

***PLAISIR 93***  
***Manuale di referenza***

***EROS***  
***Montréal***



# ***PLAISIR 93***

## ***Manuale di referenza***

***EROS - Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé***

***5225, rue Berri***

***Bureau 200***

***Montréal (Qc)***

***H2J 2S4***

***Téléphone :(514) 490 0909***

***Fax : (514) 490 0936***

***<http://www.erosinfo.com>***

***[info@erosinfo.com](mailto:info@erosinfo.com)***

**PLAISIR 93**

**Manuale di referenza**

**Stampato in Québec**

**Deposito legale 4<sup>e</sup> trimestre 1992 – Biblioteca nazionale del Québec e del Canada.**

**Copyright<sup>©</sup>, 1997 da EROS Equipe de Recherche Opérationnelle en Santé. Questo documento è sotto la protezione delle legge canadese per i diritti d'autore e della convenzione internazionale sui diritti di riproduzione.**

**Tutti diritti riservati. Nessuna parte di questo documento può essere tradotta, riprodotta o trasmessa in alcun modo e da nessun mezzo elettronico o meccanico incluso : fotocopie e microfiches; tutti i sistemi di registrazione compresi diaporama e video; tutti i sistemi di archivio e uscita delle informazioni.**

## ***PREFAZIONE***

---

Il PLAISIR misura l'attività assistenziale richiesta ed è stato ampiamente utilizzato dopo la sua introduzione avvenuta nel 1983.

Nel corso dei primi 10 anni di sperimentazione, sono stati studiati più di 150.000 casi. L'esperienza acquisita dal Gruppo di Studio e dalle stesse strutture assistenziali nel cui ambito è stato utilizzato hanno portato alla pubblicazione dell'attuale versione aggiornata.

L'obiettivo di tale aggiornamento era quello di facilitare e migliorare la determinazione delle prestazioni richieste, di competenza degli infermieri e degli operatori assistenziali (OTA, OSA, ADEST...) nei casi di pazienti con deficit delle funzioni cognitive e problemi comportamentali correlati a patologie psichiatriche croniche.

E' stata altresì aggiornata la scheda di valutazione con particolare riferimento alla sezione riguardante il piano assistenziale: alcune attività sono state suddivise, altre sono state aggiunte; in alcuni casi sono state cambiate le modalità di utilizzo o i parametri delle prestazioni degli infermieri e degli operatori assistenziali.

Il profilo bio-psico-sociale del paziente è stato ampliato (le sezioni relative a: problemi psicologici, funzioni psicologiche e sensoriali, mezzi di protezione,...) allo scopo di facilitare il processo di validazione dei dati riguardanti le attività assistenziali richieste, con particolare riferimento ai pazienti suddetti.

Per completare l'informazione sulle cure richieste sono state aggiunte le sezioni riguardanti le cure effettivamente ricevute nell'ambito della terapia riabilitativa, delle visite mediche e delle terapie specifiche divise per patologia.

Infine, è stata aggiunta la sezione relativa alle prestazioni infermieristiche di tipo riabilitativo ricevute dal paziente, allo scopo di documentare l'attività di riabilitazione effettuata dagli infermieri.



# 1. INTRODUZIONE

## Un sistema di informazione tridimensionale

Il sistema PLAISIR è un sistema d'informazione clinico-amministrativa che consente di valutare la qualità e la quantità delle cure richieste per anziani residenti in case di riposo protette, residenze sanitarie assistenziali, posti-letto ospedalieri di lungo degenza e di riabilitazione e rieducazione funzionale, istituti di riabilitazione (art. 26 L. 833\1978). Il sistema raccoglie due tipi di dati che riguardano il residente:

- il profilo bio-psico-sociale;
- il piano assistenziale dei servizi richiesti: cure infermieristiche e assistenziali.

A latere, viene fatta la raccolta dei dati socio-demografici del residente e i profili delle risorse **utilizzate** in medicina e in terapia riabilitativa (fisioterapia, ergoterapia e ortofonia). Tutti i dati sono raccolti all'interno di un questionario chiamato "*FRAN*", compilato da un infermiere professionale valutatore che ha ricevuto una specifica formazione al riguardo. I dati del questionario vengono poi immessi nel calcolatore che calcola la quantità di risorse infermieristiche e assistenziali richieste dal residente, basandosi, da un lato, sul profilo dei servizi infermieristici e assistenziali richiesti (*piano di assistenza e di cura individuale*), e dall'altro, sulla ponderazione di ciascuna delle azioni di cura richieste in termini di tempo necessario per la loro esecuzione.

Pertanto, il sistema consente una rappresentazione tridimensionale del residente:

- profilo bio-psico-sociale, in termini di patologie, altri problemi fisici e mentali, mezzi di compenso (protesi) e disabilità ed handicap;
- profilo dei servizi richiesti per rispondere ai suoi bisogni bio-psico-sociali.
- profilo delle risorse richieste (misurate in minuti di assistenza) per fornire i servizi richiesti.

Una nomenclatura delle azioni di cura, presentata nelle pagine seguenti, serve da ossatura per la determinazione dei servizi richiesti e da lì, attraverso la ponderazione in termini di tempo delle singole azioni di cura, fino ad arrivare alla misura delle risorse richieste.

## Un sistema sintetico che mette d'accordo la misura della quantità e la sicurezza della qualità delle cure

La qualità e la quantità delle cure sono spesso viste come due concetti antitetici. Il PLAISIR fa in modo di ricondurre la misura della quantità delle cure all'interno del processo di cura. Più precisamente, la misura della quantità nel PLAISIR esige una raccolta dei dati esaustiva seguita dalla elaborazione di un piano assistenziale dettagliato, che impedisce di tralasciare anche una sola esigenza del residente.

In tal modo, PLAISIR contribuisce, sia in modo attivo che passivo, al miglioramento della qualità delle cure.

Attivamente, favorendo la promozione di un processo di cura individualizzato attraverso la formazione degli infermieri e degli altri operatori, nonché la stesura dell'anamnesi e di un piano di assistenza e di cura individuale.

Passivamente, fornendo un sistema di sorveglianza della qualità delle cure basato sul confronto delle unità di cura e delle strutture residenziali (cfr.output di confronto del sistema PLAISIR) attraverso l'esame delle differenze riscontrate fra: risorse richieste e risorse impiegate, tasso di utilizzazione delle sostanze psicotrope e dei mezzi di protezione fisica, prevalenza delle piaghe da decubito, tentativi di riabilitazione (cure di riabilitazione, fisioterapia, ergoterapia, ortofonia), percentuali di problemi psicologici risolti, etc.

## **Un sistema che risponde alle necessità di informazione delle diverse figure decisionali**

Il sistema permette dunque di qualificare e quantificare con precisione e specificità il carico assistenziale di ciascun residente non autosufficiente, che resta in istituzione per tempi più o meno lunghi (nella maggior parte dei casi diversi anni, o sino alla fine della vita). Questa informazione è utile a coloro che devono prendere le decisioni a livelli diversi:

- **all'infermiere capo dell'unità di cura**, per monitorare la qualità delle cure rese all'interno della propria unità e per gestire il personale sulla base dei bisogni dei residenti.
- **alla direzione delle cure infermieristiche** e alla direzione generale degli istituti per monitorare la qualità delle cure, allocare le risorse fra le differenti unità di cura in funzione del carico assistenziale dei residenti e controllare le ammissioni all'interno delle differenti unità di cura per far sì, ad esempio, che si realizzi l'obiettivo di equilibrare l'offerta e la domanda di cure, o per rendere omogenea la popolazione dei residenti delle differenti unità di cura.
- **alla Commissione per l'ammissione** che, all'interno di un sistema coordina gli ingressi in qualsivoglia struttura residenziale, che deve decidere in quale struttura debba essere inserito quel paziente sulla base del carico di lavoro assistenziale richiesto da quel paziente e del quadro complessivo delle risorse disponibili e della gravità di coloro che sono già residenti in ciascuna struttura.
- **al pagante in proprio e al terzo pagante per ogni singolo caso**, per determinare l'ammontare del costo per le cure e l'assistenza di ciascun ricoverato.
- **alle istituzioni responsabili** (ad esempio un Distretto oppure una AUSL) della equa ripartizione fra strutture residenziali sottoposte alla loro giurisdizione, dell'ammontare complessivo di tutte le risorse, all'interno di un sistema dove il budget complessivo per le cure e l'assistenza è allocato alle strutture sulla base del carico assistenziale degli assistiti.
- **agli organi di governo** competenti per pianificare e programmare le risorse e le residenze assistenziali necessarie per media e lungo-degenza in funzione dei bisogni della popolazione.

## Un sistema centrato sui bisogni individuali ma anche standardizzato

Il sistema PLAISIR parte dal principio di base che, a tutti i livelli, la decisione deve essere orientata dai bisogni di ciascuno dei residenti piuttosto che dalle risorse globalmente disponibili. Viene reso operativo questo principio di base ponendo l'accento su quelli che sono i **servizi richiesti** dal residente piuttosto che sui servizi che vengono erogati. Vengono denominati servizi richiesti, le cure infermieristiche e assistenziali (professionali e non professionali) richieste dal residente per soddisfare i suoi bisogni. La determinazione dei servizi richiesti da parte delle varie figure professionali è influenzata dalla loro filosofia di cura che si traduce in un certo numero di regole, norme, standard che precisano la maniera di rispondere specificamente ai diversi bisogni.

Le prestazioni erogate non corrispondono sempre a quelle richieste come quelle che verremo qui a definire, o a causa della mancanza della risorsa, o per una errata valutazione dei bisogni del residente o infine a causa dei regolamenti della struttura. Così, il personale infermieristico può aiutare il residente a camminare solo una volta al giorno, ad esempio alle ore 15 (prestazione erogata), mentre gli standard di qualità esigerebbero (prestazione richiesta) che il residente ricevesse aiuto nel camminare tre volte al giorno. A livello del questionario FRAN, sarà indicata l'azione di nursing, *“camminare con aiuto”* alle ore 10 - ore 15 - ore 20 *“tutti i giorni”*, e non *“camminare con aiuto”* alle ore 15 *“tutti i giorni”*.

Come riportato sopra nel testo, le filosofie di cura, al pari delle norme e degli standard professionali che ne derivano, influenzano la determinazione di quelle che sono le richieste. E queste filosofie, norme e standard variano da una istituzione all'altra. Se non si concorda sulle regole, consegue che la determinazione di ciò che è richiesto da un medesimo residente (in termini di servizi e di conseguenza in termini di risorse) varierebbe da una istituzione all'altra. Questo pone un problema importante di equità, se i risultati della valutazione PLAISIR sono utilizzati per ripartire il bilancio all'interno di differenti programmi o strutture residenziali di una regione, in funzione delle risorse richieste per i loro residenti, o ancora nel caso delle assicurazioni, allo scopo di determinare quanto si debba pagare alle strutture per le cure e l'assistenza erogata a ciascun residente. È dunque necessario definire gli standards di cura ai quali dovranno aderire tutte le strutture residenziali.

Questi standards di cura e di assistenza dovrebbero corrispondere a quello che è possibile definire come “buona pratica” all'interno delle strutture residenziali. Se non corrispondono al livello ottimale, dovranno, tuttavia, assicurare all'anziano un grado di benessere e di sicurezza adeguati. Gli standards guidano l'infermiere professionale che valuta, con l'aiuto del formulario FRAN, le prestazioni infermieristiche e socio-assistenziali richieste dal residente. La loro valenza non è prescrittiva, ma solo indicativa di una prassi da cui l'infermiere può discostarsi: tuttavia, in tal caso dovrà **giustificare**, per iscritto all'interno del FRAN, le ragioni della eccezione fatta sulla base della particolarità dei bisogni del residente oggetto di valutazione.

Gli standards che sono stati applicati nella Svizzera francese sono riportati nei paragrafi seguenti.

## Raccolta e validazione dei dati

La base del sistema PLAISIR è il **formulario FRAN**. Il formulario consente di rilevare in modo alquanto dettagliato i bisogni dell'anziano: il suo profilo bio-psico-sociale e delle prestazioni ricevute (ergoterapia, fisioterapia, ortofonia, visite mediche, trattamenti particolari, come chemioterapia ed altri) e il suo profilo delle prestazioni infermieristiche e socio-assistenziali richieste durante gli ultimi 7 giorni. Il formulario FRAN è compilato da un infermiere valutatore. Non è necessario che lo stesso conosca il residente. Per compilare il FRAN, l'infermiere-valutatore deve fare riferimento:

- alla cartella dell'anziano;
- al suo piano di cura;
- (ai) quaderno(i) della(e) terapie(e) medica(che) e delle analisi biochimiche;
- agli standards di cura del sistema PLAISIR;
- a tutte le altre possibili fonti di informazione.

Se è necessario, il valutatore interrogherà anche il personale dell'équipe che ha in cura il residente, gli altri operatori, il soggetto e la sua famiglia. A seconda della complessità dei casi, il valutatore sarà in grado di valutare da 5 da 12 casi **al giorno** mediante il FRAN.

Standards di cura e di assistenza per le applicazioni di PLAISIR in Svizzera Romanda			
0010 UMIDIFICAZIONE	3040	Lavaggio completo quotidiano per il residente allettato	4060 ESERCIZI MUSCOLARE PASSIVI E/O ATTIVI
Due volte nelle 24 h per il residente per cui è necessaria l'umidificazione 24/24h	3090	SHAMPOO/LAVAGGIO	Una (1) volta nelle 24 h per il residente mobile ma a rischio di atrofia muscolare e/o di sviluppare problemi circolatori.
0120 CURE DEL TRACHEOSTOMIZZATO (Cute, cannula, medicazione, placca)		Una (1) volta alla settimana.	Due (2) volte nelle 24 h per il residente allettato o che non deambula.
Una (1) volta nelle 24 h.	3130	MANICURE/PEDICURE	4070 ESERCIZI MUSCOLARE STRUTTURATI
1080 IDRATAZIONE		Una (1) volta alla settimana.	Due (2) volte nelle 24 h per il residente che ha problemi fisici e che potrà trarre giovamento da uno programma riabilitativo.
Minimo due volte nelle 24 h..	3140	RASATURA	
2070 INCONTINENZA FECALE		Quotidiana per il residente di sesso maschile.	5130 ATTIVITA RICREATIVA
Una (1) volta per turno nel caso del residente che sporca continuamente le mutande-pannolone, i teli o altre protezioni.		Una (1) volta alla settimana per il residente di sesso femminile che necessita di essere depilata o rasata.	Tre (3) volte alla settimana.
2090 UROCONTROL	3170	LAVAGGIO DEI DENTI	5140 ATTIVITA TERAPEUTICA
Una (1) volta nelle 24 h per il residente per cui l'urocontrol è posizionato per 24 h al giorno.		Due (2) volte nelle 24 h.	Due (2) volta alla settimana per il residente che ha problemi e che potrà trarre giovamento da una attività terapeutica.
2110 ASSISTENZA AL RESIDENTE CON CATETERE URINARIO	4030	DEAMBULARE CON AUITO	5150 USCITE DALL'ISTITUZIONE COME TERAPIA
Due (2) volte nelle 24 h.		Tre (3) volte nelle 24 h per il residente che è a rischio di atrofia muscolare degli arti inferiori.	Una (1) volta alla settimana per il residente che ha problemi che potranno trarre giovamento da una uscita.
IGIENE	4050	MASSAGGIO E CAMBIO DI POSIZIONE	9010 OSSERVAZIONE
3030 Lavaggio parziale: sei (6) volte alla settimana		Otto (8) volte nelle 24 h per il residente allettato.	Minimo una (1) volta al notte per il residente che non necessita di cure durante la notte.
3040 Lavaggio completo: una (1) volta alla settimana		Nessuno per il paziente indipendente ed in grado di deambulare.	
3040 Lavaggio completo: tre (3) volte alla settimana per il residente giovane di tipo psichiatrico			

Il formulario, una volta compilato, sarà inviato ad un centro di elaborazione dei dati. I dati raccolti nel FRAN verranno immessi nel calcolatore. Il calcolatore contiene un programma per il controllo, al momento dell'immissione, dei dati mancanti, di alcune risposte impossibili, incoerenti o improbabili. Tramite il calcolatore si otterrà un elaborato che rappresenta una versione compatta ma esaustiva del contenuto del FRAN. Questa versione compatta del FRAN è denominata IMPFRAN (crf. esempio).

Tutte le schede IMPFRAN saranno sottoposte all'esame di un infermiere-revisore che è specializzato nella validazione dei FRAN. Egli rileggerà le schede IMPFRAN allo scopo di individuare i dati mancanti, gli errori palesi, i dati dubbi. In seguito a questa rilettura, l'infermiere-revisore contatterà per telefono la struttura che ospita l'anziano e discuterà del(dei) suo(suoi) bisogno(i) con il valutatore o, meglio, con il personale curante per giungere a completare e a correggere la scheda IMPFRAN relativa all'anziano in oggetto. A seconda della complessità del caso l'infermiere-revisore potrà valutare da 2 a 4 IMPFRAN **per ora**. Una volta terminata questa rilettura, le schede IMPFRAN saranno consegnate dall'infermiere-revisore all'addetto all'immissione dei dati, che procederà ad effettuare le correzioni e le modifiche. I dati sono ora pronti per il trattamento in vista della produzione degli output del sistema PLAISIR".

## Gestione della banca dei dati

Quando una struttura inizia ad utilizzare il sistema PLAISIR, si deve procedere alla valutazione, mediante il PLAISIR, di **tutti** i residenti. Questa valutazione andrebbe portata a termine nel più breve tempo possibile in modo da ottenere un quadro dettagliato dei residenti nella struttura riferito **ad un momento preciso del tempo**. Tuttavia, essendo il numero degli infermieri-valutatori limitato, risulta di conseguenza impossibile valutare tutti i residenti di una struttura nella medesima giornata. Pertanto, il periodo di valutazione all'interno di una struttura potrà variare da qualche giorno a qualche settimana. Solitamente questo non pone problemi: essendo relativamente stabile lo stato dei residenti per i quali viene compilato il FRAN, si può convenire che si ottenga un'immagine istantanea completa dei bisogni dei residenti della struttura.

Dopo aver ottenuto l'immagine istantanea iniziale dei residenti, la struttura potrà stabilire con quale frequenza effettuare l'aggiornamento sulla base delle necessità. Considerazioni diverse possono intervenire nel determinare detta frequenza di aggiornamento; si tratta essenzialmente di considerazioni riguardanti i costi e i risultati. Non esiste quindi una regola generale che stabilisce la frequenza degli aggiornamenti. Si può solamente fare presente che in Québec la scelta scaturisce generalmente da un accordo fra tutte le istituzioni residenziali di una regione. La frequenza minima per l'aggiornamento è di una volta all'anno e quella massima di 4 volte all'anno, ad eccezione delle unità di cura di media degenza che possono aggiornare la banca dati PLAISIR una volta al mese.

Al di fuori degli aggiornamenti, la rivalutazione viene effettuata solamente per i residenti in cui "lo stato" è cambiato o per quelli che sono stati ricoverati in data successiva all'ultimo aggiornamento della banca dati. Allo stesso modo, attraverso la banca dati, si può ottenere anche la documentazione dei residenti che sono usciti (trasferiti, deceduti), anche dopo l'ultimo aggiornamento.

È ovvio che le istantanee dei residenti ottenute in tempi diversi, vengono conservate nella memoria del calcolatore, permettendo così di documentare l'evoluzione dei residenti della struttura (cfr Paragrafo degli Output Longitudinali).

## Affidabilità circa la validità dei dati

Numerosi accorgimenti sono stati presi per assicurare la validità dei dati raccolti dal sistema PLAISIR.

Al centro del processo di valutazione, si trova beninteso l'infermiere-valutatore. Se egli appartiene alla struttura in studio, non ha mai effettuato una valutazione usando un formulario e una procedura simile a quella del sistema PLAISIR. Dovrà quindi essere istruito per poter utilizzare il sistema PLAISIR. La sua formazione si realizzerà in due tempi. Il primo tempo consiste in una **formazione di gruppo** della durata di **tre giorni**. Questa formazione consiste essenzialmente in uno studio del FRAN, paragrafo per paragrafo. Il manuale di riferimento del sistema serve da sussidio per tale processo formativo.

La seconda tappa del processo consiste in una **formazione individuale sul campo**, della durata di due giorni. Questa formazione viene realizzata nel seguente modo: dopo la formazione di gruppo "in classi" per tre giorni, lo "studente"-valutatore torna all'interno della sua struttura e procede alla valutazione di 10 casi mediante PLAISIR. Un formatore verrà ad incontrarlo all'interno della struttura. Il formatore sceglie a caso tre ospiti fra i dieci che sono stati valutati dallo "studente" e li rivaluta a sua volta in modo indipendente. Dopo, si incontra con lo studente e procede al confronto delle due valutazioni. Infine, "rilegge" insieme allo studente le sette valutazioni rimanenti. Tale attività dura una giornata. Successivamente viene richiesto allo studente di effettuare dieci nuove valutazioni. Si riprende allora l'iter appena descritto per una seconda volta.

Sono altresì previste delle "sessioni di formazione permanente" che sono rivolte a valutatori già formati ma che non hanno effettuato alcuna valutazione da lungo tempo (un anno o più). Si puntualizza, ancora, che il numero dei valutatori da formare deve essere comunque limitato per far sì che ciascun valutatore effettui un numero di valutazioni sufficiente a non fargli perdere la mano.

È facile comprendere come la rilettura di tutte le valutazioni e la loro eventuale "correzione" mediante contatto telefonico con il valutatore e il personale (in Canada e in Svizzera si tratta di Infermiere Professionale) che ha in cura il residente in oggetto, sia un elemento chiave che assicura la validità dei dati raccolti. Il carattere duale del sistema PLAISIR è di grande importanza all'interno del processo di rilettura; in particolare, il FRAN consente di ottenere due quadri dello stesso ospite: il suo profilo bio-psico-sociale e il suo profilo dei servizi infermieristici e assistenziali richiesti. Un revisore esperto individua rapidamente la presenza di incongruenze fra i due quadri ed è questo che gli consentirà di porre domande mirate quando avrà il colloquio telefonico con il valutatore o con il personale che ha in cura il residente. È altresì importante notare che al momento della rilettura della scheda IMPFRAN di un ospite già precedentemente valutato con il sistema PLAISIR, l'infermiere revisore confronta sempre il suo IMPFRAN attuale con quello precedente. Tale confronto si rivela prezioso anche per scoprire eventuali incoerenze.

## Esempio di IMPFRAN

*****														
* 61999 01 * 07 * 018 * <5> [080B7] [#2] PPPP3333333 1918-02-06 F 78 9601 7 9107 4389 3319 4939														
TE=2														
*****														
4389	Esiti di ictus cereb.	2765	Disidratazione	3669	Cataratta	4719	7350	3669						
Physio:	- m - g	A.I. Rea.	M.O.	T.O	V.O	D.O	T.O	Mob. 9			Lim:			
20	- - -	Caduta:1												
Logo :	-	Ter. Sp.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	Fatt. 11 05 08	Perd: - - - -
		Vis. Mediche.	02	Aus.mec. 12.11-			Amp: - - - -			Cur. Amp:0				
Protezione	L.3	T.O	T.O	C.O	C.O	C.O	A.O	C.3	G.O	P.2	P.O	C.O	R.O	Contatti 0052
FPS	3 3 3 3 3 3 3	3 3 3 3	3 3 2 3 3	PP	A.O	A.O	D.O	A.O	V.O	A.O	M.O	A.O	R.O.S.O	M.O R.O.I.O
		IAQ:9	Cap. Occ.:7	Int.soc.:7			Orient:6							
10	Umidificazione.								1	3	1111111	H.....1	.....1	.....1
1040	Colazione						2	3	1111111	H.....1				
1050	Pranzo						2	3	1111111	H.....1				
1060	Cena						2	3	1111111	H.....1			.1.....	
1070	Spuntini						2	3	1111111	H.....1			.1.....	
1080	Idratazione						1	3	1111111	H.....1			.1.....	
1090	Completare il menù						1	3	.....1	H.....1			.1.....	
2060	Incontinenza urinaria				2		1	3	1111111	F 02		03		03
2070	Incontinenza fecale				2		1	3	1.....	F 01		00		00
2070	Incontinenza fecale				2		1	3	..11.11	F 00		01		00
2070	Incontinenza fecale				2		1	3	.1.1..	F 00		00		01
3030	Lavaggio parziale.				2		2	3	11.111.	H.....1		.1.....		
3040	Lavaggio completa.				3		2	3	..1...1	H.....1		.1.....		
3090	Shampo/lavaggio.				2		2	3	..1....	H.....1		.1.....		
3130	Manicure/pedicure.				1		1	3	..1....	H.....1		.1.....		
3170	Lavaggio dei denti				2		2	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
3180	Vestirlo.				1		2	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
3190	Spogliarlo				1		2	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
4020	Alzare con sollevà-persone.				2		1	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
4025	Mettere a letto con solleva-pers.				2		1	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
4040	Spingere la sedia a rotelle				1		1	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
4050	Massaggio e cambio di posizione				2		1	3	1111111	H.1.1.1..		.1.....		.1.1.1
4060	Esercizi passivi/attivi.				2		2	3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
5020	Supp. relazionale ind. (def. cog.)	2	2	2					1111111	P 010		050		040
6020	Medicinale per os.							3	1111111	H.....1		.1.....		
6020	Medicinale per os.							3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
6020	Medicinale per os.							3	1111111	H.....1		.1.....		
6020	Medicinale per os.							3	1111111	H.....1		.1.....		
6020	Medicinale per os.							3	1111111	H.....1		.1.....		
6020	Medicinale per os.							3	1111111	H.....1		.1.....		
6040	Medicinale per uso rettale.							3	.....1.	H.....1		.1.....		
6060	Medicinale su mucose							3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
6060	Medicinale su mucose							3	1111111	H.....1		.1.....		.1..
8290	Fasciatura: applicare						1	3	1111111	H.....2				
8295	Fasciatura: rimuovere						1	3	1111111	H.....2				
8580	Applic. di pomata senza medic.	0	1	1			1	3	1.....	H.....1				.1..
9010	Osserv. bio-psico-soc. ad interv.						1	3	1111111	F 01		01		01
9040	PV: temperatura rettale.						1	3	..1....	H..1.1..		1.1.....1		..1..
9060	PV: respirazione						1	3	..1....	H..1.1..		1.1.....1		..1..
9070	PV: polso.						1	3	..1....	H..1.1..		1.1.....1		..1..
9080	PV: pressione arteriosa.	1	-	1	1		1	3	..1....	H..1.1..		1.1.....1		..1..

Il processo di rilettura-correzione è anche un processo di formazione continua del valutatore in quanto fornisce l'occasione per un contatto telefonico con il riletto, che lo informa circa i suoi errori ed omissioni. Il processo di rilettura permette di identificare i valutatori che destano "problemi", ai quali viene offerta la possibilità di una "sessione di ripasso" sia di gruppo che individuale. La modalità del ripasso è variabile e dipende dai problemi individuati. D'altronde, sono gli stessi infermieri che hanno come compito sia la rilettura che il processo di formazione dei valutatori: essi hanno, pertanto, una buona conoscenza delle parti specifiche del FRAN che pongono i maggiori dubbi al valutatore e dedicano a queste una maggiore attenzione durante i corsi

di formazione. Infine, sono anche gli stessi infermieri rilettori che guidano il processo di revisione/aggiornamento del sistema PLAISIR (scheda e manuale di riferimento). Avendo un'ottima conoscenza delle problematiche incontrate durante l'utilizzazione del sistema, sono in grado di proporre le soluzioni più appropriate per correggerle.

Al processo (micro) di rilettura di IMPFRAN, si aggiunge la rilettura (macro) dei risultati del sistema PLAISIR. Questa ultima tappa permette eventualmente di individuare gli errori sistematici che sarebbero passati inosservati alla semplice rilettura delle singole valutazioni. All'interno di quest'ultimo processo di rilettura si comparano inoltre, gli output correnti riferiti ad una struttura con quelli precedenti.

Altri elementi importanti che assicurano la qualità dei dati, sono rappresentati dagli standard di cura menzionati precedentemente e che sono una condizione necessaria per l'omogeneità delle valutazioni, ed anche il manuale di riferimento che riporta la definizione precisa e dettagliata per ciascuna parte specifica del FRAN. Ciascun valutatore ha il manuale a sua disposizione. Infine, nel caso raro in cui alla rilettura risultasse che tutte queste misure fossero insufficienti ad assicurare la validità dei dati, esiste la procedura eccezionale della verifica delle valutazioni sul campo attraverso gli infermieri non appartenenti alla struttura: in genere si tratta di infermieri-formatori-rilettori che sono normalmente dipendenti dell'équipe del sistema PLAISIR.

## Quantificazione delle risorse infermieristiche e socio-assistenziali richieste

La seconda sezione del "FRAN" comprende 29 pagine che vengono utilizzate allo scopo di raccogliere i dati concernenti ciascuna azione di cura e di assistenza richiesta dall'ospite durante gli ultimi 7 giorni. Per ciascuna azione richiesta, bisogna raccogliere essenzialmente i seguenti dati:

- il calendario settimanale, ossia in quali giorni della settimana si presenta tale richiesta;
- gli orari giornalieri: indicare, per ciascuna giornata in cui le prestazioni sono richieste, in quali orari le stesse devono essere effettuate.

Si dispone, in memoria del calcolatore, di una serie di norme di tempi, il tempario che specifica quanto tempo in minuti è richiesto per eseguire per una volta l'azione di cura. Si deve anche notare che ciascuna azione di cura viene definita attraverso un enunciato che ne specifica la **natura** (ad esempio "igiene parziale") e attraverso un numero variabile di **parametri**. Uno di questi parametri è comune a tutte le azioni di cura. Riguarda il grado di compenso della non autosufficienza dell'ospite. Per tale parametro si possono considerare tre livelli di assistenza: guida/supervisione, aiuto parziale ed aiuto totale. Esistono allo stesso modo altri parametri, alcuni comuni a un buon numero di azioni di cura (ad esempio, il numero di interventi richiesti per realizzare l'azione di cura, o ancora la necessità o meno della presenza costante dell'operatore accanto all'ospite per tutta la durata dell'intervento di cura), ma altre che sono specifiche di alcune o soltanto di una azione di cura. Per esempio: "alimentazione enterale": 1) mediante pompa di infusione, 2) senza pompa di infusione. In conclusione, per ciascuna azione di cura, definita da un enunciato preciso che ne specifica la natura e dai valori dei parametri aggiuntivi (uno o più parametri), si dispone all'interno del tempario del **tempo unitario**, che definisce il tempo richiesto mediamente per eseguire l'azione di cura una sola volta. Così dunque, i tempi richiesti per fornire aiuto parziale nel vestirsi, nel caso di un residente fisicamente abile, qualora sia richiesta la presenza costante dell'operatore per tutta la durata dell'azione, sè pari a **10** minuti, secondo le norme del sistema PLAISIR.

Natura dell'azione de cura	Parametro 1 (P <sub>1</sub> )	Valore di P <sub>1</sub>	Parametro 2 (P <sub>2</sub> )	Valore di P <sub>2</sub>	Tempo unitario
Vestire con abiti civili completamente un residente fisicamente abile	Livello di assistenza: Guida/supervisione Aiuto parziale Aiuto totale	Aiuto parziale	Necessita o meno della presenza costante dell'operatore	Presenza costante richiesta	10 minuti

Conoscendo da una parte i tempi unitari relativi ad una singola azione di cura, e dall'altra l'orario settimanale e giornaliero dell'intervento, si possono calcolare i tempi richiesti per svolgere una determinata azione di cura nell'ambito della settimana di osservazione, per ciascuna ora di ciascuna giornata. Se si esegue il medesimo procedimento per ciascun intervento assistenziale richiesto dall'ospite, si può ottenere una tabella (vedi Tabella I) che fornisce un profilo delle risorse richieste:

- C per ciascuna categoria di bisogno (respirazione, alimentazione, eliminazione, igiene, mobilizzazione, comunicazione, medicazioni, E.V., trattamenti, metodi diagnostici);
- C per grandi categorie di bisogno (**cure di base** = respirazione + alimentazione + eliminazione + igiene + mobilizzazione; **cure tecniche** = medicazioni, E.V., trattamenti, metodi diagnostici; **cure relazionali e educative** = comunicazione);
- C per i bisogni complessivi; e quindi,
- C per turni di lavoro (notte, giorno, sera);
- C per ciascuna giornata della settimana e in totale per l'intera settimana.

A partire dalla tabella I che fornisce i profili delle risorse richieste dall'ospite, si può calcolare un elevato numero di indicatori di intensità delle risorse richieste.

I prodotti finali del sistema PLAISIR forniscono per ciascun ospite il livello medio delle cure richieste per turno di lavoro e il livello medio delle cure da fornire nelle 24 h, nonché il livello medio per categoria di bisogni. Dal momento che i tempi unitari standard del sistema PLAISIR tengono conto dei tempi di esecuzione sia in presenza dell'ospite sia in sua assenza, il livello delle cure dell'ospite misura le risorse necessarie per eseguire le cure richieste sia **dirette** che **indirette**. Infatti, per cure dirette, si intendono le azioni di cura che devono essere eseguite in presenza dell'ospite, mentre per cure indirette, all'interno della terminologia del sistema PLAISIR, si intendono tutte le azioni necessarie all'ospite considerato individualmente, ma eseguibili senza avere contatti diretti con lo stesso (ad esempio, la preparazione di un medicinale.).

Gli altri indicatori di intensità delle risorse richieste che si ritrovano all'interno dei prodotti finali del sistema PLAISIR, non riguardano il singolo ospite ma gli **insiemi di ospiti** di una unità di cura, di una struttura, di un gruppo di strutture. Tali indicatori si ottengono sulla base della media dei livelli di cura degli ospiti dell'insieme considerato.

Si tratta di misurazioni in minuti o equivalenti in ore; pertanto, a seconda delle attività di cui si misura l'intensità, si parlerà di:

- C minuti e ore di cura netti;
- C minuti e ore di cura produttivi;
- C minuti e ore di cura di lavoro;
- C minuti e ora di cura remunerati.

**I minuti e le ore di cura netti** misurano l'intensità delle cure dirette e indirette. Il personale preposto alle cure infermieristiche e assistenziali compie anche altri interventi al di fuori delle cure dirette e indirette. All'interno del sistema PLAISIR, tali attività vengono suddivise nel seguente modo:

- le trasmissioni o le comunicazioni che riguardano l'ospite;  
Si tratta di comunicazioni **verbali** e **scritte** da parte del personale infermieristico e assistenziale, fra loro e nei confronti di altre figure professionali e altri operatori, con altri servizi, con la famiglia dell'ospite, riguardanti il **soggetto stesso**.
- gli spostamenti effettuati con e/o per il residente singolo all'interno e all'esterno dell'unità di cura;
- le attività amministrative;  
Si tratta di tutte le attività necessarie per il buon funzionamento dell'unità di cura ma che non possono essere legate ad un ospite particolare.
- le attività di intrattenimento;
- gli spostamenti, all'interno e all'esterno dell'unità di cura, necessari per la buona esecuzione delle attività amministrative e di intrattenimento. Tali spostamenti non possono essere ricollegati ad un ospite in particolare.

Sono state stabilite delle norme relativamente a ciascuna di queste attività. Aggiungendo queste norme al livello di cure medio degli ospiti nell'arco delle 24 h (minuti di cure netti), si ottengono **i minuti di cure produttivi** richieste in media dall'ospite nell'arco delle 24 h.

Le **ore di cura di lavoro** includono anche le pause caffè degli operatori (in Québec sono 30 minuti pagati per ogni giornata lavorativa di 7h e  $\frac{1}{4} = 30$  minuti/435 minuti). Per tale calcolo si parte dal presupposto che per fornire  $x$  minuti produttivi, si lavora  $y$  minuti, incluse le pause caffè. Per ottenere dunque le ore di cura di lavoro (i minuti di cura di lavoro), si moltiplicano le ore di cura produttive (i minuti di cura produttivi) per la frazione  $y/x =$  fattore  $p$  (in Quebec,  $p = 435/405 = 1.074$ ).

Le **ore di cura remunerate**, infine, includono i diritti sindacali del personale. Il peso dei diritti sindacali all'interno dello stipendio varia da una struttura all'altra e da un anno all'altro. Tuttavia, per ottenere dati comparabili, è auspicabile utilizzare un peso unico (fattore  $r$ ) che corrisponde alla media che si registra, ad esempio, all'interno di un determinato territorio.

## I prodotti finali del sistema PLAISIR

I prodotti finali di PLAISIR riguardano ogni singola unità di cure, ogni singola residenza, i gruppi di residenze e insiemi di gruppi di residenze. Questi differenti prodotti sono destinati soprattutto a coloro che devono prendere decisioni ai livelli corrispondenti. È tuttavia normale che ognuno di questi decisori abbia bisogno di consultare i prodotti del livello superiore oppure inferiore al suo. Il formato dei prodotti è simile a tutti i livelli, che differiscono soltanto per via del differente bacino di popolazione degli ospiti che essi coprono, qualche decina a livello di un' unità di cure fino a qualche migliaio a livello di una regione.

**Tabella I: Minuti di cura richiesta per un residente a ciascuno turno di ciascuna giornata della settimana**

Azione di cura richiesta	Lunedì			Martedì			Mercoledì			Giovedì			Venerdì			Sabato			Domenica			Totale			
	N	G	S	N	G	S	N	G	S	N	G	S	N	G	S	N	G	S	N	G	S	N	G	S	
<b>Respirazione</b>																									
Azione 1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	7	70	7	
<b>S-totale respirazione (1)</b>	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	1	10	1	7	70	7	
<b>Alimentazione</b>																									
Azione 1	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	1	9	5	7	63	35	
Azione 2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	2	3	3	14	21	21	
<b>S-totale alimentazione (2)</b>	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	3	12	8	21	84	56	
<b>Eliminazione</b>																									
Azione 1	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	28	35	35	
<b>S-totale eliminazione (3)</b>	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	4	5	5	28	35	35	
<b>Igiene</b>																									
Azione 1		10			10			10			10			10			10			10			70		
Azione 2		3	3		3	3		3	3		3	3		3	3		3	3		3	3		21	21	
Azione 3		7			7			7			7			7			7			7			49		
<b>S-totale igiene (4)</b>		20	3		20	3		20	3		20	3		20	3		20	3		20	3		140	21	
<b>Mobilizzazione</b>																									
Azione 1	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	14	28	28	
<b>S-totale mobilizzazione (5)</b>	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	2	4	4	14	28	28	
<b>Comunicazione</b>																									
Azione 1	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	7	70	42	
Azione 2		5			5			5			5			5			5			5			10		
<b>S-totale comunicazione (6)</b>	1	15	6	1	15	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	1	10	6	7	80	42	
<b>Terapia farmacologica</b>																									
Azione 1		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		21	14	
<b>S-totale terapia farmacologica (7)</b>		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		3	2		21	14	
<b>Terapia endovenosa</b>																	4	2	2	2	2	2	6	4	4
<b>S-totale terapia endovenosa (8)</b>																	4	2	2	2	2	2	6	4	4
<b>Trattamenti</b>																									
Azione 1		2			2			2			2			2			2			2			14		
Azione 2	2		3			2			2			-		-		-			-			2		7	
<b>S-totale trattamenti (9)</b>	2	2	3		2	2		2	2		2	-		2	-		2	-		2		2	14	7	
<b>Procedure diagnostiche</b>																									
Azione 1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	7	21	7	
<b>S-totale procedure diagnostiche (10)</b>	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	1	3	1	7	21	7	
<b>Sous-totale cura di base</b> (1) + (2) + (3) + (4) + (5) = (11)	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	10	51	21	70	357	147	
<b>Sous-totale cura tecniche</b> (7) + (8) + (9) + (10) = (12)	3	8	6	1	8	5	1	8	5	1	8	3	1	8	3	5	10	5	3	10	5	15	60	32	
<b>GRANDE TOTALE</b> (6) + (11) + (12)	14	74	33	12	74	32	12	69	32	12	69	30	12	69	30	16	71	32	14	71	32	92	497	221	

Questi prodotti si dividono in tre categorie:

### **Prima categoria:** i prodotti **longitudinali**

Questi comparano fra loro le ultime osservazioni di una unità di cure, di un programma o di una residenza. I prodotti longitudinali permettono di seguire l'evoluzione **temporale** dei fenomeni che descrivono. I prodotti longitudinali sono a loro volta divisi in quattro categorie:

- 1.1 I prodotti che descrivono **lo stato** del residente in termini di deficit, handicap, problemi, etc.
- 1.2 I prodotti che descrivano **i servizi** richiesti dai residenti.
- 1.3 I prodotti che descrivono le **risorse** richieste dal residente.
- 1.4 Un prodotto di sintesi.

### **Seconda categoria:** i prodotti **comparativi**

A seconda del livello al quale ci si situa questi prodotti comparano:

- **sia le unità di cure** di una residenza;
- sia le **residenze** di un qualunque gruppo di residenze;
- sia i **gruppi di residenze** di un qualunque insieme di gruppi di residenze.

I prodotti comparativi permettono quindi di realizzare delle comparazioni **nello spazio** (piuttosto che temporali come nel caso dei prodotti longitudinali) in un momento dato nel tempo ("benchmarking"). I prodotti comparativi sono divisi in quattro categorie, le stesse di quelle dei prodotti longitudinali. Infatti, ciascun prodotto longitudinale possiede il suo analogo comparativo che ha esattamente lo stesso formato, poichè la sola differenza è che il primo compara diverse osservazioni di una stessa entità nel **corso del tempo** mentre il secondo compara diverse entità **in un momento preciso del tempo**.

### **Terza categoria:** i prodotti **non comparativi**

Questi prodotti descrivono **una** entità (unità di cure, residenza, gruppo di residenze) in **un** momento dato.

## 2. DESCRIZIONE GENERALE DEL FORMULARIO PER LA RILEVAZIONE DELL'ATTIVITA' DI NURSING (FRAN)

Il FRAN è suddiviso in due parti.

La prima parte del FRAN serve per identificare il paziente, descriverne le caratteristiche bio-psico-sociali e specificare in dettaglio le terapie e i trattamenti ricevute.

La prima parte è ulteriormente suddivisa in diciotto (18) sottosezioni:

- A- Dati di identificazione del paziente
- B- Terapia riabilitativa (trattamenti **ricevuti**)
- C- Attività infermieristica di tipo riabilitativo (**Prestazioni ricevute**)
- D- Terapie specifiche **ricevute**
- E- Visite mediche
- F- Diagnosi, Stato di salute
- G- Mobilità
- H- Fattore(i) determinante(i) la riduzione o la perdita della mobilità
- I- Riduzione o perdita della capacità di utilizzare uno o più arti
- J- Ausili meccanici
- K- Indipendenza nelle attività quotidiane
- L- Capacità occupazionale
- M- Protezione
- N- Contatti con l'esterno
- O- Integrazione sociale
- P- Funzioni psicologiche e sensoriali
- Q- Problemi psicologici
- R- Orientamento (interazione con l'ambiente)

Per la descrizione di ciascuna sottosezione si rimanda al Capitolo 3 del manuale.

La seconda sezione (II) è composta da una lista dettagliata delle attività di **cura**, raggruppate secondo i bisogni fisiologici basilari:

- . respirazione
- . alimentazione e idratazione
- . eliminazione
- . igiene
- . mobilizzazione
- . comunicazione

e secondo i bisogni specifici del paziente istituzionalizzato, quali:

- . terapia farmacologica
- . terapia endovenosa
- . trattamenti
- . procedure diagnostiche

Gli argomenti sono identificati nella parte centrale del margine superiore della pagina e sull'angolo destro del margine inferiore del FRAN.

Nel presente manuale le attività infermieristiche saranno raggruppate per argomento usando il seguente formato:

**1. Scopo:** spiega la finalità della prestazione di **attività di cura**.

**2: Descrizione:** enumera e descrive gli atti tenuti in considerazione nella attività di cura. L'elenco è tuttavia incompleto, in quanto alcune attività di supporto non vengono menzionate per evitare inutili ripetizioni. Tali attività sono state comunque incluse per il calcolo del "*tempo*" previsto per lo svolgimento **delle attività di cura**. Gli atti di supporto sono i seguenti:

- identificare il cliente
- dare il cliente informazioni generali relative alle azioni di cura
- isolare il cliente
- sistemare e risistemare il cliente
- consultare il piano di cura
- consultare gli ordini medici
- lavarsi le mani
- preparare l'intervento infermieristico (ad esempio, preparare il materiale)
- terminare l'intervento infermieristico (ad esempio, riordinare il materiale)

**3. Istruzioni:** descrive i diversi parametri che vanno registrati nella scheda.

**4. Livello di assistenza:** definisce ciascuno dei possibili livelli di assistenza che possono essere richiesti dal paziente.

Queste "voci" non rappresentano una lista esaustiva e neppure un manuale di buona prassi del personale addetto al **cure**. Non abbiamo menzionato, ad esempio, tutte le finalità, nè tutti gli aspetti tecnici della **attività di cure**. Tuttavia, riteniamo che questo manuale possa rappresentare un buon aiuto per il chi deve valutare e compilare il FRAN scegliendo l'esatta attività di **cure**.

### 3. DATI DI IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE E PROFILO BIO-PSICO-SOCIALE (SEZIONE I)

#### A. IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

**Azienda Sanitaria Locale, Distretto, programma, reparto, numero progressivo del paziente, compilatore:**

- Il numero **progressivo** del paziente è un numero a tre (3) cifre:

- . **codice fiscale**
- . **codice sanitario**

- Riportare nell'apposito spazio il numero assistenza medica del paziente.

#### **Data dell'osservazione**

- Fornire le necessarie informazioni nella giusta sequenza: giorno, mese, anno. La data corrisponde al giorno successivo ai sette giorni di osservazione. Ad esempio, nel caso di osservazioni eseguite dal 7 al 13 gennaio inclusi, la data corrisponderà al 14 gennaio (14/01/98).

#### **Periodo di Osservazione:**

- Di norma il periodo di osservazione dura sette (7) giorni. Se alcuni pazienti sono **normalmente** assenti dall'istituto una o due volte alla settimana (durante il fine settimana), si farà riferimento ai giorni di effettiva presenza. In tali casi è necessario specificare l'esatto numero di giorni di osservazione (ad esempio: 5 gg /7). Per i pazienti che risultano **eccezionalmente** assenti durante il periodo di osservazione, è necessario valutare l'entità dell'assistenza che avrebbero richiesto facendo riferimento a quella generalmente erogata in quel (quei) giorno(i). In tali casi il periodo di osservazione coprirà 7 giorni e 7 sarà pertanto riportato nello spazio previsto.

#### **Sesso:**

- Barrare la casella appropriata.

**Data di ammissione:**

- Annotare la **data di ingresso in istituzione**. La data resta la medesima anche se il paziente viene temporaneamente ospedalizzato o ricoverato in un'altra struttura o in una divisione per acuti appartenente alla stessa istituzione.

Qualora il paziente venga dimesso al domicilio e venga poi nuovamente ricoverato entro sei (6) mesi dalla dimissione, **la data di ingresso è quella del primo ricovero**. Se la permanenza al domicilio è maggiore di sei (6) mesi, la data di ammissione è quella corrispondente al momento del nuovo ricovero.

## B. TERAPIA RIABILITATIVA (trattamenti ricevuti)

Questa sezione raggruppa i **trattamenti ricevuti** dal fisiokinesiterapisti e/o logopedista. Tali terapie sono volte al mantenimento o al potenziamento delle capacità fisiche, psichiche e sociali.

Specificare il numero di minuti di trattamento ricevuti alla settimana per ciascuna terapia e il numero dei giorni di terapia alla settimana.

Allo scopo di determinare questi numeri, la valutazione si basa generalmente sui servizi ricevuti dal paziente durante la settimana di osservazione. E' tuttavia possibile che la frequenza dei servizi sia inferiore ad una volta alla settimana; ad esempio, una volta ogni due settimane. In tali casi va annotata nella casella: numero dei minuti/settimana, il numero dei minuti ricevuti ogni due settimane **diviso 2** e nella casella numero di giorni/settimana: 1/2, **sia che il paziente abbia o non abbia ricevuto la prestazione durante l'ultima settimana**. La medesima regola va applicata nel caso di prestazioni erogate mensilmente(1/4).

Per qualunque prestazione non ricevuta, è necessario scrivere 0 (zero) nell'apposita casella. Una casella vuota sarebbe considerata come **una informazione mancante e non come prestazione non ricevuta**. Nei casi in cui si conosce solo il numero di giorni/settimana, inserire un "?" nella casella corrispondente al numero di minuti/settimana.

**Esempio:** nel caso di un paziente che non riceve prestazioni di tipo riabilitativo.

	Numero Min/settimana	Numero Giorni/settimana
Fisioterapia	0	0
Logoterapia	0	0

## C. ATTIVITA' INFERMIERISTICA DI TIPO RIABILITATIVO PRESTAZIONI RICEVUTE

Si fa riferimento a tutti gli interventi effettuati dall'infermiere allo scopo di **potenziare l'autosufficienza del paziente** con riferimento ad una o più attività del vivere quotidiano. Le specifiche prendono anche in considerazione le prestazioni riabilitative effettuate per il **semplice mantenimento delle capacità funzionali del paziente**. Prendiamo ad esempio il paziente Alzheimer con deficit cognitivo che presenta difficoltà nello svolgimento di alcune attività delle ADL: l'aiuto dell'infermiere inteso come orientamento, incoraggiamento e supervisione mentre **egli effettua** una ADL è un intervento riabilitativo teso al mantenimento del grado di autosufficienza.

Le categorie di attività per le quali il paziente può avvantaggiarsi di una terapia riabilitativa sono le seguenti:

- mangiare;
- eliminazione (uso del gabinetto (WC), padella e pappagallo);
- pulizia personale (igiene personale, pulizia dei denti) e abbigliamento;
- deambulazione (camminare, utilizzo indipendente della sedia a rotelle), e mobilizzazione nel letto;
- trasferimento dal letto, dalla carrozzina.....

Indicare se il paziente **ha ricevuto** oppure no, durante il periodo di osservazione, prestazioni infermieristiche di tipo riabilitativo. In caso affermativo, cerchiare il(i) codice(i) corrispondente(i) alla(e) categoria(e) dell'attività riabilitativa corrispondente. **Per ciascuna categoria**, indicare il numero di giorni alla settimana in cui sono state effettuate le prestazioni riabilitative. Inserire 0 (zero) nella casella corrispondente se la prestazione non è stata ricevuta.

<b>C. ATTIVITA' INFERMIERISTICA DI TIPO RIABILITATIVO (prestazioni ricevute)</b>	
1. <input type="checkbox"/> No	2. <input type="checkbox"/> Si
Se si, indicare il numero di giorni/settimana	
1. Rieducazione per mangiare/deglutire	<input type="checkbox"/>
2. Rieducazione nelle attività di "toiletta"	<input type="checkbox"/>
3. Rieducazione nel vestirsi/igiene personale	<input type="checkbox"/>
4. Rieducazione nella deambulazione/mobilità	<input type="checkbox"/>
5. Rieducazione nelle attività di trasferimento	<input type="checkbox"/>

In caso di mancata risposta alle domande di questa sezione, si riterrà che l'informazione sia carente e non che non ci sia stata la riabilitazione.

### Esempi di prestazioni riabilitative di tipo infermieristico:

- assistenza e sorveglianza di un soggetto che sta imparando ad usare appositi ausili;
- incoraggiamento e sorveglianza di un soggetto con deficit cognitivo per renderlo indipendente durante l'assunzione del pasto. Il soggetto deve essere incoraggiato ad usare le posate, orientato ad eseguire i movimenti in sequenza ma in ogni caso bisogna lasciarlo mangiare da solo.
- assistenza del paziente incontinente conducendolo in bagno ogni due ore e/o proporre l'uso del pappagallo o della padella come ginnastica vescicale;
- incoraggiamento e sorveglianza di un soggetto che sta imparando ad usare appositi ausili allo scopo di aumentare il livello di autonomia nell'igiene della propria persona (appositi guanti da bagno o lo spazzolino da denti adattato, per esempio);
- orientamento e sorveglianza di un soggetto con deficit cognitivo mentre si veste. Il soggetto deve essere lasciato libero di scegliere gli indumenti e di indossarli;
- insegnare al paziente ad utilizzare la sedia a rotelle (a motore oppure no). Sorvegliarlo e correggere, se necessario, le manovre errate;
- insegnare al paziente a mobilizzarsi nel letto usando le sbarre laterali o il triangolo, per esempio;
- insegnare al paziente a trasferirsi dal letto alla sedia, dalla sedia al letto, dalla sedia al WC. Sorvegliarlo e correggere gli errori.

## D. TERAPIE SPECIFICHE RICEVUTE

Indicare se il paziente ha ricevuto durante i 7 giorni di osservazione uno o piu' delle seguenti terapie. Nel caso in cui ne abbia ricevute, barrare con una X se e' stata effettuata all'interno dell'istituzione(IN) o presso una struttura diversa(OUT). In riferimento alle ultima 3: ulcera da stasi, ulcera da pressione, cura dei piedi, barrare con una X.

- D.01 **Chemioterapia:** include soltanto le forme di terapie farmacologiche particolarmente importanti qualunque sia la via di somministrazione, all'interno o all'esterno dell'istituzione (Oncologia).
- D.02 **Terapia radiante:** comprende tutti i tipi di radioterapia effettuati all'interno o all'esterno dell'istituzione.
- D.03 **Terapia inalatoria:** comprende le terapie dell'apparato respiratorio effettuate e la fisioterapia toracica e ventilatoria.
- D.04 **Dialisi:** si include la dialisi peritoneale, la emodialisi, la ultrafiltrazione continua arterovenosa. Specificare se la terapia si effettua all'interno o all'esterno dell'istituzione.
- D.05 **Trasfusioni:** include le trasfusioni di sangue e emoderivati.
- D.06 **Alimentazione parenterale:** include la somministrazione di soluzioni ipertoniche di glucosio, aminoacidi, elettroliti e acqua attraverso un catetere centrale (ad es.: succlavia).
- D.07 **Ulcere da stasi:** lesioni aperte, di solito localizzate agli arti inferiori, facilitate dall'insufficienza venosa cronica o da malattie vascolari periferiche.
- D.08 **Ulcere da pressione:** necrosi tissutale, causata da attrito o pressione. Viene comunemente usato il termine Piaghe da decubito.  
1° e 2° grado: rossore, abrasione o vescicole.
- D.09 **Ulcere da pressione:** necrosi tissutale, causate da attrito o pressione. Viene comunemente usato il termine Piaghe da decubito.  
3° e 4° grado: distruzione della cute e dei tessuti molli. I muscoli, i tendini e le ossa risultano pure danneggiati in presenza di ulcere di 4 grado.
- D.10 **Cura dei piedi:** comprende i trattamenti per le callosità, verruche, calli, unghie incarnite e fessurazioni o screpolature interdigitali. Le terapie possono essere eseguite dagli infermieri o da un altro specialista, ad esempio il podologo.

Se alcuni trattamenti vengono effettuati meno di una volta alla settimana, non barrare la specifica casella corrispondente, sia che il trattamento sia stato ricevuto o meno nell'ultima settimana, a meno che non si tratti di una terapia da eseguirsi almeno ogni quindici giorni.

In caso di mancata risposta alle domande di questa sezione, si riterrà che l'informazione sia carente e non che non sia stata effettuata alcuna terapia.

## E. VISITE MEDICHE

Indicare il numero delle visite mediche ricevute **abitualmente** dal paziente nel corso di un mese.

Se il paziente viene visitato ogni X mesi, segnare 1/X.

Se il paziente non risulta visitato dal medico, segnare 0 (zero). In caso di mancata risposta alle domande di questa sezione, si riterrà che l'informazione sia carente e non che non sia stata effettuata alcuna visita da parte del medico.

## F. DIAGNOSI \ STATO DI SALUTE

Relativamente all'elenco della diagnosi\stato di salute, cerchiare quella(e) pertinente al paziente. Annotare, nell'apposito spazio, la eventuale patologia di cui il paziente è affetto e che non viene riportata in elenco. Il numero delle diagnosi identificabili per ciascun paziente è illimitato. Tuttavia, è necessario indicarne l'ordine di importanza affiancando alla destra di ciascuna voce un numero ordinale progressivo 1,2,3,4.....(il 1 corrisponderà alla diagnosi di **maggiore rilevanza clinica**).

Le diagnosi qui prese in considerazione corrispondono ai problemi attivi di cui il paziente è attualmente portatore, sia perchè trattasi di **patologie croniche** oppure di **affezioni acute** comparse durante i 7 giorni di osservazione o di postumi di **malattie pregresse che disturbano attualmente il paziente**.

## **REGOLE GENERALI PER CODIFICARE LE SEGUENTI CONDIZIONI DI INVALIDITA' (handicap):**

G- MOBILITA'

K- INDIPENDENZA NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE

L- CAPACITA' OCCUPAZIONALE

O- INTEGRAZIONE SOCIALE

R- ORIENTAMENTO

- 1- Si classificherà il soggetto facendo riferimento alle sue capacità eventualmente aumentate da ausili meccanici e/o strumenti speciali che devono essere utilizzati dal soggetto per compiere una determinata azione (esempio: occhiali, bastone, deambulatore, sedia a rotelle); relativamente alla capacità di orientamento, questa verrà valutata tenendo conto dei risultati delle terapie farmacologiche in atto.
- 2- Si classificherà il soggetto secondo il suo reale grado di mobilità, indipendenza nelle attività quotidiane, capacità occupazionale, integrazione sociale e orientamento **e non secondo il grado di autosufficienza che ritiene possa essere raggiunto dal soggetto in esame.**
- 3- Qualora si riscontrasse al momento della valutazione, una riduzione saltuaria occasionale della mobilità e/o della integrazione sociale, e/o una dipendenza nelle attività quotidiane (ADL) e/o dell'orientamento, nonché una occasionale caduta della capacità occupazionale, il soggetto in esame va comunque classificato nella categoria corrispondente al suo stato abituale (cioè alla categoria contraddistinta dal numero più basso).
- 4- Le cinque condizioni di invalidità (mobilità, indipendenza nelle attività quotidiane, capacità occupazionale, integrazione sociale, orientamento) si riferiscono a tutti gli individui e le categorie che descrivono ciascuna condizione sono mutualmente esclusive. Questo implica che una e una sola categoria può essere scelta nell'ambito di ciascuna condizione di invalidità relativamente ad ogni soggetto preso in esame. Se nel classificare un soggetto all'interno di una determinata categoria ci si trova in una situazione di incertezza, il compilatore dovrà barrare la categoria meno favorevole (ossia quella contraddistinta dal numero più alto).

### **G- MOBILITA'**

Mobilità viene definita la capacità del soggetto di muoversi con efficienza nel proprio spazio. Allo scopo di determinare tale capacità, si dovrà tenere presente che anche il soggetto in grado di utilizzare autonomamente ausili meccanici (protesi, bastone, deambulatore, sedia a rotelle, etc.) deve ritenersi autonomo dal punto di vista motorio, **mentre non lo è se è necessario l'aiuto di un'altra persona.** L'indicatore principale per misurare la mobilità è rappresentato dalla "area percorribile", dalla possibilità di deambulare, ossia dalla "*distanza*" che il soggetto è in grado di percorrere da un preciso punto di riferimento, che, in questo caso, è il letto o la sedia. Il giudizio sulla mobilità deve tener conto dell'età.

Nel caso di un soggetto che vive in istituzione, il compilatore dovrà considerare indice di un normale grado di mobilità, la distanza che persone di pari età sono normalmente in grado di percorrere. Nella scala successiva, sono riportate le prime tre categorie corrispondenti ad una normale area o distanza percorribili; di seguito quelle relative a distanze progressivamente decrescenti.

Cerchiare il codice della categoria che si ritiene descriva con maggiore verosimiglianza la mobilità del paziente. Le categorie sono **mutualmente esclusive**; si può sceglierne soltanto una.

Se avete selezionato la categoria "1", si passa direttamente alla sezione I; in caso contrario, va completata la sezione H. "**Fattore(i) determinante(i) la riduzione o la perdita della mobilità**".

### G.1 Completa mobilità:

- In questa categoria vengono raggruppati i soggetti con una normale "area percorribile" e che non rientrano all'interno delle categorie 2 e 3.

### G.2 Limitazioni transitorie della mobilità:

- A questa categoria appartengono i soggetti che presentano un deficit o una invalidità di tipo transitorio (patologia a decorso variabile, ad esempio, nei casi di artrite reumatoide o osteoartrosi, bronchite cronica riacutizzata con limitazione della mobilità, asma bronchiale di grado severo,...). **Al di là del deficit transitorio, questi soggetti presentano una normale area percorribile.**

### G.3 Mobilità rallentata:

- Questa categoria comprende tutti i soggetti nei quali la mobilità è normale ma risulta rallentata a causa di disturbi visivi e di insicurezza; ancora, in un contesto urbano, il soggetto può presentare delle difficoltà nell'utilizzazione dei mezzi pubblici, **anche se lo stesso, in qualunque circostanza, è in grado di far fronte alle diverse difficoltà senza l'aiuto di altre persone.**

### G.4 Mobilità ridotta:

- Vengono inclusi in questa categoria i soggetti nei quali l' "area percorribile" è ridotta permanentemente a causa di deficit visivi, insicurezza, debolezza, debilitazione, insufficienza cardiaca e/o respiratoria, ovvero, in un contesto urbano, il soggetto non è mai in grado di utilizzare i mezzi pubblici. Questi soggetti riescono senza aiuto a spostarsi nelle vicinanze dell'istituzione, ma **non sono in grado di recarsi ovunque "senza l'aiuto di altre persone"**. La loro "area percorribile" è alquanto ridotto rispetto alla norma.

### G.5 Mobilità limitata al quartiere:

- Questi soggetti riescono **normalmente** a spostarsi in completa autosufficienza **nelle vicinanze dell'istituzione**. Vanno inclusi in questa categoria i soggetti che si muovono autonomamente all'interno del giardino dell'istituzione o nelle immediate vicinanze.

**G.6 Mobilità limitata all'interno dell'istituzione:**

- Vanno inclusi in questa categoria i soggetti che **normalmente** si muovono autonomamente soltanto **all'interno dell'istituzione**, includendo anche coloro che, seppure non in grado di alzarsi dal letto da soli, una volta alzati risultano indipendenti nei loro spostamenti sempre all'interno dell'istituzione (ad esempio, essendo autosufficienti nell'utilizzo della sedia a rotelle).

**G.7 Mobilità limitata al piano dove è situata la stanza da letto:**

- Vanno inclusi in questa categoria i soggetti la cui mobilità è **normalmente** limitata **al piano dove è situata la propria stanza da letto**, includendo anche coloro che, seppure non in grado di alzarsi dal letto da soli, una volta alzati risultano indipendenti nei loro spostamenti sempre limitatamente al piano della propria stanza (ad esempio, essendo autosufficienti nell'utilizzo della sedia a rotelle) .

**G.8 Mobilità limitata all'interno della propria stanza da letto:**

- Vanno inclusi in questa categoria i soggetti che **normalmente** si muovono autonomamente soltanto **all'interno della propria stanza da letto**, includendo anche coloro che, seppure non in grado di alzarsi dal letto da soli, una volta alzati risultano indipendenti nei loro spostamenti sempre all'interno della propria stanza.

**G.9 Totale perdita di mobilità:**

- Questa categoria comprende tutti coloro che sono **di norma** confinati a letto o sulla sedia e coloro che non sono in grado di spostarsi autonomamente dal letto alla sedia.

## **H. FATTORE(I) DETERMINANTE(I) LA RIDUZIONE O LA PERDITA DELLA MOBILITA'**

In questa sezione, è necessario rispondere alla domanda "Cosa limita il paziente quando si sposta?". Cerchiare il(i) codice(i) corrispondente(i) **al fattore(i) determinante(i) la riduzione o la perdita della mobilità**. I fattori possono essere i seguenti:

**ascrivibili al paziente, quali:**

### **H.1 Cecità:**

- In questa categoria vanno inclusi i soggetti con completo deficit visivo. La parziale compromissione del visus, anche se severa, o altri disturbi visivi vanno invece specificati al punto H.13.

### **H.2 Obesità**

### **H.3 Disturbi dell'equilibrio**

### **H.4 Astenia (debolezza), fragilità**

### **H.5 Problemi psicologici:**

- In questa categoria vanno inclusi i soggetti la cui capacità di movimento è limitata a causa di uno stato d'ansia, perdita di motivazione e interesse; vengono anche considerati i soggetti con deficit cognitivi IN ASSENZA di disturbi comportamentali quali l'aggressività.

### **H.6 Problemi psichiatrici:**

- In questa categoria vanno inclusi i soggetti affetti da disturbi psichiatrici e soggetti con deficit cognitivi CON concomitanti disturbi comportamentali quali l'aggressività.

### **H.7 Insufficienza coronarica o cardiaca**

### **H.8 Problemi respiratori**

### **H.9 Convalescenza**

### **H.10 Amputazione**

### **H.11 Deficit muscoloscheletrici:**

- In questa categoria vanno inclusi i soggetti portatori di deficit muscoloscheletrici come sequele di determinate patologie quali l'ICTUS cerebrale, la sclerosi multipla, etc...

**H.12 Malattia terminale****H.13 Altro:**

- Specificare. Ad esempio: deficit neurologici, patologie oculari.

**E/O inerenti la struttura:****H.14 Regolamento:**

- Ad esempio: reparto chiuso a chiave, il personale infermieristico limita il grado di mobilità del paziente.

**H.15 Barriera architettonica****H.16 Altro:**

- Specificare.

Il compilatore selezionerà al massimo tre fattori e indicherà il loro livello di importanza (1°,2°,3°) (il 1° essendo il più rilevante e il 3° il meno rilevante).

**Esempio:** H.7 Insufficienza coronarica(1°)  
H.3 Perdita dell'equilibrio (2°)

## I. RIDUZIONE O PERDITA DELLA CAPACITA' DI UTILIZZARE UNO O PIU' ARTI

Quadro di riferimento:

- Cerchiare, nel riquadro, uno o più codici corrispondenti agli arti affetti o alla(e) parte(i) del corpo a seconda del tipo di invalidità: limitazione funzionale, perdita di mobilità, amputazione.
- Se, ad esempio, l'arto presenta una limitazione funzionale, e il disturbo è bilaterale (arto dx e sn), non si deve cerchiare il codice corrispondente all'arto dx (es. mano dex 02) e all'arto sn (es. mano sn 01). E' preferibile cerchiare la voce alla colonna che li raggruppa entrambi (es. mano dx e sn 03).
- La limitazione funzionale dell'arto non è necessariamente correlata ad una patologia o ai postumi di una patologia. Potrebbe essere dovuta ad esempio allo stato di debolezza o alla presenza di edema con conseguente limitazione dei movimenti del soggetto.
- Se il soggetto è **stato sottoposto alla amputazione di un arto** indicare, nella parte inferiore del riquadro, se sono stati ricevuti trattamenti specifici (medicazioni) oppure no. Nel caso non venga indicato nulla, si riterrà che l'informazione sia carente e non che non ci siano stati trattamenti specifici.
- Anche se non emergono problematiche di rilievo (ossia non si riscontrano nè diminuzione nè perdita della capacità di utilizzo degli arti o del controllo del proprio corpo), specificare, comunque, se esiste **il rischio di caduta a terra** nella sezione I.1 e quindi passare alla sezione K. In caso contrario, va completata la sezione J "*Ausili meccanici*".
- Nel caso non venga indicato nulla nella sezione "*rischio di caduta a terra*", si riterrà che l'informazione sia carente e non che non ci sia un possibile rischio.
- Se il rischio di caduta a terra viene **eliminato**, per esempio con un farmaco, il rischio si considera assente.

## J. AUSILI MECCANICI

- Cerchiare uno o più codici corrispondenti all'ausilio utilizzato dal paziente con ridotta o assente capacità di utilizzare uno o più arti o una o più parti del corpo.
- Se viene utilizzato più di un ausilio, indicare il livello di importanza, tenendo presente che quello indicato come il primo è anche quello che viene più frequentemente utilizzato.

**Esempio:** "02" bastone(1°) (= la maggiorparte delle volte)  
 "08" sedia a rotelle(2°) (= occasionalmente)

## K. INDIPENDENZA NELLE ATTIVITA' QUOTIDIANE (ADL E IADL)

Il concetto di indipendenza facendo riferimento alle comuni attività quotidiane si identifica con la assoluta capacità da parte del soggetto, in totale autosufficienza, di compiere gli atti quotidiani della vita (igiene personale, assunzione dei pasti...) (ADL) nonché le comuni attività "strumentali" (pulizia della casa, preparazione dei pasti...)(IADL).

Dal momento che nel nostro caso i soggetti esaminati sono istituzionalizzati, **il compilatore dovrà valutare le capacità potenziali che l'individuo ha nello svolgere le suddette attività**, senza considerare l'ambiente istituzionale. E' infatti probabile che la maggior parte dei soggetti intervistati non abbia possibilità di cucinare all'interno dell'istituzione, puer essendo in grado di farlo. Si dovrà tuttavia stabilire se il soggetto è in grado di farlo. La determinazione del reale grado di autosufficienza nel compiere gli atti quotidiani della vita (ADL) risulta alquanto difficoltosa, poichè spesso all'interno dell'istituzione si tende a "*fare per*" il paziente piuttosto che lasciarlo fare da solo. Si dovrà stabilire se in assenza del "*fare per*", il paziente sarebbe realmente autosufficiente, facendo attenzione a non idealizzarne le capacità potenziali (cfr.regola generale per codificare N 2).

Completare questa sezione cercando il codice della categoria che meglio descrive il livello di autonomia del paziente con riferimento alle A.D.L. e I.A.D.L.. Le categorie sono **mutualmente esclusive**, il compilatore dovrà selezionarne una e soltanto una.

### K.1 **Indipendenza:**

Vengono inclusi in questa categoria tutti i soggetti in grado di compiere indipendentemente gli atti quotidiani(A.D.L. e I.A.D.L.), senza necessità di ausili meccanici, nè strumenti speciali nè modifiche ambientali. Laddove si ravvisa la necessità di aiuto da parte di altre persone, questa non deve tuttavia essere necessaria per il completamento dell'azione.(ossia: **potrebbe farne senza**)

### K.2 **Indipendenza con l'utilizzo di ausili meccanici:**

Vengono inclusi in questa categoria tutti i soggetti che per compiere indipendentemente gli atti quotidiani(A.D.L.e I.A.D.L.), devono avvalersi di speciali apparecchiature (protesi, bastone, deambulatore, sedia a rotelle,...) o di ausili meccanici. Qualora gli ausili siano disponibili ma non vengano utilizzati dal soggetto, il paziente non va considerato autosufficiente e va classificato all'interno di altre categorie.

### K.3 **Indipendenza con accorgimenti/modifiche ambientali:**

Vengono inclusi in questa categoria tutti i soggetti che sono o sarebbero autosufficienti purchè si prendano accorgimenti utili per adattare con opportune modifiche l'ambiente di vita. In questi casi, si tratta di modifiche standard, quali: adatta superficie di lavoro, maggiore ampiezza delle porte, vasca da bagno e gabinetto speciali...Si classificherà in questa categoria i soggetti che per essere indipendenti dovrebbero vivere o vivono già in un ambiente opportunamente modificato.

#### K.4 Dipendenza in certe situazioni:

Si includeranno in questa categoria i soggetti che presentano - o presenterebbero qualora vivessero da soli - **certe difficoltà** nel fare fronte alle proprie necessità **senza tuttavia dipendere completamente dagli altri**; coloro che presentano determinate difficoltà nel muoversi al di fuori dell'istituzione, difficoltà che possono essere evitate con l'aiuto di terzi; coloro che presentano un lieve disorientamento che scompare con l'assistenza di altre persone; coloro che sarebbero autonomi se usassero ausili meccanici o speciali apparecchiature (protesi, bastone, deambulatore, sedia a rotelle,...), ma che si rifiutano di utilizzarli.

I soggetti inclusi in questa categoria sono dipendenti relativamente a necessità che **sono prevedibili** come orario e che comunque richiedono aiuto con una frequenza meno che giornaliera (ad esempio: 2 o 3 volte/sett.)

#### K.5 Dipendenza ad intervalli lunghi (inferiore o uguale a una volta/24 ore):

Appartengono a questa categoria i soggetti che **dipendono - o dipenderebbero qualora vivessero da soli - da altri per fare fronte a necessità in orari prevedibili e che si possono manifestare non più di una volta nell'arco delle 24 ore**, come capita per la pulizia della casa, la spesa, la preparazione dei pasti, il lavaggio della biancheria, la loro sicurezza,... Tali soggetti richiedono attività di supporto e/o di supervisione **al massimo** una volta nelle 24 ore in orari **prevedibili**.

#### K.6 Dipendenza più di una volta/24 ore ad orari prevedibili:

Appartengono a questa categoria, per esempio, i soggetti che dipendono da altri una volta al mattino e una volta alla sera, e coloro che richiedono assistenza per soddisfare le necessità intercorrenti che intervengono a brevi intervalli di tempo (ogni tre o quattro ore durante la giornata; ogni tre o quattro ore durante la giornata e occasionalmente alla notte; ogni tre o quattro ore sia durante la giornata che durante la notte), ad esempio, per l'igiene personale, assunzione dei pasti, spostamenti all' interno del proprio ambiente, trasferimenti, cambio della biancheria, etc. Tuttavia, si tratta di necessità **ad orari prevedibili e la(le) persona(e) addetta(e) all'assistenza non devono rimanere a disposizione permanentemente**, ma solo ad orari stabiliti.

#### K.7 Dipendenza ad intervalli brevi imprevedibili- disponibilità assistenziale (quasi) permanente:

Appartengono a questa categoria i soggetti che richiedono un tipo di assistenza da erogarsi ad intervalli **imprevedibili** per soddisfare le proprie necessità che intervengono a breve cadenza di tempo (necessità di assistenza per recarsi in bagno, per alzarsi, etc.); in particolare, coloro che presentano una fragilità o una instabilità mentale, con possibile pericolo se lasciati soli. Coloro che appartengono a questa categoria richiedono **una disponibilità assistenziale permanente o quasi permanente, anche se questo non sta a significare che l'aiuto o la supervisione saranno sicuramente necessari**. Nel caso di soggetti, che possono essere lasciati soli per brevi periodi (una o due ore), il tipo di disponibilità di assistenza richiesto è quasi permanente.

**K.8 Dipendenza per la maggiorparte delle necessità:**

Appartengono a questa categoria i soggetti che richiedono atti di assistenza e/o supervisione continua (**non soltanto una disponibilità assistenziale o di supervisione**, cfr.categoria 7); in particolare si tratta di soggetti con menomazioni fisiche che richiedono l'aiuto di altri per fare fronte alle comuni necessità quotidiane o hanno bisogno di sorveglianza per espletare gli atti comuni della vita; o coloro che sono talmente vecchi, confusi o mental-mente incapaci da richiedere un tale livello di assistenza. Alcuni soggetti possono essere lasciati soli per brevi periodi (una o due ore al massimo).

**K.9 Dipendenza per la totalità delle necessità:**

Appartengono a questa categoria i soggetti che richiedono assistenza continua per 24 ore al giorno per fare fronte a tutti i loro bisogni: igiene personale, assunzione dei pasti, abbigliamento,etc...

## L- CAPACITA' OCCUPAZIONALE

Con questo termine si intende **la capacità di una persona ad occupare il proprio tempo in modo consono** al sesso e all'età all'interno dell'ambiente istituzionale. Vengono prese in considerazione sia tutte le attività **di lavoro, di passatempi, di formazione permanente, di creatività che le abituali attività quotidiane** (A.D.L. e I.A.D.L.).

Cerchiare il codice della categoria che meglio descrive il livello occupazionale del paziente. Le categorie sono **mutualmente esclusive**, il compilatore dovrà selezionarne una e soltanto una.

### L.1 **Appropriata attività occupazionale:**

In questa categoria vengono raggruppati i soggetti che trascorrono le loro giornate in maniera soddisfacente, svolgendo diverse attività, appropriate per sesso ed età. Ricordiamo che i soggetti da noi esaminati vivono per la maggior parte in ambiente istituzionale, e pertanto non ci si può attendere che le loro occupazioni siano così diversificate come quelle di chi vive al di fuori, anche se per tutta la giornata vengono coinvolti in diverse attività occupazionali appropriate, facendo eccezione del pisolino pomeridiano e dei periodi di riposo notturno. Per appropriata attività occupazionale all'interno dell'istituzione si intende quella in aggiunta alle normali attività quotidiane(A.D.L.):

- attività strumentali (I.A.D.L.) quali fare la spesa e, se la struttura organizzativamente lo consente, partecipazione alla preparazione dei pasti, alle pulizie e al lavaggio della biancheria,etc...;
- attività di esplorazione: andar fuori, fare gite, andare in visita;
- attività di formazione : corsi di vario livello;
- attività ricreative: giochi di carte, tombola, bricolage, lavoro a maglia, esercizio fisico e altri sport;
- attività di informazione e intrattenimento: lettura, TV, radio, musica;
- attività di volontariato;
- attività sociali: visite di amici, parenti, compleanni,...

Le suddette attività possono avere luogo sia all'interno che all'esterno della istituzione che ospita il paziente.

### L.2 **Saltuariamente non in grado di svolgere le sue attività occupazionali:**

Vengono inclusi in questa categoria tutti i soggetti che **saltuariamente** non sono in grado di svolgere **la loro abituale e appropriata attività** a causa di particolari condizioni di salute quali un attacco epilettico, emicrania, allergia, cadute occasionali. Non vengono incluse in questa categoria le persone che non svolgono al momento attività occupazionale a causa di una banale indisposizione; queste vengono incluse piuttosto nella categoria 01.

### L.3 **Ridotta attività occupazionale (intesa come ristretto ambito di attività):**

Questa categoria comprende i soggetti che non sono in grado di partecipare all'intera gamma di attività abituali e appropriate. I soggetti che appartengono a questa categoria, pur partecipando a tali attività, sono soggetti a determinate limitazioni o restrizioni; non possono partecipare o eseguire tutte le attività comprese nella abituale terapia occupazionale, o comunque non sono in grado di svolgere completamente tutti i compiti richiesti per lo svolgimento di determinate attività.

### L.4 **Attività occupazionale possibile se adattata:**

In questa categoria vanno inclusi i soggetti che non sono completamente in grado di partecipare a determinate attività che sono comunque appropriate a persone di pari sesso ed età, a meno che **le attività stesse non vengano modificate o adattate in relazione al loro grado di invalidità**. Gli individui appartenenti a tale categoria, sebbene da soli non siano in grado di parteciparvi alla maniera delle persone di pari sesso ed età, possono farlo se aiutati da terzi e/o attraverso opportune modifiche dell'ambiente in cui vivono e/o mediante l'utilizzo di ausili meccanici, oppure adattando l'attività occupazionale sulla base del grado di invalidità.

### L.5 **Ridotta attività occupazionale (tempo dedicato):**

I soggetti che rientrano in questa categoria presentano una **limitazione del periodo di tempo dedicato all'attività occupazionale** a causa delle condizioni di salute fisica e/o mentale.

### L.6 **Ridotta attività occupazionale (campo):**

Gli individui che rientrano in questo gruppo presentano una compromissione severa della possibilità di partecipare alle abituali attività occupazionali di individui di pari sesso ed età (ad esempio, il caso di soggetti che vanno incontro a ripetuti episodi di caduta a terra). **L'attività occupazionale dovrà essere limitata esclusivamente ad alcuni tipi** (ad esempio: attività compiute stando seduti).

### L.7 **Ridotta attività occupazionale (tempo dedicato e campo):**

Rientrano in questa categoria i soggetti che presentano una contemporanea **restrizione del tipo di attività** (categoria 6) che del **periodo di tempo da dedicare all'attività occupazionale** (categoria 5)

### L.8 **Nessuna attività occupazionale:**

Vanno inclusi in questa categoria tutti i soggetti, che per qualunque ragione, **non sono in grado di effettuare alcun tipo di attività**.

## L.9 Inappropriata attività occupazionale:

A questo gruppo appartengono i soggetti che pur essendo in grado di eseguire o di partecipare ad una determinata attività **non si propongono una finalità**, cosicchè un osservatore esterno **non può comprenderne la logica**. Ad esempio, il soggetto esegue ripetutamente la medesima azione (in genere si tratta di semplice gestualità) quale: cambiare continuamente la sintonizzazione della radio, porre e riporre di continuo il medesimo oggetto, prendere in mano ossessivamente un oggetto.

## M- PROTEZIONE

Se qualche mezzo di protezione viene usato a favore del paziente, segnalare (V) con quale frequenza **durante l'ultima settimana**:

- R- raramente:** da uno a tre giorni soltanto per brevi periodi di tempo
- Q-qualche volta:** per più di tre giorni soltanto per brevi periodi di tempo;  
oppure, da uno a tre giorni per la maggior parte del tempo
- S- spesso:** per più di tre giorni per la maggior parte del tempo.

Di rado succede che un sistema protettivo sia applicato costantemente. Perciò le frequenze di sopra menzionate vanno interpretate sulla base del periodo in cui quel tipo di protezione **potrebbe** essere applicato. *"La maggior parte del tempo"* sta a significare *"la maggior parte del tempo quando quella protezione è suscettibile di essere applicata"*. Ad esempio, le sponde laterali vanno utilizzate solo quando il paziente rimane a letto. In questo caso, la maggior parte del tempo va intesa: le sponde laterali sono utilizzate quasi sempre ogni qual volta il paziente è a letto. L'uso del grembiule antiincendio, per chi fuma, è necessario soltanto quando il paziente fuma. Pertanto, se il paziente fuma una volta al giorno e il grembiule viene indossato in quel momento, si dovrà segnare "spesso" con una X. Tuttavia, se tale dispositivo di protezione viene indossato soltanto tre volte alla settimana per tutto, nel caso di un paziente che fuma 25 sigarette al dì, il compilatore segnerà qualche volta.

Fra *"gli psicofarmaci"*, si comprendono tutte le terapie somministrate a scopo preventivo di protezione, per evitare che faccia del male a sè e agli altri, quali gli **antipsicotici** (sedativo-ipnotici, neurolettici, ansiolitici, stimolanti del SNC, antidepressivi) e gli **stabilizzatori dell'umore**. Se il farmaco viene assunto con **frequenza inferiore ad una volta alla settimana**, il compilatore indicherà **raramente**. se l'assunzione va **da una a tre volte la settimana**, il compilatore indicherà **qualche volta** e se la **frequenza supera i tre giorni alla settimana**, il compilatore indicherà **spesso**.

Se il paziente è ospite in un reparto la cui porta di accesso è chiusa con un sistema di cui egli stesso possiede la chiave di apertura ed ha la possibilità di entrare e uscire a piacere, il compilatore dovrà ritenere che il paziente non usufruisca in realtà di tale sistema di protezione, a differenza degli altri che non possono uscire.

Se, allo stesso modo, il paziente è ospite in un reparto la cui porta di accesso è chiusa e non avendone la chiave non fa alcun tentativo o non ha alcuna voglia di uscire, il compilatore anche in questo caso dovrà ritenere che il paziente non usufruisce in realtà di tale sistema di protezione.

Se nella sezione *"Protezione"* non viene segnata alcuna risposta, si riterrà che l'informazione sia carente e non che il paziente *"non usufruisce mai"* di nessun tipo di protezione.

## N- CONTATTI CON L'ESTERNO

In questa sezione i contatti con l'esterno vanno intesi come telefonate fatte e/o ricevute, ricevere ed effettuare visite, posta.

Quantificare la frequenza di tutti i tipi di contatto (visite, telefonate, lettere) avvenuti nel corso dell'anno. Se il paziente non ha avuto assolutamente alcun contatto con l'esterno, segnare 0 (zero). Se lo zero non viene inserito (spazio vuoto) si riterrà che l'informazione sia carente e non che il paziente non abbia avuto alcun contatto con l'esterno.

Esempio:	Visite da parte della moglie	una volta/settimana =	52
	Visite da parte della figlia	due volte/mese =	<u>24</u>
		TOTALE	76
	Visite da parte della moglie	giornaliere =	365
	4 bambini vanno a trovarlo uno per volta	una volta/mese =	48
	I nipoti tutti insieme vanno a trovarlo	3 volte/anno =	<u>3</u>
		TOTALE	416

## O- INTEGRAZIONE SOCIALE

Il concetto di integrazione sociale si riferisce alla **capacità dell'individuo di partecipare ad attività sociali e di mantenere adeguati rapporti relazionali**, tenendo presente che il soggetto preso in esame vive in istituzione.

Cerchiare il codice della categoria che meglio descrive la capacità di integrazione sociale del soggetto. Le categorie sono **mutualmente esclusive**, il compilatore dovrà selezionarne una e soltanto una.

### O.1 Socialmente ben integrato:

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti in grado di intrattenere rapporti sociali soddisfacenti e **di partecipare in modo completo a tutte le abituali attività sociali** proprie di individui di pari sesso ed età (inclusa l'attività sessuale, anche se in alcune istituzioni il paziente viene dissuaso dal praticarla). Nell'ambito istituzionale, un soggetto ben integrato intrattiene rapporti sociali ottimali con una vasta cerchia di persone (altri pazienti, membri dello staff, visitatori,...) e partecipa, nella misura delle proprie capacità, alle attività quotidiane che si svolgono all'interno dell'istituzione (ad esempio: partecipa attivamente alle attività ricreative, collabora con coloro che lo assistono, aiuta gli altri pazienti,etc.).

### O.2 Socializzazione inibita (vergogne, timidezza):

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che nel partecipare alle abituali attività sociali proprie di individui di pari sesso ed età sono in qualche modo **inibiti da un senso di vergogna, timidezza** o da altre erronee percezioni della propria immagine, da lievi disordini della personalità o da anomalie leggere di comportamento. I soggetti qui classificati intrattengono buoni rapporti sociali con una vasta cerchia di persone (altri pazienti, membri dello staff, visitatori,...) e **sono in grado di partecipare alle abituali attività sociali** proprie di individui di pari sesso ed età, **a patto che vengano superate alcune personali "inibizioni"**.

### O.3 Socializzazione limitata (relativamente al tipo di attività sociale):

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **non partecipano a tutte le abituali attività sociali** proprie di individui di pari sesso ed età. Tuttavia intrattengono alcuni rapporti sociali oltre a quelli primari e secondari (familiari e amici, compagni di stanza, altri ricoverati, personale dello staff e volontari).

#### O.4 **Socializzazione diminuita (solo rapporti primari e secondari):**

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **non sono in grado di intrattenere rapporti sociali con conoscenti occasionali**; la loro vita di relazione si limita ai rapporti primari e secondari: contatti con familiari, amici, compagni di stanza, altri ricoverati, personale dello staff, volontari. Sono impediti alcuni altri rapporti sociali.

#### O.5 **Impoverimento della capacità di socializzazione (difficoltosi i rapporti secondari):**

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **intrattengono rapporti sociali soltanto con alcune persone significative** sia all'interno che all'esterno dell'ambiente istituzionale, mentre hanno difficoltà ad intrattenere rapporti sociali con le altre persone: altri ospiti, membri dello staff, volontari, ed anche membri della propria famiglia.

#### O.6 **Socializzazione ridotta (restano soltanto rapporti primari):**

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **intrattengono rapporti sociali soltanto con persone significative: generale ripiegamento in sè stessi** di comune riscontro nell'anziano, disturbi comportamentali di moderata gravità.

#### O.7 **Socializzazione disturbata (difficoltà nei rapporti primari):**

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **hanno difficoltà nell'iniziare e intrattenere rapporti sociali con persone significative**, si tratta ad esempio di pazienti con gravi disturbi comportamentali.

#### O.8 **Alienati (coinvolgimento impossibile):**

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **non possono porsi in relazione con gli altri**. I pazienti con deficit cognitivi **che non sono più in grado di riconoscere i propri familiari** rientrano in questo gruppo.

#### O.9 **Isolamento sociale (nessun coinvolgimento):**

In questo gruppo vanno inclusi i soggetti che **sono stati abbandonati da parenti e amici**, che non intrattengono **nessun tipo di relazione sociale** con i membri dello staff o con gli altri ricoverati e le loro capacità potenziali sono difficili da valutare proprio a causa dell'abbandono.

## **P- FUNZIONI PSICOLOGICHE E SENSORIALI**

Per poter effettuare tale valutazione, sono state identificate sedici variabili che esplorano le funzioni psicologiche e sensoriali. Si procederà alla valutazione del paziente facendo riferimento a ciascuna variabile ed esprimendone la capacità funzionale secondo quattro livelli:

- **nessuna compromissione**
- **compromissione di grado lieve**
- **compromissione di grado moderato**
- **compromissione di grado severo o totale.**

Se ci si trovasse in una situazione di incertezza circa il significato dell'una o dell'altra funzione, si dovrà fare riferimento alle descrizioni di seguito riportate per evitare possibili confusioni nell'identificare la compromissione dell'una o dell'altra funzione.

Sarebbe un grave difetto della qualità della valutazione, l'attribuire alla percezione, deficit provocati invece dalla coscienza, o ancora di attribuire ai sentimenti i deficit relativi alle pulsioni. Attribuire esattamente la compromissione funzionale osservata alla funzione specifica non è l'unica difficoltà che incontrerà il compilatore, che deve anche individuare la severità della compromissione: funzione conservata, compromissione di grado lieve, moderato, severo o totale.

E' impossibile identificare regole infallibili, ma le successive linee guida saranno di aiuto nel processo decisionale.

Per un corretto inquadramento del soggetto, il compilatore terrà conto dell'età e del sesso facendo riferimento alle "prestazioni abituali attribuibili ad un soggetto "in buona salute" di pari sesso ed età. Il compilatore, al fine di evitare errori di giudizio, non dovrà limitare la sua valutazione al ristretto ambito istituzionale. Infatti, le "prestazioni" di un soggetto "in buona salute" di pari sesso ed età non sono tanto quelle riferite all'individuo istituzionalizzato, ma, all'insieme delle persone ben portanti e in particolare a quelle che vivono al di fuori dell'istituzione.

Si dovrà anche considerare gli eventuali meccanismi di compenso messi in atto dall'individuo. Cosicché la correzione completa del deficit visivo mediante l'uso dell'occhiale sarà classificata come "nessuna compromissione". La stessa cosa avverrà nel caso in cui eventuali disturbi psicologici non siano presenti grazie alla terapia farmacologica.

Ricordiamo, infine, che ciascuna funzione deve essere valutata nel suo complesso. Di conseguenza la perdita totale di una sotto funzione nell'ambito di una determinata funzione, non sarà classificata come deficit totale.

Ad esempio, un soggetto che presenta soltanto "gravi disturbi" del ritmo sonno-veglia (= sotto-funzione) non verrà considerato totalmente invalido (deficit severo / totale), ma affetto da un deficit moderato o lieve della "consapevolezza o del livello di coscienza".

Nel caso di un **momentanea perdita, parziale o totale**, riscontrata durante l'intervista, il compilatore classificherà il soggetto sulla base del **livello di compromissione abituale**, ossia nella categoria corrispondente al deficit di grado più lieve.

Nei casi in cui si riscontra una grossa variabilità nell'ambito delle 24 ore o da un giorno all'altro, passando, ad esempio, da una assenza di compromissione ad un deficit di tipo lieve, moderato o severo, il soggetto verrà classificato all'interno della categoria prevalente; nella quale si ritrova più spesso.

Soltanto in riferimento a determinate funzioni (memoria a breve termine, capacità decisionale, linguaggio, vista, udito, capacità di comprensione) è possibile prospettare una definizione dei diversi gradi di compromissione. Per altre capacità funzionali questo non è possibile. Questo non pone veri problemi per due gradi estremi che corrispondono rispettivamente a "nessuna compromissione" o alla "perdita totale o quasi totale delle funzioni". Per classificare il soggetto all'interno delle categorie intermedie (lieve o moderata), il compilatore dovrà stabilire se la capacità funzionale si avvicina maggiormente all'uno o all'altro degli indici estremi. Pertanto, se si ritiene che la capacità funzionale del soggetto si avvicini alla situazione di completo benessere verrà classificata come "lieve". Invece, verrà classificata come moderata se si avvicina di più alla perdita totale o quasi totale.

**In tutti i casi il compilatore deve prendere una decisione.** Se persiste una qualche incertezza nel classificare il soggetto nell'una o nell'altra categoria, dopo avere preso atto delle istruzioni e delle possibili informazioni, il soggetto verrà classificato nella categoria corrispondente al grado di compromissione più grave.

Nei successivi paragrafi verranno definite le 16 funzioni prese in considerazione e, per alcune, le differenti categorie di compromissione.

### **Memoria a breve termine:**

Si fa riferimento alla capacità del soggetto di memorizzare nuove informazioni. Va misurata sulla base della difficoltà o della incapacità di ricordare determinati oggetti nominati in precedenza. I diversi livelli della memoria a breve termine sono i seguenti:

- nessuna compromissione: in genere non si rilevano problemi di memoria a breve termine ad eccezione di quelli propri del suo gruppo quanto al sesso e all'età.
- deficit lieve: il soggetto presenta delle difficoltà nel nominare i tre oggetti che sono stati menzionati o mostrati 5 minuti prima. Ci riesce il 50% delle volte, e nell'altra metà dei casi ne ricorda soltanto due.
- deficit moderato: il soggetto ricorda due oggetti nel 50% dei casi e un oggetto nella restante metà dei casi.
- deficit severo / totale: il soggetto ricorda un oggetto la metà delle volte e nessuno nella restante metà oppure dimentica immediatamente tutto.

## Memoria a lungo termine:

Si fa riferimento alla capacità di ricordare gli eventi del passato. Una eventuale compromissione si manifesta con difficoltà o impossibilità di ricordare il luogo o l'indirizzo precedente al momento della spedalizzazione, cose accadute il giorno precedente, la data di nascita, etc....

Deficit di memoria specifici (per parole, numeri,...) rientrano in questa categoria.

## Capacità di pensiero:

I possibili deficit sono rappresentati da :

1- Disturbi inerenti la **velocità** e la **capacità organizzativa** del pensiero e la capacità di esprimere le idee in sequenza logica, quali:

- compromissione della concettualizzazione, intesa come capacità di interpretare il significato degli eventi, integrare le percezioni, correlare gli eventi con coerenza, e della capacità di astrazione.
- compromissione della logica di pensiero ossia dell'abilità di strutturare gerarchicamente le idee.
- rallentamento o accelerazione del pensiero.
- idee ossessive o incoerenti.

2- **Compromissione del contenuto di pensiero:** Questa categoria comprende le restrizioni del contenuto di pensiero; enfasi eccessiva o preoccupazione per determinate idee ed assenza della capacità critica; false idee non suscettibili di correzione attraverso il pensiero logico o test di realtà; povertà di pensiero, idee sovrastimate, false impressioni paranoide, gelosia, manie di grandezza, ipocondria.

## Percezione e attenzione:

Si fa riferimento alla capacità del soggetto di ricevere le informazioni ed elaborarle, nonché di concentrarsi su determinati aspetti, allo scopo di fornire risposte differenziate a stimoli specifici.

- **La compromissione della percezione** comprende la distorsione della percezione (ottica, acustica, tattile, illusione cinetica,...), le false percezioni (allucinazioni), l'erronea percezione del proprio corpo, del tempo, del luogo e la difficoltà di dirimere realtà e fantasia;
- **la compromissione dell'attenzione** si misura in termini di intensità, durata, variabilità e include la disattenzione, la distrazione, l'impossibilità a cambiare obiettivo, l'improvvisa perdita dell'attenzione, la diminuzione della abilità nel mantenere lo stato di allerta.

### **Consapevolezza e stato di veglia:**

Si fa riferimento a :

- 1- compromissione del grado di coscienza: incoscienza, delirio, dissociazione, stato di trance, mutismo.
- 2- disturbi intermittenti della coscienza: epilessia, piccolo male, sincope.
- 3- **disturbi del ritmo sonno-veglia** incluso il controllo automatico delle funzioni fisiologiche da esso influenzate; difficoltà nell'addormentamento, risveglio prematuro, ipersonnia, narcolessia, insonnia, enuresi, sonnambulismo, stato di torpore.

### **Orientamento: tempo/ persone/ luogo:**

Questa dimensione esplora la capacità del soggetto nel ricordare l'anno, il giorno, la data, la stagione, il luogo dove vive, la capacità di orientamento per raggiungere la propria stanza o il soggiorno, etc...; nel distinguere i vari membri dello staff, gli altri ospiti, i visitatori; nel riconoscere i familiari e sè stesso.

### **Capacità decisionale:**

Si intende la capacità del soggetto nel prendere decisioni riguardanti alcuni compiti o attività quotidiane.

I diversi livelli della capacità decisionale sono i seguenti:

- Nessuna compromissione: il soggetto prende decisioni ragionevoli; organizza le proprie attività quotidiane.
- Deficit lieve: organizza le proprie attività quotidiane e decide da solo circa le questioni familiari, ma incontra difficoltà nell'affrontare nuovi problemi o situazioni.
- Deficit moderato: la capacità decisionale è diminuita. Il soggetto ha bisogno di aiuto per pianificare e organizzare la propria giornata.
- Deficit severo/ totale: il soggetto prende decisioni solo raramente o non ci riesce affatto.

### **Pulsioni:**

Si fa riferimento all'aumento, alla diminuzione nella frequenza oppure a cambiamenti nella forma di comportamenti correlati ai **bisogni fisiologici fondamentali** o istintivi: anoressia, bulimia, diminuzione della libido, impotenza, frigidity, alcool dipendenza o altri abusi.

### **Volontà e motivazione:**

Va considerata la capacità di **finalizzare il proprio comportamento e le proprie azioni**, nonché la capacità di **perseguire un obiettivo**.

- mancanza di iniziativa;
- mancanza o riduzione degli interessi;
- estrema adattabilità, collaborazione eccessiva, sottomissione automatica;
- negativismo;
- ambitendenza;
- comportamenti coatti, rituali;
- ridotta capacità di controllare gli impulsi;
- ridotta capacità di adattamento.

### **Emozioni, sentimenti, umore:**

Si fa riferimento ai **disturbi relativi all'intensità e alla qualità delle emozioni, dei sentimenti e dell'umore**, nonché delle manifestazioni somatiche ad essi correlate e ai disturbi in termini di durata e stabilità delle emozioni, dei sentimenti e dell'umore quali:

- ansia: tensione, tremore, attacchi di panico, spavento, apprensione, atteggiamenti di paura;
- depressione: mancanza di edonismo, pianto, tristezza, singhiozzi, voce piagnucolosa,.....;
- disturbi affettivi: apatia, volto e voce inespressivi, affettività ridotta "spuntata", disinteresse, indifferenza,.....;
- grave eccitazione: lancio di oggetti, violenta agitazione psico-motoria (salti, gesticolazione, urla, grida);
- eccitazione: euforia, stato ipomaniacale, allegria fuori luogo;
- irritabilità: incluse le esplosioni di rabbia;
- labilità psico-emotiva: umore variabile, predisposizione alla depressione e alla esaltazione;
- incongruenza affettiva: affetti bivalenti, emozioni non consone alla causa che le ha prodotte;
- reazioni catastrofiche, tentativo di controllare le emozioni, stanchezza, sentimenti di colpa, immaturità affettiva,.....

## **Comportamento:**

Devono essere presi in considerazione i pattern comportamentali che interferiscono con la funzione sociale. Sono presenti fin dall'adolescenza e nella vita adulta (disturbi della personalità) o si presentano come sequela di malattie neurologiche o mentali. Si manifestano principalmente come accentuazioni di tratti caratteriali;

ad esempio:

- diffidenza, asocialità, timidezza eccessiva, incluse ipersensibilità e vulnerabilità;
- ipocondria, preoccupazione, tratti ossessivi (insicurezza, indecisione, coercizione),
- fobie (agorafobia),
- ostilità (aggressività, minacce, abuso fisico),
- perplessità, tratti istrionici, autodistruzione, ricerca di attenzione,...

## **Linguaggio:**

Viene valutata la capacità di esprimersi con le parole. La mancanza di contenuti non viene considerata.

I diversi livelli delle funzioni del linguaggio sono i seguenti:

- nessuna compromissione: il soggetto si esprime in modo chiaro e distinto.
- deficit lieve : il soggetto ha difficoltà di linguaggio, ma riesce a farsi comprendere (lieve balbuzie, voce fioca,..).
- deficit moderato: sono presenti difficoltà di espressione che interferiscono con la capacità di farsi comprendere, anche se il soggetto riesce ugualmente ad esprimersi (parola sconnessa, difficoltà all'eloquio correlate a patologie quali atassia, ictus, altro).
- deficit severo / totale: il soggetto si esprime molto poco o malamente. Può essere affetto da afasia, ecolalia, usa pochissime parole (si,no,grazie).

## **Vista:**

Si fa riferimento alla capacità visiva. Per classificare il soggetto in una determinata categoria, il compilatore dovrà considerare l'uso di strumenti di correzione (occhiali) utilizzati dal paziente.

I diversi livelli della capacità visiva sono i seguenti:

- nessuna compromissione: la vista è normale, il soggetto legge i "normali caratteri di stampa" del giornale o di un libro.
- deficit lieve: il soggetto non è capace di leggere i "normali caratteri di stampa" ma solo quelli più grandi. Possono essere presenti problemi visivi quali sensibilità alla luce, disturbi della visione notturna.
- deficit moderato: il soggetto non è in grado di leggere neanche i più grandi caratteri di stampa. Riesce a seguire un oggetto con gli occhi.
- deficit severo / totale: cecità o capacità di distinguere solo la luce, certi colori, le forme.

### **Udito:**

Si fa riferimento alla capacità uditiva. Per classificare il soggetto in una determinata categoria, il compilatore dovrà considerare l'uso di strumenti di correzione (apparecchio acustico) utilizzati dal paziente.

I diversi livelli della capacità uditiva sono i seguenti:

- nessuna compromissione: la capacità uditiva è normale. Il soggetto usa il telefono senza difficoltà.
- deficit lieve: difficoltà uditiva in presenza di particolari condizioni, quali ad esempio un ambiente eccessivamente rumoroso.
- deficit moderato: il soggetto è in grado di udire solo se si parla ad alta voce e in modo chiaro e ben scandito.
- deficit severo / totale: sordità o capacità di udire solo determinate parole se dette ad alta voce.

### **Capacità di farsi comprendere:**

Si fa riferimento alla capacità di esprimersi e di comunicare i propri bisogni, opinioni, problemi e di sostenere la conversazione. Il compilatore dovrà considerare se allo scopo di comunicare si fa ricorso anche a simboli visivi, alla parola scritta o ad entrambi.

I diversi livelli della capacità di farsi comprendere sono i seguenti:

- nessuna compromissione: il soggetto esprime in modo chiaro le sue idee e opinioni.

- deficit lieve: il soggetto ha difficoltà per trovare la parola giusta o nel terminare il proprio pensiero. Con stimoli adeguati può comunque esprimere le proprie idee e i propri bisogni ed anche sostenere una conversazione.
- deficit moderato: la capacità del soggetto è limitata. Esprime facilmente i propri bisogni fondamentali: fame, sete, sonno, necessità di andare in bagno.  
La capacità di espressione è però ridotta, come pure la conversazione.
- deficit severo / totale: E' presente una estrema difficoltà nel farsi comprendere. Solo lo staff o chi conosce bene il soggetto è in grado di comprenderne i messaggi, i suoni e i gesti (gesti, espressioni del volto, altro).

### **Capacità di comprendere gli altri:**

Si fa riferimento alla capacità di comprendere le informazioni verbali. Si vuole mettere qui in evidenza la capacità del soggetto di recepire le informazioni e non quella di udire.

I diversi livelli della capacità di comprendere sono i seguenti:

- nessuna compromissione: il soggetto comprende perfettamente i messaggi verbali e dimostra di avere capito attraverso le sue parole e le azioni.
- deficit lieve: il soggetto comprende la maggior parte dei messaggi ma in modo incompleto, o non ne comprende la finalità. In genere le parole, le azioni, i gesti dimostrano una comprensione adeguata, ma possono essere presenti momenti in cui esiste una certa difficoltà nell'integrare le informazioni.
- deficit moderato: il soggetto presenta continua difficoltà nell'integrare le informazioni. Comprende e risponde adeguatamente a messaggi semplici e diretti. Semplici frasi e simboli gestuali vengono utilizzati per aumentare la capacità di comprendere.
- deficit severo / totale: la capacità di comprensione è molto limitata. E' altresì difficile determinare il grado di comprensione in quanto il soggetto non risponde ai messaggi neanche attraverso gesti, azioni, comportamenti.

## Q. PROBLEMI PSICOLOGICI

Se il soggetto presenta uno dei seguenti problemi psicologici, indicare se il problema viene **corretto** (C) (tramite farmaci, mezzi di contenimento fisico, terapia comportamentale, etc...) oppure se **non viene corretto** (NC), **durante il periodo di osservazione**.

I problemi da considerare sono quelli che esisterebbero se nessuna misura di correzione venisse effettuata.

Il compilatore non deve riportare come corretto un problema che non esiste.

Un problema la cui correzione viene attuata (ad esempio con i farmaci) ma continua a manifestarsi, viene considerato non corretto.

Q.1 Aggressività fisica: il problema è rappresentato da attacchi contro terze persone utilizzando le mani, i piedi, la testa o il corpo (spinte, far cadere, graffi), gettando o rompendo oggetti, sputando etc.... L'abuso fisico può essere diretto contro il personale, i visitatori o gli altri ospiti.

Q.2 Aggressività verbale: il problema è rappresentato da ingiurie, insulti, urla, bestemmie, oscenità dirette contro altre persone (personale, visitatori, ospiti).

Q.3 Disturbare gli altri: comportamento inappropriato verso gli altri ospiti e i visitatori con **esclusione di abuso** (cfr Q.1 o Q.2); ripetute sollecitazioni fisiche e richieste verbali, il rovistare nelle camere degli altri, ruberie, grida,...

Q.4 Agitazione: il problema è caratterizzato da tentativi costanti di attrarre l'attenzione, lamentele continue, richieste ripetute. Le persone agitate non rimangono mai tranquille e misurano a passi la stanza, girano in tondo, dondolano selvaggiamente, giocano continuamente con le mani con forza.

Q.5 Vagabondaggio: movimenti costanti o frequenti senza alcuno scopo razionale che può o non può essere pericoloso per le persone.

Q.6 Stato d'ansia persistente: disagio psicologico caratterizzato da paura e da un senso di inquietudine dovuto all'ansia che la situazione possa sfuggire al proprio controllo. L'ansia è persistente se viene riferita da un minimo di 7 giorni e non è diminuita neanche dall'attività di aiuto psicologico prestato all'individuo.

Q.7 Melanconia: uno stato affettivo difficile e doloroso seppure calmo. Può essere caratterizzato dai seguenti sintomi: rifiuto di partecipare a determinate attività note o all'igiene personale. Sospiri profondi, facile commozione, scoraggiamento, volto inespressivo, etc.. La tristezza è un sentimento costante, perdurante nel tempo.

- Q.8 Espressioni di afflizione: espressioni di tipo verbale e non, che sono indici di sofferenza psicologica da parte del soggetto. L'afflizione non è duratura come la tristezza ed è in genere correlata ad uno o più eventi specifici, riferiti al presente o al passato.
- Q.9 Ripiegamento su sè stesso: il soggetto è chiuso in sè stesso nel tentativo di proteggersi. Tende ad evitare ogni contatto sociale e partecipa poco alle varie attività.
- Q.10 Pensieri di suicidio: che il soggetto stia metitando il suicidio si deduce da espressioni verbali, del comportamento o da determinate allusioni.
- Q.11 Pensieri di morte: il soggetto crede che stia per morire, che un attacco di cuore o un ictus siano imminenti, oppure che abbia il cancro,etc...
- Q.12 Precoce risveglio al mattino: il soggetto si sveglia presto anche se non ha dormito a sufficienza ed è in uno stato di cattivo umore.
- Q.13 Ipersonnia (sveglio < 7ore/die): il soggetto soffre di ipersonnia; dorme più di 17 ore al giorno.

## **R. ORIENTAMENTO (interazione con l'ambiente)**

Per orientamento si intende la capacità del soggetto di orientarsi all'interno del proprio ambiente, ossia le interazioni e gli scambi con l'ambiente. Va quindi valutata la capacità di ricezione dei segnali provenienti dall'ambiente, l'assimilazione e la formulazione di una risposta a fronte di un messaggio ricevuto.

Vengono qui considerate sia le difficoltà comportamentali che le difficoltà di comunicazione.

Cerchiare il codice della categoria che meglio descrive il livello di orientamento del soggetto. Le categorie sono **mutualmente esclusive**, il compilatore dovrà selezionarne una e soltanto una.

### **R.1 Completamente orientato :**

A questa categoria appartengono le persone dotate della completa capacità di orientamento, ossia che sono in grado di interagire adeguatamente con l'ambiente (ricezione dei segnali-assimilazione-risposta adeguata) senza necessità di aiuto o di supporti quali farmaci per controllare il comportamento o la comunicazione, e gli ausili meccanici protesici per aumentare la capacità sensoriale (Occhiali, apparecchi acustici, bastone bianco).

Le funzioni psicologiche e sensoriali trattate nella sezione P risultano non compromesse quando si rientra in questa categoria R.1..

### **R.2 Difficoltà d'orientamento adeguatamente compensata:**

In questa categoria vanno inclusi i soggetti che usano ausili meccanici per vedere, udire, toccare e/o assumono farmaci costantemente per controllare i problemi comportamentali o di comunicazione con conseguente recupero totale della capacità di orientamento.

Le funzioni psicologiche e sensoriali trattate nella sezione P sono "nessuna compromissione", poichè anche se esiste un deficit la compromissione è ben compensata.

### **R.3 Saltuari episodi di disorientamento:**

Vengono inclusi i soggetti che presentano periodici episodi di disorientamento dovuti a disturbi quali vertigini, malattia di Meniere, diplopia (ad esempio: sclerosi multipla), episodi di perdita di coscienza (epilessia), disturbi del linguaggio (balbuzie); non vengono inclusi in questa categoria i soggetti nei quali il disturbo risulta completamente compensato (categoria 2).

La maggior parte delle funzioni psicologiche e sensoriali trattate nella sezione P sono adeguate (i deficit riscontrati si manifestano solo episodicamente)

#### **R.4 Disorientamento parzialmente compensato:**

Vengono inclusi i soggetti che appartenerebbero alle categorie 2 e 3 ma che presentano handicap, sotto certi aspetti, per alcune attività della vita quotidiana a causa del disorientamento che li rende vulnerabili in alcune circostanze, quali: il livello di illuminazione (nel caso di disturbi visivi), i rumori ambientali (nel caso di disturbi acustici o di espressione), determinate terapie che impediscono lo svolgimento di alcune attività.

Le funzioni psicologiche e sensoriali mostrano uno o più deficit di grado lieve o moderato (a volte severo o totale) ma il soggetto è solo parzialmente invalidato.

#### **R.5 Disorientamento di grado moderato:**

Vanno inclusi i soggetti che presentano rilevanti difficoltà di orientamento, nei quali la terapia non è in grado di risolvere il disturbo; i soggetti che richiedono l'aiuto da parte di terze persone, come nel caso di deficit visivo, ipoacusia marcata, confusione mentale, assenza di sensibilità al tatto.

Le funzioni psicologiche e sensoriali mostrano uno o più deficit di grado lieve o moderato (a volte severo o totale) e sono richiesti interventi assistenziali quotidiani da parte del personale allo scopo di aiutare il soggetto nei porsì in relazione con l'ambiente.

#### **R.6 Disorientamento severo:**

Vengono inclusi i soggetti portatori di grave incapacità di orientamento con conseguente necessità che altre persone sopperiscano ai loro deficit (cosa non necessaria nella categoria precedente): vuol dire che l'individuo non riesce ad interagire con l'ambiente senza l'aiuto frequente di un'altra persona.

In genere più di una funzione psicologica o sensoriale presenta una compromissione di grado moderato o severo (a volte totale). L'intervento del personale (fare per lui) è richiesto a più riprese nel corso della giornata allo scopo di aiutare il soggetto ad interagire con l'ambiente.

#### **R.7 Mancanza di orientamento:**

Vengono inclusi i soggetti portatori di una compromissione severa dell'orientamento. Malgrado l'aiuto offerto da altri, le possibilità del soggetto di interagire con l'ambiente restano molto limitate.

In genere parecchie funzioni psicologiche e sensoriali presentano una compromissione di grado moderato o severo e perfino totale.

**R.8 Disorientamento:**

Vengono inclusi i soggetti incapaci di orientarsi nel proprio ambiente. Molte funzioni psicologiche e sensoriali risultano compromesse (in modo severo o totale) il che impedisce all'individuo di interagire con l'ambiente.

**R.9 Coma, Stato vegetativo persistente:**

I soggetti inclusi in questa categoria non riescono ad orientarsi all'interno dell'ambiente e la diagnosi è di "coma" o di "persistente stato vegetativo". Lo stato "semi-vigile" non viene considerato all'interno della categoria.

## 4- LISTA DELLE ATTIVITA' INFERMIERISTICHE (SEZIONE II)

La maggiorparte delle pagine che compongono la seconda sezione del FRAN è suddivisa in cinque(5) colonne, ciascuna delle quali identifica determinate caratteristiche dell'attività infermieristica.

- codice
- nome
- livello di assistenza richiesta dal paziente
- tabella del programma settimanale
- tabella del programma giornaliero

Per completare questa sezione il compilatore dovrà seguire le seguenti regole:

### 1- UTILIZZARE UNA MATITA CON LA MINA

**2- DETERMINARE LA SETTIMANA DI OSSERVAZIONE:** Il FRAN consente di registrare informazioni per un periodo di sette (7) giorni consecutivi. Tutti i pazienti devono essere valutati per sette (7) giorni ad recezione degli residenti che sono regolarmente presenti solamente per periodi pui brevi.

### 3- COMPLETARE LE SEGUENTI COLONNE PER CIASCUNA DELLE ATTIVITA' SELEZIONATE:

#### 3.1 Codice:

In questa sezione, diversi codici sono inseriti a fianco di ciascuna attività. In tal modo è possibile identificare al computer l'attività infermieristica richiesta per il paziente. I codici non devono mai essere modificati. Determinati codici devono essere completati dall'infermiera quando è presente uno spazio (W e\o X e\o Y e\o Z). Il numero da aggiungere al codice corrisponde alle informazioni riunite sotto la dicitura "attività infermieristica".

#### 3.2 Attività infermieristica:

- cerchiare quella richiesta
- completare o cerchiare l'informazione richiesta sotto ciascun titolo, ad esempio:
  - numero del personale infermieristico richiesto
  - tipo di stomia

### 3.3 Livello di assistenza:

Cerchiare il codice che corrisponde al livello di assistenza richiesto dal paziente. I livelli di assistenza (descritti nel paragrafo 7) sono i seguenti:

1. guida;
2. assistenza parziale;
3. assistenza completa.

### 3.4 Programma settimanale:

Cerchiare la(e) lettera(e) che identifica(n) la giornata in cui l'attività infermieristica è richiesta dal paziente.

### 3.5 Programma giornaliero:

- a) Il programma inizia alle ore 0.0 e termina alle ore 23.59. Questa colonna è suddivisa in ventiquattro (24) caselle, ciascuna delle quali rappresenta un'ora della giornata.
- b) Se l'azione infermieristica è richiesta una volta e inizia fra il I minuto e il 59 minuto dell'ora, indicare il numero "1" nella casella corrispondente all'ora.

**Esempio:** - trattamento "x" richiesto alle ore 8.30, segnare "1" nella casella delle ore 8.00.  
- trattamento "x" è richiesto alle ore 10.45, segnare "1" nella casella delle ore 10.00.

- c) Se l'attività infermieristica è richiesta più di una volta nell'arco di un ora, indicarne la frequenza specificando il numero di volte in cui viene effettuata.

**Esempio:** - trattamento "x" richiesto alle ore 10.00,10.45 e 11.30. Segnare "2" nella casella delle ore 10.00 e "1" nella casella delle ore 11.

- d) Può essere difficile quantizzare il numero di volte in cui è richiesta l'attività infermieristica; ad esempio, l'orario preciso per urinare, azione che richiede assistenza per andare in bagno, oppure gli orari in cui l'anziano si rivolge al personale.

In questi casi è richiesta una attenzione speciale e deve essere codificata in modo diverso.

Dove è presente un segno ovale all'interno degli spazi riservati al programma giornaliero, indicare all'interno dell'ovale la frequenza, cioè il numero di volte in cui l'attività è richiesta nell'ambito di ciascun turno.



**5- ALLA FINE DI CIASCUNA SEZIONE:** Respirazione, Alimentazione, Eliminazione, Igiene, Mobilizzazione, Comunicazione, Terapia farmacologica, Terapia endovenosa, Trattamenti e Procedure Diagnostiche, il compilatore troverà la voce "Altri". Il compilatore indicherà tutte le attività richieste dal paziente e non menzionate precedentemente fornendo le informazioni riguardanti il livello di assistenza, il programma settimanale e giornaliero, come per le altre attività prese in esame.

**6- PRESENZA COSTANTE:** una presenza costante può essere richiesta dal paziente :

- per **osservarlo** per **l'intera durata** dell'attività che egli stesso esegue, oppure
- per **assistere** un operatore sanitario non appartenente allo staff del reparto, per **l'intera durata** dell'intervento o dell'esame.

Se è richiesta una presenza costante per **l'intera durata dell'attività:**

- a) cerchiare l'attività effettuata
- b) indicare "2" sul parametro W

**Esempio:**  $\frac{2}{W}$  lavaggio completo / vasca: il paziente può procedere all'igiene personale solo in parte. Però, a causa di problemi cognitivi, il paziente non può essere lasciato solo nella vasca. Una **presenza costante** è richiesta per tutta la durata del bagno.

Nei casi in cui il parametro W non compare dopo l'attività infermieristica ed è richiesta una presenza costante, riportare l'abbreviazione "**PR.C.**" accanto a quella determinata attività.

## 7- I LIVELLI DI ASSISTENZA

<b>1- SUPPORTO-GUIDA-ORIENTAMENTO</b>
Il paziente è in grado di compiere l'attività richiesta di modo indipendente. L'operatore ha il compito di stimolare e facilitare l'attività offrendo fisicamente assistenza e/o fornendo appropriate indicazioni.
<b>2- ASSISTENZA PARZIALE</b>
Il paziente è in grado soltanto parzialmente di compiere l'attività richiesta. L'operatore inizia, termina o completa in parte l'attività richiesta.
<b>3- ASSISTENZA COMPLETA</b>
Il paziente non è in grado di compiere l'attività richiesta. L'operatore deve compiere totalmente l'attività richiesta.

## RESPIRAZIONE

	Pag.
<b>Umidificazione .....</b>	<b>57</b>
<b>Esercizi respiratori.....</b>	<b>57</b>
Spirometria .....	57
Esercizi per espettorare .....	57
<b>Ginnastica respiratoria.....</b>	<b>58</b>
Clapping .....	58
Drenaggio Posturale .....	58
Vibro-massaggio .....	58
<b>Aerosol terapia.....</b>	<b>58</b>
<b>Aspirazione delle secrezioni .....</b>	<b>59</b>
Orale .....	59
Nasale .....	59
Tracheale .....	59
<b>Ossigeno: occhialini, maschera, tenda.....</b>	<b>59</b>
<b>Assistenza al tracheostomizzato.....</b>	<b>60</b>
Cure (cute, cannula, medicazione, placca) .....	60
Instillazione .....	60
Cuff: Insufflare e desufflare .....	60

## 0010 UMIDIFICAZIONE

**SCOPO:** Prevenzione di irritazione e secchezza delle vie respiratorie.

- DESCRIZIONE:** Controllare il funzionamento dell'apparecchio.  
Ricaricare l'umidificatore quando necessario.  
Provvedere alla manutenzione.
- ISTRUZIONI:** Indicare il/i giorno(i) e l'ora(e) del controllo e del riempimento.
- STANDARD:** due volte nelle 24 h per il residente per cui è necessaria l'umidificazione 24/24h
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: controllo del funzionamento dell'apparecchio. L'assistito è in grado di ricaricarlo.  
tipo 3: controllo e ricarica dell'apparecchio

## ESERCIZI RESPIRATORI

## 0020 SPIROMETRIA

## 0030 ESERCIZI PER ESPETTORARE

**SCOPO:** Facilitare l'espettorazione delle secrezioni tracheo-bronchiali.  
Aumentare la capacità polmonare.

- DESCRIZIONE:** Preparare il materiale richiesto, se necessario  
Controllare il paziente durante lo svolgimento degli esercizi, correggendone la tecnica se necessario.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero degli esercizi.  
Indicare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.  
Indicare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'esercizio.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire il materiale e controllare che l' esercizio venga eseguito correttamente.

## GINNASTICA RESPIRATORIA

0040 CLAPPING  
0050 DRENAGGIO POSTURALE  
0060 VIBRO-MASSAGGIO

**SCOPO:** Facilitare il drenaggio delle secrezioni tracheo-bronchiali.  
Migliorare la capacità polmonare.

**DESCRIZIONE:** Effettuare la fisioterapia.  
Restare accanto al paziente durante il trattamento.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero della fisioterapia.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 3: effettuare la fisioterapia o assicurare una **presenza costante** se il trattamento viene svolto da un'altra figura professionale.

---

0070 AEROSOL TERAPIA

**SCOPO:** Somministrare medicinali direttamente nelle vie respiratorie.  
Migliorare lo stato respiratorio.  
Facilitare l'espettorazione delle secrezioni tracheo-bronchiali.

**DESCRIZIONE:** Preparazione del medicinale.  
Posizionamento e controllo dell'apparecchio e della terapia.  
Pulizia dell'apparecchio.  
Assistere il paziente, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero dell'aerosolterapia.  
Indicare "1" sopra  $\overline{w}$  se non è richiesta la presenza costante del personale.  
Indicare "2" sopra  $\overline{w}$  se è necessaria la presenza costante del personale per tutta la durata della terapia.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: preparare il medicinale, verificare il funzionamento dell'apparecchio. Assistere il paziente.

## ASPIRAZIONE DELLE SECREZIONI

0080 ORALE  
0090 NASALE  
0100 TRACHEALE

**SCOPO:** Facilitare la rimozione delle secrezioni tracheo-bronchiali.  
Stimolare il riflesso della tosse.

- DESCRIZIONE:** Indossare i guanti.  
Aspirare le secrezioni.  
Assicurare un intervallo fra un'aspirazione e l'altra.  
Pulire il contenitore di aspirazione, se necessario.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero delle aspirazioni.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire al paziente o alla figura professionale addetta il materiale necessario, pulire il recipiente, se necessario.  
tipo 3: Aspirare le secrezioni.
- 

0110 OSSIGENO: OCCHIALINI, MASCHERA, TENDA

**SCOPO:** Assicurare una più elevata concentrazione di ossigeno.

- DESCRIZIONE:** Collegare l'ossigeno.  
Aggiungere acqua o cambiare la bottiglia del tipo usa e getta.  
Monitorizzare la concentrazione di O<sub>2</sub>.  
Riempire il contenitore del ghiaccio, se necessario.
- ISTRUZIONI:** Sulla riga "I" indicare il giorno e l'ora di **inizio** della terapia. **Se è già in corso**, cerchiare la lettera corrispondente al **primo giorno di osservazione** e indicare l'ora 00:00.
- Sulla riga "F" indicare il giorno e l'ora in cui la terapia **termina**. **Se al settimo giorno di osservazione la terapia è ancora in corso**, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23:59.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Il paziente è abbastanza autosufficiente nell'eseguire la terapia. Modifica il flusso, toglie e posiziona la maschera a seconda del bisogno. Segnala l'**inizio** e la **fine** della terapia in corrispondenza dell'ora(e) in cui l'infermiere verifica il flusso o riempie la bottiglia.  
tipo 3: Il personale infermieristico deve provvedere completamente alla terapia

## ASSISTENZA AL TRACHEOSTOMIZZATO

### 0120 CURE (CUTE, CANNULA, MEDICAZIONE, PLACCA)

**SCOPO:** Mantenere deterso il sito della tracheostomia.  
Assicurare la pervietà della stomia.  
Prevenire l'infezione.

**DESCRIZIONE:** Medicazione della stomia.  
Pulizia della cannula.  
Cambio della medicazione e della placca.  
E.O. polmonare (auscultazione toracica).

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.

**STANDARD:** una (1) volta nelle 24 h

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire al paziente il materiale necessario per le medicazioni.  
tipo 2: assistere il paziente durante le manovre; ad esempio, pulizia e riposizionamento della cannula.  
tipo 3: il personale infermieristico deve provvedere completamente alla assistenza.

### 0130 INSTILLAZIONE

**SCOPO:** Mantenere la pervietà della stomia.

**DESCRIZIONE:** Instillazione all'interno della tracheostomia.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero delle instillazioni.

### 0140 CUFF: INSUFFLARE, DESUFFLARE

**SCOPO:** Aumentare la perfusione tissutale vie respiratorie.

**DESCRIZIONE:** Insufflare, desufflare.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero delle "insufflazioni".

## ALIMENTAZIONE

	Pag.
<b>Pasti</b> .....	62
Colazione .....	62
Pranzo.....	62
Cena.....	62
<b>Spuntini</b> .....	63
<b>Idratazione</b> .....	64
<b>Completare il menù</b> .....	64
<b>Nutrizione enterale continua</b> .....	65
<b>Nutrizione enterale intermittente</b> .....	66

## PASTI

1040 COLAZIONE

1050 PRANZO

1060 CENA

**SCOPO:** Assicurare un introito nutrizionale bilanciato per via orale, rispettando la dieta prescritta.

**DESCRIZIONE:** Controllare che lo vassoio sia consentito della dieta  
 Posizionare il vassoio  
 Servire il pasto nella stanza, in soggiorno o dove si trova il paziente  
 Sparecchiare  
 Assistere il paziente mentre si lava le mani e il viso, prima e dopo i pasti, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero dei pasti (colazione, pranzo e cena) che sono serviti con l'assistenza del personale infermieristico, con esclusione di quelli preparati dalla famiglia o da servizi esterni.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata del pasto.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: consegnare il vassoio, aprire i contenitori se necessario, portare via il vassoio.

tipo 2: consegnare il vassoio, aprire i contenitori, tagliare il cibo, sorveglianza e assistenza al paziente mentre mangia o beve, qualora necessario;  
 oppure  
 consegnare un piatto alla volta nel caso di pazienti con deficit cognitivi o problemi comportamentali.

tipo 3: imboccare il paziente e assisterlo mentre beve, o alimentarlo con la siringa.

## 1070 SPUNTINI

**SCOPO:** Assicurare un introito nutrizionale per os fra un pasto e l'altro.

**DESCRIZIONE:** Controllare che lo spuntino sia consentito della dieta  
 Preparare lo spuntino  
 Servire lo spuntino nella stanza, in soggiorno o dove si trova il paziente  
 Sparecchiare  
 Assistere il paziente mentre si lava le mani e il viso, prima e dopo lo spuntino, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero degli spuntini che sono serviti dal personale infermieristico.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dello spuntino.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: servire lo spuntino, aprire i contenitori se necessario, portare via il vassoio.

tipo 2: servire lo spuntino, aprire i contenitori, tagliare il cibo, sorveglianza e assistenza al paziente mentre mangia o beve, qualora necessario.

tipo 3: imboccare il paziente e assisterlo mentre beve.

## 1080 IDRATAZIONE

**SCOPO:** Assicurare l'introito di liquidi per os.

<b>DESCRIZIONE:</b>	Verificare le prescrizioni dietetiche (eventuale restrizione di fluidi). Mettere a disposizione e riempire regolarmente di acqua la caraffa.
<b>ISTRUZIONI:</b>	Indicare il programma settimanale e giornaliero relativo all'idratazione.  Annotare "1" sopra $\overline{w}$ <b>se non è richiesta la presenza costante</b> del personale. Annotare "2" sopra $\overline{w}$ <b>se è necessaria la presenza costante</b> del personale per tutta la durata dello spuntino.
<b>STANDARD:</b>	minimo due (2) volte nelle 24 h
<b>LIVELLO DI ASSISTENZA:</b>	tipo 1: mettere a disposizione e riempire di acqua la caraffa regolarmente. tipo 3: assicurarsi che il paziente beva regolarmente sorvegliare e aiutare il paziente mentre beve.
<b>NOTA:</b>	in questa sezione non vengono presi in considerazione i liquidi assunti durante i pasti o gli spuntini.

## 1090 COMPLETARE IL MENU'

**SCOPO:** Scegliere i cibi rispettando la dieta prescritta e i gusti del paziente.

<b>DESCRIZIONE:</b>	Verificare la dieta . Proporre la scelta del menù. Compilare la scheda appropriata.
<b>ISTRUZIONI:</b>	Indicare il/i giorno(i) e i tempi di compilazione della scheda.
<b>LIVELLO DI ASSISTENZA:</b>	tipo 1: fornire il materiale necessario, il paziente sceglie il suo menù e compila la scheda. tipo 3: scelta del menù con l'aiuto o meno del paziente

## 1100 NUTRIZIONE ENTERALE CONTINUA

**SCOPO:** Assicurare un introito nutrizionale bilanciato e un apporto di liquidi attraverso l'alimentazione per sonda.

**DESCRIZIONE:**

Preparare le sacche.  
 Cambiare l'apparecchio, la bottiglia o la sacca.  
 Verificare il posizionamento corretto della sonda, se necessario.  
 Misurare il residuo gastrico, se necessario.  
 Predisporre la pompa di infusione e verificarne il funzionamento.  
 Regolare la velocità di infusione.  
 Lavare la sonda se necessario  
 Togliere la sonda se necessario

**ISTRUZIONI:**

Sulla riga "I" indicare il giorno e l'ora di **inizio** dell'infusione. **Se è già in atto**, cerchiare la lettera corrispondente al **primo giorno di osservazione** e indicare l'ora 00:00.

Sulla riga "F" indicare il giorno e l'ora in cui la terapia **termina**. **Se al settimo giorno di osservazione la terapia è ancora in corso**, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23:59.

Annotare "1" sopra  $\bar{x}$  se l'alimentazione parenterale viene effettuata tramite pompa.

Annotare "2" sopra  $\bar{x}$  se l'alimentazione parenterale non avviene tramite pompa.

## 1110 NUTRIZIONE ENTERALE INTERMITTENTE

**SCOPO:** Assicurare un introito nutrizionale bilanciato e un apporto di liquidi attraverso l'alimentazione per sonda.

**DESCRIZIONE:**

Preparare le sacche.  
 Predisporre la bottiglia, la sacca o la siringa.  
 Verificare il posizionamento corretto della sonda, se necessario.  
 Misurare il residuo gastrico, se necessario.  
 Predisporre il necessario per la terapia.  
 Regolare la velocità di infusione (se somministrata per gravità)  
 Lavare la sonda alla fine dei tempi terapeutici, se necessario  
 Togliere la sonda se necessario

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma nutrizionale settimanale e giornaliero.

Sulla riga "F" indicare il giorno e l'ora in cui la terapia **termina**.  
**Se al settimo giorno di osservazione la terapia è ancora in corso**, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23:59.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

## ELIMINAZIONE

	Pag.
<b>Svuotamento vescicale e colico per via naturale .....</b>	<b>68</b>
Pappagallo (Orinatoio) .....	68
Padella .....	68
Stanza da bagno o comoda .....	69
Assistenza al paziente con incontinenza urinaria.....	70
Assistenza al paziente con incontinenza fecale.....	71
Urocontrol.....	71
<b>Posizionamento di catetere vescicale.....</b>	<b>72</b>
<b>Assistenza al paziente con catetere urinario.....</b>	<b>72</b>
<b>Drenaggio della sacca.....</b>	<b>74</b>
<b>Irrigazione vescicale .....</b>	<b>74</b>
<b>Irrigazione vescicale continua.....</b>	<b>75</b>
<b>Instillazione vescicale .....</b>	<b>75</b>
<b>Posizionamento di sonda rettale.....</b>	<b>76</b>
<b>Fecaloma.....</b>	<b>76</b>
<b>Irrigazione rettale.....</b>	<b>76</b>
<b>Esame rettale.....</b>	<b>77</b>
<b>Stimolazione anale .....</b>	<b>77</b>
<b>Massaggio del colon .....</b>	<b>77</b>
<b>Assistenza allo stomizzato .....</b>	<b>78</b>
Sostituzione della sacca .....	78
Pulizia della sacca senza sostituzione .....	79
<b>Irrigazione della colostomia .....</b>	<b>80</b>

## SVUOTAMENTO VESCICALE E COLICO PER VIA NATURALE

2030 PAPPAGALLO (ORINATOIO)

**SCOPO:** Rispondere al bisogno di eliminazione vescicale.

**DESCRIZIONE:** Fornire il pappagallo, rimuoverlo, svuotarlo e lavarlo.  
Restare accanto al paziente, quando richiesto.  
Lavare ed asciugare il paziente, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** i cui il paziente richiede assistenza per ciascun turno.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero degli operatori necessari per fornire assistenza.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: svuotare e pulire il pappagallo, il paziente è in grado di prenderlo, applicarlo e rimuoverlo.  
tipo 2: rimuovere svuotare e pulire il pappagallo, il paziente è in grado di prenderlo e utilizzarlo.  
tipo 3: posizionare il pappagallo, rimuoverlo, svuotarlo e lavarlo.

2030 PADELLA

**SCOPO:** Rispondere ai bisogni di eliminazione vescicale o intestinale.

**DESCRIZIONE:** Fornire la padella, rimuoverla, svuotarla e lavarla.  
Restare accanto al paziente, quando richiesto.  
Lavare ed asciugare il paziente, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** i cui il paziente richiede assistenza per ciascun turno.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di operatori necessario per fornire assistenza.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: svuotare e pulire la padella, il paziente è in grado di prenderla, applicarla e rimuoverla.  
tipo 2: rimuovere svuotare e pulire la padella, il paziente è in grado di prenderla e utilizzarla. L'assistenza è talvolta necessaria per le operazioni di igiene.  
tipo 3: posizionare la padella, rimuoverla, svuotarla e lavarla.

## 2050 STANZA DA BAGNO O COMODA

**SCOPO:** Rispondere ai bisogni di eliminazione vescicale o intestinale.

**DESCRIZIONE:** Spogliare e vestire il paziente, se necessario.  
Assistere il paziente mentre va in bagno o usa la comoda.  
Restare accanto al paziente, quando richiesto.  
Lavare ed asciugare le parti intime, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** i cui il paziente richiede assistenza per ciascun turno.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

Annotare sopra  $\overline{z}$  il numero di infermieri necessario per fornire assistenza.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:**

- tipo 1: aiuto per raggiungere il bagno (accendere la luce, indicare i sanitari) o svuotare la comoda.
- tipo 2: può darsi che è necessario aiutare il paziente a spogliarsi o a mettersi a sedere o ad alzarsi o a rivestirsi. In genere è richiesto aiuto anche per pulirsi.
- tipo 3: è necessario aiutare il paziente a spogliarsi, mettersi a sedere, pulirsi, ad alzarsi e a rivestirsi.

## 2060 ASSISTENZA AL PAZIENTE CON INCONTINENZA URINARIA

**SCOPO:** Mantenere l'integrità della cute.  
Prevenire le infezioni urinarie e cutanee.  
Assicurare al paziente una igiene adeguata.

**DESCRIZIONE:** Cambiare il pannolone o la pezza.  
Lavare e asciugare il paziente.  
Applicare la crema, se necessario.  
Cambiare le lenzuola completamente o in parte.  
Pulire la stanza se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** in cui il paziente richiede assistenza per ciascun turno.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di infermieri necessario per fornire assistenza.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire i pannoloni o le pezze per incontinenti.

tipo 2: fornire i pannoloni o le pezze per incontinenti, aiutare il paziente nelle operazioni di lavaggio. Il paziente è comunque in grado di cambiarsi il pannolone o la pezza da solo.

tipo 3: togliere il pannolone o la pezza, eseguire le operazioni di pulizia, sostituire il pannolone o la pezza.

## 2070 ASSISTENZA AL PAZIENTE CON INCONTINENZA FECALE

**SCOPO:** Mantenere l'integrità della cute.  
Assicurare al paziente una igiene adeguata.

<b>DESCRIZIONE:</b>	Cambiare il pannolone o la pezza. Lavare e asciugare il paziente. Applicare la crema, se necessario. Cambiare le lenzuola completamente o in parte Pulire la stanza se necessario.
<b>ISTRUZIONI:</b>	Indicare il programma settimanale e <b>il numero di volte</b> in cui il paziente richiede assistenza per ciascun turno.  Annotare sopra $\bar{z}$ il numero di infermieri necessario per fornire assistenza.
<b>STANDARD:</b>	una (1) volta per turno nel caso del residente che sporca continuamente le mutande- pannolone, il teli o altre protezioni.
<b>LIVELLO DI ASSISTENZA:</b>	tipo 1: fornire i pannoloni o le pezze per incontinenti. tipo 3: togliere il pannolone o la pezza, eseguire le operazioni di pulizia, sostituire il pannolone o la pezza.

## 2090 UROCONTROL

**SCOPO:** Facilitare la cicatrizzazione delle lesioni nel caso di pazienti incontinenti.  
Mantenere l'integrità della cute.

<b>DESCRIZIONE:</b>	Lavare il meato urinario e la zona circostante. Applicare l'urocontrol. Fissare il tubo di drenaggio e il condom. Controllare il drenaggio.
<b>ISTRUZIONI:</b>	Indicare il programma settimanale e giornaliero per l'applicazione dell'urocontrol.
<b>STANDARD:</b>	una (1) volta nell 24h per il residente per cui l'urocontrol è posizionato per 24 h al giorno.
<b>LIVELLO DI ASSISTENZA:</b>	tipo 1: fornire il necessario al paziente. Il paziente è in grado di fare da sè ad eccezione di un aiuto per fissare il tubo di drenaggio, se necessario. tipo 3: eseguire le operazioni di pulizia.. Procedere all'applicazione e al fissaggio dell'urocontrol.

## 2100 POSIZIONAMENTO DI CATETERE VESCICALE

**SCOPO:** Facilitare lo svuotamento vescicale.

<b>DESCRIZIONE:</b>	Disinfezione del meato urinario. Posizionamento del catetere. Fissare il catetere e il tubo di drenaggio. Rimuovere il catetere.
<b>ISTRUZIONI:</b>	Indicare il programma settimanale e giornaliero per l'inserzione del catetere.
<b>LIVELLO DI ASSISTENZA:</b>	tipo 1: fornire al paziente il materiale necessario.  tipo 2: fornire il materiale necessario e fornire assistenza nella disinfezione della zona genitale o nel posizionamento del catetere.  tipo 3: posizionamento del catetere.

## 2110 ASSISTENZA AL PAZIENTE CON CATETERE URINARIO

**SCOPO:** Prevenire le infezioni urinarie e cutanee  
Assicurare al paziente una igiene adeguata.

<b>DESCRIZIONE:</b>	Lavare il meato urinario. Applicare la crema, se necessario. Controllare e fissare il catetere. Controllare il drenaggio.
<b>ISTRUZIONI:</b>	Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.
<b>STANDARD:</b>	due (2) volte nelle 24 h.
<b>LIVELLO DI ASSISTENZA:</b>	tipo 1: fornire il necessario per la disinfezione del meato urinario. Controllare il drenaggio.  tipo 3: eseguire le operazioni di pulizia per il catetere.

**NOTA:**

Nel caso di catetere sovrapubico, fare riferimento ai seguenti punti:

- Drenaggio della sacca per lo svuotamento (2120)

- Per la medicazione, scegliere una delle seguenti azioni:

- . igiene e disinfezione di una ferita espota (8430)
- . medicazione non sterile (8480)
- . medicazione sterile (8490)
- . medicazione e deterzione di una ferita (in caso di perdita dal catetere sovrapubico) (8510)

## 2120 DRENAGGIO DELLA SACCA

**SCOPO:** Limitare la diffusione batterica.  
Prevenire l'insorgenza di cattivi odori.

**DESCRIZIONE:** Controllare il drenaggio.  
Svuotare la sacca per il catetere uretrale, per il catetere sovrapubico, l'urocontrol o la sacca pediatrica.  
Cambiare la sacca di raccolta.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per lo **svuotamento** della sacca.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per lo svuotamento della sacca.  
tipo 3: Svuotare la sacca.

---

## 2130 IRRIGAZIONE VESCICALE

**SCOPO:** Lavaggio vescicale.  
Facilitare il drenaggio.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione di drenaggio.  
Procedere all'irrigazione tramite siringa.  
Ricollegare i tubi di drenaggio, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per l'irrigazione vescicale.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per l'irrigazione. Preparare la siringa, se necessario.  
tipo 3: Effettuare l'irrigazione.

## 2140 IRRIGAZIONE VESCICALE CONTINUA

**SCOPO:** Lavaggio vescicale.  
Facilitare il drenaggio.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione.  
Predisporre l'irrigazione.  
Regolare la velocità di flusso.  
Controllare l'irrigazione.  
Rimuovere i tubi di drenaggio, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Sulla riga "I" indicare il giorno e l'ora di **inizio** dell'irrigazione. **Se è già in atto**, cerchiare la lettera corrispondente **al primo giorno di osservazione** e indicare l'ora 00:00.

Sulla riga "F" indicare il giorno e l'ora in cui l'irrigazione ha **termine**. Se al settimo giorno di osservazione l'irrigazione è **ancora in corso**, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23:59.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per l'irrigazione (bottiglia, tubi per l'irrigazione).  
tipo 3: predisporre l'occorrente per l'irrigazione, sostituire la bottiglia, sorvegliare il trattamento.

## 2150 INSTILLAZIONE VESCICALE

**SCOPO:** Lavaggio vescicale.  
Applicare la soluzione antisettica sulla parete vescicale.

**DESCRIZIONE:** Preparare la siringa.  
Instillare la soluzione attraverso il catetere.  
Aprire/chiudere il catetere.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per l'instillazione vescicale.

## 2160 POSIZIONAMENTO DI SONDA RETTALE

**SCOPO:** Facilitare l'emissione di gas intestinali.

- DESCRIZIONE:** Preparare il materiale.  
Posizionare la sonda rettale.  
Rimuovere la sonda rettale.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e il numero di volte in cui il paziente richiede assistenza, per ciascun turno.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il material necessario.  
tipo 3: posizionare la sonda rettale.
- 

## 2170 FECALOMA

**SCOPO:** Facilitare l'evacuazione.

- DESCRIZIONE:** Indossare i guanti.  
Estrarre manualmente le feci.  
Lavare e asciugare le parti intime.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per tale manovra
- 

## 2180 IRRIGAZIONE RETTALE

**SCOPO:** Facilitare l'evacuazione.

- DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione.  
Collegare i tubi di drenaggio, se necessario  
Procedere all'irrigazione.  
Rimuovere i tubi di drenaggio, se necessario.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per l'irrigazione rettale.
- Annotare sopra  $\bar{y}$  la quantità di soluzione necessaria per effettuare l'irrigazione.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per l'irrigazione.  
tipo 3: effettuare l'irrigazione.

## 2190 ESAME RETTALE

**SCOPO:** Verificare il contenuto del retto.

**DESCRIZIONE:** Indossare i guanti.  
Inserire un dito nel retto e verificarne il contenuto.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per effettuare tale manovra.

---

## 2200 STIMOLAZIONE ANALE

**SCOPO:** Stimolare il riflesso anorettale.

**DESCRIZIONE:** Indossare i guanti.  
Iseguire movimenti circolari intorno all'ano.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per effettuare tale manovra.

---

## 2205 MASSAGGIO DEL COLON

**SCOPO:** Favorire l'espulsione del materiale fecale.

**DESCRIZIONE:** Massaggiare il colon in corrispondenza del cieco e dell'ampolla rettale.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per effettuare tale manovra.

## ASSISTENZA ALLO STOMIZZATO

### 2210 SOSTITUZIONE DELLA SACCA

**SCOPO:** Rispondere ai bisogni di eliminazione.  
Conservare l'integrità dei tessuti.

**DESCRIZIONE:** Aver cura della pelle intorno alla stomia.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per il riposizionamento della sacca.

Indicare sopra il codice "1  $\overline{x}$ " il numero che corrisponde al tipo di stomia. Se il paziente ha due stomie, usare il codice "2  $\overline{x}$ " per identificare la seconda stomia.

Ad esempio, se il paziente ha un drenaggio ileale e una colostomia, scrivere:

n1:  $\frac{1}{x}$ ;                      n2:  $\frac{4}{x}$ .

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire al paziente il materiale necessario.

tipo 2: fornire al paziente il materiale necessario e assisterlo durante le operazioni di pulizia, o per sostituire e fissare la nuova sacca.

tipo 3: sostituire la sacca.

## 2220 PULIZIA DELLA SACCA SENZA SOSTITUZIONE

**SCOPO:** Rispondere ai bisogni di eliminazione.  
Conservare l'integrità dei tessuti.

**DESCRIZIONE:** Verificare e aver cura della pelle intorno alla stomia.  
Svutare, sciacquare e pulire la sacca.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per la pulizia.

Indicare sopra il codice "1  $\overline{x}$ " il numero che corrisponde al tipo di stomia. Se il paziente ha due stomie, usare il codice "2  $\overline{x}$ " per identificare la seconda stomia.

Ad esempio, se il paziente ha un drenaggio ileale e una colostomia, scrivere:

n1:  $\frac{1}{x}$ ;                      n2:  $\frac{4}{x}$ .

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire al paziente il materiale necessario, verificare e provvedere alla cura della cute intorno alla stomia, se necessario.

tipo 2: fornire al paziente il materiale necessario e provvedere alla cura della cute intorno alla stomia, se necessario e assisterlo per svuotare o pulire la sacca.

tipo 3: effettuare tutte le operazioni di pulizia della stomia e della sacca.

## 2230 IRRIGAZIONE DELLA COLOSTOMIA

**SCOPO:** Svuotamento del colon.  
Eliminazione dei gas intestinali.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione.  
Effettuare l'irrigazione.  
Verificarne la fuoriuscita.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per l'irrigazione.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per **tutta la durata** dell'attività, **fino alla completa emissione della soluzione di irrigazione**.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire la soluzione e il necessario per l'irrigazione.

tipo 2: fornire la soluzione e il necessario per l'irrigazione, assistere il paziente durante la manovra e verificare ad intervalli, che tutto proceda regolarmente.

tipo 3: preparare la soluzione, fornire assistenza durante l'esecuzione dell'irrigazione, e verificare ad intervalli, che tutto proceda regolarmente.

## IGIENE

	Pag.
<b>Igiene personale</b> .....	82
Lavaggio parziale .....	82
Lavaggio completo.....	83
Igiene intima (nessuna correlazione con l'incontinenza) .....	84
 <b>Cura dei capelli</b> .....	 85
Shampoo / Lavaggio.....	85
Shampoo / Taglio dei capelli / Messa in piega .....	86
Shampoo / Asportazione dei materiali estranei.....	86
 <b>Trattamenti di bellezza</b> .....	 87
Manicure / Pedicure .....	87
Rasatura .....	88
Gioielli / Trucco .....	89
Eliminare il trucco .....	89
 <b>Igiene orale</b> .....	 90
Tamponi di glicerina.....	90
Lavaggio dei denti .....	91
 <b>Vestirlo con abiti civili</b> .....	 92
Vestirlo .....	92
Spogliarlo .....	92

## IGIENE PERSONALE

### 3030 LAVAGGIO PARZIALE

**SCOPO:** Mantenere e assicurare uno stato di benessere fisico e l'igiene della cute.  
Venire incontro ai bisogni del paziente.  
Dare sollievo al paziente.

**DESCRIZIONE:** Lavaggio parziale vuol dire aiutare il paziente nel lavare il viso, le braccia, il torace, il sedere e le parti intime.  
Preparare la bacinella, immergerlo.  
Aggiungere, se richiesto, medicinali all'acqua.  
Stendere il talco o una lozione, se necessario.  
Mettere e togliere il pigiama o la camicia da notte.  
Spazzolare e pettinare i capelli.  
Cambiare le lenzuola in parte o completamente.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.

Annotare sopra  $\overline{x}$ , il numero corrispondente al luogo dove viene svolta l'attività.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività, mentre il paziente esegue tutte le operazioni legate all'igiene personale.

**STANDARD:** Lavaggio parziale: sei (6) volte alla settimana.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per l'igiene personale (asciugamano, acqua). Verificare che il paziente effettui le operazioni di pulizia.

tipo 2: assistere il paziente durante particolari operazioni di pulizia, ad esempio lavaggio delle parti intime e del sedere.

tipo 3: procedere a tutte le operazioni di pulizia previste.

## 3040 LAVAGGIO COMPLETO

**SCOPO:** Mantenere e assicurare uno stato di benessere fisico e l'igiene della cute.  
Venire incontro ai bisogni del paziente.  
Dare sollievo al paziente.

**DESCRIZIONE:** Preparare la bacinella, la vasca.  
Aggiungere, se richiesto, medicinali all'acqua.  
Lavare il paziente o fornire assistenza mentre egli stesso procede alle operazioni di pulizia.  
Stendere il talco o una lozione, se necessario.  
Mettere e togliere il pigiama o la camicia da notte.  
Spazzolare e pettinare i capelli.  
Cambiare le lenzuola in parte o completamente.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.

Annotare sopra  $\overline{x}$ , il numero corrispondente al luogo dove viene svolta l'attività.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività, mentre il paziente esegue tutte le operazioni legate all'igiene personale.

**STANDARD:** Lavaggio completo: una (1) volta alla settimana.  
Lavaggio completo: tre (3) volte alla settimana per il residente giovane di tipo psichiatrico.  
Lavaggio completo quotidiano per il residente allettato.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per la igiene personale (asciugamano, acqua).  
fornire assistenza al paziente mentre entra ed esce dalla vasca.

tipo 2: fornire assistenza al paziente mentre esegue particolari operazioni di pulizia, ad esempio lavaggio delle parti intime e degli arti inferiori.

tipo 3: effettuare il bagno (in alcuni casi il paziente è ancora in grado di lavarsi il viso da sè).

## 3050 IGIENE INTIMA (nessuna correlazione con l'incontinenza)

**SCOPO:** Prevenire le infezioni.  
Prevenire le irritazioni cutanee.

**DESCRIZIONE:** Preparare la bacinella o il lavabo.  
Aggiungere, se richiesto, medicinali all'acqua.  
Lavare e asciugare le parti intime **in aggiunta** alle normali operazioni di igiene personale.  
Spalmare la crema, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.

Annotare sopra  $\overline{x}$ , il numero corrispondente al luogo dove viene svolta l'attività.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività, mentre il paziente procede al lavaggio delle parti intime.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per la igiene intima.

tipo 2: fornire il necessario per la igiene intima; il paziente è ancora in grado di partecipare attivamente, ad esempio asciugandosi da sè.

tipo 3: procedere all'igiene intima.

**NOTA:** L'igiene intima in caso di incontinenza viene presa in considerazione nella attività 2060 "l'assistenza al paziente con incontinenza urinaria" e 2070 "l'assistenza al paziente con incontinenza fecale".

## CURA DEI CAPELLI

### 3090 SHAMPOO/LAVAGGIO

**SCOPO:** Venire incontro ai bisogni del paziente.

Assicurare e mantenere la vitalità e l'integrità dei capelli e del cuoio capelluto.

**DESCRIZIONE:** Lavare, risciacquare, tamponare con l'asciugamano o asciugare con l'asciugacapelli, se necessario.  
Se necessario, utilizzare uno shampoo medicato.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per lo shampoo.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività, mentre il paziente si lava i capelli.

**STANDARD:** una (1) volta alla settimana.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per la pulizia.

tipo 2: fornire assistenza al paziente nel risciacquare o mettere in piega i capelli.

tipo 3: eseguire tutte le attività inerenti la cura dei capelli.

## 3100 SHAMPOO/TAGLIO DEI CAPELLI/MESSA IN PIEGA

**SCOPO:** Venire incontro ai bisogni del paziente.

Assicurare e mantenere la vitalità e l'integrità dei capelli e del cuoio capelluto.

Contribuire a mantenere una immagine positiva del proprio aspetto esteriore.

- DESCRIZIONE:** Lavare, risciacquare, tagliare e mettere in piega i capelli usando i bigodini o l'arricciacapelli.  
Se necessario, utilizzare uno shampoo medicato.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per shampoo, taglio e messa in piega eseguito dal **personale infermieristico**.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per la pulizia, il taglio e la messa in piega.
- tipo 2: fornire assistenza al paziente ad esempio mentre si lava i capelli senza alcun aiuto e si mette i bigodini.
- tipo 3: eseguire tutte le attività inerenti la cura dei capelli e la messa in piega.
- 

## 3110 SHAMPOO/ASPORTAZIONE DEI MATERIALI ESTRANEI

**SCOPO:** Venire incontro ai bisogni del paziente.

Assicurare e mantenere la vitalità e l'integrità dei capelli e del cuoio capelluto.

- DESCRIZIONE:** Lavare, risciacquare ripetutamente.  
Pettinare i capelli ciocca per ciocca usando un pettine a denti stretti per rimuovere eventuali lendi, sangue, terra, secca, etc...  
Avvolgere i capelli nell'asciugamano.  
Asciugare o metter in piega.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per shampoo e operazioni di igiene del cuoio capelluto eseguite dal personale infermieristico.

## **TRATTAMENTI DI BELLEZZA**

### 3130 MANICURE/PEDICURE

**SCOPO:** Contribuire a mantenere una immagine positiva del proprio aspetto esteriore.  
Prevenire l'insorgenza di problematiche podologiche.

**DESCRIZIONE:** Inumidire gli arti, se necessario.  
Tagliare, pulire e limare le unghie.  
Applicare lo smalto, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di manicure/pedicure.

**STANDARD:** una (1) volta alla settimana.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per manicure e pedicure.  
tipo 2: fornire assistenza al paziente ad esempio mentre si taglia le unghie degli alluci; il paziente è comunque in grado di tagliarsi da solo le unghie delle mani.  
tipo 3: eseguire pedicure/manicure.

## 3140 RASATURA

**SCOPO:** Contribuire a mantenere una immagine positiva del proprio aspetto esteriore.

**DESCRIZIONE:** Radere utilizzando un rasoio elettrico oppure manuale.  
Lavare il viso, se necessario.  
Applicare la lozione, se necessario.

in caso di pazienti di sesso femminile:  
Radere o estirpare i peli dal mento.  
Radere le gambe o le braccia oppure usare una crema depilatoria, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per lo rasatura.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

**STANDARD:** quotidiana per il residente di sesso maschile.  
una (1) volta alla settimana per il residente di sesso femminile che necessita di essere depilata o rasata.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire il necessario per la rasatura, lavarlo e metterlo a posto.

tipo 2: fornire assistenza al paziente nel radere le zone più difficili da raggiungere.

tipo 3: procedere alla rasatura della barba.

## 3150 GIOIELLI/TRUCCO

**SCOPO:** Contribuire a mantenere una immagine positiva del proprio aspetto esteriore.

**DESCRIZIONE:** Scegliere ed eseguire il trucco.  
Scegliere e indossare i gioielli.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per il trucco e per indossare i gioielli.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Scegliere e porgere i gioielli e il trucco.

tipo 2: fornire assistenza al paziente mentre si trucca, anche se solo in parte; è invece in grado di indossare i gioielli da sola.  
oppure  
fornire assistenza al paziente mentre indossa alcuni gioielli; la paziente è invece in grado di truccarsi da sola.

tipo 3: procedere al trucco e a far indossare i gioielli.

---

## 3152 ELIMINARE IL TRUCCO

**SCOPO:** Contribuire al benessere del paziente.

**DESCRIZIONE:** Togliere il trucco e i gioielli.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per tale attività.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire l'occorrente per rimuovere il trucco.  
mettere a posto i gioielli.

tipo 2: fornire assistenza al paziente mentre si strucca; è invece in grado di mettere via i gioielli da sola.

tipo 3: struccare e riporre i gioielli.

## **IGIENE ORALE**

### 3160 TAMPONI DI GLICERINA

**SCOPO:** Assicurare l'igiene.

Prevenire le infezioni orali e la secchezza della mucosa buccale.

**DESCRIZIONE:**

Assicurare una cura adeguata della bocca usando tamponi di glicerina.

Sciacquare la bocca con un collutorio, se necessario.

Fornire assistenza durante i gargarismi, se necessario.

Applicare una pomata sulle labbra, se necessario.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e giornaliero per tale attività.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:**

tipo 1: fornire l'occorrente per l'igiene della bocca.

tipo 2: fornire l'occorrente e assistere il paziente mentre si lava.

tipo 3: eseguire tutte le operazioni di pulizia.

## 3170 LAVAGGIO DEI DENTI

**SCOPO:** Assicurare l'igiene.

Prevenire le infezioni orali e la secchezza della mucosa buccale.

**DESCRIZIONE:** Assicurare una cura adeguata della bocca(denti o denteria) utilizzando lo spazzolino da denti, il water-pick o altri strumenti.  
Sciacquare la bocca con un collutorio, se necessario.  
Fornire assistenza durante i gargarismi, se necessario.  
Applicare una pomata sulle labbra, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per tale attività.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

**STANDARD:** due (2) volte nelle 24 h.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire l'occorrente per l'igiene della bocca.

tipo 2: fornire l'occorrente e assistere il paziente mentre lava la dentiera o procede alle operazioni di pulizia.  
oppure  
fornire l'occorrente, mettere il dentifricio sullo spazzolino, sciacquare e riporre il materiale utilizzato.

tipo 3: Eseguire tutte le operazioni di pulizia.

## VESTIRLO CON ABITI CIVILI

3180 VESTIRLO

3190 SPOGLIARLO

**SCOPO:** Aiutare il paziente a condurre una vita il più possibile normale.  
Contribuire a mantenere una immagine positiva proprio aspetto esteriore.

**DESCRIZIONE:** Predisporre gli abiti **per uscire**.  
Aiutare il paziente ad indossarli.  
Preparare gli abiti per la notte.  
Assistere il paziente mentre si spoglia.  
Riporre gli indumenti.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero per tale attività.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

Annotare sopra  $\overline{x}$  il numero corrispondente al tipo di paziente (abile o disabile).

Per essere considerato **disabile**, il paziente deve essere portatore di una severa limitazione fisica che gli impedisce di vestirsi da solo (ad esempio: nel caso di un paziente spastico che lamenta dolore alla mobilizzazione dell'arto, o nel caso di un paziente tetraplegico che presenta una paralisi flaccida).

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: preparare e riporre gli abiti.

tipo 2: fornire assistenza al paziente mentre si veste o si spoglia, mettendogli o togliendogli il sottabito, le calze o le scarpe, allacciando e slacciando gli abiti.

tipo 3: vestire e spogliare il paziente.

## MOBILIZZAZIONE

	Pag.
<b>Alzarsi e mettersi a letto</b> .....	94
Alarsi con aiuto.....	94
Mettersi a letto o a sedere con aiuto.....	94
Alzare con solleva-persone .....	96
Mettere a letto con solleva-persone .....	96
 <b>Dembulare con aiuto</b> .....	 97
 <b>Spingere la sedia a rotelle o la poltrona geriatrica</b> .....	 98
 <b>Massaggio e cambio di posizione</b> .....	 98
 <b>Esercizio muscolare</b> .....	 99
Esercizi passivi e/o attivi.....	99
Esercizi strutturati passivi e/o attivi.....	99
 <b>Applicare mezzi di contenzione fisica</b> .....	 <b>101</b>

## ALZARSI E METTERSI A LETTO

4010 ALZARSI CON AIUTO

4015 METTERSI A LETTO O A SEDERE CON AIUTO

**SCOPO:** Facilitare la circolazione.  
Prevenire i danni da immobilizzazione.

**DESCRIZIONE:** Predisporre il materiale necessario (sedia, ausili ortopedici), se necessario.  
Fornire assistenza al paziente per:

- scendere dal letto;
- mettersi a sedere sulla sedia;
- alzarsi dalla sedia;
- camminare **ALL'INTERNO** della propria stanza;
- tornare a letto.

Alzare e abbassare le sponde, se necessario.  
Mettere il tavolo alla poltrona geriatrica, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero dell'alzata dal letto e dalla sedia (con aiuto).

Indicare il programma settimanale e giornaliero della messa a letto o sulla sedia (con aiuto).

Annotare "1" sopra  $\bar{x}$  se il paziente non è portatore di amputazioni e **non ha bisogno di alcun ausilio meccanico** per alzarsi o sedersi e mettersi a letto.

Annotare "2" sopra  $\bar{x}$  se il paziente è portatore di amputazioni o **ha bisogno di un ausilio meccanico** (bastone, tripode) per alzarsi o sedersi e mettersi a letto. Specificare nell'apposito spazio (preceduto da una X) il tipo di ausilio utilizzato.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di operatori necessario per fornire assistenza.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: fornire l'occorrente per mettersi in piedi (bastone, tripode), abbassare le sponde. Fare attenzione mentre il paziente si alza o si mette a sedere.

tipo 2: fornire assistenza al paziente mentre si alza o si mette a sedere. Il paziente partecipa attivamente all'azione, è in grado di fare qualche passo, se assistito.

tipo 3: Alzarlo e metterlo a letto. Il paziente è totalmente inabile.

**NOTA:**

Il trasferimento del paziente dal letto o dalla sedia al bagno o sulla comoda viene preso in considerazione nel paragrafo 2050 "*Stanza da bagno o comoda*".

4020 ALZARE CON SOLLEVA-PERSONE  
4025 METTERE A LETTO CON SOLLEVA-PERSONE

**SCOPO:** Prevenire i danni da immobilizzazione.  
Garantire, sia al paziente che allo staff, la sicurezza negli spostamenti.

**DESCRIZIONE:** Predisporre il solleva persone.  
Fornire assistenza al paziente per alzarsi e mettersi a sedere sulla sedia e per tornare a letto.  
Alzare e abbassare le sponde, se necessario.  
Predisporre il tavolo per la sedia geriatrica, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza durante le operazioni di alzata (con solleva persone).

Indicare il programma settimanale e giornaliero delle operazioni di messa a letto (con solleva persone)

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di operatori necessario per fornire assistenza.

**NOTA:** Il trasferimento del paziente dal letto o dalla sedia al bagno o sulla comoda viene preso in considerazione nel paragrafo 2050 "*Stanza da bagno o comoda*".

## 4030 DEAMBULARE CON AIUTO

**SCOPO:** Prevenire i danni da immobilizzazione.  
Consentire al paziente di partecipare alle attività che si svolgono all'interno dell'istituzione.

**DESCRIZIONE:** Predisporre il materiale necessario per camminare (bastone, tripode), se necessario.  
Fornire assistenza al paziente per:  
- camminare **AL DI FUORI** della propria stanza;  
- salire o scendere le scale.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero dei tempi in cui il paziente richiede assistenza da parte del personale per deambulare all'interno dell'istituzione.

Annotare "1" sopra  $\bar{x}$  se il paziente non è portatore di amputazioni o **non ha bisogno di alcun ausilio meccanico** per camminare.

Annotare "2" sopra  $\bar{x}$  se il paziente è portatore di amputazioni e **ha bisogno di un ausilio meccanico** per camminare. Specificare nell'apposito spazio (preceduto da una X) il tipo di ausilio utilizzato.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di operatori necessario per fornire assistenza.

**STANDARD:** Tre (3) volte nelle 24 h per il residente che é a rischio di atrofia muscolare degli arti inferiori.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Guidare il paziente negli spostamenti. (ad esempio: paziente non vedente o con deficit cognitivo tale da impedirgli di trovare la stanza da pranzo, la sua camera, etc...).

tipo 2: fornire assistenza fisica al paziente mentre deambula.

## 4040 SPINGERE LA SEDIA A ROTELLE O LA POLTRONA GERIATRICA

**SCOPO:** Diminuire il livello di isolamento.  
Consentire al paziente di partecipare alle attività che si svolgono all'interno dell'istituzione.

**DESCRIZIONE:** Spingere la sedia a rotelle al di fuori della stanza del paziente.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.

---

## 4050 MASSAGGIO E CAMBIO DI POSIZIONE

**SCOPO:** Prevenire le irritazioni cutanee e i danni da immobilizzazione.  
Facilitare la circolazione.

**DESCRIZIONE:** Cambiare posizione al paziente rispettando l'allineamento del corpo.  
Frizionare e massaggiare le zone soggette a maggiore pressione.  
Rimuovere o cambiare i mezzi di protezione quali il vello di pecora, qualora necessario.  
Cambiare le lenzuola completamente o in parte, se necessario.  
Alzare e scendere le sponde, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero dei tempi in cui avviene il cambio di posizione.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di operatori necessario per fornire assistenza.

**STANDARD:** otto (8) volte nelle 24 h per il residente allettato.  
Nessuno per il paziente indipendente ed in grado di deambulare.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: guidare il paziente nei cambi di posizione.

tipo 2: massaggiare il paziente che accusa dolore al fondoschiena.  
E' in grado di cambiare posizione da solo.

tipo 3: massaggiare il paziente e cambiarlo di posizione.

## ESERCIZIO MUSCOLARE

4060 ESERCIZI PASSIVI E/O ATTIVI

4070 ESERCIZI STRUTTURATI PASSIVI E/O ATTIVI

**SCOPO:** PASSIVI O ATTIVI: Prevenire l'atrofia muscolo-scheletrica.  
Mantenere la mobilità articolare.

STRUTTURATI: Ripristinare l'attività muscolare dopo ictus o fratture.

**DESCRIZIONE:** Predisporre il materiale necessario per gli esercizi.  
Incoraggiare, assistere il paziente (Esercizio Attivo).  
Effettuare una serie di movimenti **passivi**.  
Seguire un programma di esercizi individualizzato a scopo **riabilitativo** (Esercizi strutturati).

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero degli esercizi attivi o passivi **effettuati dagli operatori del reparto**.

Indicare il programma settimanale e giornaliero degli esercizi strutturati **effettuati dagli operatori del reparto**.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  se non è richiesta la presenza costante del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  se è necessaria la presenza costante del personale per tutta la durata degli esercizi.

Nel caso di esercizi strutturati, annotare "1" sopra la X se il trattamento si propone la riabilitazione a **breve termine** e "2" se a **lungo termine**.

**STANDARD:** una (1) volta nelle 24 h per il residente mobile ma a rischio di atrofia muscolare e/o di sviluppare problemi circolatori.  
due (2) volte nelle 24 h per il residente allettato o che non deambula.

due (2) volte nelle 24 h per il residente che ha problemi fisici e che potrà trarre giovamento da uno programma riabilitativo.

- LIVELLO DI ASSISTENZA:**
- tipo 1: Preparare il materiale necessario.  
Assistere e incoraggiare il paziente nell'eseguire gli esercizi.
  
  - tipo 2: Assistere il paziente nella mobilizzazione degli arti (ad esempio: sollevare il braccio sn fino a un certo livello)  
  
oppure  
  
Incoraggiare il paziente mentre esegue una parte del programma riabilitativo.
  
  - tipo 3: Effettuare una ginnastica passiva.

## 4080 APPLICARE MEZZI DI CONTENZIONE FISICA

**SCOPO:** Proteggere il paziente e i suoi vicini.

**DESCRIZIONE:** Applicare mezzi di contenzione quali:

- cinghia pettorale;
- cinghia da polso;
- cinghia per caviglie;
- cintura addominale;
- grembiule antincendio.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di applicazione delle misure di contenzione.

Annotare "1" sopra  $\bar{x}$  se il paziente non è **agitato**.

Annotare "2" sopra  $\bar{x}$  se il paziente è **agitato**.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire grembiuli antincendio.

tipo 3: Applicare il grembiule antincendio.  
Applicare misure di contenzione

**NOTA:** Le sponde, il tavolo per la sedia geriatrica e le cinture fissate sulla sedia a rotelle sono mezzi di protezione oltre che mezzi di contenzione. Per tale motivo vengono considerate nei paragrafi 4010-4015 "Alzarsi/mettersi a letto con aiuto" e 4050 "massaggio e cambio di posizione"

## COMUNICAZIONE

	Pag.
<b>Attività di supporto relazionale individuale .....</b>	<b>103</b>
<b>Attività di supporto relazionale individuale - deficit cognitivo .....</b>	<b>104</b>
Definizione delle categorie di deficit cognitivo.....	106
<b>Attività di supporto relazionale individuale - disturbi psichiatrici .....</b>	<b>109</b>
Definizione delle categorie relative ai disturbi di tipo psichiatrico.....	110
<b>Raccolta dati.....</b>	<b>112</b>
Raccolta parziale dei dati .....	112
Raccolta dei dati completa .....	112
Indagini parziale di tipo approfondito.....	113
Indagini complete di tipo approfondito .....	113
Bilancio funzionale .....	114
Bilancio giornaliero.....	114
Tests .....	114
<b>Programma terapeutico di riabilitazione psico-sociale.....</b>	<b>115</b>
Sviluppo del programma .....	115
Verifica del programma.....	115
Gestione del programma.....	116
<b>Incontro con lo psichiatra.....</b>	<b>116</b>
<b>Continuità delle cure .....</b>	<b>117</b>
Stesura del bilancio bio-psico-sociale.....	117
Presentazione del bilancio .....	117
<b>Istruzioni (paziente o figure significative) .....</b>	<b>118</b>
<b>Interventi a scopo preventivo .....</b>	<b>119</b>
<b>Interventi a scopo preventivo con i figure significative .....</b>	<b>121</b>
<b>Attività individuale o di gruppo .....</b>	<b>122</b>
Ricreativa.....	122
Terapeutica .....	123
Uscite dall'istituzione come terapia .....	125

## 5010 ATTIVITA' DI SUPPORTO RELAZIONALE INDIVIDUALE

**SCOPO:** Assicurare uno stato di salute mentale ottimale, aiutando il paziente a conservare il suo equilibrio bio-psico-sociale.  
Rassicurare e confortare il paziente.  
Aumentarne l'autostima.

**DESCRIZIONE:** L'operatore può, sulla base delle necessità del paziente:

- discutere, scambiare informazioni, leggere, commentare;
- offrire una presenza rassicurante,
- incoraggiare il paziente a partecipare alle attività ricreative, culturali, religiose, o di altro genere;
- creare un ambiente favorevole;
- toccare, accarezzare, cullare (principalmente per i bambini).

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e la percentuale (%) di tempo in cui è richiesta tale attività per ogni cambio di turno. La somma delle percentuali deve raggiungere il 100% nelle 24 h.

**NOTA:** Si tratta di una attività di supporto quotidiana richiesta per **tutti i pazienti senza** deficit cognitivi o problemi psichiatrici.

## 5020 ATTIVITA' DI SUPPORTO RELAZIONALE INDIVIDUALE (deficit cognitivo)

**SCOPO:** Conservare la dignità e l'autostima.

Assicurare uno stato di salute mentale e di capacità funzionale il più elevato possibile.

Mantenere, incoraggiare e aumentare la partecipazione alle attività delle ADL.

Aumentare la capacità di collaborazione del paziente.

Diminuirne lo stato d'ansia.

Diminuirne il senso di isolamento.

Favorirne l'integrazione con l'ambiente.

Rassicurare il paziente.

Diminuire il rischio di reazioni emotive abnormi.

**DESCRIZIONE:**

L'operatore può, sulla base delle necessità del paziente:

- Stimolare verbalmente, incoraggiare, persuadere;
- Discutere
- Tenere per mano un paziente ansioso o agitato.
- Favorirne l'orientamento chiamandolo per nome, ricordando la data, la stagione, etc...
- Ripetere le istruzioni;
- Spiegare nuovamente, cercando parole più semplici, ricorrendo a simboli gestuali e alla mimica facciale.
- Stabilire un contatto visivo;
- Usare il tatto;
- Aspettare per un tempo sufficiente che il paziente dia una risposta;
- Prestare attenzione a richieste mute o verbali;
- Fare attenzione al comportamento e ai suoi significati;
- Riprovare più tardi, se il paziente si rifiuta al momento di collaborare;
- Distrarre l'attenzione in caso di tensioni;
- Facilitare la esternazione dei sentimenti;
- Costituire una presenza rassicurante.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e la percentuale (%) di tempo in cui è richiesta tale attività per ogni cambio di turno. La somma delle percentuali deve raggiungere il 100% nelle 24 h.

Annotare sopra  $\bar{x}$  il tipo di **deficit cognitivo**. Ciascuna delle cinque categorie (lieve, lieve moderato, moderato severo, severo attivo/passivo) viene definita nelle pagine seguenti.

Annotare sopra  $\bar{y}$  il grado di **collaborazione o partecipazione** del paziente alle attività quotidiane (pasti, eliminazione, igiene, mobilizzazione, terapie).

Annotare sopra  $\bar{z}$  l'intensità della **stimolazione** richiesta o concordata con il paziente affinché sia coinvolto nelle attività quotidiane (ADL).

**NOTA:**

Si tratta di una attività di supporto quotidiana richiesta da **tutti i pazienti con** deficit cognitivi.

## **Definizione delle categorie di deficit cognitivo**

**Deficit cognitivo:** si intende il deterioramento delle funzioni mentali con riferimento alla: memoria, attività di pensiero, processo decisionale, attenzione, concentrazione, orientamento, apprendimento,...

### **DEFICIT COGNITIVO DI GRADO LIEVE**

**Profilo:** Sono presenti deficit cognitivi minori, quali una ridotta capacità di apprendimento e assimilazione. Il soggetto si distrae con facilità e presenta una ridotta capacità di concentrazione, venendo così a diminuire la memoria e l'apprendimento. Il soggetto lamenta vuoti di memoria, perde gli oggetti o dimentica dove li ha lasciati. Ha difficoltà nel comprendere un discorso rapido. Si può estraniare dalla conversazione ed essere ripetitivo. E' consapevole dei suoi problemi e diventa pertanto ansioso e depresso. Trovandosi in difficoltà esiste una tendenza all'isolamento. Relativamente alle ADL, l'indipendenza è conservata ed è sufficiente ricordargli le cose da fare, dove sono gli oggetti e il materiale necessario. La capacità di interazione con l'ambiente è conservata.

**Ruolo dell'operatore:** L'operatore si rivolge al soggetto lentamente, in modo da dargli tempo di assimilare l'informazione. Ricorda al paziente di tanto in tanto alcune attività della giornata, il tempo e il luogo. Nel tentativo di mantenere le autonomie residue e di prevenire l'isolamento, l'operatore stimolerà il soggetto lodandolo in caso di risposte positive.

### **DEFICIT COGNITIVO DI GRADO MODERATO**

**Profilo:** Sono presenti deficit cognitivi importanti con conseguente difficoltà per compiere le attività delle ADL; si hanno forti ripercussioni sul comportamento sociale e sulla personalità. Il deficit cognitivo è globale. Sono compromesse sia la capacità di comprensione che quella di espressione (scritta e orale). Il soggetto presenta difficoltà nell'iniziare e mantenere la conversazione. Parla soprattutto dei fatti passati e può dare risposte inesatte. Può essere presente uno stato di agitazione, irritabilità, apatia, ansia e spunti depressivi. Esiste ancora la consapevolezza di ciò che lo circonda e riesce a effettuare alcune attività delle ADL.

## DEFICIT COGNITIVO DI GRADO LIEVE MODERATO

**Profilo:** Nonostante i seri deficit cognitivi il soggetto è in genere collaborante. Presenta momenti di aggressività e agitazione, che sono scatenati da affaticamento, sovrastimolazione e da altri fattori. Compatibilmente con il grado di autonomia fisica, il soggetto è in grado di girare da solo anche se ha bisogno di aiuto per orientarsi. Il suo girovagare non comporta conflitti. L'operatore ritiene che il soggetto "non sia affatto distruttivo o lo sia solo raramente" .

**Ruolo dell'operatore:** Essendo presenti importanti deficit cognitivi, il soggetto necessita di aiuto in alcune o tutte le attività delle ADL. L'aiuto è diversificato sulla base delle potenzialità del soggetto in modo tale da conservarne la dignità, l'autostima e le capacità residue, nonché per assicurare un legame con l'ambiente. Il soggetto è sensibile alle manifestazioni di affetto ma ha difficoltà nell'esternare i sentimenti (comprensione ed espressione); l'operatore deve avere l'abilità di stabilire un legame reale attraverso lo sguardo, il tatto e gli scambi verbali quotidiani, allo scopo di mantenere le capacità residue.

L'operatore è consapevole del fatto che il soggetto non sempre comprende la motivazione dell'intervento assistenziale e che per questo può diventare ansioso anche durante l'esecuzione di semplici manovre: il bagno, l'assunzione dei pasti,....L'operatore dovrà pertanto stabilire sempre un contatto visivo, impartire istruzioni semplici e chiare allo scopo di **facilitare o aumentare** la capacità di **partecipazione** del soggetto.

## DEFICIT COGNITIVO DI GRADO SEVERO MODERATO

**Profilo:** Diversamente da quanto avviene nel caso di deficit LIEVE MODERATO il soggetto è scarsamente partecipante e collaborante, per quanto riguarda la maggior parte delle attività quotidiane. Può essere aggressivo. Il suo girovagare e i disturbi comportamentali, di norma, **generano conflitti con gli altri**.

**Ruolo dell'operatore:** E' in parte simile a quello descritto nel caso di un paziente con deficit cognitivo di tipo LIEVE MODERATO, anche se la maggiore inaccessibilità del paziente richiede una più forte "stimolazione", ossia "spiegare ripetutamente" usando altri termini più comprensibili (parole, gesti, mimica), "negoziare", cercare di trovare una risposta (verbale o non verbale) alle proteste, senza tentare di ragionare. Si tratta di tentativi di far fronte al rifiuto di collaborare da parte del paziente. Questi "stimoli" sono messi in atto sia prima di iniziare l'attività che durante il suo svolgimento (pasto, igiene,...) in quanto il soggetto spesso dimentica la ragione dell'azione intrapresa. L'operatore di fronte ad un rifiuto non insisterà (evitare l'aggressività), mentre riproverà più tardi cercando di ridurre il rischio di comparsa di comportamenti aggressivi o disturbanti.

L'operatore deve avere l'abilità di stabilire una effettiva comunicazione attraverso stimoli non verbali, istruzioni semplici e chiare, termini appropriati allo scopo di **aumentare la capacità di collaborazione e partecipazione** da parte del soggetto.

### **DEFICIT COGNITIVO DI GRADO SEVERO**

**Profilo:** Il soggetto non è più in grado di sostenere la conversazione, in quanto i contenuti sono incoerenti e illogici. La capacità di espressione verbale è compromessa; il soggetto bisbiglia, borbotta, può essere affetto da ecolalia o afasia. Ha pochi contatti sociali; spesso non riconosce i familiari e non ricorda il proprio nome. Non è in grado di svolgere le comuni attività quotidiane; esiste un deficit psicomotorio. Nonostante l'invalidità, il soggetto è ancora sensibile a stimoli affettivi.

### **DEFICIT COGNITIVO DI GRADO SEVERO - PAZIENTE ATTIVO**

**Profilo:** Il soggetto presenta un deficit cognitivo severo ma è ancora in grado di svolgere alcune attività. E' in grado di camminare (girovagare) o mangiare da solo. La capacità di comunicare e porsi in relazione con l'ambiente è pressochè nulla. Le reazioni sono di tipo **automatico**. Come nel caso di deficit moderato, può essere di umore sgradevole.

**Ruolo dell'operatore:** L'operatore ha il compito di conservare gli automatismi e incoraggerà il soggetto a compiere determinate attività. Essendo la capacità di comprendere severamente compromessa, l'operatore dovrà porre attenzione al sistema di comunicazione, preferendo il tatto. Dato che il soggetto non afferra il senso dell'azione, l'operatore dovrà dedicare del tempo per rassicurarlo attraverso gesti o semplici parole.

### **DEFICIT COGNITIVO DI GRADO SEVERO - PAZIENTE PASSIVO**

**Profilo:** Il soggetto non è ancora in grado di svolgere alcuna attività. Si tratta in genere di un paziente costretto a letto o sulla sedia a rotelle. Non presenta alcuna resistenza, e il deficit cognitivo è talmente grave da rendere impossibile qualsiasi tentativo di stimolazione. La capacità di comunicare e porsi in relazione con l'ambiente è minima o inesistente. Nonostante l'invalidità, il soggetto è ancora sensibile a stimoli affettivi anche se non è in grado di rispondere.

**Ruolo dell'operatore:** L'operatore assisterà completamente o parzialmente il soggetto in tutte le attività automatismi. L'operatore cercherà comunque di incoraggiare il soggetto a compiere determinate attività.  
Come abbiamo detto il soggetto è ancora sensibile a stimoli affettivi l'operatore cercherà di stabilire un contatto mediante lo sguardo e il tatto, nonché attraverso stimoli verbali usando una terminologia semplice.

## 5030 ATTIVITA' DI SUPPORTO RELAZIONALE INDIVIDUALE (disturbi psichiatrici)

**SCOPO:** Conservare la dignità e l'autostima.

Mantenere, incoraggiare e aumentare la partecipazione alle attività delle ADL.

Aumentare la capacità di collaborazione del paziente.

Diminuirne lo stato d'ansia.

Favorirne l'integrazione con l'ambiente.

Rassicurare il paziente.

Favorire la capacità di essere all'altezza di un compito.

Diminuire il rischio di reazioni emotive abnormi.

Aumentare la capacità di introspezione.

Evitare comportamenti istrionici.

**DESCRIZIONE:**

L'operatore può, sulla base delle necessità del paziente:

- Stimolare verbalmente, incoraggiare, persuadere;
- Discutere.
- Stabilire un rapporto di fiducia.
- Prestare attenzione a richieste verbali e non verbali.
- Facilitare la capacità di manifestare i propri sentimenti.
- Ricondurlo alla realtà.
- Tenere per mano un paziente ansioso o agitato.
- Ascoltare le critiche.
- Avere un atteggiamento fermo ma essere di sostegno.
- Ripetere le istruzioni;
- Distrarre l'attenzione in caso di tensioni.
- Chiarire le aspettative e stabilire dei limiti.
- Richiamare le aspettative e i limiti stabiliti.
- Costituire una presenza rassicurante.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e la percentuale (%) di tempo in cui è richiesta tale attività per ogni cambio di turno. La somma delle percentuali deve raggiungere il 100% nelle 24 h.

Annotare sopra  $\bar{x}$  il tipo di **problema psichiatrico**. Ciascuna delle tre categorie (lieve, moderato, severo) viene definita nelle pagine seguenti.

Annotare sopra  $\bar{y}$  il tipo di **collaborazione o partecipazione** del paziente alle attività quotidiane (pasti, eliminazione, igiene, mobilitazione, terapie).

Annotare sopra  $\bar{z}$  l'intensità della **stimolazione** richiesta o concordata con il paziente affinché sia coinvolto nelle attività quotidiane (ADL).

**NOTA:**

Si tratta di una attività di supporto quotidiana richiesta da **tutti i pazienti con** disturbi psichiatrici. In relazione alla patologia e

alle condizioni del paziente al momento della valutazione, è possibile scegliere la categoria "*Attività di supporto relazionale individuale - Lievi disturbi psichiatrici*" della durata di 3 giorni e, quella relativa a "*Disturbi psichiatrici di grado moderato*" per 4 giorni.

Un interventi a scopo preventivo(5090) può essere necessaria in caso di pazienti che necessitano di **incontri strutturati**, per esempio una volta/settimana.

## Definizione delle categorie relative ai disturbi di tipo psichiatrico

### DISTURBI PSICHIATRICI DI GRADO LIEVE:

**Profilo:** Il soggetto è a suo agio in un ambiente stabile, dove le aspettative, i ruoli e i limiti sono chiaramente definiti. Le attività strutturate di cui necessita sono minime. Di fronte a nuove situazioni, a eventi inaspettati o a lievi cambiamenti della routine quotidiana può comparire uno stato d'ansia. Il soggetto è tuttavia in grado di superarlo dopo aver ricevuto le opportune spiegazioni. I problemi comportamentali, qualora presenti, non compromettono il rapporto con gli altri ospiti. Le funzioni cognitive sono conservate, ad eccezione di un calo dell'attenzione e della capacità di concentrazione. Rientrano in questa categoria i soggetti che hanno bisogno di schemi mentali strutturati per reagire correttamente di fronte a determinate situazioni o problematiche, ed anche i soggetti che devono essere incoraggiati nell'affrontare le attività quotidiane. I soggetti vengono inclusi in questa categoria, anche se affetti da schizofrenia, paranoia, depressione, ritardo mentale, purchè si tratti di patologie in fase stabilizzata.

**Ruolo dell'operatore:** L'operatore deve assicurare al paziente un **ambiente sicuro** che non generi ansia e conservi le attuali capacità funzionali. Manterrà per quanto possibile costante la routine quotidiana; se un cambiamento appare inevitabile oppure se una richiesta non può essere esaudita, sarà necessaria una adeguata spiegazione al fine di ridurre lo stato di frustrazione ed evitare la comparsa di problemi comportamentali.

## **DISTURBI PSICHIATRICI DI GRADO MODERATO:**

**Profilo:** Il soggetto ha difficoltà nell'affrontare la vita quotidiana. L'ambiente in cui vive deve essere personalizzato attraverso un programma di attività strutturata che in genere viene concordato fra l'operatore e il paziente stesso (sviluppo del piano assistenziale). Possono essere presenti disturbi dell'umore e della cognitivtà, oltre che disturbi comportamentali. Il rapporto con gli altri risulta compromesso a causa del pensionamento, di una mancanza di motivazione o di problemi comportamentali che causano conflitti. Il soggetto mantiene ancora qualche contatto con la realtà; è molto ansioso, il livello di tolleranza è basso, cosicchè pretende risposte e gratificazioni immediate. Rientrano in questa categoria i soggetti che presentano problemi comportamentali (critica, richieste continue), sindromi maniaco depressive e malattie psichiatriche che necessitano di un ambiente idoneo.

**Ruolo dell'operatore:** Chi presta l'assistenza deve fare in modo che vengano rispettate le regole stabilite. L'operatore **deve prestare ascolto** alle critiche, ma deve avere un **comportamento severo anche se disponibile** e comunque paziente, allo scopo di prevenire la comparsa di un decadimento ulteriore. L'operatore cercherà di comprendere le motivazioni dello stato di sofferenza mentale del soggetto in modo da aiutarlo nello sviluppare dei meccanismi di reazione adeguati.

## **DISTURBI PSICHIATRICI DI GRADO SEVERO:**

**Profilo:** Il soggetto è completamente disorganizzato e disturbato. Ha perso ogni contatto con la realtà e presenta uno o più dei seguenti sintomi: psicosi, allucinazioni, idee suicide accompagnate da tentativi reali, eloquio incoerente. Il livello d'ansia è elevato. In relazione alla patologia di base, si possono sviluppare problemi comportamentali quali l'aggressività fisica e verbale, richieste ripetute, anche ogni 15 minuti, accompagnate da un bassissimo livello di tolleranza. Resta sensibile a critiche e rifiuti. Il rapporto con gli altri risulta difficile o assente a causa di una mancanza di motivazione (depressione maggiore) o di aggressività. Il soggetto non può essere ospitato in una Casa Protetta o RSA, ma deve essere trasferito in ambiente psichiatrico.

**Ruolo dell'operatore:** L'operatore deve stabilire un contatto con il paziente, cercando di **rassicurarlo e riportarlo alla realtà**. Dovrà cercare di **far fronte al totale rifiuto di collaborazione** da parte del paziente, stabilendo con lui un contatto amichevole e trovando risposte adeguate alle motivazioni del rifiuto. L'operatore interverrà costantemente in presenza di situazioni conflittuali o di aggressività. Nonostante i gravi disturbi comportamentali, le regole vengono stabilite o concordate con il paziente e chi presta assistenza deve assicurare che esse siano rispettate.

## RACCOLTA DATI

### 5040 RACCOLTA PARZIALE DI DATI (IN MOMENTI SUCCESSIVI)

**SCOPO:** Predisporre un programma assistenziale individualizzato per il paziente.

**DESCRIZIONE:** Raccogliere le informazioni bio-psico-sociali relative allo stile di vita e alle condizioni di salute, utilizzando un modulo di valutazione che consenta la raccolta parziale, in momenti successivi, delle informazioni durante i primi giorni successivi all'ammissione  
oppure  
aggiornare la cartella di ingresso.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di raccolta dati forniti direttamente dal paziente o dai suoi familiari.

**NOTA:** L'aggiornamento del piano assistenziale non viene qui riportato, ma viene preso in considerazione all'interno delle attività di "*comunicazione riferite al paziente (CRP)*".

### 5050 RACCOLTA DI DATI COMPLETA

**SCOPO:** Predisporre un programma assistenziale individualizzato per il paziente.

**DESCRIZIONE:** Raccogliere le informazioni bio-psico-sociali relative allo stile di vita e alle condizioni di salute, al momento dell'ammissione, utilizzando il modulo di valutazione.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di raccolta dati forniti direttamente dal paziente o dai suoi familiari.

**NOTA:** L'aggiornamento del piano assistenziale non viene qui riportato, ma viene preso in considerazione all'interno delle attività di "*comunicazione riferite al paziente (CRP)*".

## 5065 INDAGINI PARZIALE DI TIPO APPROFONDITO

**SCOPO:** Predisporre un programma assistenziale individualizzato per il paziente.

**DESCRIZIONE:** Raccogliere in **occasioni ripetute** le informazioni bio-psico-sociali relative al vissuto personale e alle condizioni di salute del paziente, durante i primi giorni successivi all'ammissione, utilizzando un apposito modulo.  
Esplorare, fra l'altro, le seguenti dimensioni:

- storia sociale;
- età mentale;
- dinamica familiare.

**ISTRUZIONI:** Indicare il(i) giorno(i) e l'ora di raccolta dei dati forniti direttamente dal paziente o dai suoi familiari.

**NOTA:** Questa raccolta di dati, lunga e intensiva, si rivolge esclusivamente al paziente di tipo psichiatrico.  
L'aggiornamento del piano assistenziale non viene qui considerato, ma viene preso in esame all'interno delle attività di "*comunicazione riferite al paziente (CRP)*".

## 5070 INDAGINI COMPLETE DI TIPO APPROFONDITO

**SCOPO:** Predisporre un programma assistenziale individualizzato per il paziente.

**DESCRIZIONE:** Raccogliere al momento dell'ammissione, tramite un modulo predisposto per l'intervista, le informazioni bio-psico-sociali relative al vissuto e alle condizioni di salute del paziente.  
Esplorare, fra l'altro, le seguenti dimensioni:

- storia sociale;
- età mentale;
- dinamica familiare.

**ISTRUZIONI:** Indicare il giorno e l'ora di raccolta dei dati forniti direttamente dal paziente o dai suoi familiari.

**NOTA:** Questa raccolta di data, lunga e intensiva, si rivolge esclusivamente al paziente di tipo psichiatrico.  
L'aggiornamento del piano assistenziale non viene qui considerato, ma viene preso in esame all'interno delle attività di "*comunicazione riferite al paziente (CRP)*".

## 5071 BILANCIO FUNZIONALE

**SCOPO:** Predisporre un programma assistenziale individualizzato per il paziente attraverso un'analisi dei fattori che contribuiscono a mantenere il livello funzionale del paziente.

**DESCRIZIONE:** Tramite un questionario all'uopo predisposto vengono raccolte le informazioni che consentono di comprendere come comportamenti problematici contribuiscono alla perdita di autonomia del soggetto.  
Calcolare il numero delle risposte pertinenti.

**ISTRUZIONI:** Indicare il giorno e l'ora della somministrazione del questionario.

---

## 5072 BILANCIO GIORNALIERO

**SCOPO:** Valutare la risposta del paziente ad una terapia cognitiva e comportamentale.

**DESCRIZIONE:** Accertarsi che il paziente esegua una autovalutazione. Rilevare la presenza di eventuali modificazioni dello stato psichico del paziente. Una valutazione comparativa consentirà di misurare l'impatto terapeutico dei provvedimenti adottati.  
Modificare di conseguenza la terapia cognitiva e comportamentale.

**ISTRUZIONI:** Indicare il(i) giorno(i) e l'ora della valutazione del bilancio giornaliero.

---

## 5073 TESTS

**SCOPO:** Predisporre un programma individualizzato di riabilitazione.

**DESCRIZIONE:** Somministrare un test utilizzando un questionario autovalutativo o eterovalutativo, e se è il caso, ricorrendo a differenti procedure, quali video, gioco dei ruoli, etc...

**ISTRUZIONI:** Indicare il(i) giorno(i) e l'ora della somministrazione del test.

## PROGRAMMA TERAPEUTICO DI RIABILITAZIONE PSICO-SOCIALE

**SCOPO:** Reinsere il soggetto nella società:

- aumentando la sua autonomia sociale;
- facendogli comprendere i comportamenti attesi dalla società nelle attività della vita quotidiana (ADL)
- modificando i comportamenti socialmente inadeguati.

### 5074 SVILUPPO DEL PROGRAMMA

**DESCRIZIONE:**

- Creare un clima amichevole al momento del primo incontro
- Elaborare insieme al paziente un programma riabilitativo (giorni, orari) che prenda in considerazione la capacità di gestione delle seguenti dimensioni:
  - igiene
  - menage quotidiano
  - gestione dei soldi
  - attività occupazionale
  - attività socio-professionale
  - altro
- Considerare lo stato psicologico del paziente, il suo ruolo e le sue limitazioni nei confronti dei rapporti familiari e socio-professionali
- Fissare le date per i controlli periodici del programma concordato.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il giorno e l'ora della elaborazione del programma.

---

### 5075 VERIFICA DEL PROGRAMMA

**DESCRIZIONE:**

Fare il bilancio del giorno o dei giorni trascorsi dall'ultima valutazione basandosi sulle regole decise al momento della stesura del programma. Se necessario, proporre attività da attuarsi durante i giorni successivi.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il(i) giorno(i) e l'ora della verifica del programma riabilitativo.

**5076 GESTIONE DEL PROGRAMMA**

**DESCRIZIONE:** Stabilire le verifiche periodiche del programma. Modificare, qualora necessario, il programma riabilitativo e, se necessario, avvisare il medico curante.

**ISTRUZIONI:** Indicare il giorno e l'ora della programmazione.

---

**5077 INCONTRO CON LO PSICHIATRA**

**SCOPO:** Adattare la terapia sulla base dei bisogni del soggetto.

**DESCRIZIONE:** Segnalare al medico i farmaci che costituiscono la terapia del paziente. Segnalare le difficoltà e le problematiche insorte dopo l'ultima visita. Accertare i problemi comportamentali, i sintomi clinici e gli effetti collaterali del farmaco, nonché le lamentele del paziente e dei familiari. E' opportuno segnalare variazioni specifiche, ad esempio riguardanti il "ritmo sonno-veglia". Proporre delle variazioni, adattamenti, strategie. Prendere nota delle decisioni del medico.

**ISTRUZIONI:** Indicare il giorno e l'ora della visita medica (psichiatra).

## CONTINUITA' DELLE CURE

**SCOPO:** Assicurare la continuità delle prestazioni.

### 5078 STESURA DEL BILANCIO BIO-PSICO-SOCIALE

- DESCRIZIONE:** Il bilancio bio-psico-sociale comprende le seguenti sezioni:
1. Introduzione: identità del paziente, motivo dell'ingresso.
  2. Semeiologia:
    - presentazione
    - segni psichiatrici
    - antecedenti psichiatrici
    - succinta biografia
    - intervista degli amici e parenti
    - capacità di espressione spontanea
    - capacità di espressione in relazione alle situazioni prospettate durante l'esame psichiatrico
    - comportamento attuale
    - eloquio
    - capacità intellettuale
    - affettività
  3. Pluripatologie
  4. Esame fisico
  5. Esami complementari
  6. Esami diagnostici
  7. Psicopatologia
  8. Piano terapeutico
  9. Prognosi
  10. Atti medico-legali
  11. Protezione giuridica del patrimonio
- ISTRUZIONI:** Indicare il giorno e l'ora della stesura del bilancio bio-psico-sociale.
- 

### 5079 PRESENTAZIONE DEL BILANCIO

- DESCRIZIONE:** Durante il trasferimento e/o i movimenti del paziente, presentare il suo bilancio nell'istituzione che lo deve accogliere.
- ISTRUZIONI:** Indicare il giorno e l'ora della presentazione.

## 5080 ISTRUZIONI (paziente o figure significative)

**SCOPO:** Facilitare le esperienze di apprendimento secondo le capacità del soggetto.  
Mantenere o aumentarne il grado di autonomia.

**DESCRIZIONE:** Preparare il materiale didattico, se necessario.  
Istruire il paziente o i familiari.

**ISTRUZIONI:** Indicare il calendario del(dei) giorno(i) degli interventi educativi indirizzati al paziente e/o ai familiari.  
Specificare negli appositi spazi, le seguenti informazioni:

**Numero di operatori** (cure infermieristiche): specificare il numero di operatori appartenenti al reparto che insegnano o seguono il paziente **per tutta la durata** dell'attività didattica

**Tempi richiesti** (minuti): indicare la durata dell'attività didattica espressa in minuti.

**Numero dei pazienti:** numero dei pazienti che sono oggetto dell'attività didattica (non vanno contati i familiari). Se l'attività didattica è prestata ai familiari di uno o più pazienti, in assenza del o dei pazienti, indicare comunque il numero dei pazienti oggetto dell'attività.

**Ora di inizio:** indicare l'ora in cui ha inizio l'attività didattica.

Indicare nell'apposito spazio, il soggetto dell'attività didattica.

**NOTA:** Le informazioni generali correlate all'attività infermieristica che vengono fornite al paziente non devono essere considerate attività didattica.

## 5090 INTERVENTI A SCOPO PREVENTIVO

**SCOPO:** Aumentare lo stato di benessere del soggetto  
Effettuare attività di supporto nei periodi maggiormente problematici.

**DESCRIZIONE:** Stabilire un rapporto amichevole con il paziente e aiutarlo sia a parole che con altri mezzi di comunicazione ad:

- esplicitare quelle che sono le sue problematiche.
- aumentare lo stato di consapevolezza.
- accettare le nuove situazioni
- altri

e/o

Stabilire un programma da rispettare per assicurare una adeguata gestione per:

- l'igiene
- capacità comportamentale
- capacità occupazionale
- altri

Questi interventi possono essere strutturati oppure no, ma le problematiche del paziente vengono identificate e esplicitate nel piano assistenziale a meno che non si incontrino difficoltà che limitano le possibilità di intervento. Il quaderno infermieristico documenterà pertanto il problema e la sua modificazione in seguito agli interventi effettuati.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e contrassegnare (T) i turni durante i quali tale attività viene richiesta dal paziente.

Annotare sopra la  $\overline{x}$  il numero corrispondente al tipo di attività:

1. Minima: la terapia di comunicazione richiede meno di 15 minuti/TURNO.
2. Moderata: la terapia di comunicazione richiede più di 15 minuti e meno di 30 minuti/TURNO.
3. Intensiva: la terapia di comunicazione richiede più di 30 minuti e meno di 50 minuti/TURNO.
4. Critica: la terapia di comunicazione richiede più di 50 minuti/TURNO.

Precisare nell'apposito spazio, il problema, l'obiettivo e i tipi di interventi necessari.



## 5120 INTERVENTI A SCOPO PREVENTIVO CON I FIGURE SIGNIFICATIVE

**SCOPO:** Aiutare la famiglia a superare i momenti di crisi.

Aiutare la famiglia ad affrontare la situazione in modo realistico.

**DESCRIZIONE:**

Stabilire un rapporto amichevole con i familiari e le altre figure significative, usando sia le parole che altri mezzi di comunicazione per aiutarli ad:

- esplicitare le loro emozioni
- accettare la situazione.
- altri

Questi interventi possono essere strutturati oppure no, ma le problematiche incontrate dai familiari, gli interventi assistenziali e l'evoluzione delle problematiche vengono riportate nella cartella del paziente.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e contrassegnare (T) i turni durante i quali tale attività viene richiesta dai familiari o dalle altre figure significative.

Annotare sopra la  $\bar{x}$  il numero corrispondente al tipo di attività:

1. Minima: la terapia di comunicazione richiede meno di 20 minuti/TURNO.
2. Moderata: la terapia di comunicazione richiede più di 20 minuti e meno di 45 minuti/TURNO.
3. Intensiva: la terapia di comunicazione richiede più di 45 minuti e meno di 75 minuti/TURNO.
4. Critica: la terapia di comunicazione richiede più di 75 minuti/TURNO.

Precisare nell'apposito spazio il tipo di problema, l'obiettivo e gli interventi.

Annotare "1" sopra  $\bar{z}$ , se l'intervento avviene per telefono.

Annotare "2" sopra  $\bar{z}$  se l'intervento ha luogo all'interno della struttura.

**NOTA:**

All'interno **di un determinato turno**, può essere indicato solo un tipo di interazione.

**Per un determinato giorno** (3 turni), possono essere indicati uno o più tipi di interazione.

E' importante sottolineare che l'intervento ha carattere di aiuto e di terapia. Non vengono qui considerate le informazioni fornite ai familiari riguardanti, ad esempio, lo stato di salute del paziente o i suoi oggetti personali.

**ATTIVITA' INDIVIDUALE O DI GRUPPO**

## 5130 ATTIVITA' RICREATIVA

**SCOPO:** Facilitare l'integrazione all'interno del gruppo.  
Instaurare attività ricreative per il paziente.

**DESCRIZIONE:** Verificare la partecipazione.  
Creare un ambiente adeguato.  
Dirigere le dinamiche di gruppo  
oppure  
Accompagnare e fornire assistenza al paziente **per tutta la durata delle attività** ricreative, quali:  
- gioco di carte, tombola, visione di films.  
- lavori manuali (lavoro a maglia, intarsio, giardinaggio)  
- incontri di comunità.  
- altri.  
Aggiornare la sessione di attività.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale delle attività ricreative seguite dal paziente.

Indicare nell'apposito spazio, il tipo di attività ricreativa.

Specificare negli appositi spazi, le seguenti informazioni:

**Numero di operatori dello staff** (personale infermieristico): specificare il numero di operatori appartenenti al reparto che forniscono assistenza al paziente **per tutta la durata dell'attività**.

Il numero è pari a 0 se non è presente nessun operatore.

**Tempi richiesti** (minuti): indicare la durata, espressa in minuti, dell'attività ricreativa.

**Numero dei pazienti:** numero dei pazienti appartenenti all'unità assistenziale che partecipano all'attività ricreativa.

**Ora di inizio:** indicare l'ora in cui ha inizio l'attività ricreativa.

**STANDARD:** Tre (3) volte alla settimana.

## 5140 ATTIVITA' TERAPEUTICA

**SCOPO:** Aumentare la dignità e l'autostima.

Favorire l'integrazione con l'ambiente.

Rendere il paziente consapevole dei suoi problemi comportamentali e aiutarlo.

Aumentare la consapevolezza del paziente attraverso una maggiore interazione con gli altri.

Conservare o incrementare le abilità psico-fisiche.

Mantenere, incoraggiare e aumentare la partecipazione attiva del paziente alle attività sociali svolte all'interno dell' ambiente che lo circonda.

**DESCRIZIONE:**

Verificare la partecipazione.

Creare un ambiente adeguato.

Dirigere le attività terapeutiche

oppure

Accompagnare e fornire assistenza al paziente **per tutta la durata delle attività** terapeutiche, quali:

- sviluppo del senso della realtà
- stimolazione sensoriale
- regressione in senso psichiatrico
- musicoterapia
- incontri terapeutici di gruppo
- terapia occupazionale: ceramica, pittura, falegnameria.
- incontri terapeutici di comunità
- attività fisica come terapia: nuoto, ballo della scopa, esercizio fisico
- attività quotidiane (attività domestiche, ...)
- altri

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale delle attività terapeutiche seguite dal paziente.

Indicare nell'apposito spazio, il tipo di attività terapeutica.

Specificare negli appositi spazi, le seguenti informazioni:

**Numero di operatori dello staff** (personale infermieristico): specificare il numero di operatori appartenenti al reparto che forniscono assistenza al paziente **per tutta la durata dell'attività**.

Il numero è pari a 0 se non è presente nessun operatore.

**Tempi richiesti** (minuti): indicare la durata, espressa in minuti, dell'attività terapeutica.

**Numero dei pazienti:** numero dei pazienti appartenenti all'unità assistenziale che partecipano all'attività terapeutica.

**Ora di inizio:** indicare l'ora in cui ha inizio l'attività ricreativa.

***STANDARD:***

due (2) volte alla settimana per il residente che ha problemi e che potrà trarre giovamento da una attività terapeutica.

***NOTA:***

Questo tipo di attività ha uno scopo **terapeutico** e non ricreativo.

## 5150 USCITE DALL'ISTITUZIONE COME TERAPIA

**SCOPO:** Favorire l'integrazione del paziente nella comunità.  
Favorire l'indipendenza del paziente.

**DESCRIZIONE:** Verificare la partecipazione.  
Creare un ambiente adeguato.  
Dirigere le attività terapeutiche di gruppo quali:

- cinema
- teatro
- compere
- visite culturali
- banca, tribunale, questura
- ricerca
- altri

Fare ritorno in istituzione.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale delle uscite terapeutiche effettuate dal paziente.

Indicare nell'apposito spazio, il tipo di attività.

Specificare negli appositi spazi, le seguenti informazioni:

**Numero di operatori dello staff** (personale infermieristico): specificare il numero di operatori appartenenti al reparto che forniscono assistenza al paziente **per tutta la durata dell'attività**.

Il numero è pari a 0 se non è presente nessun operatore.

**Tempi richiesti** (minuti): indicare la durata, espressa in minuti, dell'attività terapeutica.

**Numero dei pazienti:** numero dei pazienti appartenenti all'unità assistenziale che partecipano all'attività terapeutica.

**Ora di inizio:** indicare l'ora in cui ha inizio l'uscita terapeutica.

**STANDARD:** una (1) volta alla settimana per il residente che ha problemi che potranno trarre giovamento da una uscita.

**NOTA:** Questo tipo di attività ha uno scopo terapeutico e non ricreativo.

## TERAPIA FARMACOLOGICA

	Pag.
<b>Preparazione de àuto-medieazioni.....</b>	<b>127</b>
<b>Preparazione e somministrazione dei medicinali.....</b>	<b>128</b>
Medicinali per os (O) .....	128
per sonda gástrica (enterale) (E) .....	128
per uso rettale (R) .....	128
per uso vaginale (V) .....	128
sulle mucose (M) .....	128
Medicinali - IM/SC/ID.....	129
Medicinali EV - in soluzione / buretrol /attarverso raccodi .....	130

## 6010 PREPARAZIONE DEI AUTO-MEDICAZIONI

**SCOPO:** Favorire l'autonomia del paziente relativamente ai medicinali che può assumere da sè.

**DESCRIZIONE:** Controllare *il(i) medicinale(i)*.  
Preparare i medicinali e conservarli nell'apposito contenitore.  
Controllare i medicinali che il paziente può assumere da solo.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero delle preparazioni.

Indicare sopra  $\bar{x}$  il numero dei medicinali assunti.

**NOTA:** Si la préparation de l'auto-médication est mensuelle, elle ne sera prise en compte que si elle a lieu pendant les 7 jours d'observation.

## PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DEI MEDICINALI

- 6020 MEDICINALI per os (O)
- 6030 MEDICINALI per sonda gástrica (enterale) (E)
- 6040 MEDICINALI per uso rettale (R)
- 6050 MEDICINALI per uso vaginale (V)
- 6060 MEDICINALI sulle mucose(M)

**SCOPO:** Assicurare la sicurezza della somministrazione relativamente ai medicinali prescritti.

- DESCRIZIONE:** Preparare i farmaci in base alla via di somministrazione:
- per os
  - per sonda gástrica
  - per via rettale
  - per via vaginale
  - sulle mucosa e (goccia nas., collirio, inal.,...)
- Controllare i medicinali in doppio con un'altra infermiera, se necessario.
- ISTRUZIONI:** Specificare il nome, la dose e il numero dei medicinali prescritti.
- Barrare la corretta casella (via di somministrazione)
- Indicare il programma settimanale e giornaliero delle somministrazioni.
- LIVELLO DI ASSISTENZA**
- tipo 1: Preparare e fornire i medicinali al paziente
- tipo 2: Preparare, fornire i medicinali e restare con il paziente mentre li assume.
- tipo 3: Preparare, frantumare i medicinali se necessario e somministrarli al paziente.
- NOTA:** Per i medicinali prescritti come "*necessari*" ma non somministrati, indicare solo il nome, la dose e il numero. Nel caso di **terapia inalatoria** (Ventolin, etc...) barrare la casella "*M*" (6060).
- Per le pomate applicate all'interno o all'esterno della rima palpebrale, barrare la casella "*M*" (6060).

6070 MEDICINALI - IM  
6080 MEDICINALI - SC  
6090 MEDICINALI - ID

**SCOPO:** Assicurare la sicurezza della somministrazione relativamente ai medicinali prescritti.

**DESCRIZIONE:** Preparare e iniettare i farmaci in base alla via di somministrazione:  
- intramuscolare (IM)  
- sottocutanea (SC)  
- intradermica (ID)

Controllare i medicinali in doppio con un'altra infermiera, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Specificare, nell'apposito spazio, il nome e la dose del farmaco somministrato.

Indicare il programma settimanale e giornaliero delle somministrazioni per via intramuscolare, sottocutanea o intradermica.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare la siringa; l'iniezione è effettuata dal paziente o da altri non appartenenti allo staff.

tipo 2: Preparare la siringa e fare l'iniezione

**NOTA:** Se due (2) farmaci vengono somministrati con la medesima siringa, indicare il numero "2" nell'apposita casella oraria.

6100 MEDICINALI EV - IN SOLUZIONE  
6110 MEDICINALI EV - BURETROL  
6120 MEDICINALI EV - ATTRAVERSO RACCORDI

**SCOPO:** Assicurare la sicurezza della somministrazione relativamente ai medicinali prescritti.

**DESCRIZIONE:** Preparare e iniettare per via endovenosa i farmaci in base alla via di somministrazione:

- soluzione E.V.
- soluzione BURETROL
- attarverso raccordi

Controllare i medicinali in doppio con un'altra infermiera, se necessario.

Monitorare l'infusione.

**ISTRUZIONI:** Specificare, nell'apposito spazio, il nome e la dose del farmaco somministrato.

Indicare il programma settimanale e giornaliero delle somministrazioni per via endovenosa.

Per le medicazioni iniettate direttamente "attarverso raccordi", annotare sopra Y il volume totale della siringa, dopo diluizione.

## TERAPIA ENDOVENOSA

	Pag.
<b>Terapia endovenosa .....</b>	<b>132</b>
Posizionamento di una via venosa.....	132
Sorveglianza - Infusione # 1 - Infusione # 2 .....	133
Sostituzione della soluzione E.V.- Infusione # 1 - Infusione # 2 .....	134
Sostituzione della via E.V.- Infusione # 1 - Infusione # 2 .....	134
 <b>Sangui e Derivati .....</b>	 <b>135</b>
Prima trasfusione e sostituzione della sacca di emoderivati .....	135
Sorveglianza.....	135

## TERAPIA ENOVENOSA

### 7010 POSIZIONAMENTO DI UNA VIA VENOSA

**SCOPO:** Assicurare il fabbisogno giornaliero di fluidi elettroliti e nutrienti.  
Somministrare i farmaci.

**DESCRIZIONE:** Preparare il necessario per la terapia e.v.  
Eeguire l'iniezione (E.V. o S.C.).  
Posizionare il catetere E.V. o S.C.  
Regolare la velocità di infusione.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero delle  
somministrazioni per via endovenosa.

Specificare, nell'apposito spazio(preceduto da E.V. # 1) il tipo  
di soluzione somministrata

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di operatori necessari per l'attività.

**7020 SORVEGLIANZA - INFUSIONE # 1 - INFUSION # 2**

**SCOPO:** Limitare le complicanze inerenti la terapia endovenosa.

**DESCRIZIONE:** Controllare la soluzione da iniettare.  
Regolare la velocità di infusione.  
Regolare la pompa di infusione, se necessario.  
Individuare il punto di inoculazione.

**ISTRUZIONI:** Sulla riga "I" indicare il giorno e l'ora di **inizio** della terapia. Nel caso di terapia **già in atto**, cerchiare la lettera corrispondente **al primo giorno di osservazione** e indicare il tempo 00:00.

Sulla riga "F" indicare il giorno e l'ora in cui la terapia ha **termine**. Qualora ancora in corso al settimo giorno di osservazione, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare il tempo 23:59.

FINE della terapia vuol dire che viene rimosso il catetere venoso.

**NOTA:** Due codici 7020 (**1** e **2**) vengono riportati nella scheda.

x x

Il primo è riferito a infusione # 1 e il secondo a infusione # 2. Il secondo E.V. corrisponde ad un secondo e contemporaneo sito di infusione oppure a due manovre di infusione attraverso il medesimo sito; ad esempio, mini sacche per terapia antibiotica (una unica via venosa collegata con due vie e due sacche).

Utilizzo del codice 7020 1 per la sorveglianza della prima

x

infusione e il codice 7020 2 per la sorveglianza della seconda

x

infusione (perfusione contemporanea o mini-sacche).

## 7030 SOSTITUZIONE DELLA SOLUZIONE E.V.- INFUSIONE # 1 - INFUSION # 2

**SCOPO:** Mantenere un equilibrio idrico ed elettrolitico.

**DESCRIZIONE:** Sostituire la soluzione E.V. (sacca o bottiglia)  
Regolare la velocità di infusione.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale per la sostituzione della soluzione.

Utilizzo del codice 7030 1 per annotare l'avvenuta sostituzione  
X  
della sacca relativa alla prima infusione e il codice 7030 2 per  
X  
quella riferita alla seconda infusione.

## 7040 SOSTITUZIONE DELLA VIA E.V.- INFUSIONE # 1 - INFUSIONE # 2

**SCOPO:** Limitare le complicanze inerenti la terapia endovenosa.

**DESCRIZIONE:** Sostituire il tubo di infusione (senza reinserire il catetere E.V.).

**ISTRUZIONI:** **Indicare il programma giornaliero e settimanale** per la sostituzione del tubo di infusione.

Utilizzo del codice 7040 1 per annotare l'avvenuta sostituzione  
X  
del tubo di infusione relativamente alla prima infusione e il  
codice 7040 2 per quella riferita alla seconda infusione.  
X

## SANGUI E DERIVATI

### 7050 PRIMA TRASFUSIONE E SOSTITUZIONE DELLA SACCA DI EMODERIVATI

**SCOPO:** Mantenere un adeguato volume ematico circolante.  
Riequilibrare i componenti ematici.

**DESCRIZIONE:** Controllare che l'etichetta della sacca corrisponda a quanto richiesto e al gruppo sanguigno del ricevente.  
Regolare la velocità di infusione.  
Osservazione costante del paziente durante i primi quindici (15) minuti di trasfusione.  
Sostituzione della sacca.  
Sospendere la trasfusione.  
Mettere da parte il materiale per la trasfusione secondo il protocollo.

**ISTRUZIONI:** **Indicare il programma giornaliero e settimanale** per la prima trasfusione e per le successive sostituzioni delle sacche.

**NOTA:** Qualora la terapia infusiva abbia inizio prima di una trasfusione, fare riferimento al codice 7010.

### 7060 SORVEGLIANZA

**SCOPO:** Limitare le complicanze inerenti la terapia trasfusionale.

**DESCRIZIONE:** Controllare almeno ogni venti (20) minuti:  
- la velocità ;  
- l'infusione ;  
- la reazione del paziente.

**ISTRUZIONI:** Sulla riga "I" indicare il giorno e l'ora di **inizio** della trasfusione. **Se è già in atto**, cerchiare la lettera corrispondente al **primo giorno di osservazione** e indicare l'ora 00:00.  
Sulla riga "F" indicare il giorno e l'ora in cui la trasfusione ha **termine**. **Se al settimo giorno di osservazione la terapia è ancora in corso**, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23:59.

## TRATTAMENTI

	Pag.
<b>Dialisi peritoneale ambulatoriale di tipo continuo.....</b>	<b>138</b>
<b>Posizionamento di sonda gastrica.....</b>	<b>138</b>
<b>Drenaggio ad angolo retto.....</b>	<b>139</b>
<b>Drenaggio ad acqua.....</b>	<b>139</b>
<b>Drenaggio con aspirazione.....</b>	<b>140</b>
<b>Blocco/sblocco: sonda e/o catetere .....</b>	<b>140</b>
<b>Irrigazione .....</b>	<b>141</b>
Vaginale.....	141
Vulvare.....	141
Auricolare .....	142
Gastrica .....	142
<b>Immersione degli arti .....</b>	<b>143</b>
<b>Semicupio.....</b>	<b>144</b>
<b>Borsa del ghiaccio o bottiglia dell'acqua calda .....</b>	<b>145</b>
<b>Protesi/ortesi/calze/bendaggi .....</b>	<b>146</b>
Apparecchio acustico .....	146
Occhiali schermati o protesi ottiche .....	147
Calze elastiche .....	148
Fasciatura.....	149
Protesi o ortesi ortopedica .....	150
Busto dorso-lombare o cervico-dorso-lombare .....	151
Sedia a rotelle.....	151
<b>Ferite .....</b>	<b>152</b>
Rimozione dei punti di sutura o clips.....	152
Rimozione del bendaggio o del tampone .....	152
Inserzione di catetere in una ferita.....	152
Irrigazione della ferita.....	153
Igiene e disinfezione di una ferita esposta .....	153
Disinfezione vulvare o scrotale.....	154
Terapia con lampada .....	154

<b>Medicazioni .....</b>	<b>155</b>
Medicazione non sterile asciutta o umida .....	155
Medicazione sterile .....	156
Medicazione sterile complessa .....	156
Medicazione e detersione di una ferita .....	157
<b>Medicazioni atte a favorire il processo di cicatrizzazione.....</b>	<b>158</b>
Con fitostimoline, sofargen, placche per stomia, cotone umido, granuli diadermici.....	158
<b>Detersione di una ferita con forcipe e forbici .....</b>	<b>159</b>
<b>Applicazione di pomata senza o con medicazione.....</b>	<b>160</b>
<b>Manovre precauzionali: barriere.....</b>	<b>163</b>
<b>Manovre precauzionali: estese .....</b>	<b>163</b>

## 8020 DIALISI PERITONEALE AMBULATORIALE DI TIPO CONTINUO

**SCOPO:** Rimozione,attraverso la membrana peritoneale, di sostanze tossiche e prodotti del metabolismo che si accumulano in circolo in presenza di insufficienza renale acuta o cronica.

- DESCRIZIONE:** Sostituzione del materiale necessario (occorrente per il sistema di infusione-drenaggio, adattatore di catetere, sacca di drenaggio,...).  
 Aggiunta di una prolunga al catetere peritoneale, qualora necessario.  
 Inserire l'adattatore di catetere.  
 Preparare la soluzione.  
 Aggiunta del(dei) farmaco(i) alla soluzione per dialisi, se necessario.  
 Monitoraggio della dialisi.  
 Svuotamento del sistema di drenaggio.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale per ciascun ciclo di dialisi.
- LIVELLO DI ASSISTENZA** tipo 1: Predisporre e fornire al paziente l'occorrente per la dialisi.  
 tipo 2: Predisporre ed effettuare la dialisi, il paziente può provvedere allo svuotamento del sistema di drenaggio.  
 tipo 3: Predisporre ed effettuare la dialisi, monitorare il processo della dialisi e svuotare il sistema di drenaggio.

## 8060 POSIZIONAMENTO DI SONDA GASTRICA

**SCOPO:** Somministrazione di farmaci o cibo.  
 Prelievo di un campione del contenuto gastrico.

- DESCRIZIONE:** Disinfettare.  
 Posizionare la sonda o il catetere.  
 Fissare la sonda.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di inserzione della sonda gastrica.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Predisporre l'occorrente,il paziente è in grado di posizionarsi la sonda da solo.  
 tipo 3: Procedere all'inserzione della sonda.

**8070 DRENAGGIO AD ANGOLO RETTO**

**SCOPO:** Facilitare il drenaggio di ferite, organi o cavità.

**DESCRIZIONE:** Fissare i tubi di drenaggio.  
Svuotare la sacca o la bottiglia di drenaggio.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesto **lo svuotamento** del sistema di drenaggio.

Specificare il tipo di tubo richiesto.

---

**8080 DRENAGGIO AD ACQUA**

**SCOPO:** Facilitare il drenaggio di ferite, organi o cavità.

**DESCRIZIONE:** Fissare i tubi di drenaggio o il contenitore.  
Svuotare il recipiente di drenaggio  
Riempire il recipiente con acqua, se necessario.  
Controllare la sicurezza del sistema

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesta **la verifica** del sistema di drenaggio.

Specificare il tipo di sistema di drenaggio ad acqua.

## 8090 DRENAGGIO CON ASPIRAZIONE

**SCOPO:** Facilitare il drenaggio di ferite, organi o cavità.

**DESCRIZIONE:** Fissare i tubi di drenaggio.  
Regolare l'indicatore di aspirazione  
Verificare il funzionamento del sistema di aspirazione e di drenaggio.  
Svuotare e pulire il recipiente di drenaggio.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesta **la verifica** del sistema di drenaggio.

Specificare il tipo di sistema di drenaggio con aspirazione.

## 8100 BLOCCO/SBLOCCO: SONDA E/O CATETERE

**SCOPO:** Ginnastica vescicale.  
Quantizzare lo svuotamento gastrico.

**DESCRIZIONE:** Bloccare la sonda o il catetere.  
Sbloccare la sonda o il catetere.  
Drenare la sonda o il catetere.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui la sonda o il catetere vengono **sbloccati**.

Specificare il tipo di sonda che richiede l'operazione di blocco/sblocco.

**IRRIGAZIONE**

## 8120 IRRIGAZIONE VAGINALE

**SCOPO:** Pulire o disinfettare il vagina.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione per l'irrigazione.  
Procedere all'irrigazione.  
Far drenare il liquido dalla vagina.  
Asciugare l'area perineale.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di irrigazione vaginale.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare e fornire la soluzione per l'irrigazione.  
Riporre l'occorrente.

tipo 3: Procedere all'irrigazione.

---

## 8130 IRRIGAZIONE VULVARE

**SCOPO:** Pulire e disinfettare una ferita in regione vulvare.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione per l'irrigazione.  
Versare lentamente la soluzione sull'area affetta.  
Asciugare la parte con garze sterili.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di irrigazione vulvare.

## 8140 IRRIGAZIONE AURICOLARE

**SCOPO:** Pulire il meato acustico esterno.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione per l'irrigazione.  
Instillare la soluzione all'interno dell'orecchio(e).  
Evacuare il contenuto.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di lavaggio auricolare.

Indicare sopra  $\bar{z}$  il numero delle orecchie da irrigare.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare e fornire il materiale necessario; l'irrigazione viene effettuata da un operatore sanitario non appartenente al personale infermieristico (ad esempio un medico).

tipo 3: Procedere al lavaggio auricolare.

## 8150 IRRIGAZIONE GASTRICA

**SCOPO:** Assicurare un apporto di fluidi adeguato.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione per l'irrigazione.  
Procedere all'irrigazione.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesta l'irrigazione gastrica.

**NOTA:** L'irrigazione gastrica collegata alla nutrizione enterale viene inclusa nella voce "*Nutrizione enterale Continua/Intermittente*" (1100 e 1110)

## 8180 IMMERSIONE DEGLI ARTI

**SCOPO:** Pulire o disinfettare una ferita.  
Preparare la cute prima della medicazione.

**DESCRIZIONE:** Aggiungere il farmaco all'acqua, se necessario.  
Aiutare il paziente a denudare l'arto ammalato, se necessario.  
Iniziare e aiutare il paziente a compiere tale manovra.  
Asciugare la parte, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare e riporre il materiale necessario;  
Fornire il medicamento.

tipo 2: Preparare la soluzione per l'immersione, mettere a nudo o coprire la parte da trattare, oppure asciugare l'arto.  
Riporre il materiale utilizzato.

tipo 3: Preparare la soluzione per l'immersione, aiutare il paziente nel mettere a nudo e coprire la parte da trattare.  
Asciugare l'arto.  
Riporre il materiale utilizzato.

## 8190 SEMICUPIO

**SCOPO:** Curare l'infiammazione o il prurito.

**DESCRIZIONE:** Aggiungere il farmaco all'acqua, se necessario.  
 Aiutare il paziente a svestirsi, se necessario.  
 Iniziare e aiutare il paziente a compiere tale manovra.  
 Asciugare la parte, secondo le necessità.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza per il semicupio.

Annotare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Annotare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'attività.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare e riporre il materiale necessario;  
 Fornire il medicamento.

tipo 2: Preparare la soluzione, aiutare il paziente nel mettere a spogliarsi o a vestirsi, oppure ad asciugarsi.

tipo 3: Preparare la soluzione, spogliare il paziente, asciugarlo e vestirlo.

**8200 BORSA DEL GHIACCIO O BOTTIGLIA DELL'ACQUA CALDA**

**SCOPO:** Curare l'ipertermia.  
Ridurre l'edema.  
Migliorare le condizioni del paziente.

**DESCRIZIONE:** Riempire, coprire e posizionare la(le) borsa(e) del ghiaccio o la(le) bottiglia(e) dell'acqua calda, se necessario.  
Sostituirle, se necessario.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di assistenza per l'applicazione e la sostituzione della borsa del ghiaccio o della bottiglia dell'acqua calda.

Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero di borse necessario al momento di ciascuna applicazione o la loro sostituzione.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire il materiale necessario.  
tipo 3: Riempire, coprire e posizionare la borsa.

**PROTESI/ORTESI/CALZE/BENDAGGI**

8260 APPARECCHIO ACUSTICO - INSERIRE, REGOLARE

8265 APPARECCHIO ACUSTICO - RIMUOVERE

**SCOPO:** Correzione del deficit acustico.**DESCRIZIONE:** Applicare, regolare e rimuovere l'apparecchio acustico.  
Pulire l'apparecchio.**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesta **l'applicazione** o **la necessità di regolare** (8260) l'apparecchio acustico.Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesta **la rimozione** (8265) dell'apparecchio acustico.Annotare sopra  $\bar{z}$  se l'applicazione o la rimozione dell'apparecchio acustico è relativa ad un orecchio (1) o ad entrambi (2).**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire e riporre l'apparecchio acustico

tipo 3: Applicare, regolare, rimuovere e pulire l'apparecchio acustico.

8270 OCCHIALI SCHERMATI O PROTESI OTTICHE - APPLICARE  
 8275 OCCHIALI SCHERMATI O PROTESI OTTICHE - RIMUOVERE

**SCOPO:** Contribuire a mantenere una immagine positiva del proprio aspetto esteriore.  
 Favorire il processo di cicatrizzazione mediante il riposo oculare.

**DESCRIZIONE:**

Mettere e togliere gli occhiali.  
 Mettere e togliere la protesi ottica.  
 Pulizia della protesi ottica.  
 Mettere, togliere e pulire le lenti a contatto.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma giornaliero e settimanale di **applicazione** degli occhiali, delle protesi ottiche o delle lenti a contatto(8270).

Indicare il programma giornaliero e settimanale di **rimozione** degli occhiali, delle protesi ottiche o delle lenti a contatto(8275).

Annotare sopra  $\overline{z}$  se l'applicazione o la rimozione è relativa ad un occhio (1) o ad entrambi (2).

**LIVELLO DI ASSISTENZA:**

tipo 1: Fornire e riporre gli occhiali, le protesi o le lenti a contatto.

tipo 3: Applicare, pulire e rimuovere gli occhiali, le protesi o le lenti a contatto.

8280 CALZE ELASTICHE - INDOSSARE

8285 CALZE ELASTICHE - SFILARE

**SCOPO:** Favorire il ritorno venoso a livello delle estremità inferiori.

**DESCRIZIONE:** Indossare e sfilare le calze elastiche (antiembolizzazione)

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale della frequenza con cui le calze elastiche vengono **indossate** (8280).

Indicare il programma giornaliero e settimanale della frequenza con cui le calze elastiche vengono **sfilate** (8285).

Annotare sopra  $\bar{z}$  se la(e) calza elastica(che) viene utilizzata per una sola gamba (1) o per entrambe (2).

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Porgere e riporre la(e) calza(e).

tipo 3: Far indossare la(e) calza(e).

8290 FASCIATURA - APPLICARE  
8295 FASCIATURA - RIMUOVERE

**SCOPO:** Sostenere o immobilizzare un arto ferito.  
Favorire la circolazione  
Sostenere una parte del corpo.

**DESCRIZIONE:** Applicare o rimuovere uno dei seguenti ausili:  
- stecca  
- supporto scrotale  
- cintura erniario

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **applicazione** della fasciatura (8290).

Indicare il programma giornaliero e settimanale di **rimozione** della fasciatura (8295).

Specificare il tipo di fasciatura.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Porgere al paziente la fasciatura e riporla.

tipo 3: Far indossare,togliere e riporre la fasciatura.

- 8300 PROTESI ORTOPEDICA O ORTESI - APPLICARE  
 8305 PROTESI ORTOPEDICA O ORTESI - RIMUOVERE

**SCOPO:** Correggere o prevenire l'insorgenza di deformità anatomiche.  
 Compensare di deficit ortopedici.

**DESCRIZIONE:** Applicare e rimuovere una delle seguenti protesi ortopediche:  
 - collare cervicale  
 - ortesi  
 - stecca di Bobath  
 - protesi

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **applicazione** della protesi o ortesi (8300).

Indicare il programma giornaliero e settimanale di **rimozione** della protesi o ortesi (8305).

Specificare nell'apposito spazio il tipo di protesi o ortesi.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Porgere al paziente e riporre la protesi o ortesi.  
 tipo 2: Porgere al paziente la protesi e fornire aiuto per fissarla;  
 il paziente è in grado di indossarla da solo.  
 Riporre la protesi.  
 tipo 3: Far indossare, fissare e riporre la protesi.

- 8310 BUSTO DORSO-LOMBARE O CERVICO-DORSO-LOMBARE - APPICARE  
 8315 BUSTO DORSO-LOMBARE O CERVICO-DORSO-LOMBARE - RIMUOVERE

**SCOPO:** Sostenere la colonna vertebrale  
 Prevenire scoliosi vertebrali.

**DESCRIZIONE:** Applicare e rimuovere il busto.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **applicazione** del busto (8310).

Indicare il programma giornaliero e settimanale di **rimozione** del busto (8315).

- 8320 SEDIA A ROTELLE - CHIUSURA  
 8325 SEDIA A ROTELLE - APERTURA

**SCOPO:** Ottenere una posizione corretta.

Permettre la position assise la plus adéquate et la plus sécuritaire possible.

**DESCRIZIONE:** Applicare o rimuovere gli ausili necessari per ottenere una posizione corretta, quali:

- poggiatesta
- bracciolo
- poggiapiedi
- tavolo
- spalliera

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **chiusura** della sedia a rotelle (8320).

Indicare il programma giornaliero e settimanale di **apertura** della sedia a rotelle (8325).

Specificare nell'apposito spazio gli ausili necessari per ottenere una posizione corretta.

**FERITE**

## 8390 RIMOZIONE DEI PUNTI DI SUTURA O CLIPS

**SCOPO:** Favorire la cicatrizzazione.

**DESCRIZIONE:** Disinfezione della parte interessata, se necessario.  
Rimozione dei punti di sutura o delle clips.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **rimozione** dei punti di sutura o delle clips.

---

## 8400 RIMOZIONE DEL BENDAGGIO O DEL TAMPONE

**SCOPO:** Favorire la cicatrizzazione.

**DESCRIZIONE:** Rimozione del bendaggio o del tampone **senza** sostituirli.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **rimozione** del bendaggio o del tampone.

---

## 8410 INSERZIONE DI CATETERE IN UNA FERITA

**SCOPO:** Facilitare il drenaggio.

**DESCRIZIONE:** Disinfettare la zona interessata.  
Inserire e fissare il catetere.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di **inserzione** del catetere.

## 8420 IRRIGAZIONE DELLA FERITA

**SCOPO:** Pulire e disinfettare una ferita.

**DESCRIZIONE:** Preparare la soluzione per l'irrigazione.  
Procedere all'irrigazione.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di irrigazione della ferita.

Specificare il sito di localizzazione della ferita.

---

## 8430 IGIENE E DISINFEZIONE DI UNA FERITA ESPOSTA

**SCOPO:** Favorire il processo di cicatrizzazione di una ferita esposta.

**DESCRIZIONE:** Pulire e disinfettare la ferita.  
Asciugare l'efflusso, se necessario.  
Applicare l'unguento, la polvere o altri medicinali.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di igiene e disinfezione della ferita.

Specificare il sito di localizzazione della ferita.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire l'occorrente; il paziente esegue le operazioni previste da solo.

tipo 3: Effettuare tutte le operazioni previste.

**NOTA:** Scegliere questa azione nel caso di ferite **senza** medicazione. L'applicazione di pomate è inclusa nell'azione.

**8440 DISINFEZIONE VULVARE O SCROTALE**

**SCOPO:** Favorire il processo di cicatrizzazione.

**DESCRIZIONE:** Pulire e disinfettare la vulva, lo scroto, o l'area perineale.  
Asciugare la zona con garze sterili.  
Applicare l'unguento, la polvere o altri medicinali.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di igiene e disinfezione della ferita.

---

**8450 TERAPIA CON LAMPADA**

**SCOPO:** Facilitare il processo di cicatrizzazione.

**DESCRIZIONE:** Effettuare la terapia con lampada  
oppure,  
Applicare un essiccatore.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale delle sedute terapeutiche.

**MEDICAZIONI**

## 8480 MEDICAZIONI NON STERILE ASCIUTTA O UMIDA

**SCOPO:** Proteggere la superficie cutanea o il sito di iniezione.

**DESCRIZIONE:** Rimuovere la medicazione precedente, se necessario.  
Pulire la parte interessata, se necessario.  
Applicare compresse asciutte o umide sulla superficie corporea.  
Ad esempio: compresse umide su una zona infiammata.

oppure

Applicare Nitrol, Transderm,...

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di applicazione di una medicazione non sterile.

Specificare nell'apposito spazio il tipo di medicazione.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare e porgere al paziente il materiale necessario per la medicazione.

tipo 3: Effettuare la medicazione.

**NOTA:** L'applicazione della pomata si considera inclusa nell'azione.

## 8490 MEDICAZIONE STERILE

**SCOPO:** Favorire il processo di cicatrizzazione.

**DESCRIZIONE:** Rimuovere la medicazione precedente, se necessario.  
Indossare i guanti, se necessario.  
Pulire e disinfettare la ferita.  
Applicare pomata, polvere o altro, se necessario.  
Applicare la garza o il cerotto.  
Ad esempio : medicare una piaga da decubito del secondo stadio.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di applicazione di una medicazione sterile.  
  
Specificare nell'apposito spazio la posizione della medicazione.

**NOTA:** L'applicazione della pomata si considera inclusa nell'azione 8490.

---

## 8500 MEDICAZIONE STERILE COMPLESSA

**SCOPO:** Assorbire l'abbondante materiale di spurgo.  
Favorire il processo di cicatrizzazione.

**DESCRIZIONE:** Applicare ulteriori medicazioni sopra quella già esistente.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di applicazione di tale medicazione.  
  
Specificare la posizione della medicazione.

## 8510 MEDICAZIONE E DETERSIONE DI UNA FERITA

**SCOPO:** Favorire il processo di cicatrizzazione cutaneo.  
Rimuovere il drenaggio.  
Prevenire un eventuale peggioramento della ferita.

**DESCRIZIONE:**

- Rimuovere la medicazione precedente o il tampone.
- Indossare i guanti.
- Mobilizzare il drenaggio o rimuovere il tampone, se necessario.
- Svuotare la sacca, se necessario.
- Pulire e disinfettare la ferita.
- Applicare l'unguento, la polvere, il tampone o altro, se necessario.
- Rifare o fissare la medicazione.
- Fissare il drenaggio, se necessario.

**ISTRUZIONI:**

- Indicare il programma giornaliero e settimanale della medicazione.
- Specificare nell'apposito spazio la posizione della medicazione.
- Annotare sopra  $\bar{z}$  il numero dei drenaggi posizionati sulla ferita.

**NOTA:**

- Vanno incluse le ferite, che seppure produttive, non presentano tamponi o drenaggi.

## MEDICAZIONI ATTE FAVORIRE IL PROCESSO DI CICATRIZZAZIONE

- 8520 CON FITOSTIMOLINE
- 8530 CON SOFARGEN
- 8540 CON PLACCHE PER STOMIA
- 8550 CON COTONE UMIDO
- 8560 CON GRANULI DIADERMICI

**SCOPO:** Favorire il processo di cicatrizzazione.  
Prevenire l'insorgenza di infezioni su aree di ustione.

**DESCRIZIONE:**

- Rimuovere la medicazione precedente.
- Indossare i guanti.
- Pulire e disinfettare la ferita.
- Applicare pomata, polvere o altro.
- Applicare compresse medicate.
- Fissare la medicazione.

**ISTRUZIONI:**

- Indicare il programma giornaliero e settimanale della medicazione.

Specificare la localizzazione della ferita.

Annotare sopra  $\bar{x}$  il numero corrispondente alla superficie della ferita.

**NOTA:**

Tali medicazioni sono in genere utilizzate nel trattamento dei decubiti di III stadio con danno del tessuto muscolare e/o osseo.

## 8570 DETERSIONE DI UNA FERITA CON PINZA E FORBICI

**SCOPO:** Rimuovere il tessuto necrotico  
Favorire il processo di cicatrizzazione

**DESCRIZIONE:** Pulire la ferita utilizzando pinza e forbici.

**ISTRUZIONI** Indicare il programma giornaliero e settimanale della medicazione.

Annotare sopra  $\bar{x}$  il numero corrispondente alla superficie della ferita.

Specificare nell'apposito spazio l'area da detergere.

- 8580 APPLICAZIONE DI POMATA SENZA MEDICAZIONE  
 8590 APPLICAZIONE DI POMATA CON MEDICAZIONE

**SCOPO:** Dare sollievo al paziente con **affezioni dermatologiche**.

- DESCRIZIONE:** Applicare la pomata dermatologico su una superficie cutanea.  
 Avvolgere la parte, se necessario.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma giornaliero e settimanale di applicazione della pomata senza medicazione (8580).
- Indicare il programma giornaliero e settimanale di applicazione della pomata con medicazione (8590).
- Annotare sopra  $\bar{z}$  la percentuale totale (%) di superficie corporea che richiede l'applicazione della pomata da un membro dello staff del reparto.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Preparare e porgere al paziente il materiale necessario per la medicazione.
- tipo 3: Effettuare l'applicazione di pomata.
- NOTA:** Specificare il tipo di prodotto utilizzato (nome), la localizzazione e gli orari dell'applicazione di pomata.
- L'applicazione di creme nutrienti utilizzate per l'igiene personale non deve essere indicata.

**ESEMPIO:**

1. Idrocortisone da applicare sul braccio alle ora 10.00 e alle 20.00  
 Pevaril da applicare nella zona inguinale alle ore 10.00 Z= % della  
 superficie corporea.  
*Specificare:*

9 Idrocortisone-braccio sn 1 (3) (L m M G V S D) ora 10.00 - ora 20.00  
 z

1 Pevaril-inguine 1 (3) (L m M G V S D) ora 10.00  
 z

2. Hirudoid sulle emorroidi ora 10.00 e ora 20.00  
 Canesten a livello del solco mammario ora 10.00  
 Loticort sulle ginocchia(2) ora 10.00, 14.00 e 20.00  
 Z= % della superficie corporea.  
*Specificare:*

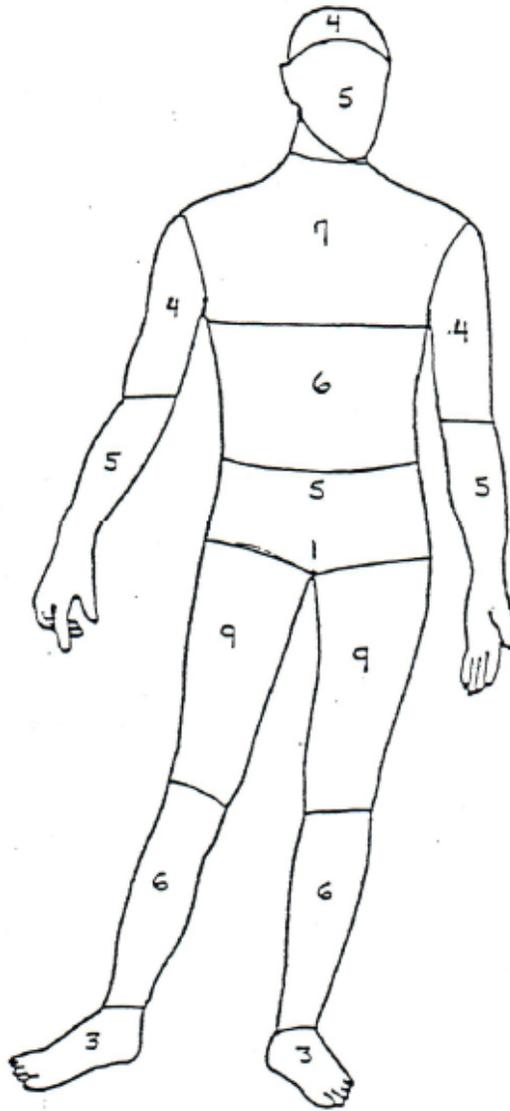
1 Hirudoid emorroidi 1 (3) (L m M G V S D) ora 10.00 - ora 20.00  
 z

2 Canesten mammelle 1 (3) (L m M G V S D) ora 10.00  
 z

2 Loticort ginocchia(2) 1 (3) (L m M G V S D) ora 10.00  
 z ora 14.00  
 ora 20.00

COME CALCOLARE LA PERCENTUALE  
DELLA SUPERFICIE CORPOREA

Considerare le seguenti superfici uguali a:



- ascella:	1%
- glutei	5%
- coccige	1%
- gomiti	1%
- viso	5%
- inguine	1%
- emrroidi	1%
- anca	2%
- ginocchio (1)	1%
- narici	1%
- cranio	4%
- solco mammario	1%

## 8630 MANOVRE PRECAUZIONALI: BARRIERE

**SCOPO:** Prevenire le infezioni.

Proteggere i membri dello staff durante manovre a rischio

**DESCRIZIONE:** Lavare le mani con cura prima e dopo l'azione infermieristica.  
Indossare (sterili o non sterili):  
- grembiule  
- maschera  
- guanti  
**durante specifiche attività.**  
Riporre il materiale utilizzato negli appositi contenitori, come richiesto.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui tali manovre si rendono necessarie.

Specificare quale sia l'azione infermieristica che richiede tali precauzioni e indicarne la motivazione.

---

## 8640 MANOVRE PRECAUZIONALI (ossia non limitate al paziente)

**SCOPO:** Prevenire le infezioni.

Proteggere i membri dello staff durante manovre a rischio

**DESCRIZIONE:** Lavare le mani con cura prima e dopo l'azione infermieristica.  
Indossare (sterili o non sterili):  
- grembiule  
- maschera  
- guanti  
**qualunque sia l'attività assistenziale prestata.**  
Riporre il materiale utilizzato negli appositi contenitori, come richiesto.

**ISTRUZIONI:** Sulla riga "I" annotare il giorno e l'ora di messa in atto di tali precauzioni. Se erano preesistenti, cerchiare la lettera corrispondente al primo giorno di osservazione e indicare l'ora 00.00.

Sulla riga "F" annotare il giorno e l'ora in cui cessano tali precauzioni. Se permangono al settimo giorno di osservazione, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23.59.

Specificare, nell'apposito spazio, quale sia la motivazione che spiega l'uso di tali precauzioni.

## PROCEDURE DIAGNOSTICHE

	Pag.
<b>Osservazione</b> .....	<b>165</b>
Bio-psico-sociale (ad intervalli) .....	165
Bio-psico-sociale (costante) .....	166
<b>Parametri virali</b> .....	<b>167</b>
Temperatura .....	167
Respirazione .....	167
Polso .....	167
Pressione arteriosa .....	168
<b>Parametri neurologici</b> .....	<b>168</b>
<b>Parametri vascolari</b> .....	<b>168</b>
<b>Valutazione dei liquidi assunti</b> .....	<b>169</b>
<b>Valutazione fluidi escreti</b> .....	<b>170</b>
<b>Peso/circonferenza</b> .....	<b>171</b>
<b>Raccolta delle 24 ore</b> .....	<b>172</b>
Escreato.....	172
Urine.....	173
<b>Filtraggio delle urine</b> .....	<b>174</b>
<b>Campioni, analisi semplice</b> .....	<b>174</b>
Secreto.....	174
Feci .....	174
Urine (analisi) .....	175
Urine (colture).....	175
Sangue.....	176
<b>Test semplici da effettuarsi nel reparto</b> .....	<b>176</b>
Clinitest-Acetest .....	176
Glicemia.....	177
<b>Assistenza durante l'esame</b> .....	<b>178</b>
<b>Assistenza durante una manovra medica</b> .....	<b>179</b>

**OSSERVAZIONE**

9010 BIO-PSICO-SOCIALE (ad intervalli)

**SCOPO:** Valutare lo stato di salute fisico, psicologico e sociale del paziente.  
Prevenire l'insorgenza di complicanze.

- DESCRIZIONE:** Prendere in esame o valutare uno o più dei seguenti parametri:
- esame fisico (dolore, insonnia, edema arti inferiori, ferita infetta, altro)
  - rischio di cadute a terra
  - comportamento sociale (aggressività, isolamento, agitazione psicomotoria, tentativi di fuga, altro)
  - rischio di ustioni
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui l'osservazione è richiesta al di fuori e al di là degli altri interventi richiesti.
- Specificare quale sia la ragione che rende necessaria l'osservazione.
- STANDARD:** Minimo una (1) volta al notte per il residente che non necessita di cure durante la notte.
- NOTA:** L'osservazione che viene effettuata durante un'azione infermieristica (**simultaneamente**), ad esempio, osservare lo spurgo mentre si medica la ferita, non deve essere considerata all'interno della frequenza dell'azione di osservazione. Questo tipo di osservazione è incluso nell'azione infermieristica.

9020 BIO-PSICO-SOCIALE (costante)

**SCOPO:** Determinare lo stato di salute fisico, psicologico e sociale del paziente.  
Prevenire l'insorgenza di complicanze.

**DESCRIZIONE:** Osservazione costante e ininterrotta del paziente.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale con cui avviene l'osservazione costante del paziente.

Indicare negli appositi spazi, le seguenti informazioni:

**il numero di infermieri richiesto:** indicarne il numero necessario per osservare il paziente per il periodo richiesto.

**durata:** indicare il tempo (in minuti) in cui viene effettuata l'osservazione.

**numero di pazienti:** indicare il numero di coloro che richiede un'osservazione costante per il periodo di tempo preso in esame.

**inizio:** indicare l'ora in cui ha inizio l'osservazione.

**NOTA:** L'osservazione costante **non è rappresentata da:**

- presenza costante durante attività quali il bagno o la somministrazione dei pasti, per le quali essa è implicita nel caso di un livello di assistenza tipo 3.
- presenza durante attività ricreative o terapeutiche, per le quali si ritiene implicita.

**L'osservazione si definisce costante se:**

- è richiesta per un periodo che va da 1 a 24 h al giorno ed è motivata dallo stato di salute fisico o psicologico del paziente.
- è richiesta da un gruppo di pazienti per una o molte ore ed è motivata dalle problematiche psicologiche inerenti quel gruppo di pazienti.

Durante il periodo di osservazione, che è costante, l'infermiere dovrà fare fronte alle necessità nutritive e ai bisogni funzionali del paziente. Questi verranno registrati sulla scheda in aggiunta alla attività di osservazione.

## PARAMETRI VITALI

- 9030 TEMPERATURA ORALE  
 9040 TEMPERATURA RETTALE  
 9050 TEMPERATURA ASCELLARE

**SCOPO:** Determinare la temperatura corporea.

**DESCRIZIONE:** Misurare la temperatura:  
 - orale  
 - rettale  
 - ascellare

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene rilevata la temperatura corporea.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Porgere il termometro al paziente e leggere la temperatura.  
 tipo 3: Pogere o posizionare il termometro, restare accanto al paziente e leggere la temperatura.

- 9060 RESPIRAZIONE

**SCOPO:** Determinare la funzione respiratoria.

**DESCRIZIONE:** Misurare la frequenza respiratoria.  
 Valutare il tipo e la qualità del respiro.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene valutata la funzione respiratoria.

- 9070 POLSO

**SCOPO:** Valutare la funzione cardio-vascolare.

**DESCRIZIONE:** Misurare la frequenza cardiaca al polso.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene valutata la frequenza cardiaca al polso.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Annotare la frequenza che il paziente riferisce.  
 tipo 3: Prendere il polso.

## 9080 PRESSIONE ARTERIOSA

**SCOPO:** Valutare la funzione cardio-vascolare.

**DESCRIZIONE:** Misurare la pressione arteriosa:  
 - in posizione eretta  
 - a sedere  
 - in posizione supina

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene misurata la pressione arteriosa. Questa può essere valutata consecutivamente in uno o più arti e in differenti posizioni.

Indicare sopra  $\bar{x}$  il numero di arti per i quali è stata misurata **consecutivamente** la pressione arteriosa.

Indicare sopra  $\bar{z}$  il numero di posizioni nelle quali è stata misurata **consecutivamente** la pressione arteriosa.

---

## 9090 PARAMETRI NEUROLOGICI

**SCOPO:** Valutare la funzione neurologica.

**DESCRIZIONE:** Controllare il riflesso pupillare.  
 Determinare il livello di coscienza.  
 Valutare le funzioni motorie, sensoriali e i riflessi.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui vengono rilevati i segni neurologici.

---

## 9100 PARAMETRI VASCOLARI

**SCOPO:** Valutare la funzione circolatoria periferica.

**DESCRIZIONE:** Misurare i polsi agli arti.  
 Valutare il colore e il calore delle estremità.  
 Controllare la sensibilità e la mobilità delle estremità.  
 Verificare la presenza di edema.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui vengono rilevati i segni vascolare.

**NOTA:** S'il s'agit seulement de vérifier l'oedème, choisir l'action "observation" (9010).

## VALUTAZIONE DEI LIQUIDI ASSUNTI

- 9210 PER VIA ORALE  
 9220 PER SONDA  
 9230 PER VIA ENDOVENOSA

**SCOPO:** Determinare il bilancio idrico.

**DESCRIZIONE:** Misurare l'assunzione di liquidi:

- per os
  - per sonda (gastrica o altro)
  - per e.v.
- Registrare le quantità sulla cartella.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene rilevato il bilancio idrico.

Annotare sopra  $\bar{z}$ , il numero di sonde (9220) e di perfusioni e.v. (9230) da misurare.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:**

tipo 1: Annotare le quantità in cartella.

Il paziente è in grado di riferire la quantità di liquidi assunta.

tipo 3: Misurare i liquidi e annotare in cartella.

## VALUTAZIONE FLUIDI ESCRETI

9240 PER VIA NATURALE

9250 PER CATETERE O SACCHE

**SCOPO:** Determinare il bilancio idrico.

**DESCRIZIONE:**

Misurare i fluidi e solidi escreti:  
 - per via naturale  
 - per catetere urinario (altro)  
 Registrare le quantità sulla cartella.

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene rilevato il bilancio idrico.

Annotare sopra  $\bar{z}$ , il numero di sonde e cateteri da valutare (9250).

**LIVELLO DI ASSISTENZA:**

tipo 1: Annotare le quantità in cartella.

Il paziente è in grado di riferire la quantità di liquidi escreti.

tipo 3: Misurare l'escrezione e annotare in cartella.

## PESO/CIRCONFERENZA

### 9260 PESO CORPOREO

**SCOPO:** Monitorizzare gli aumenti o le perdite di peso corporeo.

**DESCRIZIONE:** Tarare lo strumento.  
Se necessario, prestare assistenza al paziente mentre si veste o si sveste.  
Rimuovere flebo, sonde, ....  
Posizionare il paziente sulla bilancia ordinaria o metabolica.  
Pesare il paziente.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene rilevato il peso corporeo.  
  
Annotare sopra  $\bar{z}$ , il numero di infermieri necessario per pesare il paziente.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 2: Tarare lo strumento, pesare il paziente, che non necessita di alcun tipo di assistenza.  
  
tipo 3: Tarare lo strumento, assistere il paziente, pesarlo.

---

### 9270 CIRCONFERENZA

**SCOPO:** Valutare la ritenzione di liquidi.

**DESCRIZIONE:** Se necessario, prestare assistenza al paziente mentre si veste o si sveste.  
Misurare una o più parti del corpo.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene effettuata la misurazione.  
  
Annotare sopra  $\bar{z}$ , il numero di infermieri necessario per effettuare le misurazioni.

## RACCOLTA DELLE 24 ORE

9280 ESCREATO

**SCOPO:** Raccogliere l'escreato per effettuare l'esame chimico, microbiologico, altro.

**DESCRIZIONE:**

Etichettare i contenitori.  
Raccogliere e conservare i campioni durante le 24 ore.

**ISTRUZIONI:**

Sulla riga "I" annotare il giorno e l'ora in cui **inizia** la raccolta.  
Se era **già in corso**, cerchiare la lettera corrispondente al primo giorno di osservazione e indicare l'ora 00.00.

Sulla riga "F" annotare il giorno e l'ora in cui **cessa** la raccolta.  
Se permangono al settimo giorno di osservazione, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23.59.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:**

tipo 1: Mettere l'etichetta e fornire il contenitore al paziente.

tipo 3: Mettere l'etichetta e raccogliere i campioni.

## 9290 URINE

**SCOPO:** Raccogliere campioni di urine per effettuare l'esame chimico, microbiologico, altro.

**DESCRIZIONE:** Etichettare i contenitori.  
Raccogliere le urine durante le 24 ore.  
Conservare i campioni.

**ISTRUZIONI:** Sulla riga "I" annotare il giorno e l'ora in cui **inizia** la raccolta.  
Se era **già in corso**, cerchiare la lettera corrispondente al primo giorno di osservazione e indicare l'ora 00.00.

Sulla riga "F" annotare il giorno e l'ora in cui **cessa** la raccolta.  
Se permangono al settimo giorno di osservazione, cerchiare la lettera corrispondente all'ultimo giorno di osservazione e indicare l'ora 23.59.

Annotare sopra la  $\bar{x}$  il numero corrispondente ai metodi di raccolta usati.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Mettere l'etichetta e fornire il contenitore al paziente.  
tipo 3: Mettere l'etichetta e raccogliere i campioni.

## 9300 FILTRAGGIO DELLE URINE

**SCOPO:** Ricercare la presenza di eventuali calcoli nelle urine.

**DESCRIZIONE:** Filtrare le urine.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e **il numero di volte** per ciascun turno in cui è richiesta la filtrazione delle urine.

---

**CAMPIONI, ANALISI SEMPLICE**

## 9310 CAMPIONI DI SECRETO (ferita, tracheostomia)

**SCOPO:** Raccogliere i campioni per effettuare l'esame chimico, microbiologico, altro.

**DESCRIZIONE:** Etichettare i contenitori.  
Raccogliere i campioni dalla bocca, naso, orecchie, occhi, tracheostomia o ferite.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene effettuata la raccolta dei campioni.

---

## 9320 CAMPIONI DI FECI

**SCOPO:** Raccogliere campioni di feci per effettuare l'esame chimico, microbiologico, altro.

**DESCRIZIONE:** Etichettare i contenitori.  
Raccogliere i campioni di feci.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene effettuata la raccolta dei campioni.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Mettere l'etichetta e fornire il contenitore al paziente.  
tipo 3: Mettere l'etichetta e raccogliere i campioni.

## 9350 CAMPIONI DI URINE (ANALISI)

**SCOPO:** Raccogliere un campione di urine per effettuare l'esame chimico.

- DESCRIZIONE:** Etichettare i contenitori.  
Pulire l'area perineale.  
Raccogliere il campione di urine.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene effettuata la raccolta dei campioni.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Mettere l'etichetta e fornire il contenitore al paziente.  
tipo 2: Mettere l'etichetta, fornire il contenitore al paziente e assisterlo nelle operazioni di pulizia.  
tipo 3: Mettere l'etichetta, pulire l'area perineale, raccogliere i campioni.
- 

## 9360 CAMPIONI DI URINE (COLTURE)

**SCOPO:** Ottenere un campione sterile di urine per l'esame chimico e batteriologico.

- DESCRIZIONE:** Etichettare i contenitori.  
Pulire e disinfettare l'area perineale o la sonda.  
Raccogliere le urine in modo sterile.
- ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene effettuata la raccolta dei campioni.  
  
Indicare sopra  $\bar{x}$  se i campioni sono stati raccolti in presenza o meno di sonda.
- LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Mettere l'etichetta e fornire al paziente il necessario per la pulizia, dopo avergli illustrato le modalità.  
tipo 2: Mettere l'etichetta, fornire il contenitore al paziente e assisterlo nelle operazioni di pulizia.  
tipo 3: Mettere l'etichetta, pulire l'area perineale, raccogliere i campioni.

## 9380 CAMPIONI DI SANGUE

**SCOPO:** Raccogliere un campione di sangue per effettuare l'esame chimico.

**DESCRIZIONE:** Disinfettare la parte.  
Effettuare il prelievo.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui viene effettuato il prelievo.

Specificare il tipo di esame richiesto.

**TEST SEMPLICI DA EFFETTUARSI NEL REPARTO**

## 9390 CLINITEST - ACETEST

**SCOPO:** Analizzare il campione all'interno del reparto

**DESCRIZIONE:** Effettuare l'esame, all'interno del reparto, su campioni di:

- urine
- feci
- secrezioni
- sangue

Esempio: Zucchero e chetoni  
Destrostix  
Ph gastrico

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui il test si effettua all'interno del reparto.

Se si tratta di un test diverso dal "Clinitest-Acetest", specificare alla voce "Altri" di che esame si tratta.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire al paziente il necessario per eseguire il test.  
Annotare il risultato.

tipo 3: Eseguire il test.

## 9400 GLICEMIA

**SCOPO:** Valutare i livelli ematici di glucosio.

**DESCRIZIONE:** Ottenere un campione di sangue (dito)  
Testare il campione con Glucometer.

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero con cui il test si effettua all'interno del reparto.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 1: Fornire al paziente il necessario per eseguire il test.  
Annotare il risultato.

tipo 3: Eseguire il test.

## 9430 ASSISTENZA DURANTE L'ESAME

**SCOPO:** Osservare il paziente durante l'esame.  
Assistere il medico o il tecnico.

**DESCRIZIONE:** Preparare la stanza  
Preparare e mettere in posizione il paziente.  
Assistere in tutto o in parte durante:  
- esame obiettivo  
- esame ginecologico  
- esame radiologico  
- E.C.G.  
- E.E.G.  
oppure  
Eseguire l'esame (E.C.G., esame ginecologico, ...).

**ISTRUZIONI:** Indicare il programma settimanale e giornaliero di un esame che richiede l'assistenza del personale infermieristico oppure è eseguito dallo stesso.

Specificare, nell'apposito spazio, il tipo di esame.

Indicare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale infermieristico del reparto.

Indicare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'esame.

**LIVELLO DI ASSISTENZA:** tipo 2: Assistere il medico o il tecnico.

tipo 3: Eseguire l'esame.

**NOTA:** L'esame effettuato al di fuori dell'istituzione non viene considerato.

## 9440 ASSISTENZA DURANTE UNA MANOVRA MEDICALE

**SCOPO:** Assistere il medico durante l'esecuzione della manovra.

**DESCRIZIONE:**

Preparare la stanza  
 Preparare e mettere in posizione il paziente.  
 Assistere il medico in parte o per l'intera durata della manovra, in corso di:  
 - toracentesi  
 - puntura lombare  
 - paracentesi  
 - dissezione venosa  
 - inserzione di catetere centrale

**ISTRUZIONI:**

Indicare il programma settimanale e giornaliero dell'intervento medico che richiede l'assistenza del personale infermieristico.

Specificare, nell'apposito spazio, il tipo di intervento.

Indicare "1" sopra  $\overline{w}$  **se non è richiesta la presenza costante** del personale.

Indicare "2" sopra  $\overline{w}$  **se è necessaria la presenza costante** del personale per tutta la durata dell'intervento medico.

**NOTA:**

L'intervento medico effettuato al di fuori dell'istituzione non viene considerato.