



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE  
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

---

Corso di Laurea in INFERMIERISTICA

**APPROCCIO AL PAZIENTE COVID-19:  
PROGETTAZIONE E STESURA DI UNA  
CARTELLA INFERMIERISTICA**

Relatore: Chiar.ma  
**SERENA FRASSINI**

Tesi di Laurea di:  
**MATTIA PERELLI**

A.A. 2019/2020



# Indice

<b>Premessa</b> .....	1
<b>PARTE 1 “DOCUMENTARE L’ASSISTENZA IN ERA COVID”</b> .....	2
<b>CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE</b> .....	2
1.1 – Generalità sulla cartella infermieristica .....	2
1.2 – Il processo assistenziale .....	4
1.3 – Piano assistenziale per la persona affetta da Covid – 19 .....	6
1.4 – Diagnosi infermieristiche associate a Covid – 19.....	11
1.5 – Criticità nel documentare l’assistenza in momenti emergenziali .....	14
<b>PARTE 2 – LA PROGETTAZIONE DI UNA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA “AD HOC”</b> .....	16
<b>CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI</b> .....	16
2.1 – Obiettivo .....	16
2.2 – La ricerca della letteratura .....	16
2.3 – National Earling Warning Score (NEWS2).....	19
<b>CAPITOLO 3 - RISULTATI</b> .....	24
3.1 – La struttura della cartella .....	24
<b>CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI</b> .....	28
4.1 – Discussione .....	28
4.2 – Conclusioni .....	29
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	31
<b>SITOGRAFIA</b> .....	32
<b>ALLEGATI</b> .....	33

## **Premessa**

L'inizio del 2020 è stato caratterizzato dalla ormai nota emergenza sanitaria legata al Covid-19, che ha messo a dura prova la resistenza e le capacità del Sistema Sanitario Nazionale. Si è dovuto sopperire alla mancanza di personale, di posti letto nelle terapie intensive e i vari professionisti sono stati impegnati in prima linea per fronteggiare l'epidemia nei vari setting del servizio sanitario, esposti al rischio di infezione e ad un sovraccarico emotivo: carenza di adeguati dispositivi di protezione individuale, turni di lavoro incalzanti, fatica fisica, riduzione delle risorse umane a causa del numeroso personale colpito dal virus e in alcuni casi precarietà organizzativa dovuta al fatto che l'Italia, in pochi giorni, si è vista catapultata in una situazione inedita; tutto ciò ha caratterizzato la fase 1 della pandemia. A questo, si sono aggiunte situazioni determinate dalla forte pressione a cui è stato sottoposto il SSN, che hanno contribuito ad appesantire ulteriormente il vissuto emotivo dei professionisti: essere stati chiamati ad intervenire in discipline diverse da quelle di appartenenza e la possibilità, sia per medici che infermieri neolaureati, di trovarsi a fronteggiare condizioni critiche che avrebbero richiesto maggiore esperienza.

A complicare ulteriormente questa condizione, il fatto che il Coronavirus non sembra destinato ad arrestarsi e, per questo, risulta difficile redigere un piano di assistenza specifico per il trattamento e l'assistenza infermieristica, in quanto influiscono molteplici fattori sia nella manifestazione della patologia (età, patologie pregresse, stato di salute, difese immunitarie, ecc.), sia nelle risorse a disposizione.

Una criticità dell'assistenza è stata anche quella di aver mantenuto gli standard qualitativi richiesti per la tenuta delle cartelle infermieristiche, nonostante fossero cambiate le condizioni lavorative in cui si sono trovati gli infermieri.

Il rationale di questa tesi è la necessità di ottimizzare l'assistenza ai pazienti affetti da Covid-19 anche attraverso la predisposizione di adeguati piani assistenziali e di una documentazione infermieristica che consenta la tracciabilità degli interventi assistenziali anche in condizioni emergenziali.

## **PARTE 1 “DOCUMENTARE L’ASSISTENZA IN ERA COVID”**

### **CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE**

#### **1.1 – Generalità sulla cartella infermieristica**

La cartella clinica è una raccolta di documenti sanitari nei quali sono registrate informazioni anagrafiche, sanitarie, sociali e ambientali di un dato paziente; contiene quindi tutto il suo percorso diagnostico terapeutico di un unico episodio di ricovero dall’ingresso alla dimissione.

Questa è sempre stata considerata di pertinenza medica, in quanto riguardava prettamente gli interventi di competenza medica. Oggi invece viene considerata di utilizzo multi-professionale, in quanto molti professionisti collaborano in modo autonomo all’assistenza della persona: poiché vengono documentati all’interno di essa gli interventi messi in atto da diverse figure professionali, si può parlare di cartella clinica integrata, nella quale parte fondamentale è costituita dalla documentazione infermieristica.

La cartella infermieristica è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione ad una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla stessa, delle informazioni raccolte, dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione assistenziale.

Secondo la definizione contenuta nel DM 739/94 la cartella infermieristica è “lo strumento per rendere visibile, misurabile, osservabile il processo di assistenza infermieristica e quindi l’applicazione del contenuto specifico del profilo professionale”. È proprio attraverso questa che l’infermiere identifica, valuta il bisogno di assistenza dell’utente, formula diagnosi infermieristiche, definisce, documenta e valuta l’attuazione dei piani assistenziali. Attraverso l’identificazione dei problemi assistenziali della persona, essa permette la programmazione di un percorso di assistenza mirato e l’utilizzo di tale strumento consente di sfruttare a pieno il ragionamento diagnostico attraverso il quale l’infermiere mette in atto le opportune scelte assistenziali.

La compilazione della documentazione infermieristica è un dovere dell’infermiere, sia nei confronti dell’assistito, per garantirne la sicurezza e la continuità assistenziale, sia nei

confronti dell'infermiere stesso, per la sua sicurezza e tutela legale in quanto viene considerata come "atto pubblico".

I principi sui quali l'infermiere basa la compilazione della documentazione infermieristica sono i seguenti:

- Il Codice Penale, che stabilisce la responsabilità giuridica dell'infermiere, la sua funzione a livello giuridico e ciò che deve evitare per non incorrere in un reato. Deve per questo rispondere ai requisiti di rintracciabilità, chiarezza, accuratezza, veridicità, pertinenza e completezza;
- Il Codice Deontologico, che determina la responsabilità etica e deontologica che ha l'infermiere nella registrazione del processo assistenziale;
- Il Profilo Professionale e la formazione, che determinano invece la responsabilità professionale che ha l'operatore di registrare quanto avvenuto ed effettuato durante il suo turno di lavoro.

La documentazione infermieristica è composta dalla raccolta dei dati anamnestici, dalle diagnosi infermieristiche, dalla pianificazione degli interventi, dal diario infermieristico, dalle schede di terapia, le schede dei parametri vitali, degli esami diagnostici, la valutazione dell'assistenza prestata all'utente. Non esiste però un modello unico e standard di cartella infermieristica, perciò ogni equipe può progettare e adattarla al contesto specifico.

Documenti che compongono la cartella infermieristica:

- Anamnesi infermieristica: dati anagrafici, diagnosi/motivo del ricovero, patologie concomitanti/croniche, anamnesi farmacologica, tipologia del ricovero, data ingresso e dimissione, valutazione del paziente all'ingresso e alla dimissione con apposite scale di valutazione;
- Scheda della terapia: parte della cartella infermieristica nella quale vengono scritte le prescrizioni mediche relative ai farmaci da somministrare e serve quindi per la gestione della somministrazione. Deve contenere: nome del paziente, tipo di farmaco, dosaggio, orario e via di somministrazione, prescrizione e firma del medico, somministrazione e firma dell'infermiere, data di inizio e sospensione della terapia, allergie ed eventualmente farmaci al bisogno;

- Scheda dei parametri vitali: vengono riportati i parametri vitali del paziente, la rilevazione può essere svolta per periodi definiti su prescrizione medica oppure possono essere rilevati dall'infermiere qualora lo ritenga necessario;
- Scale di valutazione: sono strumenti per individuare in modo oggettivo e preciso i bisogni del paziente; inoltre, compilate più volte durante la degenza, permettono di individuare l'andamento delle condizioni di salute dell'assistito;
- Diario infermieristico: è il documento nel quale l'infermiere registra, durante il proprio turno di lavoro, i dati rispetto a variazioni dello stato di salute del paziente e i relativi interventi assistenziali messi in atto direttamente dall'infermiere o su prescrizione medica.

## **1.2 – Il processo assistenziale**

Il processo assistenziale infermieristico è una procedura metodica e dinamica che permette di studiare una situazione o un problema allo scopo di trovare una soluzione alla persona assistita.

Le fasi del processo assistenziale sono le seguenti:

- Accertamento;
- Identificazione dei problemi di salute della persona;
- Pianificazione degli obiettivi;
- Pianificazione degli interventi;
- Gestione degli interventi;
- Valutazione degli interventi.

### *Accertamento*

L'accertamento è la fase in cui vengono raccolti i dati anagrafici del paziente e tutte le informazioni necessarie per individuare i bisogni assistenziali al momento dell'accettazione. Le informazioni sono raccolte attraverso il colloquio, l'osservazione e la consultazione della documentazione del paziente.

### *Identificazione dei problemi di salute della persona*

In questa fase l'infermiere raggruppa e analizza i dati per identificare lo stato di salute della persona assistita rispetto ai problemi di salute reali o potenziali. Inoltre redige una

relazione sullo stato di salute attuale della persona, i fattori che contribuiscono a determinarlo e stabilisce le diagnosi infermieristiche pertinenti in ordine di priorità.

#### *Pianificazione degli obiettivi*

Qui l'infermiere, dialogando con la persona, stabilisce gli obiettivi che desidera raggiungere. L'obiettivo deve essere specifico, misurabile e raggiungibile. Viene deciso come raggiungere gli obiettivi e con quali risorse; dove raggiungerli e quindi in che contesto (struttura residenziale, ospedaliera o a domicilio) e in quanto tempo raggiungerli (obiettivo a breve, medio e lungo termine).

#### *Pianificazione degli interventi*

L'infermiere stabilisce una strategia di assistenza infermieristica mediante i trattamenti più idonei sulla base delle diagnosi infermieristiche e degli obiettivi formulati nelle fasi precedenti. Il piano di assistenza viene realizzato all'ammissione del paziente e deve essere costantemente aggiornato se si vogliono raggiungere gli obiettivi prefissati.

#### *Gestione e valutazione degli interventi*

Per realizzare al meglio questa fase è necessario che il piano assistenziale sia stato comunicato a tutti coloro che vi interverranno quindi sia agli infermieri che agli operatori di supporto, ma anche al caregiver dell'assistito.

Per quanto riguarda la valutazione degli interventi questi vanno verificati con la persona assistita e con gli altri operatori per individuare quali prestazioni assistenziali erogate siano state efficaci o meno per il raggiungimento degli obiettivi attraverso una serie di indicatori specifici. L'infermiere valuta lo stato di salute della persona effettuando un confronto rispetto ai risultati prefissati. Se il risultato non soddisfa gli obiettivi prefissati o se necessario si modifica il piano assistenziale.

Il processo di assistenza infermieristica è ciclico: ovvero si verificano tutte le fasi per definire ciò che è efficace e cosa invece deve essere modificato.



### **1.3 – Piano assistenziale per la persona affetta da Covid – 19**

Il Coronavirus è una famiglia di virus a RNA che causano malattie respiratorie da lievi a moderate, tipicamente sindromi influenzali, fino a malattie più gravi come la Sindrome respiratoria mediorientale (MERS) e la Sindrome respiratoria acuta grave (SARS).

Il primo caso di polmonite ufficialmente correlato a Sars-Cov-2 è stato riconosciuto il 31 dicembre 2019 a Wuhan, nella provincia di Hubei. Un mese dopo l’OMS chiama COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) la malattia causata dal Coronavirus.

In Italia i primi tre casi si verificano il 15 febbraio 2020 e anch’essi sono correlati alla provincia di Hubei; successivamente il 21 febbraio 2020 è stato confermato il primo caso di trasmissione secondaria in Italia che si è verificato a Codogno (LO). L’infezione si è successivamente estesa in tutte le regioni italiane, interessando in particolare Lombardia, Emilia-Romagna, Piemonte e Veneto.

#### *Come si presenta la malattia?*

Il virus tende ad intaccare principalmente l’apparato respiratorio. Per quanto riguarda la diagnosi viene effettuata attraverso la combinazione di esami strumentali (RX torace, Tac torace ed ecografia toracica) ed esami laboratoristici (emocromo e formula leucocitaria, funzionalità renale ed epatica, D-Dimero, LDH, PCR, emocultura, EGA e, se indicato, il tampone).

Il virus può causare una forma lieve, simil-influenzale e una forma grave. Una forma inizialmente lieve può progredire in una forma grave, soprattutto in persone con patologie croniche pregresse, quali ipertensione, e altri problemi cardiovascolari, diabete, patologie epatiche e altre patologie respiratorie.

Il periodo di incubazione medio stimato è di 5 giorni, variando da 0 a 14 giorni.

#### *Come avviene il contagio?*

Il contagio, come confermato dall’OMS, avviene principalmente da persona a persona ovvero un contatto stretto tra una persona infetta ed una sana.

I Coronavirus sono trasmessi nella maggior parte dei casi attraverso grandi goccioline respiratorie (droplet) emesse con la tosse, gli starnuti o col semplice parlare, e che

rimangono nell'atmosfera per un certo intervallo di tempo e ad una certa distanza che può variare da 1 a 2 metri.

La terapia specifica del paziente con Covid-19 è simile a quella di altre polmoniti virali ed è essenzialmente di due tipi, quella farmacologica e quella ventilatoria (ossigenoterapia, NIV, ventilatoria protettiva).

### *Qual è il tasso di mortalità?*

Il tasso di mortalità è stato riscontrato più elevato con l'avanzare dell'età e risulta, inoltre, direttamente proporzionale al processo di attuazione della prevenzione nelle fasce di età più a rischio.

Inoltre pazienti che presentano condizioni cliniche come le seguenti hanno maggiore probabilità di morte:

- Età > 70 anni;
- Malattie cardiovascolari;
- Malattie respiratorie croniche (BPCO);
- Diabete;
- Obesità.

### *E ad oggi?*

Dallo scoppio globale del COVID-19, gli infermieri hanno risposto alla chiamata per prendersi cura delle persone colpite dal coronavirus e per aiutare a prevenire l'ulteriore diffusione della malattia. La creazione di linee guida chiare per la gestione infermieristica può aiutare gli infermieri ad offrire una migliore assistenza ai pazienti COVID-19 e ad ottimizzare i risultati. Sapere cosa fare prima dell'arrivo di pazienti malati in ospedale garantisce una maggior sicurezza al personale e inoltre permette di tenere, nel migliore dei modi, sotto controllo la diffusione del virus.

La gestione infermieristica per i pazienti con infezione da COVID-19 comprende: valutazione, diagnosi, sviluppo di piani e obiettivi di assistenza infermieristica, interventi, valutazioni e documentazione.

### *Valutazione infermieristica*

Un'attenta analisi è essenziale nella valutazione e nella gestione dei pazienti che possono avere COVID-19, e in particolare in quelli con febbre, malattie respiratorie acute e altri sintomi di infezione. Le valutazioni infermieristiche di questi pazienti dovrebbero includere:

- Cronologia di viaggio: una cronologia di viaggio dettagliata dovrebbe includere viaggi in altri paesi, stati o città con casi COVID-19 attivi;
- Esame obiettivo: una documentazione attenta dei segni e dei sintomi del paziente che possono svilupparsi da 0 a 14 giorni dopo l'esposizione al virus. Il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) elenca i seguenti sintomi:
  - Febbre, brividi;
  - Tosse;
  - Dispnea;
  - Mal di testa;
  - Affaticamento;
  - Mialgia;
  - Gola infiammata;
  - Perdita dell'olfatto (anosmia) o del gusto (ageusia);
  - Congestione nasale;
  - Nausea e vomito;
  - Diarrea.

Non tutti i pazienti però mostrano tutti questi sintomi. In effetti, uno studio<sup>1</sup> pubblicato il 23 giugno 2020, ha rilevato che il 78% dei pazienti con covid-19 aveva la febbre, il 57% ha riferito tosse e il 31% ha affermato di aver accusato maggior stanchezza. Inoltre il 25% ha perso il senso dell'olfatto e il 23% ha perso il senso del gusto.

### *Diagnosi infermieristica*

Una diagnosi infermieristica fornisce un giudizio clinico sulle esperienze e le risposte del paziente a una potenziale infezione da Coronavirus. La diagnosi infermieristica per un paziente con Covid-19 può includere:

- Possibile esposizione al virus;

---

<sup>1</sup> Link allo studio: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone>

- Il livello di conoscenza del paziente sulla trasmissione da Covid-19;
- Febbre;
- Schema respiratorio alterato correlato alla mancanza di respiro;
- Ansia associata all'eziologia sconosciuta della malattia.

#### *Pianificazione e obiettivi dell'assistenza infermieristica*

Stabilire gli obiettivi del piano di assistenza infermieristica può aiutare a migliorare i risultati dei pazienti e ridurre il tasso di trasmissione del virus. I principali obiettivi di pianificazione dell'assistenza infermieristica per Covid-19 possono includere:

- Stabilire obiettivi e interventi;
- Valutazione dei rischi di alterazione dell'integrità della pelle, affaticamento, compromissione del comfort, scambio di gas, esigenze nutrizionali e nausea;
- Prevenire la diffusione dell'infezione da coronavirus ai familiari, alla comunità e agli operatori sanitari;
- Fornire maggiore informazioni sul Covid-19 e la sua gestione al paziente;
- Controllare e ridurre la febbre;
- Ripristino dei normali schemi respiratori;
- Alleviare l'ansia, che è relativamente comune nei pazienti Covid-19, con una combinazione di farmaci ansiolitici e psicoterapia che include tecniche di rilassamento, esercizi di respirazione e incoraggiamento.

#### *Interventi infermieristici*

Sulla base dei dati di valutazione, gli interventi infermieristici dovrebbero concentrarsi sul monitoraggio dei segni vitali, sul mantenimento della funzione respiratoria, sulla gestione dell'ipertermia e sulla riduzione della trasmissione.

- Monitorare i segni vitali, in particolar modo la temperatura e la frequenza respiratoria in quanto febbre e dispnea sono sintomi comuni di Covid-19.
- Monitorare la saturazione di O<sub>2</sub>: la normale saturazione di O<sub>2</sub> misurata con il pulsossimetro deve essere 94% o superiore; i pazienti con gravi sintomi di Covid-19 possono sviluppare ipossia, con valori che scendono notevolmente al di sotto della soglia accettabile da richiedere ossigeno supplementare.

- Gestire la febbre: utilizzare una terapia appropriata per l'ipertermia, inclusa la regolazione della temperatura ambientale, l'eliminazione di indumenti e coperture in eccesso, l'utilizzo di materassi rinfrescanti, l'applicazione di impacchi freddi ai principali vasi sanguigni, l'avvio o l'aumento dei fluidi endovenosi, la somministrazione di farmaci antipiretici come prescritto e preparare l'ossigenoterapia in caso di problemi respiratori derivanti dalle richieste metaboliche di ossigeno durante la febbre.
- Mantenere l'isolamento respiratorio: le stanze di isolamento dovrebbero essere ben segnalate con accesso limitato; tutti coloro che entrano nella stanza ad accesso limitato devono utilizzare dispositivi di protezione individuale idonei, come mascherine e camici.
- Applicare una rigorosa igiene delle mani: per ridurre o prevenire la trasmissione del Coronavirus, i pazienti devono lavarsi le mani dopo aver tossito, così come tutti coloro che entrano o escono dalla stanza.
- Fornire informazioni: istruire il paziente e i familiari sulla trasmissione di Covid-19, i test per diagnosticare la malattia, il processo della malattia, le possibili complicazioni e i modi per proteggere se stessi e la propria famiglia dal Coronavirus.

### *Valutazione*

La valutazione permette agli infermieri di determinare se sono stati raggiunti gli obiettivi prefissati.

Le prove per il raggiungimento degli obiettivi infermieristici per Covid-19 potrebbero includere:

- Il paziente ha prevenuto con successo la diffusione dell'infezione alla famiglia, alla comunità o al personale sanitario;
- Il paziente ha aumentato le sue conoscenze relative al Covid-19 e alla sua gestione;
- Il paziente aveva livelli di temperatura corporea migliorati;
- Ripristino dei normali schemi respiratori;
- Ansia ridotta.

#### **1.4 – Diagnosi infermieristiche associate a Covid – 19**

Di seguito vengono riportate alcune diagnosi infermieristiche legate al Coronavirus che sono state la base di partenza per la realizzazione dell'accertamento e quindi della cartella. Infatti, solamente dopo aver individuato le varie diagnosi associate al paziente Covid è stato possibile delineare e tracciare un accertamento specifico in modo tale che tutti i punti, individuati nelle diagnosi, venissero trattati in maniera corretta ed esaustiva.

##### *Compromissione degli scambi gassosi (00030)*

Definizione: eccesso o deficit di ossigenazione e/o di eliminazione dell'anidride carbonica a livello della membrana alveolo capillare

Caratteristiche definenti: agitazione, cefalea al risveglio, colorito cutaneo anormale, confusione mentale, dispnea, diminuzione dell'anidride carbonica, disturbi della vista, ipercapnia, ipossia, irritabilità, Ph arterioso anormale, sonnolenza, tachicardia e respiro anormale (frequenza, ritmo, profondità)

Fattori correlati: modificazioni della membrana alveolo – capillare; squilibrio ventilazione – perfusione

##### Risultati – NOC

402 - Stato respiratorio: scambi gassosi: scambio alveolare di CO<sub>2</sub> e di O<sub>2</sub> per mantenere le concentrazioni dei gas nel sangue arterioso.

Indicatori di valutazione: stato cognitivo, facilità di respirazione, PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>, pH arterioso, saturazione ossigeno, risultati rx torace

##### Interventi – NIC

3350 – Monitoraggio respiratorio: raccolta e analisi dei dati della persona per assicurare la pervietà delle vie aeree e adeguati scambi gassosi

- 1) Monitorare frequenza, ritmo, profondità e sforzo respiratorio;
- 2) Monitorare i modelli di respirazione: bradipnea, tachipnea, iperventilazione;
- 3) Monitorare per rilevare un eventuale aumento di agitazione, ansia e fame d'aria;

- 4) Monitorare i valori della saturazione arteriosa dell'ossigeno e dell'emogasanalisi, se appropriato;
- 5) Monitorare la capacità della persona di tossire efficacemente;
- 6) Monitorare i risultati della radiografia al torace;
- 7) Monitorare per rilevare eventuale dispnea e le situazioni che la diminuiscono o peggiorano.

Nella tabella seguente sono riportate alcune diagnosi infermieristiche associate ai principali bisogni di assistenza dell'assistito con i rispetti interventi.

BISOGNO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA	DIAGNOSI INFERMIERISTICA	INTERVENTI
Respirare / circolazione	Ventilazione spontanea compromessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monitorare segni e sintomi della dispnea</li> <li>– Monitorare O<sub>2</sub> terapia prescritta</li> <li>– Mantenere la postura corretta</li> <li>– Gestire la tracheotomia e la cannula endotracheale</li> <li>– Aspirare secrezioni al bisogno</li> <li>– Monitorare CPAP</li> <li>– Utilizzare ventilazione assistita non invasiva</li> </ul>
Alimentarsi e bere	Deficit nella cura di sé: alimentazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Assistere la persona nell'assunzione di alimenti</li> <li>– Monitorare la nutrizione e l'idratazione</li> </ul>
	Nutrizione squilibrata inferiore al fabbisogno metabolico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Somministrare, gestire e monitorare la nutrizione parenterale</li> <li>– Somministrare, gestire e monitorare la nutrizione enterale per sonda gastrointestinale</li> <li>– Monitorare la nutrizione</li> </ul>
Eliminazione urinaria	Eliminazione urinaria compromessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Monitorare la minzione</li> <li>– Valutare la quantità e qualità delle urine</li> <li>– Usare presidi necessari</li> <li>– Gestire catetere a permanenza</li> </ul>
Eliminazione intestinale	Stipsi Diarrea	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Valutare quantità e qualità delle feci</li> <li>– Somministrare terapia prescritta e verificarne l'esito</li> <li>– Sorvegliare l'osservanza della dieta</li> </ul>
Muoversi e assumere posizioni adeguate	Deambulazione compromessa Mobilità compromessa	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aiutare la persona assistita nei trasferimenti, se necessario</li> <li>– Sistemare la persona nella posizione terapeutica indicata</li> </ul>

Dormire e riposare	Modello di sonno disturbato	– Verificare il regolare ciclo sonno/veglia della persona
Vestirsi e spogliarsi	Deficit nella cura di sé: vestirsi	– Fornire assistenza fino a che necessario
Mantenere la temperatura corporea	Ipertermia	– Monitorare la temperatura corporea rilevandola periodicamente e al bisogno
Igiene	Deficit nella cura di sé: bagno	– Aiutare la persona nelle cure igieniche quotidiane e al bisogno – Incoraggiare la persona stimolando le capacità residue
Protezione dei tessuti	Mucosa orale compromessa	– Controllare e valutare il cavo orale 2 volte die – Informare la persona sulla corretta esecuzione dell’igiene del cavo orale – Assistere la persona nell’igiene del cavo orale
	Rischio di ulcera da pressione	– Applicare le strategie di prevenzione delle Lesioni da Pressione (LdP) – Controllare la cute ad ogni cambio posturale e applicare crema idratante
	Integrità tissutale compromessa	– Applicare le strategie di prevenzione delle Lesioni da Pressione (LdP) – Monitorare il trattamento ed il miglioramento delle lesioni – Applicare la medicazione adatta al tipo di ferita – Monitorare le caratteristiche della lesione
Evitare i pericoli	Rischio di lesione	– Applicare le attività definite per la gestione dei dispositivi sanitarie – Applicare le attività per la gestione del CVP, CV, CVC – Sorvegliare la persona
	Rischio di infezione	– Mantenere le tecniche di isolamento
	Rischio di cadute	– Informare ed istruire il paziente coinvolto nell’assistenza – Sorvegliare la persona
	Rischio di confusione mentale acuta	– Identificare i fattori di rischio “delirium” e attivarsi per limitarli
Comunicare	Confusione mentale acuta	– Applicare le attività di monitoraggio definite e le procedure per la gestione dell’agitazione psicomotoria
	Comunicazione verbale compromessa	– Favorire il coinvolgimento dei familiari – Facilitare la comunicazione interculturale mediante ricorso a interprete/mediatore culturale



		– Chiarire e verificare la comprensione del messaggio mediante domande e feedback
Apprendere	Conoscenza insufficiente	– Informare sulle attività connesse alla effettuazione della procedura/trattamento

Tabella 1

Altre diagnosi:

- Rischio di difficoltà respiratoria secondaria ad edema polmonare;
- Rischio di volumi di liquido squilibrato correlato ad aumentata presenza di infiltrato alveolare;
- Risposta non funzionale allo svezzamento dal respiratore artificiale;
- Rischio di aspirazione;
- Alterazione dei processi familiari;
- Compromissione del ruolo genitoriale;
- Alterazione dei processi cognitivi;
- Ansia;
- Impotenza;
- Rischio di sindrome da immobilizzazione;
- Incapacità di sostenere la respirazione spontanea;
- Termoregolazione inefficace;
- Alto rischio di carenza di liquidi;
- Alterazione del ciclo dell'eliminazione urinaria;
- Attività respiratoria inefficace;
- Alto rischio di asfissia.

### 1.5 – Criticità nel documentare l'assistenza in momenti emergenziali

Nel pieno della pandemia Covid-19, gli infermieri, così come i medici e gli altri professionisti sanitari, si sono trovati nella condizione di dover bilanciare, e necessariamente riequilibrare, i propri standard professionali, tra i quali anche la corretta tenuta della cartella. L'American Nurses Association ha emesso il documento "Crisis Standard of Care; Covid19 pandemic" nel quale è riportato che: "Nessuna crisi sanitaria cambia gli standard di pratica, il codice etico e le responsabilità degli infermieri". Necessariamente, in caso di crisi, l'equilibrio specifico tra standard professionali e

standard di assistenza deve essere basato sulla realtà della specifica situazione, come la presenza o l'assenza di attrezzature, farmaci o carenza di personale. Le decisioni di cura non possono riguardare "il meglio che si può fare" in condizioni normali, ma sono necessariamente vincolate dalle condizioni specifiche della situazione emergenziale. Questo riguarda anche la tenuta della documentazione infermieristica.

Un aspetto rilevante nella compilazione della documentazione assistenziale è proprio quello delle criticità che possono insorgere in situazioni emergenziali. Infatti, quando si è in uno stato di emergenza il livello di stress e la mole di lavoro da svolgere sono maggiori e questo potrebbe precludere una corretta compilazione della documentazione. In una situazione sconosciuta e tutta da scoprire, in cui non vi è una linea unica da seguire per il trattamento dell'assistito, come può essere quella causata dalla pandemia da Coronavirus, la necessità di documentare in maniera corretta e completa tutto ciò che viene svolto garantisce la corretta e completa trasmissione delle informazioni tra i membri del team assistenziale. Altro aspetto importantissimo è quello di avere a disposizione un format che consenta di tracciare gli aspetti focali e catturare la complessità dell'assistenza, ottimizzando il bilancio tra sensibilità e specificità dell'informazione: il che significa documentare l'assistenza in modo puntuale, sistematico e dettagliato scrivendo il meno possibile ed eliminando tutte le possibili ridondanze e ripetizioni inutili, per snellire la cartella infermieristica e ridurre anche il tempo lavoro dedicato alla sua tenuta.

## **PARTE 2 – LA PROGETTAZIONE DI UNA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA “AD HOC”**

### **CAPITOLO 2 - MATERIALI E METODI**

#### **2.1 – OBIETTIVO**

Lo scopo del mio lavoro di tesi è quello di realizzare una cartella infermieristica completa e trasversale, applicabile nei contesti assistenziali che accolgono paziente con infezione Covid-19 sospetta o accertata per:

- avere un quadro globale ed immediato della situazione dell’assistito nell’arco della giornata e della settimana
- monitorare il grado di risposta dell’assistito
- acquisire informazioni chiave per i processi decisionali trainanti l’assistenza
- ottimizzare e, nel medesimo tempo, facilitare la corretta tenuta della documentazione infermieristica e consentire la tracciabilità degli interventi anche in situazioni di tipo emergenziale

#### **2.2 – LA RICERCA DELLA LETTERATURA**

La cartella è stata realizzata a partire dal format adottato nei reparti dell’Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord. È stata condotta una ricerca sia nella banca dati Pubmed, sia attraverso il motore di ricerca Google Scholar, con l’obiettivo di reperire linee guida e documenti di indirizzo utili alla costruzione di una cartella infermieristica ad hoc, di facile e snella compilazione, che comprendesse tutti gli aspetti necessari a fornire e documentare in maniera ottimale ma il più possibile sintetica ed esaustiva accertamento, diagnosi infermieristiche e piani di assistenza del paziente Covid-19. Soprattutto in questo periodo di emergenza sanitaria, vi è la necessità di inglobare il maggior numero di informazioni possibili con il minor dispendio di energie sia mentali che temporali. A questo si aggiunge anche la possibilità di facilitare il passaggio delle consegne tra gli infermieri, in quanto rappresenta un momento di importanza fondamentale poiché permette la continuità assistenziale da un turno all’altro. La ricerca è stata effettuata utilizzando parole chiave in lingua italiana e in lingua inglese. La tabella 2 riporta le stringhe di ricerca utilizzate per la ricerca della letteratura, i risultati ottenuti e il numero di documenti selezionati perché ritenuti pertinenti all’obiettivo del lavoro.

**Tabella 2. Ricerca della letteratura**

<b>Parole chiave</b> Nursing documentation, nursing chart, clinical documentation, Covid, quality, cartella infermieristica			
<b>Banca Dati</b>	<b>Stringa e limiti</b>	<b>N° articoli reperiti</b>	<b>N° articoli selezionati</b>
Pubmed	((nursing documentation) OR (nursing chart)) AND (covid)	19	0
	((clinical documentation) AND (covid)) AND (quality)	9	1
Google	“cartella infermieristica” Covid Limiti: dal 1/3/2020 al 1/10/2020	38	1
	“documentazione infermieristica” Covid Limiti: dal 1/3/2020 al 1/10/2020	22	0
	“nursing documentation” Covid	175	3

*Tabella 2*

La ricerca ha prodotto un totale di 266 risultati, che sono stati sottoposti a screening. Dopo avere eliminato tutte le referenze non pertinenti allo scopo del progetto, sono stati selezionati 5 documenti, la consultazione dei quali ha fornito la base per la progettazione della nostra documentazione infermieristica. I documenti selezionati sono i seguenti:

1. Werthmann PG, Riley D, Kienle GS. CARE for COVID-19: A Checklist for Documentation of Coronavirus Disease 2019 Case Reports and Case Series. Perm J. 2020;24:20.127. doi: 10.7812/TPP/20.127. PMID: 32956034; PMCID: PMC7497867. (Banca dati Pubmed)
2. SIIARTI “Percorso assistenziale per il paziente affetto da Covid-19” 26 marzo 2020 <http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20-%20documenti%20SIAARTI/Percorso%20COVID-19%20-%20Sezione%201%20-%20Procedura%20Area%20Critica%20-%20Rev%202.0.pdf> (Motore di ricerca Google)

3. Covid-19 Sample Documentation Guidelines BKD-CPA & Advisory Services  
<https://www.bkd.com/article/2020/05/covid-19-sample-documentation-guidelines> (Motore di ricerca Google)
4. Clinical documentation during Covid-19 pandemic: clinical form guidelines  
Saskatchewan Health Authority, June 2020  
<https://www.sccm.org/getattachment/5e30fe35-2dde-43db-8935-4ce41b8c7e5b/Critical-Care-Documentation-and-Billing-Update-CO> (Motore di ricerca Google)
5. UCONN Health Clinical Policy: documentation-reduced inpatient nursing for Covid-19 pandemic response June 2020 <https://health.uconn.edu/policies/wp-content/uploads/sites/28/2020/07/Documentation-Reduced-Inpatient-Nursing-for-Pandemic-or-Disaster.pdf> (Motore di ricerca Google)

Il passaggio di consegne dovrebbe essere un momento in cui tutti gli operatori sanitari prestano una particolare attenzione e si concentrano attentamente sulle informazioni che vengono date dal collega. Tuttavia, a volte, a causa della fretta, delle distrazioni (es. campanelli che suonano) o della complessità dei pazienti, il momento del passaggio delle consegne rischia di essere inefficace e comportare così una perdita di informazioni che può essere anche dannosa. Infatti, se lo scambio di informazioni è inefficace, aumenta in maniera esponenziale il rischio di arrecare danni ai pazienti.

Per cercare di facilitare questa fase cruciale, nella cartella è stata inserita una tabella che viene compilata ad ogni turno e contiene tutte le informazioni necessarie per l'assistenza del paziente. Questa permette, quindi, di avere un quadro globale sulla situazione dell'assistito nell'arco della giornata senza dover andare a leggere tutto quello che è stato scritto nel diario assistenziale dal collega. Infatti, la lettura del diario risulta spesso difficoltosa e richiede diverso tempo, per il fatto che la sua compilazione avviene spesso di fretta e dato che non vi è uno schema prestabilito da seguire, la calligrafia di ciascun operatore può risultare di difficile comprensione per gli altri colleghi. Pertanto, l'introduzione di una cartella con tabelle e schemi definiti vuole cercare di sopperire a questa problematica.

Le informazioni, presenti nella cartella, sono state inserite sulla base delle indicazioni pubblicate sul sito dell’Autorità Sanitaria del Saskatchewan<sup>2</sup> e sul sito “AONL: American Organization for Nursing Leadership<sup>3</sup>”.

Questi hanno descritto, infatti, i punti cardine che dovevano essere presenti all’interno della cartella legata ad un paziente Covid – 19. A questi sono stati aggiunti quelli ritenuti più pertinenti, presenti nella sezione “accertamento” della cartella infermieristica in uso nei reparti dell’AORMN, in modo tale da ottenere un accertamento completo.

Tra i punti cardine citati nel documento dell’autorità sanitaria canadese e nella AONL troviamo:

- Anamnesi patologica prossima e remota che include le malattie croniche e le comorbidità rilevanti per l’accertamento del virus;
- Screening sepsi in quanto principale complicanza associata al Coronavirus;
- Valutazione nutrizionale che influisce sulla possibilità di guarigione ed associata direttamente alla possibilità di ventilazione invasiva che andrebbe a precludere l’alimentazione per via naturale;
- Storia trasfusionale;
- Monitoraggio dei fluidi nelle 24h.

Solamente unendo e rielaborando tutte le informazioni raccolte in fase di progettazione è stato possibile delineare un accertamento idoneo e coerente con l’obiettivo posto inizialmente.

### **2.3 – NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS2)**

La consultazione dei documenti d’indirizzo del Servizio Sanitario Inglese e del Siaarti<sup>4</sup> mi ha permesso di venire a conoscenza dell’ultima versione del National Early Warning

---

<sup>2</sup> La Saskatchewan Health Authority è l’unica regione sanitaria della provincia di Saskatchewan del Canada. È un’autorità sanitaria che fornisce servizi sanitari diretti e contrattuali tra cui assistenza primaria, secondaria, terziaria e quaternaria, assistenza domiciliare e comunitaria, servizi di salute mentale, popolazione e servizi di salute preventiva e dipendenze alla popolazione del Saskatchewan.

<sup>3</sup> La AONL rappresenta l’organizzazione professionale di oltre 10.000 infermieri con l’obiettivo di realizzare un’assistenza infermieristica innovativa ed esperta. Link che rimanda ai contenuti sopracitati “<https://www.aonl.org/system/files/media/file/2020/04/EXAMPLE%201%20Nursing%20Streamlining%20Documentation%20During%20COVID-19%20State%20of%20Emergency.pdf>”

<sup>4</sup> Il SIAARTI è l’acronimo della Società Italiana di Anestesia Analgesia Rianimazione e Terapia Intensiva che è una Società medico-scientifica il cui scopo è quello di favorire la ricerca scientifica e la crescita cultura nei settori dell’anestesia, dell’algologia, della medicina intensiva e perioperatoria.

Score (NEWS), il NEWS2 che ho consultato dal link <https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

Un punteggio di allarme rapido (EWS) è una guida standardizzata per determinare rapidamente il grado di severità clinica di un paziente e la tempestività e l'appropriatezza di intervento.

Nel 2012, in Inghilterra, il Royal College of Physicians (RCP) ha risposto alla necessità di migliorare i risultati di pazienti caratterizzati da malattie acute lanciando il National Early Warning Score (NEWS). L'obiettivo principale era quello di standardizzare il monitoraggio clinico e di incorporarlo nella cultura di routine del Sistema Sanitario nazionale del Regno Unito (National Health Service – NHS) per innescare una risposta clinica appropriata, nel tempo, nella persona e nel luogo.

Dal suo lancio, la NEWS è stata distribuita nella maggior parte degli ospedali del NHS ed è stata adottata dai sistemi sanitari in molte altre parti del mondo. Inoltre, la NEWS è stata testata e convalidata in molteplici e differenti strutture sanitarie, compresi i reparti di emergenza e l'assistenza pre ospedaliera ottenendo ottimi riscontri.

Fornisce, infatti, le basi per un approccio unificato e sistematico alla prima valutazione e al triage di pazienti gravemente malati e un semplice sistema per il monitoraggio del progresso clinico per tutti i pazienti all'interno degli ospedali o delle strutture residenziali.

Il NEWS2, pubblicato nel 2017, è l'ultima versione del National Early Warning Score (NEWS), che sostiene un sistema per standardizzare la valutazione e la risposta alle malattie acute.

Si basa su sei misurazioni di parametri fisiologici:

- Frequenza respiratoria;
- Saturazione d'ossigeno;
- Pressione sanguigna sistolica;
- Frequenza cardiaca
- Stato di coscienza e confusione, la scala di valutazione AVPU diventa ACVPU, dove “C” rappresenta l'insorgenza di uno stato confusionario;
- Temperatura corporea.

Ciascun parametro è graduato in livelli, a ciascuno dei quali è attribuito un valore numerico. La somma dei valori numerici fornisce la misura dello scostamento dalla fisiologia normale. Lo score è maggiorato nei casi in cui sia necessaria l'ossigenoterapia (maggiorazione di 2 punti).

Il grafico NEWS2 è codificato a colori per fornire suggerimenti visivi e numerici di aiuto all'identificazione di parametri clinici anormali.

Il NEWS non deve essere utilizzato nei bambini e adolescenti con un'età inferiore o uguale a 16 anni e nelle donne incinte: in questi soggetti la risposta fisiologica agli stati acuti può essere, infatti, diversa da quella della restante popolazione di pazienti. Inoltre anche in pazienti con lesioni al midollo spinale, soprattutto tetraplegia e paraplegia di livello avanzato, a causa dei disturbi funzionali del sistema nervoso autonomo.

Anche l'alterata fisiologia dei pazienti affetti da BPCO può influenzare il NEWS che deve essere corretto dall'interpretazione clinica.

Il punteggio NEWS ottenuto, in base alla somma di ciascuna rilevazione, fornisce 3 livelli di allerta clinica:

- BASSO
  - punteggio 0: controllo ogni 12h;
  - punteggio da 1 a 4: controllo ogni 4-6h;
- MEDIO
  - punteggio da 5 a 6: controllo ogni h;
  - punteggio pari a 3 per un singolo parametro: controllo ogni h;
- ALTO
  - punteggio  $\geq 7$ : monitoraggio continuo e consulenza rianimatoria.

Il punteggio NEWS2 è indicato nella gestione di pazienti COVID-19. Questo garantisce, infatti, che i pazienti che si stanno deteriorando, o che rischiano di peggiorare, abbiano una tempestiva valutazione iniziale da parte di un operatore competente.

Nei pazienti con infezione da COVID-19, una volta ricoverati in ospedale e trattati con ossigeno, il fabbisogno di ossigeno potrebbe aumentare rapidamente se la loro funzione respiratoria si deteriora, ma ciò potrebbe non comportare alcun aumento significativo



aggiuntivo del punteggio NEWS2. Pertanto, nei pazienti con COVID-19, tutti gli operatori devono essere consapevoli che qualsiasi aumento del fabbisogno di ossigeno dovrebbe attivare una chiamata intensiva ad un medico competente. Ciò dovrebbe essere accompagnato da un aumento iniziale delle osservazioni almeno ogni ora fino a quando non si verifica una revisione clinica, se ciò non è già avvenuto a seguito della rilevazione del punteggio NEWS2.

Di seguito vi è illustrata la tabella rivisitata dal sito dell’RCP con i relativi valori di riferimento (*Tabella 3*) utilizzati nel NEWS2 e la successiva risposta clinica al punteggio ottenuto (*Tabella 4*).

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤ 8		9 – 11	12 - 20		21 – 24	≥ 25
Saturazione d’ossigeno	≤ 91	92 – 93	94 – 95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea (°C)	≤ 35.0		35.1 – 36.0	36.1 – 38.0	38.1 – 39.0	≥ 39.1	
Pressione sistolica (mmHg)	≤ 90	91 – 100	101 – 110	111 – 219			≥ 220
Frequenza cardiaca	≤ 40		41 – 50	51 – 90	91 – 110	111 – 130	≥ 131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

*Tabella 3*

PUNTEGGIO	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INTERVENTI	RISCHIO CLINICO
0	Ogni 12 h	Continuare il monitoraggio di routine	Basso
Totale 1 – 4	Ogni 4 – 6 h	Valutare il paziente e se necessaria una maggior frequenza di monitoraggio	
3 in un singolo parametro	Ogni h	Informare il medico che esaminerà e deciderà se necessario un incremento delle cure	Medio
Totale $\geq 5$ (stato di urgenza)	Ogni h	Informare il medico e richiedere una consulenza urgente, considerare la possibilità di utilizzo di dispositivi di monitoraggio e valutare la necessità di effettuare uno screening per la sepsi	
Totale $\geq 7$ (stato di emergenza)	Monitoraggio continuo	Informare il medico e richiedere una valutazione da parte di un rianimatore; valutare la necessità di effettuare uno screening per la sepsi. Prendere in considerazione il trasferimento in una struttura intensiva con monitoraggio continuo	Alto

Tabella 4

## CAPITOLO 3 - RISULTATI

### 3.1 – La struttura della cartella

Di seguito viene illustrata la struttura della cartella realizzata e vengono spiegate le singole parti che la costituiscono.

#### *Struttura e guida alla compilazione della cartella*

La cartella è composta da tre sezioni: nella prima parte vi sono le informazioni anagrafiche, i dati sociali, i moduli di consenso dei dati personali ed una breve anamnesi incentrata prettamente sulle patologie pregresse e sulla terapia domiciliare.

Nella seconda parte, sezione Covid, rientrano le informazioni per un primo screening che includono segni e sintomi specifici, fattori di rischio, trattamenti che possono essere intrapresi e una tabella in cui sono riportati gli esiti di eventuali tamponi eseguiti.

La terza parte rappresenta la vera novità ovvero una cartella, o meglio un opuscolo, di 7 giorni in cui viene raccolta tutta l'assistenza infermieristica nei singoli giorni caratterizzata principalmente da tabelle che permettono una lettura più facile e veloce.

Nell'opuscolo vi sono riportati i dati essenziali dell'assistito ed eventuali allergie o intolleranze. Inoltre sono presenti due tabelle, nella prima (tabella 1) sono riportati gli esami specifici (indagini diagnostiche, esami ematici, consulenze, ECG, ecc.) con le relative date di richiesta ed esecuzione.

Nella seguente (tabella 2) compilata all'ingresso, al cambio di opuscolo riportando i dati raccolti nell'ultimo, o a seconda della necessità e quindi al cambio di condizione clinica; sono presenti le informazioni relative al peso, varie scale di valutazione quali la "Braden" per la valutazione del rischio di lesioni da decubito, la scala di "Barthel" che va a valutare le disabilità e quindi il grado di autonomia dell'assistito e la "Must" in grado di valutare il rischio di malnutrizione. Inoltre vi è una sezione che riporta il bilancio dei fluidi nelle 24h calcolato tramite la tabella 6 presente in seguito.

La tabella 3 ha come obiettivo, tramite dei protocolli, di classificare l'assistito in base al grado di rischio di mobilizzazione. Vi sono 14 items che comprendono azioni quotidiane e in relazione a queste l'infermiere, in base alle sue conoscenze e competenze, applica il protocollo più idoneo per la mobilizzazione e il grado di assistenza da fornire all'assistito.

Questa tabella va completata all'ammissione in reparto e ogni qual volta vi sia un cambio delle condizioni cliniche da dover ricorrere all'utilizzo di un nuovo protocollo.

Di seguito vi è la Body Maps che permette di evidenziare graficamente i vari presidi medici o le alterazioni cutanee dell'assistito.

Successivamente troviamo delle informazioni riguardanti l'alimentazione del paziente in cui dovremmo inoltre indicare graficamente la quantità di cibo assunto nei vari pasti.

A seguire è presente la tabella 4 da compilare una volta per turno. È strutturata in 4 macro colonne: la prima contiene gli items e le informazioni da andare a valutare mentre le altre tre sono divise nei turni (mattina, pomeriggio, notte) e a loro volta divise in valutazione ed azioni che possono essere intraprese dopo aver effettuato la valutazione.

Tra gli items presenti nella tabella 4 troviamo:

- “NEWS2 – National Early Warning Score”: scala che permette di valutare l'aggravamento dello stato di salute (vedi allegato 1). Quest'ultimo indaga: la frequenza respiratoria, la saturazione, la pressione sistolica, la frequenza cardiaca, lo stato di coscienza e la temperatura. Per ogni items vi sono i vari range e in base al valore vi sarà assegnato un punteggio da 0 a 3. Dopodiché, una volta calcolato il totale, si avranno le indicazioni per la frequenza del monitoraggio associato quindi al rischio clinico. In caso di rischio medio e/o alto viene indicato l'utilizzo dello screening per la sepsi (Quick Sofa Score) presente in tabella 5;
- Dolore: si annota il punteggio in base alla scala NRS, la possibile localizzazione ed eventuali azioni intraprese (analgesici, cambio posizione, ecc.);
- Cadute: si valuta il rischio, eventuali misure ed istruzioni adottate al fine di prevenirle;
- Cute: va valutato lo stato della cute, eventuali lesioni o arrossamenti che andranno poi riportati anche nella Body Maps. Inoltre saranno registrate le modalità e le tempistiche con cui dovranno essere effettuate le medicazioni;
- Somministrazione della terapia: va annotata la corretta somministrazione od omissione della terapia, va indicato se questa viene assunta in maniera autonoma

dall'assistito ed inoltre se vi sono stati aggiornamenti da parte del medico sulla terapia;

- Respirazione: va indicata la qualità della respirazione, la SpO<sub>2</sub>, utilizzo di ossigeno supplementare, eventuale quantità in l/min e presidi utilizzati;
- Comunicazione: va valutato lo stato mentale, l'utilizzo del linguaggio;
- Nutrizione: va indicata l'eventuale dieta o restrizioni, utilizzo di supporto nutrizionale (NE, NPT), eventuale digiuno per esami e/o interventi;
- Eliminazione: suddivisa in vescicale ed intestinale. Si annota eventuale presenza di stomia, catetere vescicale con relativa tipologia, data di inserimento / rimozione e successivo cambio. Inoltre va segnalata l'ultima evacuazione effettuata, la quantità e qualità delle feci, eventuale uso di farmaci lassativi o clisteri/microclisma. In aggiunta vi è la possibilità di registrare esami specifici sia per l'eliminazione intestinale (SOF, coprocultura) che per quella vescicale (urinocoltura, raccolta urine nelle 24h);
- Igiene personale: necessità dell'assistito di assistenza richiesta ed eventualmente fornita per la cura della persona;
- Mobilizzazione: si riporta il numero di protocollo associato al grado di mobilizzazione (Tabella 3) ed eventuali attività eseguite per favorire la riabilitazione dell'assistito (FKT);
- Riposo e sonno: vengono indicate abitudini / farmaci per favorire il sonno, la qualità e la quantità del riposo effettuata nell'arco della giornata;
- Emozioni e bisogni: si valuta lo stato psicologico ed emotivo dell'assistito, eventuale necessità di supporto di figure professionali o farmaceutico.

È possibile annotare anche eventuali commenti o inserire maggiori informazioni nello spazio apposito posto a fianco delle quattro macro colonne.

Per la valutazione del bilancio idrico delle 24h è presente la tabella 6 in cui vanno inseriti tutti i valori che permettono di andare a calcolare le entrate e le uscite. Una volta calcolato il bilancio va riportato nella tabella 2 in modo tale da avere immediatamente l'andamento settimanale.

La tabella 7, degli accessi vascolari, va compilata una volta al giorno e contiene informazioni non solo sulla tipologia di accesso, ma anche sulle prove di funzionalità (pervietà, aspirazione, infusione) e sullo score (scala VIP – Visual Infusion Phlebitis, scala VES – Visual Exit-site Score) che mediante osservazione visiva indicano lo standard di trattamento per l'accesso venoso.

Alla fine della cartella è riportata una checklist quotidiana come riepilogo ed indicazioni generali sul trattamento della persona affetta da Coronavirus.

Il format della cartella proposto e realizzato è in allegato alla tesi.

## CAPITOLO 4 - DISCUSSIONE E CONCLUSIONI

### 4.1 – DISCUSSIONE

Questo elaborato si è focalizzato sulla realizzazione di una cartella infermieristica in grado di inglobare anche l'accertamento per un possibile paziente Covid-19, in quanto al momento, non presente all'interno delle strutture ospedaliere.

Per garantire questo tipo di accertamento, snello e completo, sono state introdotte molte tabelle che garantiscono un riepilogo costante ed immediato della situazione dell'assistito nell'arco della giornata e in particolar modo della settimana in quanto l'opuscolo centrale è basato proprio sui 7 giorni.

Una certa flessibilità nella modalità di compilazione facilita l'adeguamento della cartella al contesto di riferimento e stimola la ricerca di nuovi modelli finalizzati a facilitare il passaggio di informazioni e garantire i requisiti essenziali della documentazione sanitaria e la continuità assistenziale.

Fondamentale per garantire la continuità della cura e la sicurezza, sia del paziente che del professionista sanitario, è la sensibilizzazione e formazione di tutti gli operatori nei confronti della documentazione sanitaria idonea, che deve essere parte integrante e punto di partenza del processo di assistenza.

Per quanto riguarda una documentazione infermieristica specifica per il paziente Covid-19 sarà necessario, attraverso ulteriori studi, imparare a conoscere meglio questa patologia con tutte le sue complessità e peculiarità per arrivare poi a delineare, in maniera completa, una cartella e quindi un accertamento ad hoc.

Questa metodologia di cartella può essere utilizzata per un accertamento sia all'interno degli ospedali che a livello territoriale, specialmente in quei pazienti critici o con un quadro clinico in evoluzione che potrebbero necessitare di interventi immediati. Vengono, infatti, monitorati tutti i principali parametri vitali e riassunti in un unico score che è quello del NEWS2 che permette, infatti, di avere sempre un quadro globale sullo sviluppo delle condizioni dell'assistito valutando gli stati acuti di malattia e la successiva necessità e tempestività dei soccorsi.

Inoltre, dato il proseguire dell'emergenza sanitaria, questa cartella potrebbe essere utilizzata, attualmente, per effettuare un primo screening del paziente Covid-19 in quanto comprende anche una sezione dedicata esclusivamente al Coronavirus. Dunque, può risultare utile anche nei pazienti che non presentano patologie pregresse, visto che il virus non sta risparmiando nemmeno la popolazione più giovane e quindi teoricamente più in salute.

#### **4.2 – CONCLUSIONI**

Il progetto di tesi nasce dall'idea di proporre una documentazione infermieristica ad hoc per il paziente sospetto o affetto da Covid-19 e, allo stesso tempo, di integrare, il format della cartella infermieristica in uso nei reparti di degenza dell'Azienda Ospedali Riuniti Marche Nord. Durante il mio percorso formativo, ho colto e condiviso con altri studenti del corso di laurea una certa difficoltà nella compilazione della cartella in particolare per la parte dell'accertamento basata sugli 11 modelli funzionali della Gordon: con la volontà di rendere il lavoro di compilazione più semplice e snello e calandolo nel particolare momento di emergenza sanitaria, ho consultato ed esaminato in dettaglio modelli di documentazione infermieristica esteri, in particolare del Servizio Sanitario Inglese, ed ho rielaborato un format utilizzabile nelle aree di degenza che accolgono pazienti Covid-19. Il confronto con una realtà assistenziale quale è quella inglese ha posto in evidenza i limiti della documentazione in uso: nel Regno Unito viene correntemente impiegata la scala di valutazione NEWS2, che permette di monitorare l'aggravamento dello stato di salute dell'assistito, aspetto valutativo di peculiare importanza all'interno di una cartella infermieristica e, in particolar modo, in una situazione emergenziale come quella della pandemia causata da Coronavirus. Inoltre, si è data una maggior importanza alle conoscenze e al ruolo dell'infermiere: tramite una valutazione di items all'ingresso, l'infermiere decide in maniera autonoma e professionale il protocollo da attuare per il rischio correlato alla mobilitazione, cosa che ad oggi non accade nelle nostre strutture. La cartella è stata solo progettata e la nuova ondata epidemica non ha, ad oggi, consentito di attuare la fase pilota della sperimentazione del format.

La nuova documentazione, a parte la sezione dedicata espressamente al paziente Covid-19, è a carattere trasversale e può trovare applicazione nei vari contesti assistenziali, di



carattere generale e specialistico, sostituendo quella più datata e tradizionale, che ha fatto riscontrare problematiche nella compilazione richiedendo anche tempi piuttosto lunghi. Durante l'elaborazione di questo lavoro tesi, realizzato proprio nel pieno della pandemia, e a fronte della seconda ondata in atto, ho capito quanto possa essere importante avere sempre una preparazione idonea per affrontare situazioni impreviste e quanto ancora riguardo ciò il nostro Sistema Sanitario abbia da migliorare; per questo, semplificare e snellire la compilazione di una cartella infermieristica può risultare, a mio parere, un'azione tutt'altro che banale, visto che dalla tenuta non ottimale della documentazione possono originare disguidi e controversie legali.

Dunque, partendo da un piccolo miglioramento come può essere questo riferito alla cartella, sia nel perdurare dell'emergenza, sia quando i contesti assistenziali rientreranno in quella normalità che tanto auspichiamo: una cartella infermieristica così formulata può diventare uno strumento ancora più efficace per la valutazione del paziente, facilitare le decisioni in merito ai suoi bisogni sanitari immediati e di continuità assistenziale in caso di cure d'urgenza/emergenza, come nel caso specifico del paziente Covid-19, garantire la produzione dei flussi informativi assistenziali, favorire l'assunzione di responsabilità, facilitare l'inserimento dei neoassunti/neoinseriti e favorire l'integrazione del personale con gli studenti infermieri.

Una cartella infermieristica così strutturata può facilitare anche un cambiamento culturale e non soltanto operativo, garantendo ai professionisti un quadro di riferimento chiaro e comune e supportandoli nell'attività assistenziale e organizzativa.

Ritengo questo mio lavoro, seppure nei limiti della mancata fase di sperimentazione, un momento di crescita e di riflessione non solo sui nostri ambiti di responsabilità ma anche sugli aspetti che riguardano la comunicazione, intraprofessionale ed interprofessionale.

## BIBLIOGRAFIA

*Crisis Standard of Care: Covid-19 Pandemic*; “ANA: American Nurses Association”; Silver Spring; 2020.

Grant M.C., et al., *The prevalence of symptoms in 24,410 adults infected by the novel coronavirus: A systematic review and meta-analysis of 148 studies from 9 countries*, “Plos One”, 2020

Grasselli G, Pesenti A, Cecconi M. *Critical care utilization for the COVID-19 outbreak in Lombardy, Italy: early experience and forecast during an emergency response*. JAMA. Published online March 13, 2020. doi:10.1001/jama.2020.4031

Patrizia di Giacomo, Cleopatra Ferri, Ada Franzini, *Autonomia – Competenza – Responsabilità Infermieristica*. “Collegio IPASVI” – Bologna, 2011

Ryan C., *Reduced Inpatient Nursing for COVID-19 Pandemic Response*, “UNCONN Health”, 2020.

Salomon J., *Clinical documentation integrity in the time of the COVID-19*, “Health Information Systems”, USA, 2020.

Werthmann PG, Riley D, Kienle GS. *CARE for COVID-19: A Checklist for Documentation of Coronavirus Disease 2019 Case Reports and Case Series*. Perm J., 2020.

## SITOGRAFIA

<https://www.fnopi.it/>

<http://www.salute.gov.it/>

<https://www.iss.it/>

<https://www.ahima.org/>

<https://www.cms.gov/>

<https://www.marionegri.it/magazine/infezione-coronavirus-e-farmaci>

<https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736>

<https://everynurse.org/>

<https://www.sccm.org/getattachment/5e30fe35-2dde-43db-8935-4ce41b8c7e5b/Critical-Care-Documentation-and-Billing-Update-CO>

<https://health.uconn.edu/policies/wp-content/uploads/sites/28/2020/07/Documentation-Reduced-Inpatient-Nursing-for-Pandemic-or-Disaster.pdf>

<http://www.siaarti.it/SiteAssets/News/COVID19%20%20documenti%20SIAARTI/Percorso%20COVID-19%20-%20Sezione%201%20-%20Procedura%20Area%20Critica%20-%20Rev%202.0.pdf>

<https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/if-you-are-sick/steps-when-sick.html>

<https://www.bkd.com/article/2020/05/covid-19-sample-documentation-guidelines>

<https://www.rcplondon.ac.uk/projects/outputs/national-early-warning-score-news-2>

## ALLEGATI

### CARTELLA INFERMIERISTICA

COGNOME \_\_\_\_\_

NOME \_\_\_\_\_

SESSO: O M O F

LUOGO E DATA DI NASCITA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

DATA INGRESSO \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

ORA \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **Anagrafica**

INDIRIZZO: VIA \_\_\_\_\_ n° \_\_\_\_\_ CAP \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ Prov. \_\_\_\_\_

Recapito telefonico \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

#### **Dati sociali**

**Stato civile:** O Nubile/Celibe O Coniugata/o O Convivente O Divorziata/o O Separata/o O Vedova/o  
O minore O \_\_\_\_\_

**Con chi vive:** O famiglia O solo O altro \_\_\_\_\_

**Figura di supporto:** O coniuge O altro familiare \_\_\_\_\_ O vicini/amici O nessuno O tutore

**1° Cognome Nome** \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

**2° Cognome Nome** \_\_\_\_\_ parentela \_\_\_\_\_ recapito telefonico \_\_\_\_\_

Ricoveri precedenti O NO O SI Data \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ U.O. \_\_\_\_\_

## Consenso al trattamento dei dati personali

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 6,7,8,9, del Regolamento UE 2016/679

A) **ACCOSENTE** al trattamento dei dati personali secondo le modalità e nei limiti previsti dall'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza

O SÌ O NO

B) **ACCOSENTE** che i dati clinici, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

O SÌ O NO

C) **CONCEDE**, inoltre, il consenso

O SÌ O NO

alla comunicazione dei dati personali e del proprio stato di salute a:

O Medico Curante Dr \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

O Coniuge \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

O Familiare \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

O Altro \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma assistito \_\_\_\_\_

## Consenso al trattamento dei dati personali di persona incapace o impossibilitata

Il/La sottoscritto/a \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Codice  
Fiscale \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_ Cell \_\_\_\_\_

In qualità di Amministratore/Tutore/Curatore/Familiare o altro (specificare \_\_\_\_\_)  
del/della Sig./Sig.ra:

Nome e Cognome \_\_\_\_\_

Nato/a a \_\_\_\_\_ Residente a \_\_\_\_\_

Codice Fiscale \_\_\_\_\_

Ai sensi e per gli effetti degli artt. 6,7,8,9, del Regolamento UE 2016/679

A) **ACCOSENTE** al trattamento dei dati personali dell'Assistito/a secondo le modalità e nei limiti previsti dall'Informativa ex art. 13 del Regolamento UE 2016/679, dichiarando di averne acquisito piena conoscenza

O SÌ O NO

B) **ACCOSENTE** che i dati clinici dell'Assistito/a, comprese le immagini fotografiche o filmate relative agli interventi chirurgici e/o alle procedure diagnostiche, oggetto del trattamento, resi anonimi, possano essere utilizzati per scopi di ricerca clinica, epidemiologica, formazione e studio di patologie

O SÌ O NO

C) **CONCEDE**, inoltre, il consenso

O SÌ O NO

alla comunicazione dei dati personali dell'Assistito/a e relativi al suo stato di salute a:

O Medico Curante Dr \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

O Familiare \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

O Altro \_\_\_\_\_ tel \_\_\_\_\_ indirizzo \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ Firma del dichiarante \_\_\_\_\_

Malattie attuali: O NO O SÌ Specificare \_\_\_\_\_

Patologie Pregresse rilevanti \_\_\_\_\_

Presenza di Sistema Impiantabile: O NO O SÌ Tipo: \_\_\_\_\_

Ha mai ricevuto una trasfusione: O NO O SÌ Se sì quando: \_\_\_\_\_

Vaccinazione antinfluenzale: O NO O SÌ Se sì quando: \_\_\_\_\_

#### Terapia Domiciliare

Farmaco e via di somm.ne	Dosaggio	Orario	Ultima Assunzione

Adesione alla/e prescrizione/i a domicilio: O NO O SÌ Specificare \_\_\_\_\_

#### **Sezione Covid**

##### SEGN E SINTOMI SPECIFICI

- Letargia: \_\_\_\_\_
- Distress / insufficienza respiratoria: \_\_\_\_\_
- Perdita di peso: \_\_\_\_\_
- Febbre: \_\_\_\_\_
- Vomito: \_\_\_\_\_
- Diarrea: \_\_\_\_\_
- Tosse: \_\_\_\_\_
- Gola infiammata: \_\_\_\_\_
- Perdita di gusto: \_\_\_\_\_
- Perdita dell'olfatto: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

##### FATTORI DI RISCHIO

- Diabete: O NO O SÌ
- Ipertensione arteriosa: O NO O SÌ
- Asma: O NO O SÌ
- COPD (assortimento di disordini del polmone che include: bronchite cronica, enfisema...): O NO O SÌ
- Immunosoppresso: O NO O SÌ
- Uso del tabacco: O NO O SÌ
- Recente viaggio: O NO O SÌ Dove: \_\_\_\_\_

Altro \_\_\_\_\_

##### TRATTAMENTO:

- In attesa di tampone: \_\_\_\_\_
- Riposo intestinale: \_\_\_\_\_
- Ossigeno: \_\_\_\_\_
- Fluidi ev: \_\_\_\_\_
- Antibiotici ev: \_\_\_\_\_
- Isolamento: \_\_\_\_\_
- Quarantena: \_\_\_\_\_
- Screening sepsi: \_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

ESITO TAMPONI

	Data	Esito
Tampone n° I		O POSITIVO O NEGATIVO
Tampone n° II		O POSITIVO O NEGATIVO
Tampone n° III		O POSITIVO O NEGATIVO
Tampone n° IV		O POSITIVO O NEGATIVO

# CARTELLA INFERMIERISTICA 7 GIORNI

Opuscolo n°: 0 1 0 2 0 3 0 4 0 5 0 6 0 7 0 8

Data inizio opuscolo: / /

ID paziente			
Data di nascita	/ /	Età	OM OF

Allergie o intolleranze	
-------------------------	--

ESAMI SPECIFICI e CONSULENZE			
Tipo	Richiesto	Eseguito	Risultato
	/ / :	/ / :	
	/ / :	/ / :	
	/ / :	/ / :	
	/ / :	/ / :	
	/ / :	/ / :	
	/ / :	/ / :	
	/ / :	/ / :	

Tabella 3

Andamento – Giornaliero o secondo necessità						Altezza		m
Data	Ingresso / cambio opuscolo / /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Peso	kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	Kg	kg
Cambiamento di peso								
BMI (Peso Kg/Altezza m <sup>2</sup> )								
Braden (0 – 23)	+++ +++ =	+++ +++ =	+++ +++ =	+++ +++ =	+++ +++ =	+++ +++ =	+++ +++ =	+++ +++ =
Barthel (0 – 100)	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =	++++ ++++ ++ =
MUST	+++ =	+++ =	+++ =	+++ =	+++ =	+++ =	+++ =	+++ =
Firma								

Bilancio fluidi 24h							
Data	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
Bilancio							
Firma							

Tabella 4



## Valutazione del rischio di mobilitazione

- Completare all'ammissione in reparto
- Il livello di comprensione, capacità di comunicazione e cooperazione del paziente devono essere considerati
- Se vi è una modifica nella valutazione, annotare nella colonna dei commenti
- Valutare quale intervento è appropriato e quali ausili sono necessari abbinandoli al protocollo della tabella
- Il seguente protocollo deve essere personalizzato in base al deficit di mobilità del paziente e serve come guida
- Registrare il numero di protocollo nella sezione dettagli o commenti
- Rivalutare se si notano cambiamenti nelle esigenze dell'assistito e registrare nella sezione dettagli o commenti

Data valutazione		/	/	Valutato da		
Valutazione all'ammissione				Vero	Falso	Dettagli della valutazione / commenti
1	Il paziente è completamente indipendente. Se "vero" non completare i punti 2-14. Indicare il protocollo idoneo presente sotto.					
2	Il paziente è cooperativo					
3	Il paziente comprende istruzioni semplici sia verbali che scritte					
4	Il paziente riesce ad alzarsi dal letto					
5	Il paziente riesce a salire e scendere dal letto					
6	Il paziente riesce a salire e scendere dalla sedia					
7	Il paziente riesce a mantenere la posizione seduta					
8	Il paziente riesce a stare in piedi					
9	Il paziente riesce ad alzare un peso					
10	Il paziente riesce a camminare					
11	Il paziente riesce a salire e scendere dal wc					
12	Il paziente riesce ad entrare ed uscire dalla doccia					
13	Il paziente riesce ad afferrare oggetti con entrambe le mani					
14	Il paziente normalmente utilizza ausili per svolgere le azioni sopracitate					

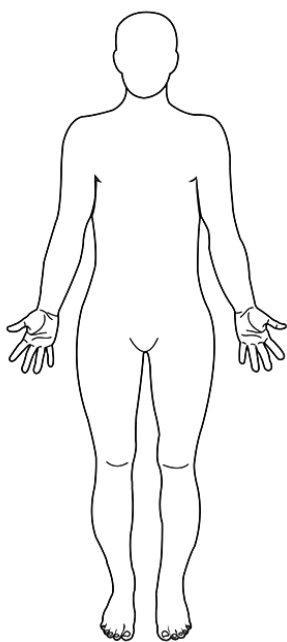
Tabella 5

Protocolli	
1	Completamente indipendente nella mobilitazione. Non richiede assistenza
2	Richiede suggerimenti verbali e/o supervisione/assistenza quando si mobilita dal letto alla sedia e cammina con un operatore con o senza ausili per la deambulazione (stampelle, bastone da passeggio, ecc)
3	Necessita di assistenza per alzarsi dal letto e spostarsi sulla sedia, andare in bagno e per camminare. Richiede il supporto di due operatori con/senza ausili
4	Richiede assistenza da parte di almeno due operatori per sedersi sul bordo del letto o sedia. Potrebbe essere necessaria l'utilizzo di una traversa per mobilitarlo a letto
5	Richiede l'utilizzo del sollevatore per spostare il paziente con un minimo di due operatori. Il paziente è in grado di rotolare da un lato all'altro per inserire l'imbracatura
6	Paziente allettato. Richiede l'utilizzo della traversa e due o più operatori per riposizionare il paziente a letto. Potrebbe essere necessario l'imbracatura e l'utilizzo del sollevatore.
7	Compressione del midollo spinale Utilizzo del roller con almeno quattro operatori Alzare/abbassare il letto con due operatori e utilizzo della traversa scorrevole
8	Necessità di reparto ed assistenza specifica

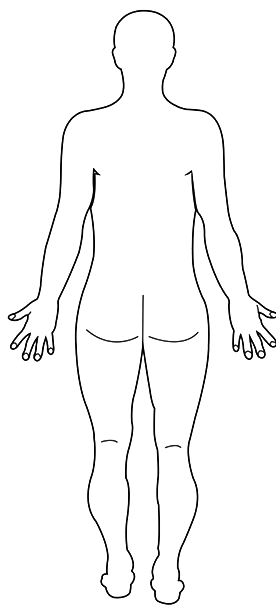
Protocollo	1	2	3	4	5	6	7	8
Data rivalutazione								
Numero protocollo								

## BODY MAPS

Utilizzare la mappa del corpo se necessario e aggiornarla in caso di modifica:



Fronte



Retro

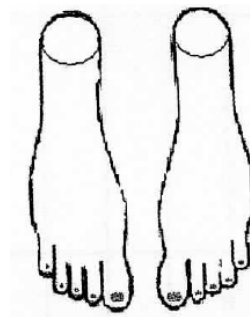
ID Paziente
Firma
Data

Registrare segni di:

- Ulcere
- Deformità
- Patologie cutanee
- Patologie delle unghie
- Rigonfiamenti
- Arrossamenti
- Drenaggi
- Stomie
- Ferite chirurgiche
- PEG / SNG



Pianta



Dorso

### Alimentazione / Dieta

Il paziente si alimenta? O NO – motivo: O digiuno \_\_\_\_\_ O a rischio

	Si	No	N° di giorni
--	----	----	--------------

Il paziente richiede assistenza durante il pasto? O NO O Sì

Rifiuta il cibo			
Dieta speciale			
Consistenza della dieta			
Alimentazione tramite SNG			
Alimentazione tramite PEG			
Alimentazione NPT			

Quanto ha mangiato?

- Colazione
- Pranzo
- Cena

Focus N°	Valutazione: minimo una volta per turno, subito dopo il trasferimento / accettazione del paziente	Mattino		Pomeriggio
		Valutazione	Azione	Valutazione
1	NEWS2 Frequenza monitoraggio			
2	Dolore Punteggio / localizzazione / effetto analgesici			
3	Cadute Rischio / attrezzature (sponde del letto,...) / Prevenzione			
4	Cute Stato / rischio / medicazioni			
5	Somministrazione terapia Autosomministrato / Dosi omesse			
6	Respirazione Affanno / tosse / O <sub>2</sub>			
7	Comunicazione Stato mentale / Linguaggio / Vista			
8	Nutrizione Dieta / NE / NPT / Disfagia			
9	Eliminazione Catetere/Stomia/ evacuazioni  Data ultima evacuazione:	Vescica		
		Intestino		
10	Igiene personale Assistenza richiesta e fornita / vestirsi			
11	Mobilizzazione Attività / movimenti a letto / numero protocollo			
12	Riposo e sonno Abitudini / Farmaci per favorire il sonno / Qualità e quantità del riposo			
13	Emozioni e bisogni Stato psicologico			
			Ora e Firma	Ora e Firma



VALUTAZIONE BILANCIO IDRICO

Data	/ /		Entrate		Uscite	Tot progressivo
Ora	OS	EV	Tipo soluzione / Farmaco	Totale 4h / Tot progressivo		
08.00						
09.00						
10.00						
11.00						
Totale 4h						
12.00						
13.00						
14.00						
15.00						
Totale 4h						
16.00						
17.00						
18.00						
19.00						
Totale 4h						
20.00						
21.00						
22.00						
23.00						
Totale 4h						
24.00						
01.00						
02.00						
03.00						
Totale 4h						
04.00						
05.00						
06.00						
07.00						
Totale 4h						
Totale 24h						
Tot entrate					Tot uscite	
			Bilancio +/-			
			Firma			

Tabella 8

MONITORAGGIO ACCESSI VASCOLARI

Data	Tipologia accesso (cvp, cvc, port, picc)	Pervietà	Aspirazione	Infusione	Score (VIP / VES)	Medicazione / Prossima medicazione
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		
		O Sì O No	O Sì O No	O Sì O No		

Tabella 9

## VALUTAZIONE / CHECKLIST QUOTIDIANA

### Segni vitali:

- Temperatura
- Polso
- Respirazione
- Pressione sanguigna
- Saturazione di O<sub>2</sub>

### Modifiche apportate:

- A livello respiratorio
- Terapia
- Altro \_\_\_\_\_

### Valutazione dei polmoni:

#### Schemi respiratori:

- Capacità di respirare profondamente
- Carezza di fiato
- Espansione del torace non omogenea
- Retrazione sternali / intercostali

#### Aspirazione:

- Frequenza
- Tolleranza
- Secrezioni

#### Segni di infezione:

- Distensione delle vene del collo
- Mal di gola
- Brividi
- Tremori

#### Dolore:

- Dolori muscolari
- Cefalea

#### Tosse:

- Frequenza
- Caratteristiche della tosse \_\_\_\_\_
- Espettorato: colore, consistenza, qualità

#### Risposta alla terapia antibiotica / respiratoria:

- Trattamento con nebulizzatore
- Inalatore a dose controllata
- Farmaci ev
- Valutazione sito di inserzione cv

### Fabbisogno di ossigeno:

- Continuo o intermittente
- Litri/minuto
- Dispositivo di erogazione utilizzato
- Tolleranza allo svezzamento

### Segni di TVP:

- Calore, gonfiore alle gambe
- Dolore o sensibilità a gambe, caviglie, piedi o braccia
- Vene gonfie, dure, fragili
- Dolore acuto al petto
- Vertigini
- Respirazione rapida

### Effetti collaterali dei farmaci:

- Farmaci specifici \_\_\_\_\_
- Monitoraggio effetti collaterali \_\_\_\_\_

### Stato nutrizionale/idratazione:

- Anoressia
- Disagio gastrointestinale
- Segnalata perdita di appetito
- Segnalata perdita di gusto o olfatto

### Cambiamenti nelle funzioni ADL:

- Miglioramento o diminuzione delle abilità
- Stanchezza
- Resistenza
- Tolleranza alla terapia

### Cambiamenti psicosociali:

- Umore
- Comportamenti
- Interazioni personali

**Allegati alla cartella:**

PUNTEGGIO NEWS	ID PAZIENTE				DATA DI INGRESSO			
	DATA DI NASCITA							
	DATA							
	ORA							
FREQUENZA RESPIRATORIA	3	≥ 25						
	2	21 – 24						
	0	18 – 20						
		15 – 17						
		12 – 14						
	1	9 - 11						
3	≤ 8							
SATURAZIONE D'OSSIGENO	0	≥ 96						
	1	94 – 95						
	2	92 - 93						
	3	≤ 91						
OSSIGENO SUPPLEMENTARE	0	NO						
	2	SI						
PRESSIONE SISTOLICA	3	≥ 220						
	0	201 – 219						
		181 – 200						
		161 – 180						
		141 – 160						
		121 - 140						
		111 – 120						
	1	101 - 110						
	2	91 – 100						
	3	81 – 90						
		71 – 80						
61 – 70								
51 – 60								
	≤ 50							
FREQUENZA CARDIACA	3	≥ 131						
	2	121 – 130						
		111 – 120						
	1	101 – 110						
	0	91 – 100						
		81 – 90						
		71 - 80						
		61 – 70						
		51 – 60						
	1	41 – 50						
3	31 – 40							
	≤ 30							
STATO DI COSCIENZA	0	A						
	3	Confuso						
		V						
		P						
	U							
TEMPERATURA °C	2	≥ 39.1						
	1	38.1 – 39.0						
	0	37.1 – 38.0						
		36.1 – 37.0						
	1	35.1 – 36.0						
3	≤ 35.0							
TOTALE								



**NEWS2 (National Early Warning Score)**

PARAMETRI FISIOLÓGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza respiratoria	≤ 8		9 – 11	12 - 20		21 – 24	≥ 25
Saturazione d'ossigeno	≤ 91	92 – 93	94 – 95	≥ 96			
Ossigeno supplementare		SI		NO			
Temperatura corporea (°C)	≤ 35.0		35.1 – 36.0	36.1 – 38.0	38.1 – 39.0	≥ 39.1	
Pressione sistolica (mmHg)	≤ 90	91 – 100	101 – 110	111 – 219			≥ 220
Frequenza cardiaca	≤ 40		41 – 50	51 – 90	91 – 110	111 – 130	≥ 131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

PUNTEGGIO	FREQUENZA DI MONITORAGGIO	INTERVENTI	RISCHIO CLINICO
0	Ogni 12 h	Continuare il monitoraggio di routine	Basso
Totale 1 – 4	Ogni 4 – 6 h	Valutare il paziente e se necessaria una maggior frequenza di monitoraggio	
3 in un singolo parametro	Ogni h	Informare il medico che esaminerà e deciderà se necessario un incremento delle cure	Medio
Totale ≥ 5 (stato di urgenza)	Ogni h	Informare il medico e richiedere una consulenza urgente, considerare la possibilità di utilizzo di dispositivi di monitoraggio e valutare la necessità di effettuare uno screening per la sepsi	
Totale ≥ 7 (stato di emergenza)	Monitoraggio continuo	Informare il medico e richiedere una valutazione da parte di un rianimatore; valutare la necessità di effettuare uno screening per la sepsi. Prendere in considerazione il trasferimento in una struttura intensiva con monitoraggio continuo	Alto

*Allegato 1*

**SCALA MUST (valutazione del rischio di malnutrizione)**

	PUNTEGGIO
BMI (Peso kg / altezza m <sup>2</sup> )	
Calo di peso	
Assunzione / non assunzione di cibo	

	0	1	2
BMI	> 20	18,5 – 20	< 18,5
Calo di peso (3-6 mesi)	< 5%	5 – 10%	> 10%
Assunzione cibo	Assunto		Non assunto

PUNTEGGIO	RIVALUTAZIONE	INTERVENTI	RISCHIO
0	Ogni settimana	Continuare il monitoraggio di routine	Basso
1	Ogni 3 giorni e poi rivalutare	Se l'assunzione risulta valida rivalutare dopo una settimana, se non risulta valida provvedere con la segnalazione del rischio di malnutrizione alle figure competenti.	Medio
2 o superiore	Giornaliera	Segnalare alle figure competenti il rischio di malnutrizione, verificare l'assunzione dei pasti e l'aderenza alla dieta prescritta	Alto

## SCALA DI BRADEN

Indicatori	Variabili			
	4	3	2	1
<b>PERCEZIONE SENSORIALE</b> <i>capacità di rispondere</i>	<b>Non limitata</b> Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriali che limitino la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio	<b>Leggermente limitata</b> Risponde agli ordini verbali, ma non riesce a comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione	<b>Molto limitata</b> Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi	<b>Completamente Limitata</b> Assenza di risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello di coscienza od alla sedazione
<b>UMIDITÀ</b> <i>grado di esposizione della pelle all'umidità.</i>	<b>Raramente umida</b> La cute è normalmente asciutta	<b>Occasionalmente umida</b> La cute è raramente umida	<b>Molto umida</b> La cute è spesso, ma non sempre, umida. Il pannolone o la biancheria vengono cambiati almeno una volta per turno	<b>Costantemente umida</b> La cute è sempre umida
<b>ATTIVITÀ</b> <i>grado di attività fisica</i>	<b>Cammina di frequente</b> Cammina al di fuori della sua stanza almeno due volte al giorno	<b>Cammina occasionalmente</b> Cammina occasionalmente Durante la giornata, ma per distanze molto brevi	<b>In poltrona/sedia a rotelle</b> Capacità di camminare molto limitata o assente	<b>Allettato</b> Costretto a letto
<b>MOBILITÀ</b> <i>capacità di variare e di controllare le posizioni del corpo</i>	<b>Limitazioni assenti</b> Si sposta frequentemente, senza assistenza	<b>Parzialmente limitata</b> Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo	<b>Molto limitata</b> Non riesce a realizzare autonomamente frequenti o significativi movimenti	<b>Completamente immobile</b> Non riesce a produrre neppure minimi movimenti del corpo e delle estremità senza assistenza
<b>NUTRIZIONE</b> <i>assunzione usuale di cibo</i>	<b>Eccellente</b> Mangia la maggior parte del cibo; non necessita di integratori	<b>Adeguate</b> Mangia più della metà dei pasti. Assume normalmente integratori. <i>Oppure</i> Si alimenta artificialmente (SNG/PEG)	<b>Probabilmente inadeguata</b> Mangia generalmente la metà dei cibi offerti. <i>Oppure</i> Riceve una quantità scarsa rispetto a quanto previsto come dieta liquida enterale (SNG/PEG)	<b>Molto povera</b> Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. Assume pochi liquidi e nessun integratore. <i>Oppure</i> È a digiuno o sostenuto con dieta esclusivamente idrica per più di 5 giorni
<b>FRIZIONE e SCIVOLAMENTO</b>	///////	<b>Senza problemi apparenti</b> Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo	<b>Problema potenziale</b> Si muove poco, occasionalmente può scivolare	<b>Problema</b> Richiede assistenza nei movimenti. Scivola di frequente ed è presente costante attrito contro il piano del letto o della poltrona
<b>RISCHIO LIEVE da 23 a 17</b>				
<b>RISCHIO ELEVATO da 16 a 13</b>				
<b>RISCHIO ELEVATISSIMO da 12 a 6</b>				

### SCALA DI BARTHEL

Attività	Variabili			
	0	5	10	15
<b>ALIMENTAZIONE</b>	Completamente dipendente	Necessita di assistenza, ad es. per tagliare il cibo	Indipendente	
<b>FARE IL BAGNO</b>	Dipendente	Indipendente		
<b>IGIENE PERSONALE</b>	Necessita di aiuto	Si lava il viso, si pettina, si lava i denti, si rade		
<b>VESTIRSI</b>	Dipendente	Necessita di aiuto ma compie almeno la metà del compito in tempo ragionevole	Indipendente, si allaccia le scarpe, usa cerniere lampo e bottoni	
<b>ELIMINAZIONE INTESTINALE</b>	Incontinente	Occasionalmente incontinente	Continente	
<b>ELIMINAZIONE URINARIA</b>	Incontinente	Occasionalmente incontinente	Continente	
<b>TRASFERIMENTI IN BAGNO</b>	Dipendente	Necessita di qualche aiuto per l'equilibrio, vestirsi/svestirsi o per usare la carta igienica	Indipendente nell'uso del bagno o della padella	
<b>TRASFERIMENTI SEDIA/LETTO</b>	Incapace, non ha equilibrio da seduto	In grado di sedersi, ma necessita della massima assistenza per trasferirsi	Minima assistenza e supervisione	Indipendente
<b>DEAMBULAZIONE</b>	Immobile	Indipendente con la sedia a rotelle o deambulatore per più di 45 metri	Necessita dell'aiuto di una persona per distanze superiori a 45 m	Indipendente per più di 45 m, può usare ausili (es. bastone) ad eccezione del girello
<b>SALIRE LE SCALE</b>	Incapace	Necessita di aiuto o supervisione	Indipendente, può usare ausili	
<b>TOTALE PUNTEGGIO (0 – 100)</b>				
Range risultati: 100-91= quasi autosufficienza 90-75= dipendenza lieve 74-50= dipendenza moderata 49-25= dipendenza grave <25= dipendenza completa				

### SCALA VIP (Visual Infusion Phlebitis)

INDICATORI	SCORE	
Sito di inserzione integro, nessun segno di alterazione	0	Nessun segno di flebite - Osservare la cannula ad ogni turno. Documentare in cartella
Presenza di uno dei seguenti segni: 1- Leggero dolore  2- Leggero arrossamento / eritema	1	Possibile primo segno di flebite - Osservare la cannula  - Controllare il tipo di farmaco infuso
Presenza di almeno due dei seguenti segni: 1- Dolore lungo il decorso della vena  2- Arrossamento / eritema  3- Gonfiore	2	Stadio iniziale di flebite - Rimuovere la cannula
Tutti i seguenti segni sono evidenti: 1- Dolore lungo il decorso della vena  2- Arrossamento / eritema  3- Gonfiore / indurimento	3	Stadio medio di flebite - Rimuovere la cannula  - Trattamento della flebite
Tutti seguenti segni sono evidenti: 1- Dolore lungo il decorso della vena  2- Arrossamento / eritema  3- Gonfiore / indurimento  4- Presenza di cordone venoso palpabile	4	Fase avanzata di flebite / inizio di tromboflebite - Rimuovere la cannula  - Trattamento della flebite
Tutti seguenti segni sono evidenti: 1- Dolore lungo il decorso della vena  2- Arrossamento / eritema  3- Gonfiore / indurimento  4- Presenza di cordone venoso palpabile  5- Febbre	5	Tromboflebite, stadio avanzato - Rimuovere la cannula  - Trattamento della flebite

Se VIP SCORE  $\geq 2$  valutare richiesta CONSULTO PICC team

## SCALA VES (Visual Exit-site Score)

INDICATORI	SCORE	TRATTAMENTO
Exit-site integro Cute sana, integra, senza segni di flogosi	0	Medicare secondo procedura standard Medicazione: semipermeabile trasparente Frequenza: settimanale
Exit-site iperemico Iperemia al punto di uscita del CVC $< 1$ cm <sup>2</sup> con o senza fibrina	1	Medicare secondo procedura standard; prendere in considerazione l'utilizzo di Biopatch Medicazione: semipermeabile trasparente Frequenza: in base alla valutazione giornaliera
Exit-site iperemico e flogosi Iperemia al punto di uscita del CVC compresa tra 1 e 2 cm <sup>2</sup> con o senza fibrina	2	Detergere con soluzione fisiologica; disinfettare con Clorexidina 2% soluzione alcolica; applicare Biopatch Medicazione: semipermeabile trasparente Frequenza: in base alla valutazione giornaliera
Exit-site iperemico, flogosi e secrezioni Iperemia, secrezione e/o pus, con o senza fibrina	3	Contattare il PICC TEAM

N.B. IN CASO DI SANGUINAMENTO dell'exit-site applicare tampone di garza sterile e, se possibile, esercitare una modica pressione manuale fino al termine del sanguinamento. Applicare un nuovo tampone di garza sterile e pellicola semipermeabile trasparente. Sostituire la medicazione in base alla presenza di sangue. Frequenza: medicare ogni 24 ore fino alla scomparsa completa del sanguinamento.

In caso di sanguinamento importante, avvisare il medico: potrebbero essere necessari esami della coagulazione o ulteriore accertamento.

## **RINGRAZIAMENTI**

Giunto alla conclusione di questo percorso entusiasmante, ma al contempo molto intenso voglio ringraziare coloro che hanno interagito e contribuito alla mia formazione.

In particolar modo ringrazio la professoressa Serena Frassini per avermi seguito nella conclusione di questo percorso di tesi.

Infine un ringraziamento speciale alla mia famiglia che mi ha sempre sostenuto durante il percorso.