diario Clinico

Terapia

Diario
InfermieristicoPianificazione
Infermieristica**SI DIMETTE IL PAZIENTE DA PRONTO SOCCORSO:**

CON LIVELLO DI APPROPRIATEZZA: GIALLO

MODALITA' DI DIMISSIONE: RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA

AAREA CHIRURGICA [02] [F.to FORMISANO ROSA]

15/11/2016 15:28 FORMISANO ROSA [75292]

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



Cartella Clinica Integrata

Sinottico Paziente

Fascicolo (PHR)

Check In [+]

Reparto/Degenza [+]

Diario Terapeutico

Parametri Vitali

Bilancio Idrico

Check Out [+]

Documenti [+]

Cognome: [REDACTED] Nome: [REDACTED]

Nato a: NAPOLI

Residenza: NAPOLI - VIA F.M. BRIGANTI 43

ORDINARIO 2016041383

B12

ASCESSO SOTTO

ULTIME ATTIVITÀ SVOLTE



Visita

Diario Clinico

Terapia

Diario
Infermieristico

Pianificazione
Infermieristica

SI DIMETTE IL PAZIENTE DA PRONTO SOCCORSO:

CON LIVELLO DI APPROPRIATEZZA: GIALLO

MODALITA' DI DIMISSIONE: RICOVERO IN REPARTO DI DEGENZA

AAREA CHIRURGICA [02] [F.to FORMISANO ROSA]

15/11/2016 15:28 FORMISANO ROSA [75292]

SCHEDA VALUTAZIONE

Dolore



Barthel



Braden



Catetere Endovescicale



Cateteri Venosi Centrali



Cateteri Venosi Periferici



Sondini Drenaggi



Stomie



Rischio Caduta



Lesioni Pressione



MNA-SF



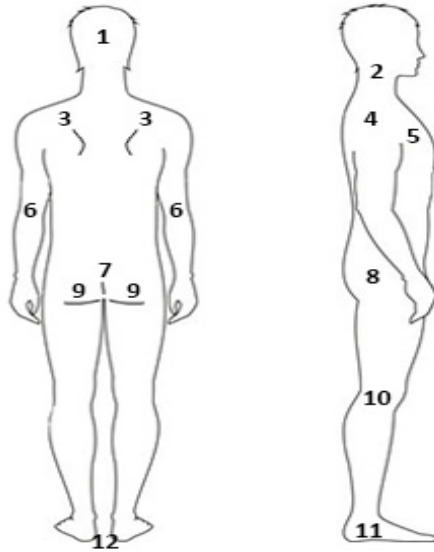
16041383

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

<div><div>Cartella Clinica Integrata</div><div>Sinottico Paziente</div><div>Fascicolo (PHR)</div><div>Check In</div><div>Reparto/Degenza</div><div>Diario Terapeutico</div><div>Parametri Vitali</div><div>Bilancio Idrico</div><div>Check Out</div><div>Documenti</div></div>	<div><div>Lesioni Pressione</div><div>+ Nuova</div></div> <div><div>CHIRURGIA TORACICA</div><div>RICOVERO ORDINARIO</div><div>2016041383 del 15/11/2016, 15:31</div></div> <div><div>Cognome:</div><div>Nome:</div><div>Nato il: 02/02/1965</div><div>Sesso: ♂</div></div> <div><div>Data: 16/12/2016</div><div>Ora: 23:21</div></div> <div><div>Valutazioni lesioni da pressioni</div></div> <div><div>STADIAZIONE NPUAP</div></div> <div><div><div><div>Primo stadio</div><div>Area di eritema marcato e persistente che non scompare alla pressione digitale e cute integra.</div></div><div><div>Secondo stadio</div><div>Lesione cutanea superficiale limitata all'epidermide e/o al derma: si presenta clinicamente sotto forma di abrasione, vescicola o bolla.</div></div><div><div>Terzo stadio</div><div>Perdita di sostanza a tutto spessore, in cui la lesione e la necrosi progrediscono interessando il tessuto sottocutaneo fino alla fascia muscolare, senza oltrepassarla, con o senza sottominature dei bordi.</div></div><div><div>Quarto stadio</div><div>La lesione si estende oltre la fascia profonda interessando muscoli, tendini strutture capsulari ed osso.</div></div></div><div><div><div><div><div><div><input type="checkbox"/> Lesioni in trattamento</div></div></div><div><div><div><div>1</div><div>3</div><div>3</div><div>6</div><div>6</div><div>7</div><div>9</div><div>9</div></div><div><div><div><div>2</div><div>4</div><div>5</div><div>8</div></div></div></div></div><div><div>Sede: segnalare la zona con numero e descrivere:</div><div></div></div></div></div></div></div></div>
--	---

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

☐ Lesioni in trattamento



Sede: segnalare la zona con numero e descrivere:

Medicazione

Dolore relativo alla lesione: VNRS

Push Tool 3.0 Versione 9/15/1998

Area (Lunghezza x Larghezza)	<div></div> 0 cm ²	<div></div> < 0,3 cm ²	<div></div> 0,3 - 0,6 cm ²	<div></div> 0,7 - 1 cm ²	<div></div> 1,1 - 2 cm ²	<div></div> 2,1 - 3 cm ²
	<div></div> 3,1 - 4 cm ²	<div></div> 4,1 - 8 cm ²	<div></div> 8,1 - 12 cm ²	<div></div> 12,1 - 24 cm ²	<div></div> >24 cm ²	
Quantità di essudato	<div></div> Assente	<div></div> Scarso	<div></div> Moderato	<div></div> Abbondante		
	<div></div> Chuso	<div></div> Tess. epiteliale	<div></div> Tess. granulaz.	<div></div> Slough	<div></div> Tess. necrotico	

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



- Cartella Clinica Integrata
- Sinottico Paziente
- Fascicolo (PHR)
- Check In [+]
- Reparto/Degenza [+]
- Diario Terapeutico
- Parametri Vitali
- Bilancio Idrico
- Check Out [+]
- Documenti [+]

Rischio Caduta

[+ Nuova](#)

CHIRURGIA TORACICA

RICOVERO ORDINARIO

2016041383 del 15/11/2016, 15:31

Cognome Nome:

Nato il: 02/02/1965

Sesso:

Data: Ora:

Precedenti cadute (Domande al paziente/caregiver/infermiere)

SI NO

E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?

☐ ☐

Hai mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi?

☐ ☐

Le è capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno negli ultimi tre mesi?

☐ ☐

Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)

☐ ☐

Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base di appoggio, marcia instabile

☐ ☐

Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es.: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, etc.)

☐ ☐

Deterioramento della capacità di giudizio/mancanza del senso del pericolo

☐ ☐

Totale

CARTELLA CLINICA INTEGRATA



- Cartella Clinica Integrata
- Sinottico Paziente
- Fascicolo (PHR)
- Check In [+]
- Reparto/Degenza [+]
- Diario Terapeutico
- Parametri Vitali
- Bilancio Idrico
- Check Out [+]
- Documenti [+]

Monitoraggio Infermieristico

Elenco Monitoraggi Infermieristici

Monitoraggio Infermieristico

Nuova

CHIRURGIA TORACICA

RICOVERO ORDINARIO

2016041383 del 15/11/2016, 15:31

Cognome:

Nome:

Nato il: 02/02/1965

Sesso:

Data:

16/12/2016

Ora:

23:36

Tipo Visita:

☐

Visita Generale

☐

Visita Successiva

Sigla CPSI

P.A.

Frequenza cardiaca

Frequenza respiratoria

SO2

Temperatura corporea

Diuresi (segnalare se presente ematuria)

Drenaggi

DX

SX

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

ematuria)

Drenaggi

DX

SX

Sondini

DX

SX

Stomie

☐ Si ☐ No

Peso

Vitto

Presenza emorragie

☐ Si ☐ No

Pres. vomito (segnalare se ematico)

☐ Si ☐ No

Se ha evacuato¹

☐ Si ☐ No

Se alimentato¹

☐ Si ☐ No

Se lavato¹

☐ Si ☐ No

Medicazione

☐ Si ☐ No

Note e prob. inerenti la medicaz.

Pres. di lesioni da compressione²

☐ Si ☐ No

Trasfusione sangue o emoderivati

☐ Si ☐ No

Esami ematochimici³

SELEZIONARE ▼

Pre colazione

Post
colazione

CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Se lavato¹

☐ Si ☐ No

Medicazione

☐ Si ☐ No

Note e prob. inerenti la medicaz.

Pres. di lesioni da compressione²

☐ Si ☐ No

Trasfusione sangue o emoderivati

☐ Si ☐ No

Esami ematochimici³

SELEZIONARE ▼

Pre colazione

Post
colazione

HGT insulina e
somministrazione

Pre prandiale

Post
prandiale

Pre cena

Post cena

1 per paziente non autosufficienti - 2 se si aggiungere protocollo specifico - 3 specificare se è routine, urgenza o altro

Scala NUMERICA

Min Dolore

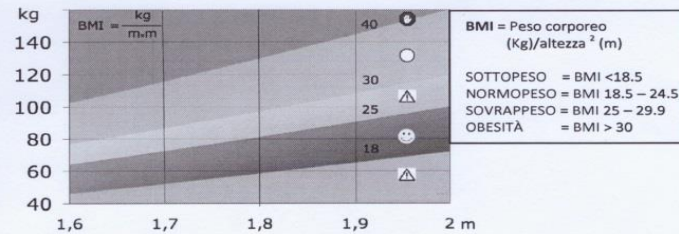
0

Max Dolore

CARTELLA INFERMIERISTICA

BISOGNI ASSISTENZIALI / VALUTAZIONE INIZIALE

Bisogno	Pianificazione dell'azione Infermieristica				
01 – Respirazione	<input type="checkbox"/> Indirizzare	<input type="checkbox"/> Guidare	<input type="checkbox"/> Sostenere	<input type="checkbox"/> Compensare	<input type="checkbox"/> Sostituire
Legenda	Informare - illustrare circa gli effetti delle abitudini di vita sulla respirazione (fumo, clima, farmaci...) e i loro effetti.	Insegnare - istruire a eseguire esercizi respiratori, tosse, drenaggio posturale, utilizzo presidii.	Far utilizzare i dispositivi fare eseguire la respirazione diaframmatica.	Eseguire pulizia cannula tracheale, drenaggio posturale, far eseguire esercizi di tosse.	Aspirare le secrezioni delle vie aeree. Mettere in posizione laterale di sicurezza.
02 – Alimentazione / Idratazione	<input type="checkbox"/> Indirizzare	<input type="checkbox"/> Guidare	<input type="checkbox"/> Sostenere	<input type="checkbox"/> Compensare	<input type="checkbox"/> Sostituire
Legenda	Informare - illustrare circa le abitudini dell'alimentazione, l'idratazione, l'attività fisica e i loro effetti.	Insegnare - istruire i comportamenti per un'alimentazione e idratazione equilibrata.	Favorire l'assunzione di alimenti, mettere la protesi dentaria, preparare il cibo e somministrare diete specifiche.	Alimentare e idratare per vie naturali, imboccare, offrire da bere.	Alimentare per via enterale, porre sondino nasogastrico, somministrare liquidi e alimenti tramite sondino o stomia.
03 – Diuresi / Defecazione	<input type="checkbox"/> Indirizzare	<input type="checkbox"/> Guidare	<input type="checkbox"/> Sostenere	<input type="checkbox"/> Compensare	<input type="checkbox"/> Sostituire
Legenda	Informare - illustrare il paziente circa le abitudini nell'eliminazione intestinale e urinaria, l'influenza della dieta e dell'attività fisica.	Insegnare - istruire i comportamenti per mantenere una adeguata funzione intestinale e urinaria, utilizzo di presidii.	Favorire l'eliminazione volontaria e fornire ausili per l'eliminazione (pedale, pappagallo, comoda).	Mantenere il deflusso di urina, feci e gas: applicare ausili di raccolta: pennelone, placca, sacchetti per stomia, condom, ecc.	Ottenere l'evacuazione di feci e urina mediante strumenti: cateterismo vescicale, distare, ecc.
04 – Igiene personale	<input type="checkbox"/> Indirizzare	<input type="checkbox"/> Guidare	<input type="checkbox"/> Sostenere	<input type="checkbox"/> Compensare	<input type="checkbox"/> Sostituire
Legenda	Informare - illustrare i fattori che influenzano igiene e abbigliamento, tipi di abbigliamento e capi ideali alle condizioni climatiche.	Insegnare - istruire la persona a comportamenti per mantenere igiene e abbigliamento adeguato: principi di cura del corpo.	Favorire l'igiene e l'abbigliamento, fornire alla persona materiali per effettuare da sola l'igiene.	Fornire un aiuto nell'igiene e abbigliamento, aiutare a fare il bagno, doccia, lavare i capelli, igiene intima, capelli, viso, denti, ecc.	Eseguire l'igiene, eseguire bagno, doccia, lavare i capelli, eseguire igiene intima, capelli, viso, denti, radarsi, indossare abiti, ecc.
05 – Moto e Mantenimento posizioni confortevoli	<input type="checkbox"/> Indirizzare	<input type="checkbox"/> Guidare	<input type="checkbox"/> Sostenere	<input type="checkbox"/> Compensare	<input type="checkbox"/> Sostituire
Legenda	Informare - illustrare i fattori che influenzano il movimento e l'attività fisica, il ruolo della dieta, dei farmaci, i rischi della poca attività.	Insegnare - istruire la persona a mantenere il movimento: insegnare la mobilizzazione, la postura adeguata. Utilizzare ausili.	Favorire la deambulazione e la mobilizzazione spontanea, anche con ausili. Mantenere le corrette posizioni. Esercizi muscolari.	Autare a mantenere le posizioni (supina, laterale, prona, seduta, ecc.). Aiutare la persona negli spostamenti e deambulazione.	Muovere o posizionare la persona. Trasferire la persona da letto a barella, carrozzina e viceversa. Eseguire esercizi di mobilizzazione passiva.
06 – Sicurezza ambientale	<input type="checkbox"/> Indirizzare	<input type="checkbox"/> Guidare	<input type="checkbox"/> Sostenere	<input type="checkbox"/> Compensare	<input type="checkbox"/> Sostituire
Legenda	NON VALUTABILE	Informare - istruire la persona a prevenire i rischi ambientali, per evitare le cadute o, gli incidenti domestici.	NON VALUTABILE	NON VALUTABILE	Mantenere il microclima, ridurre i rumori, prevenire i traumi e le cadute, regolare l'illuminazione, prevenire le infezioni.



MONITORAGGIO PAZIENTE

- CONTROLLARE la corretta assunzione quantitativa e qualitativa degli alimenti (registrazione su cartella clinica infermieristica). ATTENZIONE che nell'anziano vi è una diminuzione sia del senso del gusto che dell'olfatto, sia della capacità di masticare e digerire.
- STATO DI IDRATAZIONE: stimolare e aiutare la persona a bere; eccezionalmente, se il medico lo ritiene opportuno, ricorrere alla reidratazione per via parenterale.
- ESAMI DI LABORATORIO: particolare attenzione va rivolta al bilancio azotato e ai valori di albuminemia.

MNA-SF (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT SEMPLIFICATO)

1. Body Mass Index (BMI) (peso/altezza m ²) a) BMI < 19 = 0 punti b) 19 ≤ BMI < 21 = 1 punto c) 21 ≤ BMI < 23 = 2 punti	PUNTI	4. Mobilità a) limitato alla sedia a letto = 0 punti b) in grado di alzarsi dalla sedia / letto e deambula in casa = 1 punto c) esce di casa = 2 punti	PUNTI
2. Ha perso peso negli ultimi 3 mesi? a) Superiore 3 Kg = 0 punti b) Non sa = 1 punto c) Tra 1 e 3 Kg = 2 punti d) Non riferisce perdite di peso = 3 punti		5. Negli ultimi 3 mesi ha ridotto l'introito di cibo dovuto a diminuzione di appetito, problemi digestivi, di masticazione o deglutizione? a) Diminuzione severa appetito = 0 punti b) Diminuzione moderata = 1 punto c) Non riferisce diminuzione = 2 punti	
3. Ha sofferto di stress psicologico o malattie acute negli ultimi 3 mesi? a) Sì = 0 punti b) No = 2 punti		6. Problemi neuropsicologici a) Demenza o depressione = 0 punti b) Demenza media = 1 punto c) Non ha problemi psicologici = 2 punti	

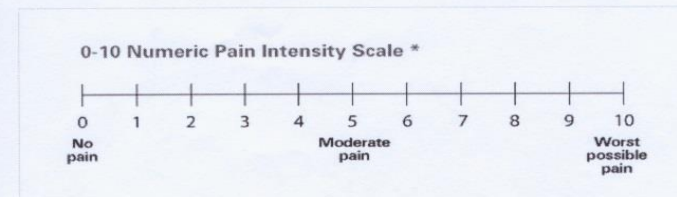
Punteggio indicatore di malnutrizione: ≥ 12 ben nutrito
< 11 a rischio di malnutrizione
max 14 punti

Data ingresso	Peso Kg	Data ingresso	Peso Kg	Data ingresso	Peso Kg	Data ingresso	Peso Kg
Firma operatore		Firma operatore		Firma operatore		Firma operatore	

PROTOCOLLO PER LA SCELTA DEI PRESIDI ANTIDECUBITO

INDICE DI BRADEN	TIPOLOGIA PRESIDIO
Da 14 a 13 e in presenza di lesioni di lieve entità	Materasso statico in Poliuretano Espanso
Da 12 a 10 e in presenza di lesioni sino al 3° stadio	Materasso dinamico a pressione alternata
Inferiore a 9, e/o in presenza di LDD sino al 4° stadio (anche grandi obesi)	Materasso dinamico a pressione alternata o a bassa pressione continua

Verbal Numerical Rating Score (VNRS)



SCALA DI BRADEN VALUTAZIONE DEL RISCHIO					PUNTEGGIO Valutazione			
	1	2	3	4	Data	Data	Data	Data
Percezione sensoriale Capacità di rispondere in maniera consapevole	Completamente limitata <input type="checkbox"/>	Molto limitata <input type="checkbox"/>	Leggermente limitata <input type="checkbox"/>	Nessuna limitazione <input type="checkbox"/>				
Macerazione Grado di esposizione della cute alla macerazione	Costantemente umida <input type="checkbox"/>	Molto umida <input type="checkbox"/>	Occasionalmente umida <input type="checkbox"/>	Raramente umida <input type="checkbox"/>				
Attività Grado attività fisica	Allettato <input type="checkbox"/>	In poltrona <input type="checkbox"/>	Cammina occasionalmente <input type="checkbox"/>	Cammina di frequente <input type="checkbox"/>				
Mobilità	Completamente immobilità <input type="checkbox"/>	Molto limitata <input type="checkbox"/>	Parzialmente limitata <input type="checkbox"/>	Limitazioni assenti <input type="checkbox"/>				
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	Molto povera <input type="checkbox"/>	Probabilmente inadeguata <input type="checkbox"/>	Adeguate <input type="checkbox"/>	Eccellente <input type="checkbox"/>				
Frizione e scivolamento	Problema <input type="checkbox"/>	Problema potenziale <input type="checkbox"/>	Senza problemi potenziali <input type="checkbox"/>					
Rischio di lesioni con punteggio = 0 < a 16 punti.					Punteggi o totale			

Legenda:

RISCHIO BASSO	20 - 17	RISCHIO ALTO	12 - 10
RISCHIO MODERATO	16 - 15	RISCHIO ALTISSIMO	0 - 9
RISCHIO MEDIO	14 - 13		

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (Barthel Index) (Mahoney FI, Barthel DW; Mar.ST.Med.J. 1965; 14:61-65)

PARAMETRO DA VALUTARE	A Dipendente	B Con aiuto	C Parzialmente indipendente	Indipendente	PUNTEGGIO 1° Valutazione	PUNTEGGIO 2° Valutazione	PUNTEGGIO 3° Valutazione
Alimentazione	0	5	--	10			
Abbigliamento	0	5	--	10			
Toilette personale	0	5	--	--			
Fare il bagno	0	5	--	--			
Controllo defecazione	0	5	--	10			
Controllo minzione	0	5	--	10			
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	5	10	15			
Trasferimenti nel bagno	0	5	--	10			
Deambulazione	0	5	10	15			
Salire o scendere le scale	0	5	--	10			
TOTALE							
FIRMA							

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA DELLA PERSONA ASSISTITA

Precedenti cadute (domande al paziente/Caregiver/Infermiere)	SI	NO
È caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
Ha mai avuto vertigini o capogiri negli ultimi tre mesi?	1	0
Le è capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno negli ultimi tre mesi?	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)	1	0
Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associata ad agitazione interiore. Es.: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, etc.)	2	0
Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
TOTALE		

Il punteggio complessivo va da 0 (nessun rischio) a 10 (altissimo rischio),
dove 2 indica già che il paziente è a rischio di caduta.

ISTRUZIONI: le prime tre domande vanno rivolte solo al paziente:
possono essere rivolte ad un familiare o al Caregiver o all'Infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.
Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi.
La risposta “NON SO” è da considerare come risposta negativa.



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

MNA-SF (MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT SEMPLIFICATO)

1. Body Mass Index (BMI) (peso/altezza m²) a) BMI < 19 = 0 punti <input type="checkbox"/> b) 19 ≥ BMI < 21 = 1 punto <input type="checkbox"/> c) 21 ≥ BMI < 23 = 2 punti <input type="checkbox"/>	PUNTI	4. Mobilità a) limitato alla sedia a letto = 0 punti <input type="checkbox"/> b) e in grado di alzarsi dalla sedia / letto e deambula in casa = 1 punto <input type="checkbox"/> c) esce di casa = 2 punti <input type="checkbox"/>	PUNTI
2. Ha perso peso negli ultimi 3 mesi? a) Superiore 3 Kg = 0 punti <input type="checkbox"/> b) Non sa = 1 punto <input type="checkbox"/> c) Tra 1 e 3 Kg = 2 punti <input type="checkbox"/> d) Non riferisce perdite di peso = 3 punti <input type="checkbox"/>		5. Negli ultimi 3 mesi ha ridotto l'introito di cibo dovuto a diminuzione di appetito, problemi digestivi, di masticazione o deglutizione? a) Diminuzione severa appetito = 0 punti <input type="checkbox"/> b) Diminuzione moderata = 1 punto <input type="checkbox"/> c) Non riferisce diminuzione = 2 punti <input type="checkbox"/>	
3. Ha sofferto di stress psicologico o malattie acute negli ultimi 3 mesi? a) Si = 0 punti <input type="checkbox"/> b) No = 2 punti <input type="checkbox"/>		6. Problemi neuropsicologici a. Demenza o depressione = 0 punti <input type="checkbox"/> b) Demenza media = 1 punto <input type="checkbox"/> c) Non ha problemi psicologici = 2 punti <input type="checkbox"/>	

Punteggio indicatore di malnutrizione: ≥ 12 ben nutrito

< 11 a rischio di malnutrizione

max 14 punti



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

PROTOCOLLO PER LA SCELTA DEI PRESIDI ANTIDECUBITO

INDICE DI BRADEN	TIPOLOGIA PRESIDIO
Da 14 a 13 e in presenza di lesioni di lieve entità	Materasso statico in Poliuretano Espanso
Da 12 a 10 e in presenza di lesioni sino al 3° stadio	Materasso dinamico a pressione alternata
Inferiore a 9, e/o in presenza di LDD sino al 4° stadio (anche grandi obesi)	Materasso dinamico a pressione alternata o a bassa pressione continua



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

Verbal Numerical Rating Score (VNRS)

0-10 Numeric Pain Intensity Scale *





Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

SCALA DI BRADEN VALUTAZIONE DEL RISCHIO					PUNTEGGIO Valutazione			
	1	2	3	4	Data	Data	Data	Data
Percezione sensoriale Capacità di rispondere in maniera consapevole	Completamente limitata <input type="checkbox"/>	Molto limitata <input type="checkbox"/>	Leggermente limitata <input type="checkbox"/>	Nessuna limitazione <input type="checkbox"/>				
Macerazione Grado di esposizione della cute alla macerazione	Costantemente umida <input type="checkbox"/>	Molto umida <input type="checkbox"/>	Occasionalmente umida <input type="checkbox"/>	Raramente umida <input type="checkbox"/>				
Attività Grado attività fisica	Allettato <input type="checkbox"/>	In poltrona <input type="checkbox"/>	Cammina occasionalmente <input type="checkbox"/>	Cammina di frequente <input type="checkbox"/>				
Mobilità	Completamente immobile <input type="checkbox"/>	Molto limitata <input type="checkbox"/>	Parzialmente limitata <input type="checkbox"/>	Limitazioni assenti <input type="checkbox"/>				
Nutrizione Assunzione abituale di cibo	Molto povera <input type="checkbox"/>	Probabilmente inadeguata <input type="checkbox"/>	Adeguate <input type="checkbox"/>	Eccellente <input type="checkbox"/>				
Frizione e scivolamento	Problema <input type="checkbox"/>	Problema potenziale <input type="checkbox"/>	Senza problemi potenziali <input type="checkbox"/>					
Rischio di lesioni con punteggio = 0 < a 16 punti.					Punteggi o totale			
Legenda:								
RISCHIO BASSO		20 - 17	RISCHIO ALTO		12 - 10			
RISCHIO MODERATO		16 - 15	RISCHIO ALTISSIMO		0 - 9			
RISCHIO MEDIO		14 - 13						



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

SCALA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA

(Barthel Index)

(Mahoney FI, Barthel DW; Mar ST Med J. 1965; 14:61-65)

PARAMETRO DA VALUTARE	A	B	C		PUNTEGGIO	PUNTEGGIO	PUNTEGGIO
	Dipendente	Con auto	Parzialmente indipendente	Indipendente	1 ^a Valutazione	2 ^a Valutazione	3 ^a Valutazione
Alimentazione	0	5	--	10			
Abbigliamento	0	5	--	10			
Toilette personale	0	5	--	--			
Fare il bagno	0	5	--	--			
Controllo defecazione	0	5	--	10			
Controllo minzione	0	5	--	10			
Spostarsi dalla sedia al letto e ritornare	0	5	10	15			
Trasferimenti nel bagno	0	5	--	10			
Deambulazione	0	5	10	15			
Salire o scendere le scale	0	5	--	10			
TOTALE							
FIRMA							

3. Scheda dolore



Antonio Cardarelli
AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE

Nome: _____

Unità Operativa: _____

Numero Cartella: _____

CONTROLLO DEL SINTOMO DOLORE
Dolore autovalutato dal paziente (SVN 0-10)

Data			Ora - Dolore			Medico	Infermiere
g	m	a	7	15	23	M	I

Data			Ora - Dolore			Medico	Infermiere
g	m	a	7	15	23	M	I

DOLORE NON AUTOVALUTABILE

Non cosciente

Cosciente non collaborante

Incapace di quantificare

DESCRIZIONE DEL DOLORE:

IL PAZIENTE E' SODDISFATTO DEL CONTROLLO DEL DOLORE

Molto

Abbastanza

Poco

Non soddisfatto

grazie per l'attenzione

«Non dimenticatevi della medicina delle carezze»

Papa Francesco

3 marzo 2018

Edienza federazione ipasvi

Bibliografia

- *Management Infermieristico, n. 1/1999*
- indicatori di complessita assistenziale Annamaria Guarnier Azienda Provinciale per i Servizi Sanitari – Trento 2013
- QUADERNI - Italian Journal of Medicine 2014; 2:e3