UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea Magistrale in
Scienze Infermieristiche ed Ostetriche

Presidente Prof.ssa Emilia Prospero
Direttore ADP Dott.ssa Gilda Pelusi

IMPLEMENTAZIONE DELL'UTILIZZO DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA E DELLA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE IN AMBITO PEDIATRICO

Relatore:
Dott. Maurizio Mercuri

Tesi di Laurea di:
Annachiara Andreoni

Correlatore:
Dott.ssa Mara Marchetti

Anno accademico: 2019/2020

Indice

1. Introduzione 1

2. Obiettivi 10

3. Materiali e metodi 11

3.1 Campione……..…….11

3.2 Timing……...….....12

3.3 Setting…..……..….13

3.4 Strumenti..…….16

4. Risultati..... 21

4.1 Cartella Infermieristica e pianificazione assistenziale...…….21

4.2 Formazione rivolta agli studenti …….…….23

5. Discussione..... 30

5.1 Analisi degli elaborati degli studenti…….…34

6. Conclusioni 37

6.1 Limiti.....……...38

6.2 Implicazioni per la pratica clinica……39

Bibliografia

Allegati

Ringraziamenti

1. Introduzione

"L'infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico" [1]

Questo il contenuto dell'articolo 33 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche approvato dal Consiglio Nazionale degli Ordini nella seduta del 12 e 13 aprile 2019. Un intero articolo dedicato all'importanza dell'esistenza della documentazione infermieristica e della sua accuratezza e precisione.

Con il riconoscimento della professione infermieristica nella legge 42/99, anche la documentazione riguardante il processo assistenziale assume una valenza giuridica di pari importanza alla cartella medica. Entrambe costituiscono in maniera integrante la cartella clinica.

Nella documentazione infermieristica deve essere contenuto tutto ciò che riguarda la presa in carico, l'attuazione del processo assistenziale e come esso si conclude con la relativa valutazione dell'assistito al termine della dimissione.[2]

Secondo l'articolo 2699 del Codice Civile la cartella infermieristica rappresenta un atto pubblico. Se ben redatta secondo i criteri di veridicità, completezza, chiarezza e tempestività, fornisce una fotografia del processo assistenziale seguendo il miglioramento delle condizioni di salute del soggetto preso in carico.

Per queste ragioni ogni realtà in cui si esprime un processo assistenziale deve possedere una propria documentazione a sostegno del professionista e della pianificazione.

La pianificazione assistenziale rappresenta lo strumento attraverso il quale viene garantita un'assistenza infermieristica di qualità.

Il processo infermieristico è un "*approccio sistematico e creativo al pensiero e all'azione, che l'infermiere usa per raccogliere, classificare e analizzare dati relativi agli assistiti, e per pianificare interventi che soddisfino o risolvano le loro necessità assistenziali.*"[3]

Si compone di cinque fasi tra loro interdipendenti:

1. Accertamento
2. Diagnosi infermieristiche
3. Pianificazione
4. Attuazione
5. Valutazione

L'utilizzo di un approccio sistematico e standardizzato è garanzia di un processo di cura personalizzato e coordinato con tutta l'equipe sanitaria.
Il professionista dal momento della presa in carico dell'assistito raccoglie i dati necessari a fornire una risposta adeguata ai bisogni di salute che vengono evidenziati.

Quando il destinatario dell'assistenza è un paziente in età pediatrica, pur rimanendo invariate le fasi del processo, è necessario prestare attenzione ad alcune caratteristiche che lo contraddistinguono dal paziente adulto; prima di tutto è importante operare una distinzione in base all'età e al grado di sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino *(vedi Tabella 1).*

Periodo neonatale	Neonato 0-30 giorni
Prima infanzia	Lattante dal 1° mese in poi
Seconda infanzia	Bambino 2-5 anni
Età scolare	6-11 anni
Pubertà	Dura circa 2-5 anni (11-13 per le femmine e 12-15 per i maschi)
Adolescenza	14-16 anni per le femmine, 15-17 per i maschi

Tabella 1- Le età dello sviluppo. Badon P, Zampieron A. Procedure infermieristiche in pediatria. Milano. C.E.A.: 2018

Un altro fattore significativo quando si parla di assistenza infermieristica rivolta al paziente pediatrico è la relazione che si instaura con la famiglia.
Il coinvolgimento della famiglia si rende indispensabile da un punto di vista medico legale: non è possibile infatti mettere in atto alcun processo assistenziale senza aver

ottenuto il consenso della famiglia; allo stesso tempo, però, vi è la necessità di tener conto della volontà del minore.

Si citano alcune fonti giuridiche a cui è necessario far riferimento relativamente a tale questione: con la Convenzione ONU sui "Diritti dell'Infanzia", approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 20 Novembre 1989 e ratificata dall'Italia con legge 27 maggio 1991 n. 176, si parla della tutela della volontà del minore per tutte le questioni che lo riguardano, ovviamente tenendo in considerazione il suo grado di maturità e la sua capacità di discernimento.[4]

Sulla stessa linea il 6 febbraio 2013 è stato presentato al Ministero della Salute il "Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari"; all'articolo 3 viene ribadito il diritto del bambino di godere della miglior stato di salute possibile e all'articolo 5 invece viene sottolineato come il bambino ha il diritto di "*essere ascoltato su ogni questione sanitaria che lo riguardi e la sua opinione deve essere tenuta in debita considerazione in funzione della sua età e del suo grado di maturità"*.[5]

Più recentemente questo tema viene ripreso all'articolo 3 della Legge n. 219/2017 "Norme in materia di consenso informato e di disposizione anticipate di trattamento".[6]

Ricordiamo, infine, l'art. 23 del Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche*: "L'Infermiere, tenuto conto dell'età e del grado di maturità riscontrato, si adopera affinché sia presa in debita considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte curative, assistenziali e sperimentali, al fine di consentirgli di esprimere la sua volontà. L'Infermiere, quando il minore consapevolmente si oppone alla scelta di cura, si adopera per superare il conflitto".*[7]

Oltre all'aspetto medico legale, l'esperienza della malattia non riguarda solo il bambino, ma rappresenta un evento doloroso che mette in discussione gli equilibri di tutta la vita familiare.

Per questa ragione il modello assistenziale di riferimento suggerito dalla letteratura è il Family Centered Care (FCC) dove il coinvolgimento della famiglia viene, inoltre, associato al miglioramento precoce della malattia.

La famiglia pur essendo direttamente colpita dall'esperienza della malattia, rappresenta anche la principale fonte di sostegno e il professionista della salute deve essere in grado di accompagnarla affinché possa mettere in atto le risorse di cui dispone.[8]

Il bambino e la sua famiglia vivono un'esperienza di discontinuità in cui ruoli e dinamiche, sia all'interno della famiglia sia con la rete sociale di cui si dispone, vengono messi in discussione.

L'infermiere riconosce l'importanza di lavorare sulle relazioni, sulla comunicazione e sul mantenimento dell'equilibrio familiare con un approccio centrato sulla persona e sulla famiglia.

Come precedentemente illustrato questo comporta numerosi benefici sulla salute del bambino e sulla gestione di tutto il processo assistenziale: vengono individuati dei riscontri positivi a seguito del coinvolgimento della famiglia nelle decisioni prese in collaborazione con il team assistenziale; i bambini stessi riferiscono un feedback positivo riguardo all'esperienza di cura a cui vengono sottoposti oltre ad essere più coinvolti e consapevoli.[9]

Per i bambini i genitori sono un riferimento sostanziale e la loro vicinanza li rende meno irrequieti e più inclini alle manovre medico-infermieristiche.

I genitori, invece, gestiscono meglio lo stress emotivo e l'ansia derivante dal senso di impotenza di fronte alla malattia del figlio.

Fondamentale è dunque la collaborazione e la relazione terapeutica su cui l'infermiere investe durante tutto il processo assistenziale.

La Committee on Hospital Care dell'American Academy of Pediatrics nel 2003 raccomanda di integrare la FCC negli ospedali.[10]

I principi del FCC possono essere così definiti:

1. Condivisione delle informazioni
2. Rispetto delle differenze
3. Partnership e collaborazione
4. Negoziazione
5. Cura nel contesto della famiglia e della comunità [11]

Riconoscendo la famiglia come un nodo centrale dell'assistenza infermieristica in ambito pediatrico, anche le fasi del processo di nursing non riguardano mai esclusivamente il bambino, ma la raccolta dei dati e tutto ciò che ne consegue contempla sempre il resto della famiglia.

Riportiamo una guida all'accertamento infermieristico proposta per il paziente pediatrico secondo i modelli funzionali di Gordon.

L'accertamento si ottiene attraverso l'esame obiettivo e l'osservazione con l'intervento del genitore/tutore. Le abilità comunicative del bambino sono in fase di sviluppo, per questa ragione è importante comprendere il punto di vista dello stesso. Non va sottovalutato nelle fasi dell'accertamento l'influenza dell'ambiente sulle fasi dello sviluppo del bambino.[12]

La Gordon sosteneva che "*tutti gli esseri umani hanno in comune certi modelli funzionali che contribuiscono alla loro salute, qualità della vita e realizzazione del potenziale umano. Tali modelli comuni sono il centro di interesse dell'accertamento infermieristico. La descrizione e la valutazione dei modelli di salute, permette all'infermiere di identificare i modelli che sono funzionali (punti di forza del cliente) e quelli che sono disfunzionali (diagnosi infermieristiche).*"[13]

Nella tabella proposta vediamo come si riesca appunto a declinare lo stesso modello sia per il neonato/bambino/adolescente sia per i genitori e inerente alla vita familiare *(Vedi Tabella 2).*

Modelli	Dati da raccogliere Dati sul neonato/bambino/adolescente	Dati sui genitori/vita familiare
1. Modello di percezione e di gestione della salute	▪ Anamnesi gravidanza/parto/travaglio ▪ Stato di salute del neonato alla nascita ▪ Adesione visite di controllo/vaccinazioni ▪ Malattie infettive e stato immunitario ▪ Assenze da asilo/scuola ▪ Problemi medici: anamnesi, prognosi, trattamento/terapia farmacologica, gestione da parte famiglia/adolescente, difficolta a seguire le prescrizioni ▪ Incidenti ▪ Valutazione della malattia/ricovero	▪ Malattie ereditarie/con familiarità ▪ Fumo/in presenza del figlio ▪ Giocattoli/trasporto/sicurezza in auto ▪ Sicurezza domestica ▪ Abitudini preventive/sanitarie ▪ Salute dei genitori/famiglia
2. Modello nutrizionale e metabolico	▪ Allattamento (seno/biberon), suzione, quantità stimata ▪ Nutrienti assunti nelle 24 ore/liquidi/integratori ▪ Appetito, problemi alimentari, nausea, vomito, rigurgiti ▪ Comportamenti alimentari/cibi preferiti/conflitti riferiti al cibo ▪ Peso e lunghezza alla nascita/peso e altezza attuale/percentile ▪ Problemi pelle/acne ▪ Tensione delle fontanelle	▪ Condizioni nutrizionali genitori/famiglia, problemi
3. Modello di eliminazione	▪ Modello di eliminazione intestinale, frequenza, stipsi ▪ Modello di eliminazione urinaria, incontinenza, enuresi ▪ Uso pannolini, abitudini, uso del catetere ▪ Sudorazione eccessiva, odore	▪ Modello di eliminazione dei genitori, problemi
4. Modello di attività ed esercizio fisico	▪ Attività correlate al bagno (sede, frequenza, detergenti) ▪ Abitudini correlate all'abbigliamento (vestiti, variazioni a casa, scuola, altri ambienti) ▪ Attività tipiche quotidiane del neonato/bambino/adolescente e giochi/libri/attrezzi usati ▪ Livello generale e vigore dell'assistito ▪ Abilità nelle attività di cura di sé (bagno, alimentarsi, andare al gabinetto, vestirsi e curare l'aspetto)	▪ Modello di attività, esercizio, impiego del tempo libero dei genitori ▪ Cura del bambino ▪ Cura della casa
5. Modello di sonno e di riposo	▪ Modello e ore di sonno/riposo, incubi, nicturia, posizione, movimenti ▪ Uso di oggetti	▪ Modello di sonno dei genitori
6. Modello cognitivo/percettivo	▪ Stato mentale ▪ Risposta generale, risposta alla conversazione, risposta al gioco ▪ Segue oggetti con lo sguardo ▪ Apprendimento: livello e variazioni nel tempo ▪ Sviluppo del linguaggio (rumori, vocalizzi, parole, frasi), lingua parlata, capacità di comprendere ▪ Sensi	▪ Problemi sensoriali dei genitori ▪ Capacità decisionali dei genitori ▪ Lingua parlata dei genitori

	▪ Orientamento ▪ Identificazione dei bisogni (es. fame, sete, dolore..) ▪ Dolore/malessere, val. multidimensionale	
7. Modello di percezione di sé e di concetto di sé	▪ Umore ▪ Senso del proprio valore, competenza, identità	▪ Umore dei genitori ▪ Senso del proprio valore, competenza, identità dei genitori ▪ Percezione di sé come genitori
8. Modello di ruoli e di relazioni	▪ Struttura familiare ▪ Interazione con il bambino ▪ Dipendenza, modello di gioco, senso di separazione, capricci, disciplina, problemi scolastici del bambino ▪ Scuola e rendimento scolastico ▪ Gioco e socializzazione	▪ Esercizio del ruolo come coniugi e genitori ▪ Problematiche lavorative dei genitori ▪ Persone di cui si fidano i genitori
9. Modello di sessualità e di riproduzione	▪ Sentirsi maschio/femmina e sviluppo sessuale ▪ Concetto di pudore ▪ Accettazione cambiamenti corporei nell'adolescente ▪ Domande sulla sessualità e risposte dei genitori ▪ Preoccupazioni relative alla sessualità	▪ Soddisfazione/problemi sessuali ▪ Problematiche riproduttive
10. Modello di coping e tolleranza allo stress	▪ Stato emotivo e preoccupazione per ricovero ▪ Stress nel bambino e cause, livello di tolleranza allo stress ▪ Modalità di gestione dei problemi, rabbia, frustrazione ▪ Perdite nell'ultimo anno	▪ Stato emotivo e preoccupazione per ricovero del genitore ▪ Eventi stressanti della famiglia e loro gestione ▪ Modalità di gestione dei problemi, rabbia, frustrazione dei genitori ▪ Perdite nell'ultimo anno ▪ Fonti di sostegno della famiglia
11. Modello di valori e di convinzioni	▪ Sviluppo morale del bambino, scelte ▪ Richiesta di assistenza spirituale	▪ Valori e spiritualità dei genitori ▪ Impatto della malattia sugli obiettivi dei genitori ▪ Richiesta di assistenza spirituale della famiglia
Altro	▪ Altri aspetti non menzionati	
Esame obiettivo		
Parametri vitali e dati antropometrici	▪ Altezza/lunghezza, peso ▪ Sviluppo dei genitali ▪ Temperatura, resipiro	▪ Circonferenza cranica ▪ Circonferenza addominale ▪ Polso, pressione arteriosa
Apparato respiratorio e cardio-circolatorio	▪ Respiro, tosse, catarro, rumori polmonari	▪ Polsi periferici e apicale, soffi, edemi
Sistema tegumentario e metabolico	▪ Cute, lesioni, eritemi ▪ Suoni e rumori intestinali	▪ Cavo orale
Sistema neuro-sensoriale	▪ Pupille, nervi cranici, riflessi	▪ Occhi, orecchie, naso
Apparato muscolo-scheletrico	▪ Escursione articolare, equilibrio, deambulazione, presa della mano, paralisi	▪ Fontanelle craniche

Tabella 2- Guida all'accertamento pediatrico secondo i modelli funzionali di Gordon ed esame obiettivo (modificata da Gordon M. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. Milano. C.E.A.: 2009 e Badon P, Cesaro S. Manuale di nursing pediatrico. Milano: C.E.A.: 2002)

La valutazione iniziale è la fase più critica dell'intero processo, la raccolta dati centrata sulla persona assistita condurrà alla formulazione di una diagnosi infermieristica appropriata, corretta e completa.[14]

Le fasi successive del processo di nursing saranno garanzia di qualità di assistenza, permetteranno di misurare gli esiti di salute e il linguaggio comune utilizzato permette una corretta diffusione delle informazioni tra i professionisti per garantire la continuità, l'adeguatezza e l'appropriatezza delle cure.
In relazione a questa complessità, è importante garantire agli infermieri il possesso di una documentazione accurata, chiara, completa, strutturata e condivisa tra le SOD.

Posti questi criteri, ovvero l'importanza di pianificare, la necessità di possedere una documentazione adeguata a tale scopo e la peculiarità e complessità dell'ambito materno infantile, si è voluto rispondere a questa esigenza con l'ideazione di uno strumento finalizzato a colmare un bisogno originato dall'assenza di documentazione infermieristica univoca tra le SOD del Dipartimento Materno Infantile del Presidio Ospedaliero "G. Salesi" dell'Azienda O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, ad eccezione della Terapia Intensiva Neonatale, SOD di Anestesia e Rianimazione ed Oncoematologia Pediatrica in quanto reparti con caratteristiche peculiari e per questa ragione necessitano di strumenti differenziati.

Nella seconda fase del progetto inizialmente l'attenzione si sarebbe focalizzata sulla formazione degli infermieri nell'ottica di favorire l'apprendimento continuo orientato ad arricchire le proprie conoscenze e competenze per migliorare la qualità dell'assistenza erogata; in aggiunta a quanto descritto, era previsto il coinvolgimento degli studenti del CdL in Infermieristica per offrire strumenti da implementare nell'esperienza di tirocinio nelle SOD del Dipartimento Materno Infantile.

A causa dell'emergenza sanitaria che stiamo vivendo non è stato possibile rispettare tutte le fasi previste per il progetto.

Non si è potuta attuare la formazione residenziale classica prevista per i professionisti; dopo aver discusso con la Coordinatrice Dipartimentale, Dott.ssa Rosella Giuliani, la possibilità di procedere con la formazione in modalità e-learning, si è ritenuto opportuno posticipare questa occasione formativa.
E' stato possibile, invece, procedere all'attività formativa rivolta agli studenti se pur con modifiche sostanziali: la formazione sul campo prevista è stata sostituita con la formazione a distanza grazie al supporto della piattaforma e-learning Moodle.

L'apprendimento in modalità e-learning rappresenta un orizzonte innovativo per l'educazione permettendo di ampliare l'accesso ai momenti formativi.[15]

La distanza non rappresenta un limite, bensì un'opportunità.

In questo panorama citiamo il *blended learning*, come approccio in cui è possibile integrare all'insegnamento tradizionale l'insegnamento online.[16]

Una revisione sistematica condotta da Qian Liu et al. nel 2016 ha confrontato la modalità di insegnamento tradizionale con il *blended learning*; i 56 studi ritenuti idonei hanno fatto desumere che tale innovativo approccio formativo risulta essere più efficace, o almeno altrettanto efficace, rispetto all'insegnamento tradizionale.[17]

Bisogni formativi ampi e che riguardano tematiche complesse, necessitano di approcci che sappiano valorizzare questa complessità permettendo una ricca interazione fra docenti e discenti, la possibilità di integrare e aggiornare continuamente il materiale didattico ed estendendo l'accesso ai materiali.

2. Obiettivi

Si individuano tre obiettivi principali considerati nello sviluppo del progetto:

- Realizzare il modello unico di documentazione infermieristica basato sulla condivisione dello strumento da parte delle SOD del Dipartimento Materno Infantile, nello specifico Pediatria, Clinica di Pediatria, Malattie infettive, Neuropsichiatria infantile, Neonatologia e Chirurgia Pediatrica del Presidio Ospedaliero "G. Salesi" dell'Azienda O.U. Ospedali Riuniti di Ancona, che dovranno utilizzarlo.
- Strutturare e pianificare il corso di formazione per il personale sanitario con modalità di accreditamento ECM, legato all'implementazione dello strumento nelle SOD di riferimento.
- Sperimentare lo strumento realizzato, con gli studenti del terzo anno del Canale B del CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche utilizzando casi clinici creati ad hoc dal personale esperto in pediatria.

3. Materiali e metodi

La prima fase del lavoro è stata la ricerca bibliografica per verificare lo stato della letteratura in relazione ai temi trattati.

E' stata utilizzata la banca dati PubMed e il motore di ricerca Google Scholar.

Le parole chiave utilizzate per la ricerca bibliografica su PubMed sono: *nursing documentation, pediatric patient, electronic medical record system, simulation training, nursing care plan, students, lifelong learning e nurs** con l'utilizzo dell'operatore booleano "AND".

Le stringhe di ricerca utilizzate sono state:

- *"electronic medical record system" AND "nursing documentation":* sono stati selezionati articoli pubblicati negli ultimi 5 anni per cui fosse disponibile il free full text. 57 sono gli articoli ottenuti da questa ricerca, ma soltanto 2 sono stati ritenuti pertinenti al quesito di partenza.
- *"nursing documentation" AND "pediatric patien":* sono stati applicati gli stessi filtri, ovvero pubblicazione negli ultimi 5 anni e presenza di free full text. 38 gli articoli ottenuti in totale, 1 ritenuto pertinente.
- *simulation training AND nursing care plan AND students* per la quale sono stati selezionati gli articoli pubblicati negli ultimi 5 anni per cui fosse disponibile il free full text. Gli articoli disponibili totali erano 10; 3 sono gli articoli che sono stati ritenuti pertinenti al quesito.
- *"lifelong learning" AND nurs** selezionando ancora una volta articoli pubblicati negli ultimi 5 anni per i quali fosse disponibile il free full text; gli articoli totali disponibili erano 31, sono stati selezionati 4 articoli ritenuti idonei.

3.1 Campione

Nel progetto sono stati coinvolti i coordinatori e due infermieri di ciascuna SOD ovvero, Pediatria, Clinica di Pediatria, Malattie infettive, Neuropsichiatria infantile, Neonatologia e Chirurgia Pediatrica del Presidio Ospedaliero "G. Salesi" dell'Azienda O.U. Ospedali Riuniti di Ancona.

Inizialmente hanno lavorato insieme ai tutor del CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche nella sede di Ancona.

Nella seconda fase il campione di riferimento è rappresentato dagli studenti del terzo anno del Canale B del CdL in Infermieristica per un numero complessivo di 56 studenti.

3.2 Timing

Il progetto si è sviluppato nel periodo compreso tra Marzo 2019 e Agosto 2020. Sono individuabili diverse fasi che hanno costituito il lavoro durante l'anno 2019 e 2020. (*vedi Figura 1 e 2).*

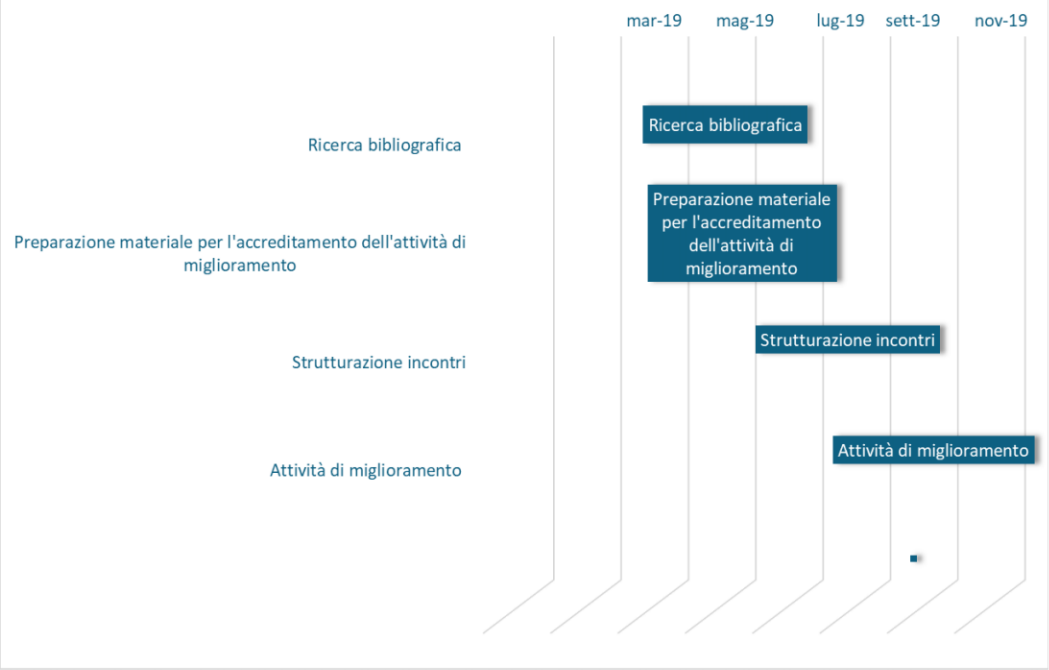


Figura 1-Diagramma di Gantt riferito all' anno 2019

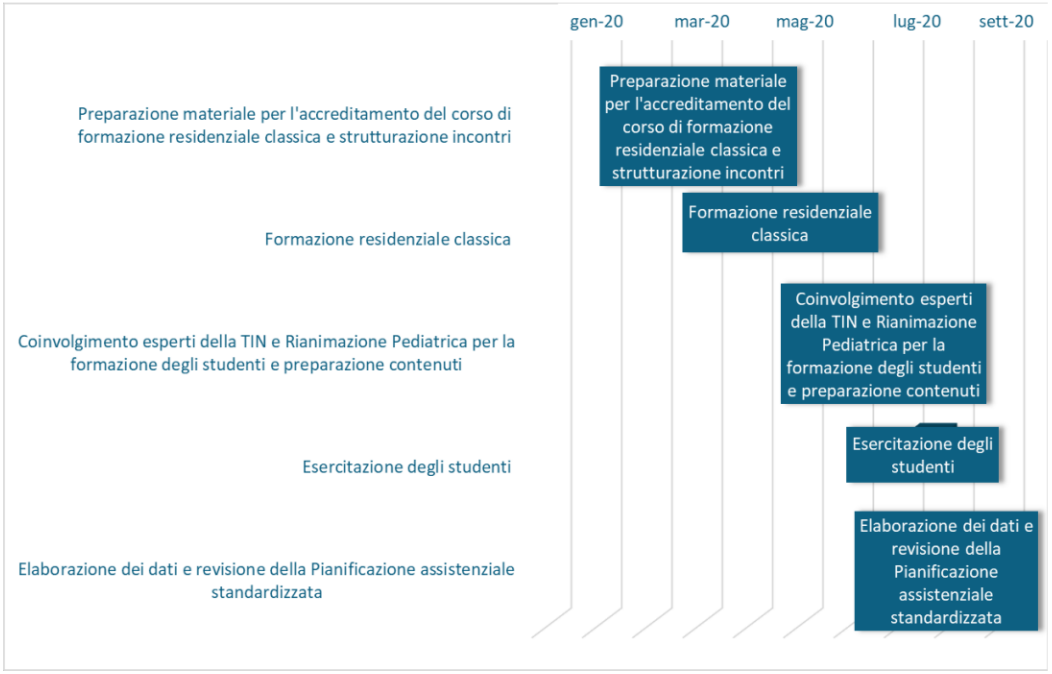


Figura 2- Diagramma di Gantt riferito all'anno 2020

3.3 Setting

Grazie al coinvolgimento del Dipartimento Materno Infantile del Presidio Ospedaliero "G. Salesi" dell'Azienda O.U. Ospedali Riuniti di Ancona e il CdL in Infermieristica dell'Università Politecnica delle Marche nella sede di Ancona ci si è dedicati alla realizzazione di uno strumento condiviso tra le SOD; possedere una documentazione unica rappresenta un supporto per i singoli professionisti nella pianificazione infermieristica ed è garanzia della continuità assistenziale, della corretta diffusione delle informazioni riguardanti il processo assistenziale e della qualità delle cure.

Inizialmente è stato necessario dedicarsi alla preparazione dei documenti al fine di accreditare l'attività di miglioramento "L'accertamento clinico infermieristico in ambito materno infantile" dove il gruppo di lavoro è stato composto dai coordinatori e infermieri delle SOD e dai tutor del CdL in Infermieristica di Ancona.

Il fornitore di tale attività è l'azienda ospedaliero universitaria Ospedali Riuniti di Ancona, la quale ha rilasciato la documentazione che attesta l'accreditamento del corso il 04/04/2019 *(allegati n.1-2-3-4-5)*.

L'attività ha avuto luogo nel periodo compreso tra il 04/05/2019 e il 30/11/2019 per una durata totale di 15 ore distribuite in 5 incontri; ai partecipanti sono stati accreditati 19,5 crediti ECM.
Il direttore dell'attività formativa è Maurizio Mercuri; il responsabile scientifico è Rosalia Mercanti.

Per procedere si è lasciato inizialmente molto spazio all'esperienza del personale e alla realtà vissuta nelle unità operative di riferimento.
Durante il primo incontro si è discusso dei vari aspetti da portare avanti e sull'importanza di rendere disponibile uno strumento unico ed informatizzato. Sono stati presentati alcuni degli strumenti attualmente a disposizione delle SOD coinvolte e sulle loro criticità, il materiale disponibile è tutto in forma cartacea.
Nello specifico è stata presa in esame la cartella infermieristica utilizzata dalla SOD di Chirurgia Pediatrica revisionata nel 2018; sono state analizzate le varie voci per coglierne i punti di forza ed eventuali limiti integrando l'esperienza dei professionisti che la utilizzano quotidianamente con le osservazioni e il punto di vista di chi ha a disposizione uno strumento diverso.
Nel secondo incontro un partecipante, attualmente coordinatore della Neonatologia e Terapia intensiva neonatale (TIN), ha mostrato al gruppo la cartella informatizzata della Cardiologia e Cardiochirurgia pediatrica e congenita alla cui costruzione aveva collaborato mentre lavorava nel dipartimento cardiologico.
Ne è emerso uno strumento che aiuta il professionista nella raccolta dei dati e nella gestione del processo assistenziale semplificando la registrazione e la conservazione delle informazioni riguardo all'assistito.
Inoltre, sono state prese in esame le cartelle infermieristiche didattiche utilizzate dagli studenti del CdL in Infermieristica per la formazione.
Negli incontri successivi l'attenzione si è focalizzata sulla stesura del nuovo documento e sulla necessità di concepire un supporto per la pianificazione assistenziale.
Il gruppo di lavoro ha portato a termine l'obiettivo del corso fornendo la cartella infermieristica come modello unico (*allegato n. 6)* implementato nelle SOD e la proposta di pianificazione assistenziale standardizzata *(allegato n. 7).*

Al termine di questa fase è emerso il bisogno di rivolgersi ad un maggior numero di infermieri appartenenti alle SOD coinvolte per presentare lo strumento prodotto durante

l'attività di miglioramento e permettere a tutti gli infermieri delle realtà operative di esercitarsi nella pianificazione assistenziale per familiarizzare con la nuova documentazione disponibile.

Per rispondere a questa esigenza formativa ci si è dedicati alla strutturazione di una giornata di formazione, da ripetere in più occasioni per aumentare il numero di soggetti partecipanti, che si sarebbero svolte nel Presidio Ospedaliero "G. Salesi" dell'Azienda O.U. Ospedali Riuniti di Ancona.

E' stata presentata la proposta di accreditamento per la Formazione Residenziale Classica; le giornate definite erano previste tra Marzo e Maggio 2020, 3 incontri da 6 ore ciascuno.

L'incontro si componeva di due momenti principali:

- Una prima fase di presentazione del lavoro svolto nel gruppo di miglioramento con approfondimenti relativi alla pianificazione assistenziale;
- Nella seconda fase esercitazioni mediante applicazione del metodo degli auto-casi, con l'utilizzo, per l'appunto, di casi clinici rappresentativi delle realtà operative coinvolte e strutturati dagli infermieri che hanno preso parte all'attività di miglioramento, con la partecipazione congiunta degli studenti del CdL in Infermieristica, anche loro impegnati nella simulazione servendosi degli stessi casi studio.

A causa della complessa situazione sanitaria riscontrata in questo anno, purtroppo non si è potuto procedere all'attuazione di tale proposta; ci si auspica una ripresa in un momento futuro.

Ci si è dunque orientati alla formazione degli studenti del CdL in Infermieristica.

Quelli che tra loro non erano riusciti a frequentare già un reparto dell'area pediatrica, per le misure di sicurezza adottate in relazione all'emergenza sanitaria, nonostante la ripresa dei tirocini, non avranno la possibilità di sperimentare in tale sede l'assistenza in ambito materno infantile.

Per permettere il recupero di conoscenze e competenze che avrebbero acquisito durante il tirocinio clinico e creare uno spazio per esercitarsi nella pianificazione assistenziale, si è sviluppata l'idea di creare dei contenuti condivisibili in modalità e-learning.

Dopo un confronto con il Coordinatore del Dipartimento Materno Infantile, Dott.ssa Rosella Giuliani, sono stati coinvolti i coordinatori delle SOD di Terapia Intensiva Neonatale (TIN), Dott. Simone Cartelletti, e SOD di Anestesia e Rianimazione Pediatrica, Dott.ssa Angelina Lettieri, del Salesi.

I coordinatori hanno indicato degli specialisti che hanno strutturato dei contenuti da condividere con gli studenti per sottolineare e mettere in luce aspetti peculiari dell'assistenza infermieristica in queste realtà operative, la Dott.ssa Rossana Leo e la Dott.ssa Giulia Franceschini.
Inoltre, hanno messo a disposizione dei casi studio per permettere agli studenti di esercitarsi nella pianificazione assistenziale con lo strumento condiviso e creato durante l'attività di miglioramento.

Per guidare la fase della simulazione è stata sviluppata una presentazione del materiale condiviso e un esempio di pianificazione assistenziale servendosi di uno dei casi studio proposti dagli specialisti in sede di attività di miglioramento.

Il corso ha permesso agli studenti di ottenere 1 credito formativo e dunque 30 ore conteggiate per il tirocinio.
Se pur con strumenti e mezzi diversi, gli studenti e le guide di tirocinio hanno potuto interagire nell'ottica di integrare nel miglior modo possibile le conoscenze teoriche con le realtà operative.

3.4 Strumenti

Grazie alla revisione del materiale utilizzato nelle SOD, considerati i vari aspetti che coordinatori e infermieri ritenevano essenziali e quelli che invece venivano percepiti come superflui ai fini della pianificazione assistenziale e verificate le evidenze emerse nella ricerca bibliografica, è stata realizzata la Cartella Infermieristica implementata nei reparti. Alla Cartella infermieristica è stata allegata una proposta di pianificazione standardizzata al fine di favorire la pianificazione assistenziale all'interno della pratica clinica.
Questi strumenti, oltre ad essere implementati all'interno dei reparti di riferimento, sono stati impiegati nella formazione rivolta agli studenti del CdL in infermieristica.
Sono stati condivisi i materiali attraverso la modalità e-learning sulla piattaforma Moodle.

Il materiale strutturato affronta tematiche legate all'assistenza in TIN e in Rianimazione Pediatrica.

Per quanto riguarda la TIN il materiale condiviso riguarda:

- Caratteristiche del neonato e del pretermine a partire dai diversi organi e apparati
- L'assistenza infermieristica neonatale: la care posturale come punto di partenza
- Preparazione e Gestione del nuovo ricovero: aspetti pratici

I temi trattati con il contributo della Rianimazione Pediatrica sono:

- Accessi Vascolari e Farmaci per la gestione dell'Urgenza/Emergenza del paziente pediatrico
- L'accesso venoso centrale nel paziente pediatrico
- Vie aeree e ventilazione nel paziente pediatrico
- Il Monitoraggio in Rianimazione Pediatrica
- Rianimazione aperta e comunicazione in terapia intensiva

Inoltre, è stata strutturata una presentazione con contenuti attinenti alla pianificazione assistenziale, i modelli di riferimento per l'assistenza rivolta al paziente pediatrico e alla sua famiglia.
Dopo aver elaborato e condiviso con gli studenti un esempio di pianificazione assistenziale inerente ad un caso riconducibile alle realtà presentate e per la quale ci si è serviti della Cartella Infermieristica elaborata nella prima fase del progetto, sono stati elaborati 5 casi clinici, che descrivono situazioni reali riscontrabili all'interno delle SOD coinvolte, ed è stato chiesto agli studenti di provare a pianificare a loro volta l'assistenza (*vedi Tabella 3-4)*

Casi clinici TIN	
Caso 1: Si ricovera un neonato prematuro di 25 settimane di età gestazionale. I punteggi APGAR a 1, 5 e 10 minuti sono molto bassi, rispettivamente 0, 2 e 3. Si procede con intubazione orotracheale e rianimazione cardiopolmonare appena dopo la nascita. All'arrivo in reparto, il bambino viene posto in ventilazione assistita. All'esecuzione degli esami ematici, si rileva una glicemia di 30 mg/dl e una PCR elevata. Viene posizionato un catetere venoso ombelicale e, dopo aver accertato il suo corretto posizionamento tramite diagnostica per immagini, inizia infusione di soluzione glucosata al 10%. A seguire, si somministrano antibiotici. Il fabbisogno di ossigeno aumenta notevolmente, a causa dei frequenti episodi di apnea e desaturazione. Si procede quindi alla somministrazione di surfactante endotracheale. Appena possibile, si procede alla somministrazione dell'alimentazione con latte materno donato, tramite gavage. Dopo qualche ora dalla somministrazione del latte, si nota una mancata tolleranza al pasto, evidente dagli abbondanti ristagni gastrici. Elenca le principali diagnosi infermieristiche associate a tale caso clinico.	**Caso 2:** Si ricovera un bambino a termine, di 39 settimane di età gestazionale per ittero neonatale. Il bambino appare chiaramente itterico, con colorito giallastro di cute e mucose, iporeattivo e inappetente, a causa degli elevati livelli di bilirubina plasmatica. L'infermiere fa fatica a svegliarlo per dargli da mangiare, quindi il medico prescrive il posizionamento di un catetere venoso periferico e l'inizio di idratazione tramite fleboclisi. L'infermiere espone il neonato alla fototerapia e appone sugli occhi del neonato l'apposita copertura, finalizzata a proteggere la retina del bambino. Dopo qualche ora l'infermiere nota un surriscaldamento del bambino, rilevando una TC maggiore dei 37.5 gradi e procede ad abbassare il livello di calore fornito dal lettino radiante in cui il neonato giace. L'infermiere nota inoltre uno stato ansioso della mamma, la quale sembra preoccupata per le sorti del figlio, e un chiaro senso di colpa materno. La mamma pensa infatti che il tutto sia dovuto al fatto di non avere abbastanza latte. L'infermiere cerca di rasserenare il genitore, con scarsi risultati. Per questo, si decide di consultare lo psicologo del reparto. Evidenzia le diagnosi infermieristiche associate al presente caso clinico.

Tabella 3-Casi clinici proposti dalla TIN

Casi clinici Rianimazione Pediatrica
Caso 1: **Anamnesi patologica prossima**: Arresto respiratorio e bradicardia durante il pasto tramite SNG nel reparto di NPI. All'arrivo del medico DEA sono in corso le manovre di BLS **Parametri vitali**: SpO2 : 80% FC: 90 bpm PA: NR Paediatric GCS: 3 Dopo intubazione orotracheale e stabilizzazione il pz viene trasferito in Rianimazione **Decorso clinico** Si avvia in seconda giornata di ricovero NPT e MEF con Nutrizione Enterale intermittente (a boli) con Latte Artificiale Tipo 1 La biopsia muscolare, gli esami ematici e la RMN encefalo confermano diagnosi di miopatia mitocondriale. Dopo 20 giorni di ventilazione meccanica in modalità assistita e vari tentativi di weaning falliti, previa valutazione multispecialistica e colloquio con i genitori viene eseguito in S.O. intervento di tracheotomia chirurgica e posizionamento di sonda gastrostomica 14Fr. Si avvia programma di domiciliazione protetta PARAMETRI VITALI: SatO2 100% Ventilato con va e vieni Fio2 100% ,EtCo2 28 mmHg, FC 160 bpm,ritmo sinusale,Refill capillare 1-2 sec,PA 76/37 mmHg ,TC 36 C° **Stato neurologico** floppy infant- motilita' spontanea assente-ipotonia BPAIN SCALE 5 **Esami strumentali** Eco cardio: lieve disfunzione ventricolare sinistra EEG: lievi anomalie lente aspecifiche Eco transfontanellare: ventricoli non dilatati, linea mediana in asse, non alterazioni ecostrutturali del parenchima cerebrale EGA venoso Ph: 7,05 PCO2 : 88mmHg PAO2 : 35mmHg Hb: 8,9g/dl BE: -7.3mm/L Glicemia: 200mg/dl BRADEN Q 9 -LdP assenti **Farmaci e fluidi** Elettrolitica M: 14 ml/h Amplital 200mgx2, Pantorc 2mg Analgesia : Fentanyl 100 mcg in 24ml di SF a 1ml/h (1mcg/kg/h) **Presidi già presenti** TET 3,5 mm NC per via orale SNG 8 Ch 50cm CICC Succlavia sn (1lume- 8cm-20g) PRESIDI POSIZIONATI TET 4mm NC per via nasale **Vie aeree e ventilazione** Ventilazione meccanica con Maquet Servo I Modalità: VGRP FR: 38 resp/min TV: 28ml Peep: 5 cmH2O FiO2 : 30% Tosse spontanea assente Scialorrea Secrezioni ET fluide trasparenti
Caso 2: **Anamnesi patologica prossima** Centralizzata da ospedale di altra regione per comparsa di TPSV e successivo arresto cardiaco della durata di 40', crisi convulsive, febbre **Accettazione in rianimazione pediatrica** **Parametri vitali** FC 160 bpm SatO2 100% con FiO2 100% PA 111/52 mmHg ETCO2 25 mmHg TC 34 C REFILL CAPILLARE >2 sec DIURESI 0,6ml/kg/h S **Stato NEUROLOGICO** PGCS 3 Pupille midriatiche areagenti Babinski bilaterale, ROT non evocabili AVPU: Unresponsive **Eta':** 12 Mesi **sesso**: F **peso**: 11 Kg **altezza:** 65cm **Esami strumentali** EEG gravissima sofferenza cerebrale ECO CARDIO cuore ipocinetico, severa disfunzione sistolica ventricolare sinistra RX TORACE non evidenti lesioni pleuroparenchimali, minimo versamento pleurico sinistro EGA ARTERIOSO Ph 7.5 PAO2 64mmHg RATIO 93 K: 8mmol/l Glicemia 700mg/dl ESAMI EMATICI BNP 2969 pg/ml Troponina >3000 mg/l Pro-calcitonina 259 ng/ml Tampone Sars COV2: negativo Prelevati emocoltura, urinocoltura, BAL **Farmaci e fluidi** Adrenalina (1mg a 24ml) Fentanyl (20mg a 48ml) Dopamina (50mg a 48ml) Amiodarone (110mg a 48ml) Insulina (30UI a 48ml) Corlopam (20mg a 48ml) **ventilazione e vie aeree** Ventilazione meccanica con Servo I Modalità: VGRP FR 23 resp/min TV 60ml PEEP 6 cmH2O FiO2 100% Secrezioni ET ematiche **presidi gia presenti**TET 4,5mm NC per via orale CV Foley 8Ch Intraossea 15GA arto inf sn 2 CVP 22G PRESIDI POSIZIONATI TET 5mm NC per via nasale CICC Giug int dx (2 lumi 22ga 8 cm) Arteria femorale dx (8cm 20g) SNG 8Ch 125cm CV Foley 8Ch Merrem 250 x 3 Ca gluc 300mg x6 Furosemide 5mg x 4 Albumina 5 ml x4 NPT 15ml/h SOL. FIS. 5ml/h **Decorso clinico** A circa 1h dall'ingresso in Rianimazione comparsa di bradicardia e successivo arresto cardiaco Comparsa di FV senza polso durante manovre di RCP. Ipotermia refrattaria ai sistemi di riscaldamento attivo Ripresa del ritmo dopo defibrillazione. Grave instabilità emodinamica anche con supporto amminico e riempimenti volemici. Stato neurologico: PGCS 3, midriasi non reagente, carenale assente A 9 giorni dall'ingresso, eseguita Angio TAC per valutazione di flusso cerebrale Avvio delle procedure di accertamento di morte cerebrale

Caso 3:
Anamnesi patologica prossima Politrauma da incidente stradale (frontale auto-auto) riferita perdita di coscienza con GCS 3 Centralizzato presso il Ps del Salesi SATO2 100%, tachicardia, PA non rilevabile, Hb 8 g/dl ECO FAST: sangue in addome TAC addome: lesione lacero contusiva del fegato, contusione renale, fratture costali multiple, frattura diafisaria radio dx TAC encefalo: Non si apprezzano fratture cranio – facciali né a carico del rachide cervicale Ferita zigomo sn Sedato e curarizzato Collare cervicale Stiffneck e CVP 22GA braccio dx
Accettazione in rianimazione pediatrica: parametri vitali FC 150 bpm PA 103/52 mmHg SatO2 100% con FiO2 100% TC 35 C EtCO2 40 mmHg Diuresi 3,3 ml/kh/h STATO NEUROLOGICO Pupille isocoriche miotiche debolmente reagenti AVPU: Pain
Eta': 5 anni **sesso:** M **peso:** 20 Kg **altezza:** 120cm
Esami strumentali: ECG EGA ARTERIOSO: ph 7,22 PCO2 44 mmHg, BE -9,5 lac3 Trasfusione di 2 sacche di EC Presenza di ristagno gastrico scuro
Farmaci e fluidi Morfina (20mg a 24ml) Somatostatina (1,7mg a 24ml) Midazolam (60mg a 24ml) Foy (300mg a 48ml)
Presidi gia presenti TET 5 mm cuff orotracheale FICC fem dx 20g 8cm 1lume ART fem dx
Presidi posizionati CV foley 10ch Sng 10ch Ficc fem dx 20g 8cm bilume
Ventilazione e vie aeree Ventilazione meccanica con Servo I Modalità: VC FR 35 resp/min TV 150ml PEEP 5 cmH2O FiO2 30% Estubazione in IIª giornata, tosse spontanea ipovalida
Decorso clinico IVª giornata RMN encefalo e colonna: severo danno assonale e segni di danno legamentoso nella giunzione cranio-spinale VIIª giornata Quadro neurologico: sonnolento, apertura occhi allo stimolo verbale, eloquio assente, motilità spontanea dei 4 arti Xª giornata Quadro neurologico: vigile e reattivo, parola scandita, ecolalie, mimica facciale povera, relazione con operatori e genitori congrua, non segni di disfagia XIª giornata ECO addome e TAC addome: lacerazione distale completa a livello della coda pancreatica XIIª giornata ECO cardio: formazione trombotica rotondeggiante a livello dello sbocco della vci in atrio dx ; si accompagna in SO del Lancisi per ecocardiografia transesofagea Dopo 26 giorni di ricovero si trasferisce presso il reparto di chirurgia. In sede MIDLINE (20ga 6cm) e collare Aspen, LDP 3 stadio in sede occipitale, dieta ipolipidica

Tabella 4- Casi clinici proposti dalla Rianimazione Pediatrica

4. Risultati

4.1 Cartella Infermieristica e pianificazione assistenziale

La Cartella Infermieristica realizzata si compone di una prima parte nella quale è possibile raccogliere i dati personali relativi al paziente e alla famiglia, informazioni relative al ricovero e alla dimissione.

Per quanto concerne l'accertamento è stato scelto come modello concettuale di riferimento quello proposto da Gordon, tenendo in considerazione, nell'ottica del Family Centered Care, i dati che riguardano il paziente, ma anche di ciò che interessa la famiglia in senso più ampio.

Sono stati inseriti tutti gli 11 modelli funzionali e presi in considerazione gli aspetti ritenuti prioritari nelle varie realtà.

Si può indicare l'eventuale impossibilità di valutare il modello oppure, qualora emergessero delle alterazioni, è possibile indicare la natura disfunzionale del modello stesso.

Al termine dell'accertamento è stata inserita una tabella riassuntiva per sintetizzare quanto emerso durante l'accertamento ed indicare al momento dell'ingresso, e successivamente alla dimissione, i modelli che risultano alterati.

Nella cartella infermieristica proposta sono state inserite le scale di valutazione necessarie, in accordo anche con le indicazioni aziendali: Scala Humpty Dumpty Falls per la valutazione del rischio caduta e Scala FLACC e NRS per la valutazione del dolore in base all'età (FLACC al di sotto dei 5 anni o per i pazienti non collaboranti e la NRS per i pazienti di età superiore ai 5 anni).

La cartella si compone di schede per la gestione dei presidi (catetere vescicale, catetere venoso periferico e/o centrale) con indicazioni riguardanti la tipologia di presidio, il materiale, la data di inserimento, medicazioni e monitoraggio di eventuale comparsa di segni/sintomi di malfunzionamento, infezione, dolore e di una scheda per le medicazioni delle lesioni.

È' presente una scheda utile per monitorare eventuali cambiamenti nel regime alimentare durante il ricovero.

Vi è la possibilità di inserire il programma diagnostico relativo all'assistito, ritenuto utile dagli infermieri per pianificare adeguatamente l'assistenza.

Per il monitoraggio dei parametri vitali e delle entrate ed uscite nelle 24 ore è stata predisposta una scheda unica.
Al termine della cartella infermieristica vi è uno spazio dedicato al diario assistenziale così da permettere le annotazioni degli infermieri e il passaggio delle consegne.

Per quanto riguarda invece la pianificazione assistenziale è stato proposto un piano standardizzato: sono state selezionate per ogni modello funzionale le diagnosi infermieristiche ritenute adeguate in relazione alla tipologia di paziente che viene accolto nelle SOD coinvolte nel progetto.
Dopo aver individuato i modelli in cui è presente un'alterazione è possibile per l'infermiere aprire una o più diagnosi proposte e definire poi gli obiettivi e gli interventi infermieristici relativi *(vedi Tabella 5).*

Diagnosi	**Apertura**	**Firma**	**Rivalutazione**	**Firma**
00217-Rischio di reazione allergica				

Tabella 5-Diagnosi proposta per il modello di percezione/gestione della salute

Per ogni obiettivo saranno considerati i vari indicatori proposti e valutati secondo la scala likert per cui viene riportata la legenda di riferimento *(vedi Tabella 6).*

Outcome: Risposta ai farmaci (2301)

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Reazione allergica	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Effetti indesiderati	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Tabella 6- Obiettivi proposti nella pianificazione assistenziale standardizzata

Per quanto concerne gli interventi infermieristici il professionista indicherà le attività che ritiene opportuno mettere in atto per raggiungere gli obiettivi che sono stati prefissati (*vedi Tabella 7).*

Interventi:

Gestione dell'allergia (6410)						
Attività	**Data** __/__/__	**Firma**	**Data** __/__/__	**Firma**	**Data** __/__/__	**Firma**
Identificare le allergie conosciute e le reazioni abituali della persona						
Informare i caregiver e il personale sanitario delle allergie conosciute						
Registrare tutte le allergie nella documentazione clinica						

Tabella 7- Interventi infermieristici proposti nella pianificazione standardizzata

Nell'ottica di permettere la valutazione continua nell'ambito di tutto il processo infermieristico per ogni obiettivo e intervento è prevista la possibilità di monitorare i miglioramenti e i cambiamenti in tempi differenti.

Ovviamente gli infermieri impegnati nella pianificazione assistenziale saranno liberi di integrare il piano assistenziale a seconda delle esigenze, ma avranno a disposizione uno strumento che può sostenerli nella pianificazione ottimizzando i tempi.

Attualmente lo strumento è disponibile solo in formato cartaceo.

4.2 Formazione rivolta agli studenti

Agli studenti è stato chiesto di individuare delle diagnosi infermieristiche pertinenti ai casi proposti, che si basano su un problema di salute attuale (problem-focused) e sulla risposta della persona al problema di salute.[18]

Gli studenti hanno lavorato nel periodo compreso tra Agosto e Settembre 2020 simulando l'assistenza grazie ai casi studio creati ad hoc dagli esperti in pediatria in modalità e-learning *(vedi Figura 3)*.

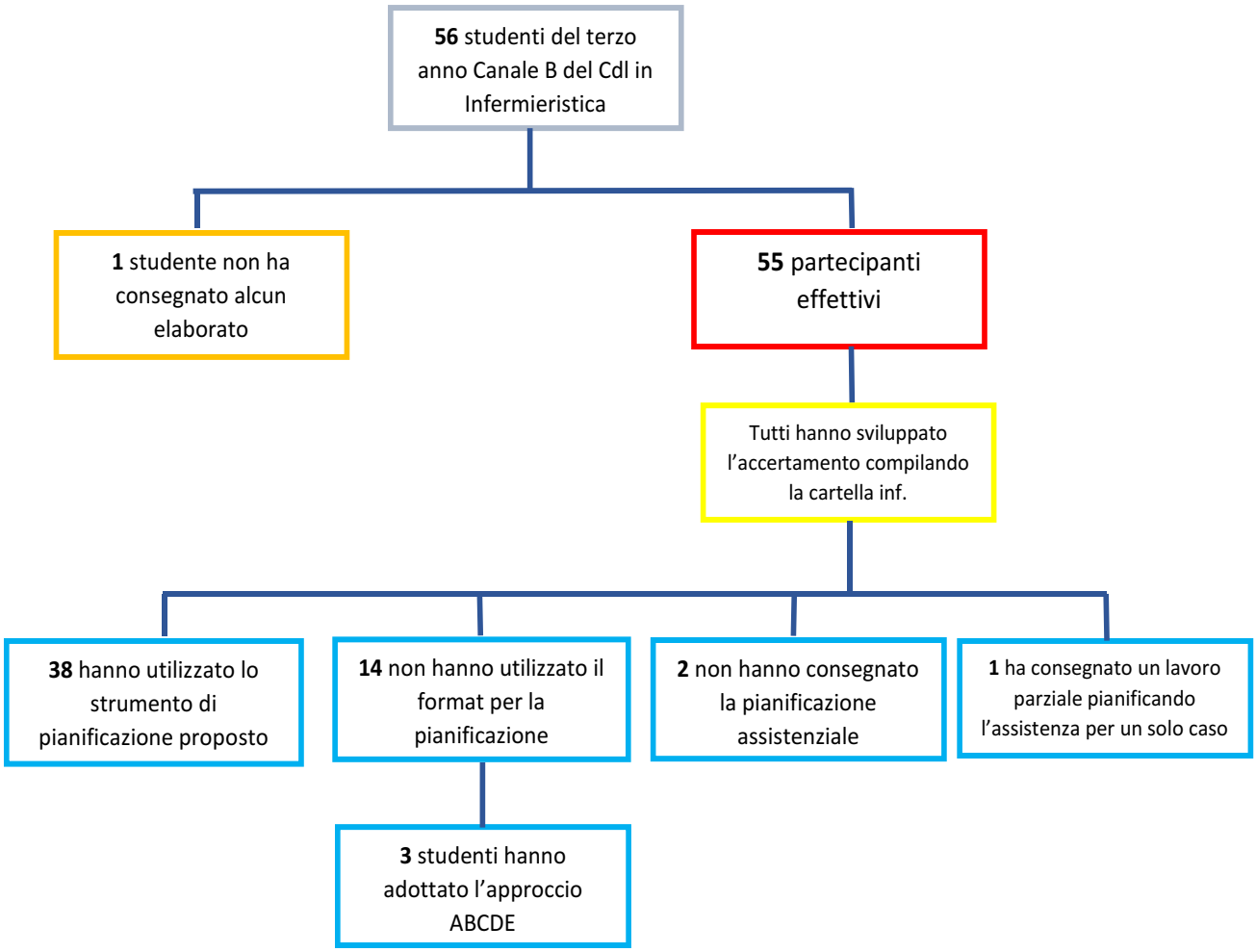


Figura 3- Adesione alla formazione in modalità e-learning

Nella *Figura 4* viene rappresentata la distribuzione degli studenti in riferimento ai casi selezionati per l'elaborazione dell'accertamento e della pianificazione assistenziale tra quelli proposti dalla Rianimazione pediatrica. Mentre nella *Figura 5* viene rappresentata la distribuzione degli studenti per i casi della TIN.

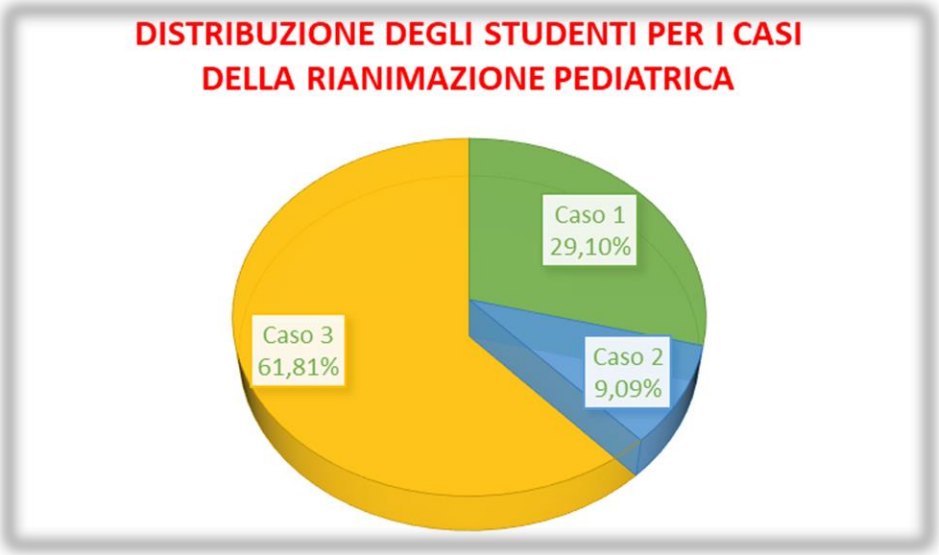


Figura 4- Distribuzione degli studenti per i casi clinici della Rianimazione pediatrica

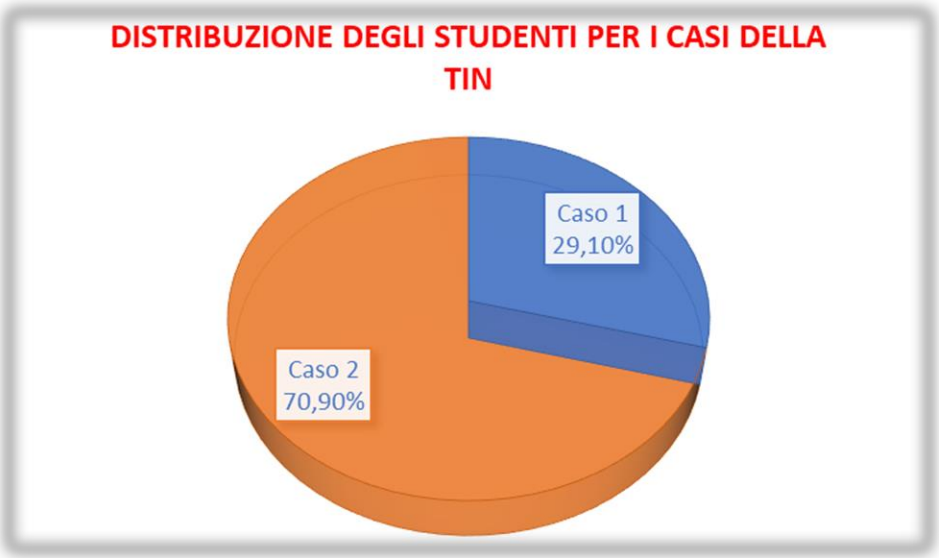


Figura 5-Distribuzione degli studenti per i casi clinici della TIN

Sono stati analizzati tutti gli elaborati degli studenti evidenziando le diagnosi infermieristiche enunciate per ciascun caso clinico. (*da Figura 6 a Figura 10)*

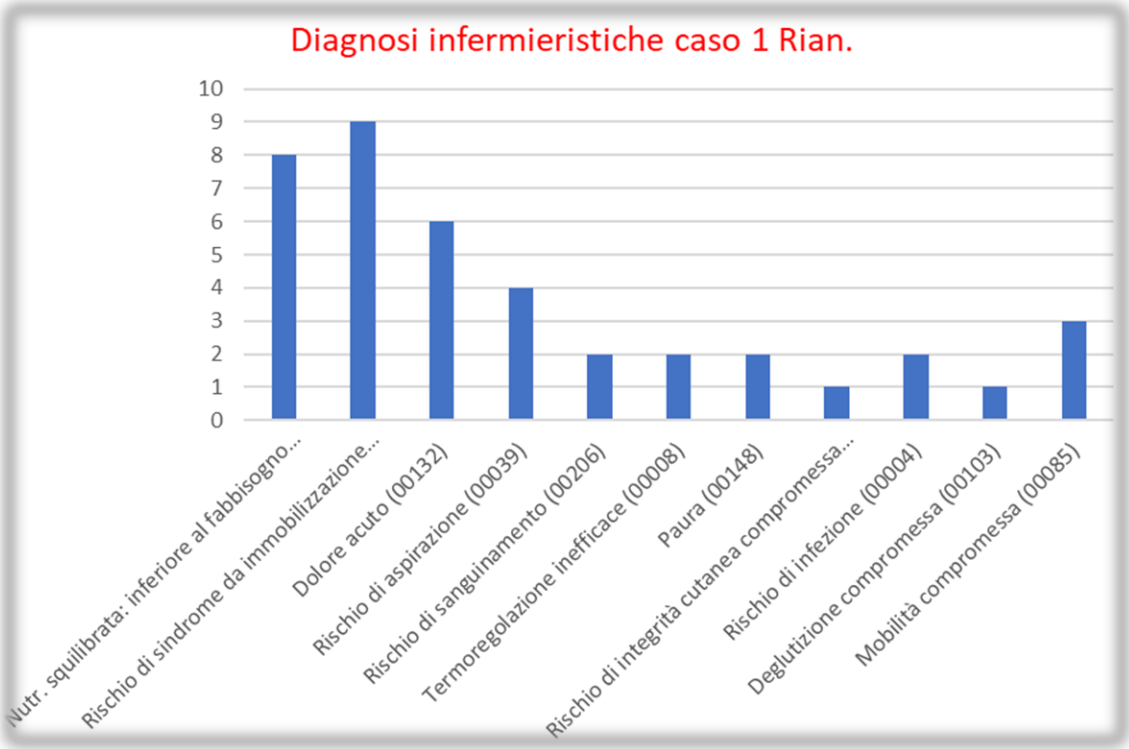


Figura 6- Diagnosi infermieristiche enunciate per il caso studio 1 proposto dalla Rianimazione Pediatrica

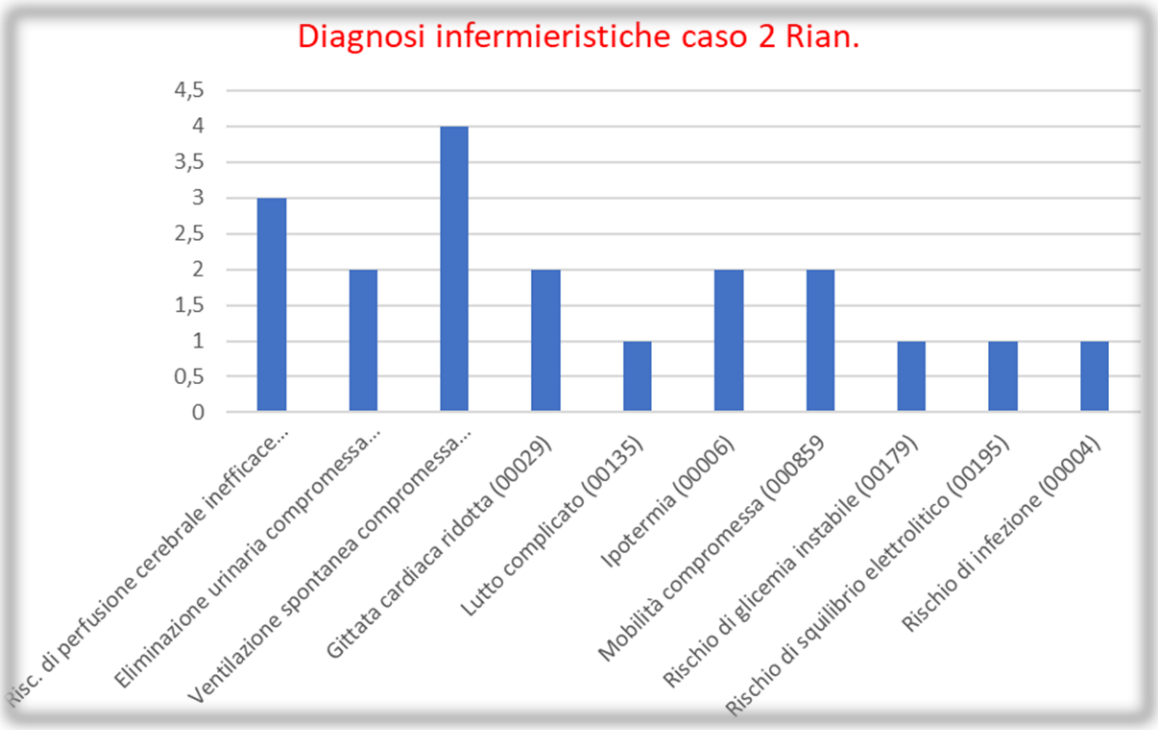


Figura 7- Diagnosi infermieristiche enunciate per il caso studio 2 della Rianimazione Pediatrica

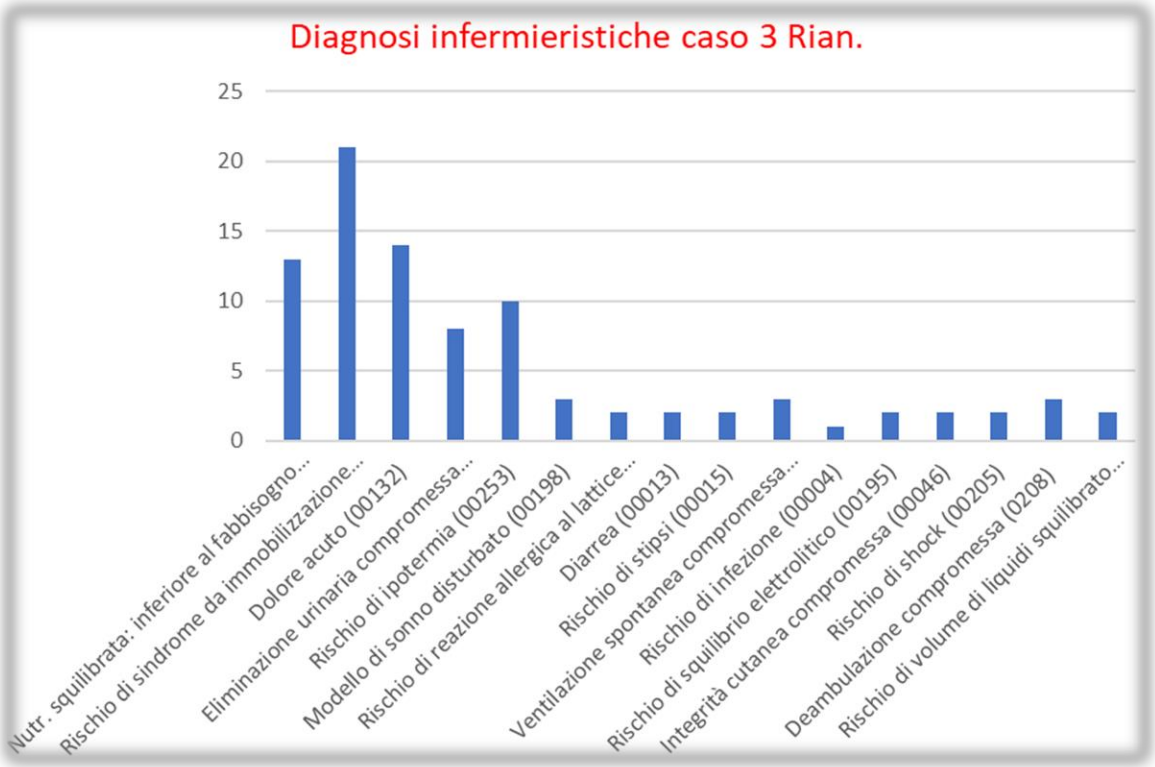


Figura 8- Diagnosi infermieristiche enunciate per il caso studio 3 proposto dalla Rianimazione Pediatrica

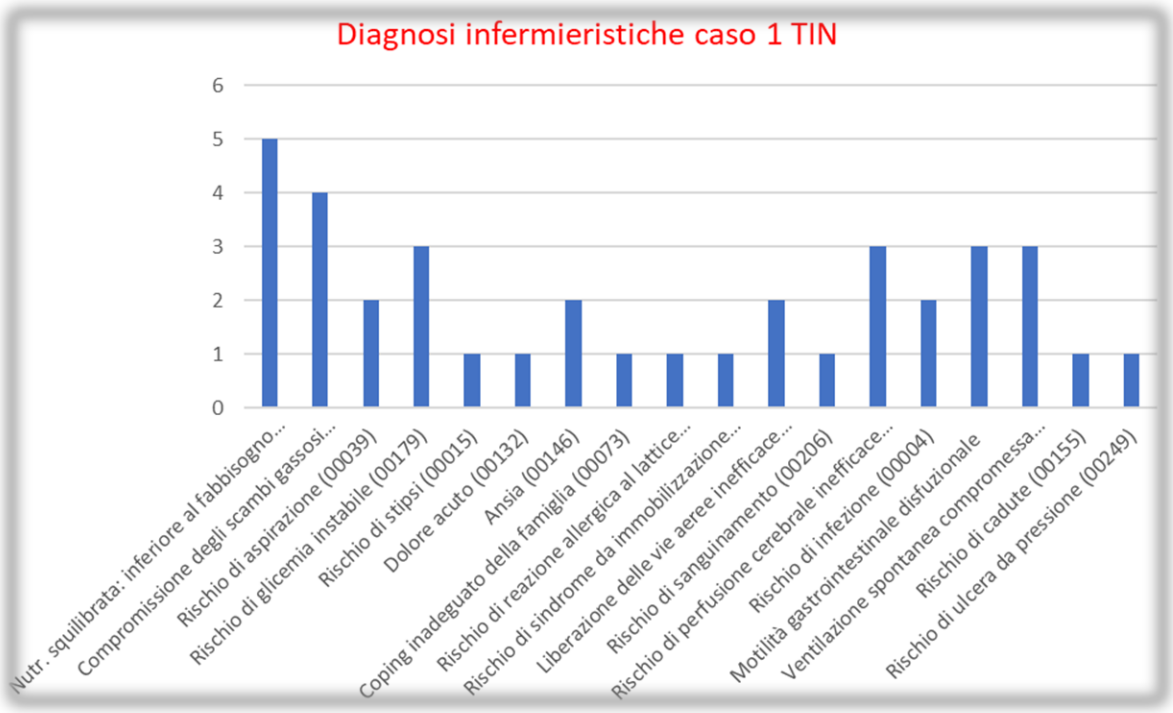


Figura 9- Diagnosi infermieristiche enunciate per il caso studio 1 proposto dalla TIN

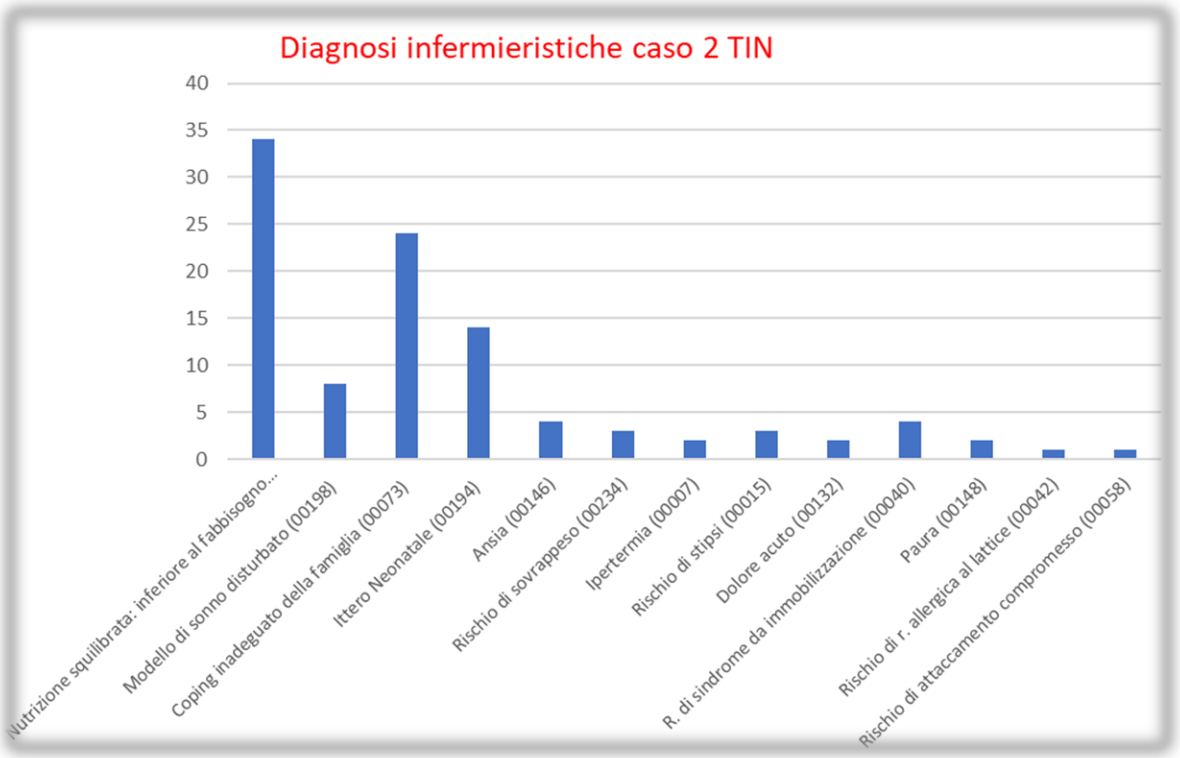


Figura 10- Diagnosi infermieristiche enunciate per il caso studio 2 proposto dalla TIN

Dopo aver stabilito quali sono le diagnosi infermieristiche ritenute più adatte, hanno definito i Nursing Outcomes Classification (NOC) e i Nursing Interventions Classification (NIC).

Con la definizione dei NOC e relativi indicatori si vanno ad individuare i possibili esiti delle cure infermieristiche erogate che dipendono dai comportamenti professionali degli infermieri, distinti in azioni tecniche, relazionale ed educative.[19]

Dopo aver sviluppato l'accertamento nello spazio dedicato nella Cartella Infermieristica elaborata, hanno strutturato la loro proposta di pianificazione assistenziale.

Oggetto di valutazione è stata la verifica della loro capacità di individuare le diagnosi infermieristiche adeguate alla situazione proposta, l'abilità di selezionare gli obiettivi e gli interventi prioritari per fornire la miglior assistenza infermieristica possibile.

Oltre ad individuare diagnosi, obiettivi ed interventi tra quelli proposti nello strumento, gli studenti hanno integrato la pianificazione selezionando altre diagnosi infermieristiche per personalizzare ulteriormente l'assistenza.

Grazie alle proposte di pianificazione concepite dagli studenti e con il recente aggiornamento del Maggio 2020 dei NOC[20] e NIC[21,] è stata possibile una prima revisione della proposta di pianificazione standardizzata.

5. Discussione

Dalle prime considerazioni che hanno posto le basi per il progetto si è evidenziato il bisogno di dar forma ad una documentazione infermieristica strutturata e condivisa nel dipartimento materno infantile, inizialmente almeno nelle SOD coinvolte.

Uno studio condotto da Esper et al. nel 2015 ha dimostrato come l'attività infermieristica connessa all'utilizzo di documentazione adeguata, che supporti il professionista nel processo assistenziale, abbia dei risultati direttamente connessi alla qualità delle cure. [22]

Il coinvolgimento del paziente e della famiglia rappresentano un sostegno importante per far fronte all'esperienza di malattia; impiegare la tecnologia per sostenere ed amplificare questo coinvolgimento rappresenta un approccio innovativo che nel lavoro pubblicato da Jackson et al. pubblicato nel 2018 ha evidenziato degli esiti positivi sulla gestione della salute dei soggetti coinvolti.[23]

Un recente studio pubblicato da Asmirajanti et al. nel 2019 ha evidenziato come il mancato utilizzo della documentazione infermieristica come supporto all'impiego del pensiero critico nel processo assistenziale incide direttamente sul numero di riammissioni in ospedale dei soggetti assistiti. Non vi è la possibilità di misurare adeguatamente gli esiti dell'assistenza oltre al fatto che il professionista, in possesso di una documentazione ben strutturata, verrà incoraggiato a lavorare in modo appropriato.[24]

Il tempo dedicato alla compilazione della documentazione infermieristica è un tempo significativo che a volte viene vissuto dai professionisti come tempo sottratto alla cura del paziente. I dati osservati da Ivory, pubblicati nel 2016 mostrano come con l'impiego di strumentazione informatica incrementa la possibilità di standardizzare il linguaggio utilizzato dai professionisti e il numero di dati raccolti aumenta in modo significativo, andando a ridurre i tempi di compilazione.[25]

Dal parere degli esperti, coordinatori ed infermieri delle SOD sopracitate, è emersa la necessità di reperire uno strumento efficace ed univoco per l'accertamento e la pianificazione assistenziale in ambito materno infantile.

I professionisti hanno manifestato interesse per una documentazione applicabile, sintetica, ma completa che non appartenesse solo alla loro SOD, ma che permettesse la comunicazione e corretta diffusione delle informazioni con le altre. Utilizzare lo stesso linguaggio, servendosi della tassonomia NANDA-*I*, NOC e NIC, propria della disciplina

infermieristica, migliorerà la sicurezza dei pazienti, la qualità delle cure e l'assistenza basata sulle evidenze, come evidenziato dallo studio di Park e Lee pubblicato nel 2015.[26] Poter avere questo strumento in forma elettronica, attraverso l'accesso alla cartella clinica integrata informatizzata, richiede sicuramente un impegnativo lavoro di equipe che avrà bisogno delle adeguate tempistiche oltre che del reperimento delle risorse economiche necessarie per poter installare i dovuti supporti informatici, ma che, secondo l'esperienza di chi ha avuto modo di utilizzare questo strumento e dai dati emersi dalla ricerca bibliografica, sarà in grado di ridurre i tempi di compilazione, aumentare la completezza dei dati e dello storico del paziente a sostegno dell'attività assistenziale.
Il coinvolgimento di coordinatori e infermieri di tali SOD è stato sostanziale; come è stato chiarito, perché uno strumento sia davvero utile, oltre a dover comprendere i criteri che emergono dalle evidenze emerse dalla letteratura, deve essere percepito da chi lo utilizzerà come una risorsa alla pratica assistenziale e non come un ostacolo.
È stato utile, attraverso l'attività di miglioramento, partire dalla loro esperienza e coniugarla con la necessità di introdurre un sostegno alla pianificazione assistenziale a tutela della qualità delle cure.

L'apprendimento è un processo attivo che si sviluppa durante l'intero arco della vita e quando parliamo di apprendimento nell'adulto dobbiamo ricercare motivazioni forti che supportino questo processo.
Concetto fondamentale quando si fa riferimento al *lifelong learning* è la consapevolezza che *"l'individuo non si limita ad apprendere e a imparare unicamente all'interno del sistema scolastico e unicamente negli anni in cui è prevista la frequenza, ma è continuamente stimolato dal contesto sociale in cui vive e interagisce, contesto all'interno o del quale apprende e accresce le sue competenze".*[27]
L'apprendimento permanente comprende sia l'apprendimento ufficiale e non ufficiale; durante la formazione permanente viene incentivato lo sviluppo del pensiero critico che cresce in relazione alla risoluzione dei problemi, i discenti vengono incoraggiati a pensare e a ricercare informazioni in modo indipendente.[28]

L'ambito sanitario è un ambiente estremamente dinamico, le conoscenze si modificano rapidamente e il professionista deve sapersi aggiornare continuamente. Per questo è necessario coltivare l'apertura alle opportunità di apprendimento e saper anche ricercare forme di apprendimento autodiretto.

I professionisti devono saper riconoscere i loro bisogni formativi, porsi degli obiettivi e ricercare risorse scegliendo le strategie più adeguate.[29]

In virtù del fatto che l'apprendimento si verifica in presenza di motivazioni forti, come ricordavamo, la realtà lavorativa e l'apprendimento stesso sono fortemente legati.

E' proprio nell'ambiente professionale che emergono bisogni di aggiornamento e formazione ed è per soddisfare questa necessità che il professionista ricerca conoscenze e competenze. Ciò che viene trasferito attraverso la formazione deve trovare immediata spendibilità nella pratica lavorativa.

L'assistenza infermieristica è un esempio eccellente di realtà lavorativa in cui le conoscenze e la pratica si modificano in modo dinamico; per questo la formazione dovrebbe essere intesa come un'attività che si concretizza in tutto l'arco della vita per essere in grado di apprendere in tutte le situazioni e raggiungere le capacità di apprendimento necessarie in base alle esigenze professionali.[30]

E' necessario trasferire le proprie conoscenze nella pratica professionale; inoltre è bene sottolineare che gli adulti sono individui pragmatici e focalizzati sui problemi, per questo il loro apprendimento è influenzato da approcci esperienziali invece che passivi.[31]

Schön nel 1993 sosteneva che: *"quando il professionista riflette nel corso dell'azione, egli diventa un ricercatore operante nel contesto della pratica e costruisce una nuova teoria del caso unica. Egli non tiene separati i fini dai mezzi, ma li definisce in modo interattivo, mentre struttura una situazione problematica conversa con la situazione, senza separare il pensiero dall'azione. Egli ragiona sul problema fino alla decisione che in seguito dovrà trasformare in azione. E' in questo modo che la riflessione nel corso dell'azione può procedere, anche in situazioni a forte grado di incertezza o peculiarità, perché non è limitata dalle dicotomie della cosiddetta razionalità Tecnica".*[32]

Secondo Schön apprendere dall'esperienza attraverso la riflessione rappresenta una formazione efficace. Il professionista riesce, con i contenuti acquisiti, a non separare il pensiero dall'azione.

Si approfondisce in relazione a ciò l'*action learning* come ricerca-azione.

L'*action learning* rappresenta un metodo di formazione degli adulti operanti nelle organizzazioni.[33]

Questo approccio aiuta a colmare il divario che c'è fra l'acquisizione delle conoscenze, le nozioni teoriche, e la pratica. Vi è la possibilità di sperimentare, di mettere in pratica in un setting vicino alla realtà lavorativa ciò che viene trasmesso in contenuti teorici.
Uno studio condotto da Dowson nel 2019, ha messo in luce la forza di questo metodo educativo: sono state analizzate le risposte all'apprendimento attraverso la tecnica dell'action learning dalla prospettiva dei discenti e degli educatori. Attraverso interviste semi-strutturate e questionari, compilati in 4 tempi distribuiti all'inizio della formazione, durante il corso e al termine dello stesso, è stata valutata la percezione della qualità della formazione.
Oltre ad essere stato individuato un miglioramento complessivo delle conoscenze, il gruppo che ha sperimentato l'applicazione dell'*action learning* ne ha messo in luce gli aspetti positivi. Risulta essere un metodo utile per facilitare il trasferimento dell'apprendimento.[34]
La possibilità di simulare degli scenari vicini alla realtà professionale aiuta il discente a mettere subito in pratica ciò che ha studiato.

Questa peculiarità è molto utile anche nella formazione degli studenti di infermieristica; scenari aderenti alla realtà in cui esercitarsi permettono loro di consolidare le loro competenze.
Gli studenti possono esprimere giudizi clinici anche in situazioni di cura complesse senza però danneggiare il paziente o mettere a rischio la qualità delle cure.[35]
Questa esperienza si arricchisce sicuramente grazie alla presenza di esponenti di diverse professioni; per fornire ai cittadini la migliore assistenza sanitaria possibile le professioni coinvolte devono lavorare in team, ognuno mettendo a disposizione le proprie competenze per perseguire un comune obiettivo.
E' necessario che le esperienze di formazione sostengano questo processo, si fa riferimento all'apprendimento interprofessionale.
Anche nelle *Global strategic directions for strenghtening nursing and Midwifery 2016 – 2020* pubblicate nel 2016 dall'OMS viene sottolineata l'importanza di investire per massimizzare le potenzialità degli infermieri e delle ostetriche attraverso collaborazioni intra e interprofessionali.[36]

In uno studio presentato da Richmond et al. nel 2017 viene proposto un esempio di formazione interprofessionale: ad un gruppo di studenti di diverse professioni è stato chiesto di collaborare per la gestione di un paziente prossimo alla dimissione. [37]
Al termine dell'esercitazione sono stati raccolti i dati riguardo all'opinione degli studenti coinvolti: l'interazione interprofessionale è stata apprezzata grazie anche alla possibilità di partecipare al *debriefing*; hanno acquisito nuove informazioni e prospettive riguardo le specifiche professioni, esercitandosi per prepararsi ad un panorama lavorativo in cui il lavoro in team è sostanziale per la tutela della salute degli assistiti.

Il *debriefing* rappresenta sicuramente una parte essenziale dell'approccio didattico: permette ai partecipanti di valutare tutto il processo e come il team ha collaborato nello scenario rappresentato.[38]

Un altro approccio formativo che presenta numerose affinità con questa tecnica è il metodo di analisi dei casi; attraverso dei "casi-problema" agli studenti viene data l'opportunità di confrontarsi con situazioni complesse che potrebbero trovarsi ad affrontare al lavoro. Il formatore in questa metodologia guida i discenti, fornisce loro le informazioni, ma lascia che siano gli studenti a porsi le domande e analizzare la situazione.[39]
In quello che viene definito metodo degli auto-casi le situazioni che sono oggetto di studio sono ricavate da esperienze reali che possono anche riguardare direttamente i partecipanti del gruppo di apprendimento.

5.1 Analisi degli elaborati degli studenti

Nella fase in cui sono stati coinvolti gli studenti del CdL in Infermieristica, per poter creare un'occasione di apprendimento dove sperimentare la pianificazione assistenziale, è stato adottato il metodo di analisi dei casi.
I casi studio sono stati strutturati da infermieri specialisti che a partire dalla loro esperienza professionale hanno descritto situazioni inerenti alla loro realtà lavorativa.
Gli studenti hanno così la possibilità di confrontarsi con l'assistenza in ambito pediatrico in un ambiente sicuro per gli assistiti.
Gli studenti hanno selezionato tra i casi a disposizione un caso proposto dalla Rianimazione pediatrica e uno dalla TIN.

Per quanto riguarda i casi della Rianimazione pediatrica dei 55 studenti in totale, il 61,81% ha analizzato il caso 3, il 29,10% ha analizzato il caso 1 e il 9,09% il caso 2.
Per quanto concerne i casi della TIN, il caso 1 è stato sviluppato dal 29,10% degli studenti e il 70,90% ha sviluppato il caso 2.

Per ogni caso sono state analizzate le principali diagnosi infermieristiche enunciate per ciascun caso clinico nelle diverse pianificazioni assistenziali.

Nelle proposte di pianificazione assistenziale riferite al caso 1 della Rianimazione pediatrica, selezionato da 16 studenti in totale, sono state aperte con maggior frequenza le seguenti diagnosi:

- Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002) selezionata da 8 studenti
- Rischio di sindrome da immobilizzazione (00040) selezionata da 9 studenti
- Dolore acuto (00132) selezionata da 6 studenti
- Rischio di aspirazione (00039) selezionata da 4 studenti

Per il caso 2 della Rianimazione pediatrica, selezionato da 5 studenti, le diagnosi infermieristiche maggiormente enunciate sono:

- Rischio di perfusione cerebrale inefficace (00201) selezionata da 3 studenti
- Eliminazione urinaria compromessa (00016) selezionata da 2 studenti
- Ventilazione spontanea compromessa (00033) selezionata da 4 studenti
- Gittata cardiaca ridotta (00029) selezionata da 2 studenti
- Ipotermia (00006) selezionata da 2 studenti
- Mobilità compromessa (00085) selezionata da 2 studenti

Per il caso 3 della Rianimazione pediatrica, analizzato da un totale di 34 studenti, le diagnosi infermieristiche aperte con maggior frequenza sono:

- Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002) selezionata da 13 studenti
- Rischio di sindrome da immobilizzazione (00040) selezionata da 21 studenti
- Dolore acuto (00132) selezionata da 14 studenti
- Eliminazione urinaria compromessa (00016) selezionata da 8 studenti
- Rischio di ipotermia (00253) selezionata da 10 studenti

Il caso 1 proposto dalla TIN è stato analizzato da 16 studenti in totale, le diagnosi infermieristiche che risultano maggiormente selezionate negli elaborati sono:

- Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002) selezionata da 5 studenti
- Compromissione degli scambi gassosi (00030) selezionata da 4 studenti
- Rischio di glicemia instabile (00179) selezionata da 3 studenti
- Rischio di perfusione cerebrale inefficace (00201) selezionata da 3 studenti
- Motilità gastrointestinale disfunzionale (00196) selezionata da 3 studenti
- Ventilazione spontanea compromessa (00033) selezionata da 3 studenti

Nel caso 2 della TIN scelto da 39 studenti in totale poniamo l'attenzione sulle seguenti diagnosi infermieristiche:

- Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico (00002) selezionata da 34 studenti
- Modello di sonno disturbato (00198) selezionata da 8 studenti
- Coping inadeguato della famiglia (00073) selezionata da 24 studenti
- Ittero Neonatale (00194) selezionata da 14 studenti

Le diagnosi maggiormente enunciate e su cui si è posta l'attenzione nella fase di analisi dei dati, coincidono con le diagnosi infermieristiche più aderenti ai casi analizzati.
Nel complesso gli elaborati degli studenti sono stati valutati pertinenti ai casi messi a loro disposizione per l'accertamento e la pianificazione assistenziale, ad eccezione dei 2 lavori incompleti, in quanto contenenti solo informazioni relative all'accertamento, ma mancanti della pianificazione.

6. Conclusioni

Se da un lato documentare il processo infermieristico rappresenta un obbligo per i professionisti, dall'altro rappresenta anche il mezzo attraverso il quale sostenere la pianificazione assistenziale ed esprime la presa in carico dell'assistito.

L'American Nurses Association (ANA) nel 2004 definisce l'infermieristica come *"la scienza il cui dominio è la tutela, la promozione e l'ottimizzazione della salute, delle sue potenzialità e capacità, la prevenzione delle malattie e delle lesioni, l'alleviamento delle sofferenze attraverso la diagnosi infermieristica e il trattamento infermieristico delle risposte umane, fornendo le informazioni utili ad assumere le scelte e le decisioni connesse al piano di advocacy nell'assistenza delle persone, delle famiglie, delle comunità e delle popolazioni."*[40]

Perché tutto questo sia realizzabile è necessario servirsi degli strumenti adeguati; in virtù di questo si ritiene importante intervenire per favorire il processo di nursing.

Unificare i criteri utilizzati da tutti i professionisti facilita la diffusione delle informazioni, la continuità delle cure, grazie ad una comunicazione efficace tra i professionisti coinvolti nel processo assistenziale.

Poter lavorare con gli infermieri e i coordinatori delle SOD coinvolte nel progetto ha consentito un confronto arricchente e la possibilità di concepire uno strumento percepito come una risorsa e che supporti tutte le fasi del processo di nursing.

Implementare la creazione dei piani assistenziali significa promuovere una cultura che permetta agli infermieri di conoscere ed applicare la metodologia scientifica nella disciplina infermieristica, finalizzando la pianificazione al perseguimento del maggior stato possibile di benessere e salute.

Creare occasioni per permettere ai professionisti di esercitarsi e aumentare le proprie conoscenze e competenze rappresenta un obiettivo della formazione continua con lo scopo di accogliere le esigenze di apprendimento per poterle investire nella realtà lavorativa.

Grazie all'esperienza del tirocinio gli studenti sperimentano fin da subito la realtà lavorativa, per questo è positivo che nella loro formazione vengano inseriti programmi per simulare l'assistenza infermieristica.

Un ambito dinamico ed ampio come quello dell'assistenza ha bisogno di approcci formativi altrettanto dinamici per cogliere tutta la complessità da trasferire.
Sicuramente la formazione in presenza garantisce uno scambio ricco e permette la simulazione ad alta fedeltà, strumento consolidato nella formazione universitaria.
L'impossibilità di procedere con questo approccio ha richiesto di sperimentare metodologie alternative, come la formazione in remoto attraverso l'utilizzo della modalità e-learning.
Questo tipo di formazione ha permesso di raggiungere più facilmente un numero ampio di studenti e di condividere con loro contenuti che possono essere aggiornati ed arricchiti.

Un altro aspetto da mettere in luce è che la formazione concepita in questa modalità ha permesso di creare uno scambio tra i professionisti e gli studenti.
Inizialmente gli studenti hanno beneficiato dell'esperienza degli infermieri per esercitarsi e per acquisire competenze anche al di fuori dell'ambiente ospedaliero; allo stesso tempo, però, saranno gli infermieri a poter confrontarsi con la pianificazione proposta dagli studenti.
Il coinvolgimento simultaneo delle guide di tirocinio e degli studenti del CdL in Infermieristica ha permesso di far convergere la formazione continua dei professionisti con la formazione universitaria degli studenti, scegliendo di approfondire un aspetto complesso come quello della pianificazione assistenziale, attività necessaria, ma che spesso incontra numerosi ostacoli.
Il lavoro svolto potrebbe procedere con uno studio che riguardi sia l'implementazione della cartella infermieristica nelle SOD coinvolte sia la percezione del personale sanitario che la utilizza.

6.1. Limiti

Un limite per lo studio è rappresentato dall'impossibilità di rispettare tutte le fasi progettuali a causa dell'emergenza sanitaria; questo ha reso necessario revisionare le occasioni formative strutturate per gli studenti e posticipare la formazione rivolta, invece, ai professionisti sanitari.
Un ulteriore limite è rappresentato dal ristretto gruppo di studenti che hanno sperimentato lo strumento di accertamento e pianificazione assistenziale.

6.2. Implicazioni per la pratica clinica

Lo strumento realizzato ha risposto all'esigenza di lavorare per incrementare la documentazione infermieristica e investire nella formazione in ambito materno infantile, necessità emersa dal confronto con i dirigenti di area infermieristica ed ostetrica delle Aziende Ospedaliere e Territoriali della Regione Marche nell'incontro tenutosi a Maggio 2018.

Quanto strutturato si propone di favorire la pianificazione assistenziale nell'ambito materno infantile e migliorare la comunicazione tra i professionisti e la continuità delle cure.

Inoltre, rappresenta uno strumento spendibile nella formazione degli studenti permettendo loro di approfondire l'esercizio della pianificazione assistenziale.

Bibliografia

[1] FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 Aprile 2019

[2] Casati M, Maricchio R. La documentazione infermieristica: riflessioni operative e giuridiche. I quaderni de l'infermiere 2009 (24): 1-5

[3] Wilkinson J.M. Processo infermieristico e pensiero critico. 3^ edizione. Milano: C.E.A.; 2013:67-68

[4] Convenzione ONU sui Diritti dell'Infanzia, approvata dall'Assemblea generale delle Nazioni Unite il 20 novembre 1989, ratificata dall'Italia con legge del 27 maggio 1991, n. 176, depositata presso le Nazioni Unite il 5 settembre 1991

[5] Codice del diritto del minore alla salute e ai servizi sanitari, presentato al Ministero della Salute il 6 febbraio 2013

[6] Norme in materia di consenso informato e di disposizioni anticipate di trattamento, Legge n. 219, 22 Dicembre 2017

[7] FNOPI. Codice Deontologico delle Professioni Infermieristiche 2019. Presentazione Consiglio Nazionale 12-13 Aprile 2019

[8] Badon P, Zampieron A. Procedure infermieristiche in pediatria. 1^ edizione. Milano: C.E.A.: 2010: 3-4

[9] Badon P, Cesaro S. Assistenza infermieristica in pediatria. 2^ edizione. Milano: C.E.A.: 2015: 133-152.

[10] Badon P, Zampieron A. Procedure infermieristiche in pediatria. 1^ edizione. Milano: C.E.A.: 2010: 3-5

[11] Dennis Z. Kuo, Amy J.H., Polly A., Karen A.K., Jeffrey M.S., John M.N. Family-centered care: current applications and future directions in pediatric health care. Matern Child Health J 2012(16): 297-305.

[12] Gordon M. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. 1^ edizione. Milano: C.E.A.: 2009: 131-132

[13] Gordon M. Nursing diagnosis. Process and application. 3^ edizione. St Louis: Mosby: 1994

[14] Herdman H.T., Kamitsuru S. Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2018-2020. 11^ edizione. Milano: C.E.A.: 2018: 46-47

[15] Sylvie Chevrier, Muriel Jougleux, Catherine Mamanclassroom teaching versus blended learning: lessons learnt from the comparison. EURAM, Parigi, Francia, 2016

[16] Kaye Thorne. Blended Learning: How to Integrate Online & Traditional Learning. Kogan Page Publishers, 2003

[17] Liu Q, Peng W, Zhang F, Hu R, Li Y, Yan W. The Effectiveness of Blended Learning in Health Professions: Systematic Review and Meta-Analysis. J Med Internet Res. 2016

[18] Hogan-Quigley B, Palm M.L., Bickley L. BATES. Valutazione per l'assistenza infermieristica. Esame fisico e storia della persona assistita. 1^ edizione. Milano: C.E.A.: 2017: 13.

[19] Palese A, Beltrame Romana E, Bin A et al. Esiti sensibili alle cure infermieristiche: analisi critica della letteratura. Assistenza infermieristica e ricerca: 2008, 27 (1): 33-40

[20] Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas M.L. Classificazione NOC dei risultati infermieristici. Misurazione dei risultati di salute. 3^ edizione. Milano: C.E.A. Maggio 2020

[21] Butcher H.K, Bulechek G.L, Dochterman J.M, Wagner C.M. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. 3^ edizione. Milando: C.E.A. Maggio 2020

[22] Esper P, Walker S. Improving documentation of quality measures in the electronic health record. J Am Assoc Nurse Pract 2015: 27(6): 308-12

[23] Jackson G.P, Robinson JR, Ingram E et al. A technology-based patient and family engagement consult service for the pediatric hospital setting. J Am Med Inform. 2018: 25(2):167-174.

[24] Asmirajanti M, Hamid AYS, Hariyati RTS. Nursing care activities based on documentation. BMC Nurs. 2019: 18 (1): 32

[25] Ivory CH. Mapping perinatal nursing process measurement concepts to standard terminologies. Comput Inform Nurs. 2016: 34 (7): 312-320

[26] Park H, Lee E. Incorporating standardized nursing languages into an electronic nursing documentation system in Korea: a pilot study. International journal of nursing knowledge: 2015: 26 (1): 35-42

[27] Tommasini 2009 "Laboratorio di apprendimento organizzativo" dispensa a uso degli studenti in Cristofori E., Delli Poggi A., Serreri P. in Il laboratorio professionale nella formazione. Teorie e Metodi. CEA: Milano. 2017

[28] Qalehsari MQ, Khaghanizadeh M, Ebadi A. Lifelong learning strategies in nursing: A systematic review. *Electron Physician*. 2017

[29] Van Rensburg GH, Botma Y. Bridging the gap between self-directed learning of nurse educators and effective student support. *Curationis*. 2015

[30] Shirazi F, Sharif F, Molazem Z, Alborzi M. Dynamics of self-directed learning in M.Sc. nursing students: A qualitative research. J Adv Med Educ Prof. 2017

[31] Ghiyasvandian S, Malekian M, Cheraghi MA. Iranian Clinical Nurses' Activities for Self-Directed Learning: A Qualitative Study. Glob J Health Sci. 2015

[32] Donald A. Schön. Il professionista riflessivo. Per una nuova epistemologia della pratica professionale. Edizioni Dedalo. New York: 1993

[33] Cristofori E., Delli Poggi A., Serreri P. Il laboratorio professionale nella formazione. Teorie e Metodi. CEA: Milano. 2017

[34] Dowson J. Transferring knowledge into practice? Exploring the feasibility of action learning for improving knowledge, skills and confidence in clinical communication skills. BMC Med Educ. 2019

[35] Hallin K, Haggstrom M, Backstrom B, Kristiansen LP. Correlations Between Clinical Judgement and Learning Style Preferences of Nursing Students in the Simulation Room. Glob J Health Sci. 2015

[36] Global strategic directions for strenghtening nursing and Midwifery 2016 – 2020 pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) 2016

[37] Richmond A, Burgner A, Green J, et al. Discharging Mrs. Fox: A Team-Based Interprofessional Collaborative Standardized Patient Encounter. *MedEdPORTAL*. 2017

[38] Partecke M, Balzer C, Finkenzeller I, et al. Interprofessional Learning - Development and Implementation of Joint Medical Emergency Team Trainings for Medical and Nursing Students at Universitätsmedizin Greifswald. GMS J Med Educ. 2016

[39] Cristofori E., Delli Poggi A., Serreri P. Il laboratorio professionale nella formazione. Teorie e Metodi. CEA: Milano. 2017

[40] *ANA-AMERICAN nurses association ANA CNP II recognition criteria and denitions whashington DC: ANA, 199*

Allegati- *Allegato 1*

UNIVERSITÀ
POLITECNICA
DELLE MARCHE

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

L'ACCERTAMENTO CLINICO INFERMIERISTICO IN ABITO MATERNO INFANTILE

Responsabile Attività miglioramento: Dott. Maurizio Mercuri

PRESENTAZIONE:

La pianificazione assistenziale rappresenta lo strumento attraverso il quale il professionista, con l'attuazione del processo di nursing, può garantire un'assistenza personalizzata e di qualità.
La pianificazione pone al centro del processo il paziente e il riconoscimento dei suoi bisogni sulla base dei quali verranno programmati interventi attuati per far fronte alla problematica descritta con l'utilizzo della tassonomia NANDA-I per la classificazione delle diagnosi infermieristiche.
Quando il destinatario dell'assistenza è un paziente in età pediatrica, pur rimanendo invariate le fasi del processo, è necessario prestare attenzione ad alcune caratteristiche che lo contraddistinguono dal paziente adulto.
Innanzitutto il modello di assistenza che meglio si adatta a questa tipologia di assistito è rappresentato dal "*family-centered care"* (FCC). Questo modello focalizza l'attenzione sull'importanza dello sviluppo dei bambini in contesti familiari orientati alla promozione e mantenimento di salute e benessere. La figura genitoriale ricopre un ruolo fondamentale per la gestione dell'esperienza della malattia nel bambino. Oltre che all'assistenza fisica viene data molta importanza anche all'assistenza emotiva.
Un'altra considerazione, che deve essere messa in evidenza, riguarda le diverse fasi del processo di sviluppo; parlare di paziente pediatrico può risultare una classificazione poco precisa in quanto vanno distinte le varie età dello sviluppo.

Periodo neonatale	Neonato 0-30 giorni
Prima infanzia	Lattante dal 1° mese in poi
Seconda infanzia	Bambino 2-5 anni
Età scolare	6-11 anni
Pubertà	Dura circa 2-5 anni (11-13 per le femmine e 12-15 per i maschi)
Adolescenza	14-16 anni per le femmine, 15-17 per i maschi

Nella fase dell'accertamento di fondamentale importanza è raccogliere sia i dati provenienti dall'assistito stesso, sia tutto ciò che viene riportato dai familiari.
Le fasi successive, definizione della diagnosi-pianificazione dei risultati-pianificazione degli interventi-gestione/attuazione e valutazione, sono conseguenti al momento dell'accertamento. Per effettuarlo

possiamo utilizzare la guida proposta da Gordon che identifica 11 modelli funzionali da cui partire per la valutazione delle condizioni dell'assistito.

La documentazione infermieristica deve essere adeguata alla pianificazione e possedere una struttura che segua le fasi del processo di nursing. Documentare tutto il processo è di fondamentale importanza; permette di conservare le varie fasi, di monitorare e di effettuare le valutazioni in modo chiaro, sintetico, strutturato, tempestivo e oggettivo. Utilizzare un linguaggio comune, facilita la comunicazione tra i soggetti coinvolti nell'assistenza.

OBIETTIVI GENERALI – FINALITA':

Condivisione delle esperienze d'assistenza al paziente pediatrico e alla sua famiglia al fine di:

-

-

-

-

-

OBIETTIVI SPECIFICI (PROJECT WORK):

Coinvolgere coordinatori e infermieri dei reparti di Chirurgia Pediatrica, Clinica di Pediatria, Pediatria, Malattie Infettive Ped., Nido e Neuropsichiatria Inf. per la creazione della documentazione infermieristica e di piani assistenziali da applicare nei reparti indicati.

DESTINATARI (tipologia e numero per edizione):

Coordinatori e infermieri dei reparti di Chirurgia Pediatrica, Clinica di Pediatria, Pediatria, Malattie Infettive¸ Neuropsichiatria infantile, Nido
Direttori A.D.P. e Tutors del Corso di Laurea in Infermieristica.

PROGRAMMA **N° 5 incontri di almeno 3 ore ciascuno da maggio a novembre 2019**		
GIORNATA	**ORARIO**	**CONTENUTI**
21 maggio 2019	**14:30 – 17:30**	Condivisione delle principali problematiche legate all'ospedalizzazione del bambino e rapporto con la famiglia
23 maggio 2019	**14:30 – 17:30**	Approfondimento sugli strumenti attualmente a disposizione nei reparti coinvolti nel progetto
3° giornata	3 ore	Ricerca bibliografica sui modelli d'assistenza adatti al bambino, sulla pianificazione assistenziale e documentazione infermieristica

4° giornata	3 ore	Progettazione della documentazione infermieristica come supporto all'accertamento e conseguente pianificazione
5° giornata	3 ore	Simulazione per elaborare piani assistenziali utilizzando la documentazione infermieristica impostata in precedenza

SEDE DEL CORSO	Corso di Laurea in Infermieristica
DIRETTORE DEL CORSO	Maurizio Mercuri
DIRETTORE SCIENTIFICO	Rosalia Mercanti
PARTECIPANTI	Direttori e Tutor del corso di laurea in Infermieristica e personale delle S.O.D. pediatriche del Presidio Salesi
SEGRETERIA ORGANIZZATIVA	Claudia Giacani, Sabina strologo
METODOLOGIA DIDATTICA	Project work
MATERIALE DIDATTICO	Documentazione clinico assistenziale esistente da implementare e/o aggiornare e/o diffondere
PROVA DI VERIFICA APPRENDIMENTO	Valutazione finale di gradimento Questionario di autovalutazione Ideazione e condivisione di uno strumento in ottica infermieristica
CREDITI FORMATIVI	Crediti Formativi n°19,5 I Crediti verranno rilasciati solo a coloro che avranno garantito il 90% delle presenze previste alla Formazione Residenziale

Allegato 2

AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA
Sede legale: Via Conca,1 ANCONA
Telefono:0715963233-4548 Fax: 071-5963671 E-Mail:

Fornitore: AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI DI ANCONA

DATI GENERALI DEL CORSO

Codice ECM: 2762 - 19493 **Anno:** 2019 **Tipologia dell'attività formativa:** PFA

Metodologia di formazione: Sul Campo

Titolo dell'attività formativa:

ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO - L'ACCERTAMENTO CLINICO INFERMIERISTICO IN AMBITO MATERNO INFANTILE

Stato attività formativa: ACCREDITATA
Prima data: 04/05/2019
Data fine: 30/11/2019
N° Partecipanti previsti: 25 (per ediz.)
N° Edizioni previste: 1

Crediti del corso: 19,5
Durata: 15 ore
Direttore dell'attività formativa: Sig. MAURIZIO MERCURI
Città: ANCONA (AN)
Sede: AZIENDA OSPEDALIERO UNIVERSITARIA OSPEDALI RIUNITI

RESPONSABILI SCIENTIFICI	
N°	Nominativo
1	ROSALIA MERCANTI

E' prevista la presenza di tutor d'aula? No
E' prevista la presenza di tutor Sul Campo? No
E' prevista la presenza di tutor FAD? No
E' prevista la presenza di sponsor? No

CONTESTO NAZIONALE E RREGIONALE

Obiettivi formativi
DOCUMENTAZIONE CLINICA. PERCORSI CLINICO-ASSISTENZIALI DIAGNOSTICI E RIABILITATIVI, PROFILI DI ASSISTENZA - PROFILI DI CURA 3

Area degli obiettivi formativi
Obiettivi formativi di processo

PROFESSIONI COINVOLTE

ECM (sanitarie)
Descrizione
INFERMIERE
INFERMIERE PEDIATRICO

DEFINIZIONE DELL'OBIETTIVO FORMATIVO

L'attivita formativa ha come scopo prevalente quello di:

- ☐ A - ACCRESCERE LE CONOSCENZE TEORICHE
- ☐ B - FORNIRE ABILITA' PRATICHE
- ☐ C - STIMOLARE COMPORTAMENTI/ASPETTI RELAZIONALI
- ☑ D - ELABORARE PRODOTTI/PROGETTI

Alla fine dell'attività formativa, i partecipanti potranno essere in grado di:
APPROFONDIRE ED EVIDENZIARE I BISOGNI ASSISTENZIALI DEI BAMBINI RICOVERATI ATTRAVERSO L'ELABORAZIONE DI PIANI ASSISTENZIALI E RELATIVA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

METODOLOGIE DIDATTICHE

b) Sul campo

GRUPPI DI MIGLIORAMENTO

N° incontri: 5
Totale durata: 15 ore

Durata di ogni incontro: 3 ore

- [x] gruppi di miglioramento/studio/di lavoro
- [ ] commissioni di studio
- [ ] audit clinico e/o assistenziale
- [ ] comitati aziendali permanenti
- [ ] comunità di apprendimento e/o di pratica
- [ ] PDTA integrati e multiprofessionali

E' PREVISTA LA REDAZIONE DI UN DOCUMENTO CONCLUSIVO (QUALE AD ES. LINEE GUIDA, PROCEDURE, PROTOCOLLI, INDICAZIONI OPERATIVE)? SI

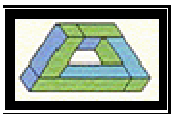
E' PREVISTA LA PARTECIPAZIONE DI UN DOCENTE/TUTOR ESPERTO, ESTERNO AL GRUPPO DI MIGLIORAMENTO, CHE VALIDA LE ATTIVITA' DEL GRUPPO? NO

MODALITA' DI VERIFICA DELL' APPRENDIMENTO

E' previsto un pre-test? No

- [x] **Report/Project Work**
- [ ] **Outcome**

Allegato 3



REPORT FINALE DI VALUTAZIONE DELLA FORMAZIONE SUL CAMPO (FSC)

gruppi di miglioramento/circoli di lettura/discussione casi clinici

(a) IDENTIFICAZIONE DEL PROGETTO/EVENTO FORMATIVO

Titolo iniziativa formativa (1) :

Codice (2) e anno di riferimento:

Tipologia fsc (3):

Responsabile scientifico:

Responsabile fsc:

Obiettivo della formazione sul campo:

N. partecipanti:

Durata programmata:

Date degli incontri svolti:

(B) VALUTAZIONE

ATTIVITA' REALIZZATA (4)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

RISULTATI CONSEGUITI (5)

_____
_____
_____
_____

_____
_____
_____
_____
_____
___

ELENCO PARTECIPANTI ALL'ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO (descritti accuratamente):

-
-
-
-
-
-
-
-
-

NOTE AGGIUNTIVE DEL RESPONSABILE

I DOCUMENTI ATTESTANTI IL REGOLARE SVOLGIMENTO DELL'ATTIVITA' DI MIGLIORAMENTO ED IL PROJECT WORK SONO CONSERVATI AGLI ATTI DELLA SOD ORGANIZZATRICE

ALLEGATI (6):

Ancona, lì

Il Responsabile della fsc

_____

Legenda:

(1) indicare il titolo dell'evento accreditato ai sensi della DGR n.520/2013, di cui l'attività di miglioramento in questione è parte integrante
(2) indicare il codice regionale di riferimento
(3) indicare la tipologia di attività, utilizzando una delle voci previste dalla DGR n.520/2013 e precisamente:
gruppi di miglioramento/studio/di lavoro (N.B.: vi rientrano i circoli di lettura)
discussione casi clinici
(4) descrivere l'attività effettivamente svolta dai partecipanti
(5) descrivere i risultati conseguiti a seguito dell'attività formativa sul campo svolta
(6) elencare i documenti allegati al report di valutazione, e precisamente:
- firme di presenza dei partecipanti
- eventuali prodotti elaborati

Allegato 4

COD ATTIVITA' FORMATIVA : 19493 EDIZIONE:

QUESTIONARIO DI VALUTAZIONE FINALE DELL'ATTIVITA' FORMATIVA SUL CAMPO

1) L'attività formativa è risultata rispondente alle sue aspettative iniziali?

Per niente 1 2 3 4 5 Molto

2) In quale misura sono stati raggiunti gli obiettivi dichiarati?

Per niente 1 2 3 4 5 Molto

3)Come valuti la corrispondenza tra le fasi, le azioni e la durata totale previste per il progetto e quanto accaduto realmente? (Fare riferimento a importanti variazioni, es. non corrispondenza tra le fasi e le azioni in programma e quelle realizzate; riduzione o aumento importante dei tempi delle attività; ecc.)

Per niente 1 2 3 4 5 Molto

4) L'attività formativa complessivamente è stata coerente alle esigenze del suo ruolo professionale?

Per niente 1 2 3 4 5 Molto

5) Durante l'attività formativa "il clima"del gruppo / contesto formativo indicava interesse e partecipazione?

Per niente 1 2 3 4 5 Molto

6) Come valuti la qualità dei supporti organizzativi e tecnici utilizzati in questo progetto? (fare riferimento a: gestione delle presenze, gestione degli incontri ecc)

Troppo breve 1 2 3 4 5 Troppo lunga

7) Come valuti la qualità dei materiali didattici utilizzati in questo progetto? (fare riferimento a: chiarezza della grafica e dei contenuti del materiale consegnato; presenza e qualità di mezzi di integrazione della lezione es. filmati, casi didattici, questionari, ecc.; presenza e qualità del materiale didattico di approfondimento, ecc.)

Scarso 1 2 3 4 5 Ottimo

8)Come valuti la qualità in termini di aggiornamentodelle conoscenze? (fare riferimento ai riferimenti bibliografici forniti sui contenuti (datazione), alla esatta definizione degli aspetti innovativi rispetto al passato, alla loro applicabilità clinico/organizzativa e ad eventuali riflessi in termini di costo/beneficio)

Scarso 1 2 3 4 5 Ottimo

9) Come valuti l'efficaciaformativa del progetto in rapporto alla trasferibilità nel tuo ambito lavorativo?

Scarso 1 2 3 4 5 Ottimo

10) Se il corso è sponsorizzato, ha percepito l'influenza/presenza dello sponsor in aula durante lo
svolgimento dell'attività formativa?

☐ SI ☐ NO

OSSERVAZIONI PERSONALI

(Le Sue osservazioni saranno particolarmente gradite e potranno essere utilizzate per migliorare la progettazione delle future attività formative)

Allegato 5

DICHIARAZIONE SOSTITUTIVA DI ATTO NOTORIO

(art. 47 D.P.R. n. 445 del 28.12.2000)

_____
_____

() _____ _____
_____

bà h hq hz
q è CP
à q b 48
5DL6L6 qà:

· à · b ·
·

· · b

zzzP O

ECM_____:

· z
q
):

àz
h
(

· z
q
):

à z
h
: (

ILLDICHINTE

.....

Izz

DL6
ààP

ECMO
I

( ) _____

Allegato 6

AZIENDA OSPEDALIERO-UNIVERSITARIA
OSPEDALI RIUNITI "UMBERTO I° - G.M.LANCISI – G.SALESI"
DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE
Via Corridoni, 11 - 60123 – Ancona
http://www.ospedaliriuniti.marche.it

S.O.D. _____

Direttore di Dipartimento _____

Coordinatore Infermieristico di Dipartimento_____

Cartella infermieristica

Cognome e Nome _____

Data di nascita_____ Luogo di nascita _____

Età: mesi_____ anni_____ Sesso ☐ M ☐ F

Data di ingresso_____ ora _____

Tipo di ricovero:

- ☐ programmato
- ☐ trasferimento
- ☐ urgente

DIMISSIONE: data_____Ora _____ ☐ Al proprio domicilio

☐ Altra struttura Sanitaria o Residenziale: quale _____

Mediatore culturale:

- □ SI
- □ NO Lingua parlata_____

Frequenta □nido □materna □ scuola primaria 1° livello

□ scuola primaria 2° livello □ scuola secondaria □ nessun titolo

La persona assistita è accompagnata da:

Padre Nome_____ Cognome_____

Recapito telefonico_____

Madre Nome_____ Cognome_____

Recapito telefonico_____

Tutore

Nome_____ Cognome_____

Recapito telefonico_____

Motivo del ricovero:

_____

_____

_____

Precedenti ricoveri

- □ SI
- □ NO

Anno_____ Struttura_____

Motivo del ricovero_____

ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO

1 MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE non valutabile □	M. disfunzionale □

Storia di salute

❑ Problemi respiratori …….. ❑ Problemi cardiaci.....……

❑ Problem neurologici …….. ❑ Diabete……

❑ Altro…….

Allergie ❑ SI ❑ NO

❑ Farmaci

❑ Alimenti

❑ Altro

❑ Lattice Se si, con quali manifestazioni?_____

Ha mai effettuato test allergologico specifico? □ no □ si Se si, può esibire il risultato? □ no □ si

Ha mai accusato gonfiore e/o prurito cutaneo da contatto con oggetti in gomma (guanti, palloncini, ecc.)? □ no □ si

Ha avuto reazioni anomale durante interventi chirurgici o dopo visite mediche o dal dentista? □ no □ si

2 MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO non valutabile □ | M. disfunzionale □

Nutrizione: □ os □ enterale □ parenterale

Dieta: □ comune □personalizzata/supplementi_

Restrizioni dietetiche_

Appetito: □ normale □ nausea □ vomito □Altro _

Esame fisico:

Temperatura corporea (TC)_____

Peso attuale Kg_____ altezza_____ circonferenza cranica (fino ad 1 anno di età)_

_____ Dentizione**:** Denti vacillanti □ no

□ si Quali? _____

□ Apparecchio dentale: □ mobile □ fisso

Disfagia: □ no □ solidi □ liquidi

Nutrizione Enterale □ SNG tipo_____ch_____posizionato il. _____

□ PEG tipo_____ch_____posizionato il _____

□ Altro_____

Condizioni area inserzione: □ integra □ arrossata □ altro_____

Mucosa orale alterazioni □ no □ si quali_____

Catetere vascolare venoso □ no □ si □ Se SI : □ periferico □ centrale □ PICC sede_____

Cute

Idratata □ si □ no □ edemi □ ascite □ cianotica □ itterica □ pallida

□ Integra □ altre tipologie di lesioni □ lesioni da pressione □ no □ si

3 MODELLO DI ELIMINAZIONE non valutabile □ | M. disfunzionale □

□ uso del pannolino

Eliminazione intestinale

□ regolare □ stipsi data ultima evacuazione_____

□ diarrea n° evacuazioni_____ □ incontinenza intestinale

□ stomia indicare sede e tipo_____autonomo nella gestione della stomia □ sì □ no

Caratteristiche feci _____

Uso di clisteri/lassativi: □ no □ si □ altro_____ frequenza_____

Eliminazione urinaria

□ regolare □ disuria □ nicturia □ poliuria

□ ritenzione □ uso cateterismo intermittente □ uso cateterismo a permanenza

□ incontinenza urinaria □ totale □ diurna □ notturna □ occasionale

□ CV □ Altro □ dialitico

Drenaggi: □ no □ si Specificare tipo_____

Specificare sede_____

Altre osservazioni_____

4 MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO	non valutabile □	M. disfunzionale □

Deambulazione ❑con ausili…… ❑NO

Mobilità a letto ❑SI …… ❑NO

Cura di sé (igiene personale) ❑autonomo ❑assistita dai familiari ❑assistita dal personale sanitario

Parametri clinici

PA…… FC …….. FR……

Respirazione

❑Eupnoico ❑Dispnoico ❑Tosse Tipo…… ❑SpO2 ……..

❑ Caratteristiche Espettorato……

Ausili ❑O2 terapia l/min …… ❑maschera …… ❑occhialini……..

5 MODELLO SONNO – RIPOSO	non valutabile □	M. disfunzionale □

Abitudini

Sonno / veglia regolari ❑SI ❑ NO

Motivazione ……

6 MODELLO COGNITIVO - PERCETTIVO	non valutabile □			M. disfunzionale □	
Stato mentale	vigile	orientato	confuso	aggressivo	incosciente
Linguaggio	normale	pronuncia indistinta	con interruzione		
Lingua parlata bimbo	italiano	Altro (spec)_____			
Capacità di esprimersi	buona	discreta	scarsa	assente	
Capacità di comprendere	buona	discreta	scarsa	assente	
Capacità di interagire	buona	discreta	scarsa	assente	
Udito	normale	ridotto	sordità	app. acustico	
Vista	normale	ridotta	cecità	uso di lenti	
Dolore	assente	acuto	cronico		
Altro_____					

7 MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' -CONCETTO DI SE'	non valutabile □	M. disfunzionale □

Osservazione dell'atteggiamento ansioso del genitore □ no □ si _____

Osservazione dell'atteggiamento ansioso del bambino □ no □ si _____

8 MODELLO RUOLO – RELAZIONI	non valutabile □	M. disfunzionale □

□ Vive in famiglia □ in struttura □ altro _____

Rapporti con i coetanei: Gioca con altri bimbi? Qualità del gioco (es. solitario, aggressivo)?_____

9 MODELLO DI SESSUALITA' – RIPRODUZIONE	non valutabile □	M. disfunzionale □

Se donna (se appropriato) Data ultima mestruazione_____Utilizzo contraccezione orale □ si □ no

10 MODELLO DI COPING - TOLLERANZA ALLO STRESS	non valutabile □	M. disfunzionale □

Nell'ultimo anno sono avvenute perdite o cambiamenti importanti nella sua vita o di suo figlio? □ no □ si

se SI, Quale?_____

11 MODELLO DI VALORI – CREDENZE	non valutabile □	M. disfunzionale □

Pratiche religiose/spirituali importanti per il bambino e la famiglia (durante il ricovero) _____

Modello di:	Accertamento ingresso Alterazione		Accertamento dimissione Alterazione	
Percezione e gestione della salute	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Nutrizionale e metabolico	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Eliminazione	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Attività-esercizio fisico	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Sonno-riposo	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Cognitivo-percettivo	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Percezione-concetto di sé	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Ruolo-relazione	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Sessualità	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Coping-tolleranza allo stress	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO
Valori-convinzioni	□ SI	□ NO	□ SI	□ NO

*Se il modello risulta alterato vedi allegati per la pianificazione assistenziale

Data_____ Firma_____

VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTA – Scala Humpty Dumpty Falls - *da compilare per tutti gli assistiti*

PARAMETRO	CRITERIO	SCORE						
		DATA E ORA _____	DATA E ORA _____	DATA E ORA _____	DATA E ORA _____	DATA E ORA _____	DATA E ORA _____	DATA E ORA _____
ETA'	Minore di 3 anni	4	4	4	4	4	4	4
	Compresa tra il 3° anno compiuto ed il 7° non compiuto.	3	3	3	3	3	3	3
	Compresa tra il 7° anno compiuto ed il 13° anno non compiuto.	2	2	2	2	2	2	2
	Superiore o uguale a 13 anni	1	1	1	1	1	1	1
SESSO	Maschio	2	2	2	2	2	2	2
	Femmina	1	1	1	1	1	1	1
DIAGNOSI	Patologia neurologica (ad es. convulsioni, trauma cranico, idrocefalo, paralisi cerebrale infantile, ecc.).	4	4	4	4	4	4	4
	Alterazioni dell'ossigenazione (patologia respiratoria, disidratazione, anemia, anoressia, sincope/vertigine).	3	3	3	3	3	3	3
	Disordini psichici/comportamentali (ad es. disturbi dell'umore, del controllo degli impulsi, ecc.).	2	2	2	2	2	2	2
	Altre diagnosi	1	1	1	1	1	1	1
DEFICIT COGNITIVI	Non consapevole delle limitazioni (non consapevole delle conseguenze delle proprie azioni e dei propri limiti).	3	3	3	3	3	3	3
	Dimentica le limitazioni (consapevole delle proprie azioni e dei propri limiti ma non in grado di gestirli).	2	2	2	2	2	2	2
	Orientato (in grado di comprendere e gestire le conseguenze delle proprie azioni e i propri limiti).	1	1	1	1	1	1	1
FATTORI AMBIENTALI	Storie di cadute dal letto oppure lattante o bambino fino a 2 anni messo in letto grande.	4	4	4	4	4	4	4
	Il bambino utilizza supporti o ausili per muoversi oppure è posizionato in una culla; ci sono mobili nella stanza o dispositivi di illuminazione tra i letti (nel caso la stanza ospiti 3 pazienti).	3	3	3	3	3	3	3
	Bambino collocato in letto appropriato per l'età.	2	2	2	2	2	2	2
	Bambino in visita ambulatoriale.	1	1	1	1	1	1	1
SOTTOPOSTO A SEDUTA CHIRURGICA / ANESTESIOLOGICA / SEDAZIONE	Nelle ultime 24 ore	3	3	3	3	3	3	3
	Nelle ultime 48 ore	2	2	2	2	2	2	2
	Oltre le 48 ore precedenti/Mai	1	1	1	1	1	1	1
TERAPIA FARMACOLOGICA	Utilizzo combinato di più farmaci delle seguenti categorie: ▪ Sedativi ▪ Narcotici ▪ Barbiturici ▪ Lassativi ▪ Fenotiazine ▪ Diuretici ▪ Antidepressivi	3	3	3	3	3	3	3
	Uso di un solo farmaco delle categorie sopradescritte.	2	2	2	2	2	2	2
	Uso di altri farmaci o di nessun farmaco.	1	1	1	1	1	1	1
BASSO RISCHIO = PUNTEGGIO 7-11 **ALTO RISCHIO =** PUNTEGGIO ≥ 12	**TOTALE PUNTEGGIO**							
	SIGLA INFERMIERE							

Istruzioni	**Età:** il parametro può essere interpretato sia in base all'età cronologica che in base alla fase dello sviluppo in cui si trova il paziente. **Sesso:** non necessita di spiegazioni **Diagnosi:** (insieme di segni e sintomi che mettono il bambino a rischio di cadute) Se il bambino ha patologie multiple, di base o secondarie, il punteggio va dato in base alla patologia di maggiore acuità (ad esempio: a un bambino

	con anemia falciforme con una storia di ictus o convulsioni viene dato il punteggio 4 "Problemi neurologici"). Le patologie indicate a titolo di esempio non sono esaustive. - *Problemi neurologici*: convulsioni, trauma cranico, idrocefalo, paralisi cerebrale infantile ed altro. Include anche i pazienti con diagnosi di patologia neurologica probabile ma non ancora definita. - *Disturbi che alterano l'ossigenazione*: questo criterio include qualsiasi patologia che determini una riduzione dell'ossigenazione del cervello o una ridotta capacità di trasporto dei globuli rossi. Le alterazioni dell'ossigenazione non si limitano ai problemi respiratori ma possono includere anche la disidratazione, l'anemia, la riduzione o l'assenza di appetito e di alimentazione, la perdita di coscienza ed altro. - *Patologie neuropsichiatriche o comportamentali*: includono i disturbi dell'umore (depressione maggiore, disturbo bipolare), i disturbi del controllo degli impulsi ed altro. - *Altre patologie non ricomprese nelle precedenti:* qualunque disturbo o condizione che non ricade negli altri tre criteri (ad esempio: cellulite, patologie ortopediche) **Alterazioni cognitive:** 1 - Consapevolezza del soggetto delle proprie capacità nello svolgimento delle attività di vita quotidiane. 2 - Il parametro non è necessariamente basato sull'età ma anche sulle componenti fisiologiche che influiscono sulla consapevolezza cognitiva. - *Non consapevole delle conseguenze delle proprie azioni e dei propri limiti:* Il soggetto può avere qualsiasi età. Il criterio è definito dalla incapacità di comprendere le conseguenze delle proprie azioni (ad esempio: età infantile, grave trauma cranico) - *Consapevole delle proprie azioni e dei propri limiti ma non in grado di gestirli:* Il bambino può avere qualsiasi età. Il bambino sa essere consapevole delle proprie azioni e dei propri limiti ma, a causa della patologia, della sintomatologia attuale o delle alterazioni funzionali presenti (come per esempio debolezza o ipoglicemia) perde la capacità di controllarli. Sono inclusi in questo criterio i bambini soggetti ad accessi d'ira. - *In grado di comprendere e gestire le conseguenze delle proprie azioni e i propri limiti:* E' in grado di prendere decisioni appropriate e di comprendere le conseguenze di ciò che fa. **Fattori ambientali:** - Storia di cadute in questo o in precedenti ricoveri. - Lattante o bambino fino a 2 anni collocato inappropriatamente in un letto grande anziché in una culla o in un lettino. - Il bambino usa ausili od ortesi come stampelle, deambulatori, bastone, splint. - Lattante o bambino fino a 2 anni collocato in una culla o in un lettino, cioè sistemato in modo appropriato per l'età. - Presenza nella stanza di pompe o di altri dispositivi o di elementi di arredamento mobile; scarsa o bassa illuminazione. - Bambino di età superiore a 2 anni collocato in un letto appropriato per l'età nella stanza. - Bambino che si trova fuori dal reparto per ricevere cure o assistenza in aree aperte al pubblico. **Sottoposto a intervento chirurgico, a sedazione o ad anestesia:** Va indicato il tempo trascorso dall'atto cui è stato sottoposto il bambino. Se il bambino non è stato sottoposto a nessuno di questi atti, si mette 1. Sono escluse le procedure invasive fatte in reparto o al letto del paziente con semplice analgesia. **Uso di farmaci:** Lo scopo di questo parametro è quello di identificare i pazienti che possono essere esposti al rischio di alterazioni del livello di coscienza a causa di una terapia farmacologica che influisce sulla cognitività, incluse le terapie anticonvulsivanti.

☐ **Diagnosi Infermieristica:** (Cod. 00155) Rischio di caduta: *Persona a rischio di aumentata probabilità di cadute che possono essere causa di danni fisici.*

Diagnosi aperta in data_____Firma _____

Diagnosi chiusa in data_____Firma _____

RISCHIO DI CADUTA - INTERVENTI INFORMATIVI/EDUCATIVI RIVOLTI ALLA FAMIGLIA DI TUTTI GLI ASSISTITI			
NIC **DATA E ORA**			
Verificare se sono state effettuate le seguenti azioni	**SI**	**NO**	**OSSERVAZIONI / NOTE**
Accompagnati il bambino e la famiglia nella stanza di degenza ed al letto			
Mostrati gli ambienti			
Indicati gli orari delle attività quotidiane			
Verificato che il sistema di chiamata e di illuminazione sono funzionanti			
Mostrato come effettuare la chiamata per avere assistenza			
Illustrati i fattori di rischio di caduta statisticamente significativi in ambito pediatrico: ☐ età inferiore ai 3 anni; ☐ cadute pregresse; ☐ patologia di base correlate al sistema nervoso centrale e/o agli organi di senso; ☐ fattori ambientali: caratteristiche fisiche della stanza di degenza o condizioni ambientali contingenti quali giochi sparsi per terra o sponde del letto abbassate in base all'età del bambino; ☐ assenza e/o disattenzione di genitori o altri adulti al momento dell'incidente; ☐ utilizzo delle seguenti categorie di farmaci: sedativi, ipnotici barbiturici, antidepressivi, lassativi, diuretici, narcotici.			
Fornite informazioni in merito a: ☐ rischio di caduta del bambino; ☐ tecniche per il trasferimento o per il supporto alla deambulazione; ☐ uso appropriato delle spondine.			

Istruiti sulla corretta movimentazione dei neonati durante il ricovero (sempre nella culla e non in braccio)			
Verificare se sono state effettuate le seguenti azioni	**SI**	**NO**	**OSSERVAZIONI / NOTE**
Sensibilizzata la mamma a non tenere il minore/bambino nel letto di degenza se non durante l'allattamento			
Indicato il corretto posizionamento del neonato sul fasciatoio (perpendicolare al lato aperto e non sporgente con nessuna parte del corpo) e raccomandato di non lasciarlo mai solo			
Illustrata la Brochure informativa disponibile nella stanza di degenza			
Raccomandato di:			
Evitare di lasciare il bambino/minore incustodito in stanza, sul fasciatoio, bilancia, passeggino, seggiolone/mangiapappa o sul lettino senza sponde			
Alzare le sponde del lettino in base all'età del bambino e alle caratteristiche del suo sviluppo motorio			
Porre attenzione ai dispositivi medici poiché alcuni possono aumentare il rischio di caduta (es. ossigeno, cateteri, monitor, pompe infusionali, stative, gessi o steccature, ecc.)			
Non far usare al bambino la pulsantiera dei comandi del letto, se presente			
Assistere il bambino durante la deambulazione e soprattutto nelle operazioni di igiene personale in bagno (è il luogo dove avvengono le cadute più pericolose)			
Utilizzare pantofole/ciabatte chiuse, con suola in gomma antiscivolo o calze antiscivolo di misura adeguata			
Evitare che il bambino corra per gli spazi ospedalieri, che si arrampichi sugli arredi o li utilizzi in modo improprio			
Mantenere gli spazi in ordine e liberi da ostacoli alla deambulazione			
Sorvegliare il bambino durante lo svolgimento delle pulizie ambientali da parte del personale: il pavimento bagnato facilita le cadute			
Non lasciare mai sedie davanti a ripiani o a finestre e nel caso fosse necessario aprirle non lasciare il bambino incustodito			
Data_____ **Firma Infermiere**_____			

INTERVENTI DI PREVENZIONE CADUTE PER MINORE AD ALTO RISCHIO (SCORE HDFS ≥ 12)						
NIC ↓ DATA E ORA →						
Educare il bambino e i suoi genitori sulla prevenzione delle cadute	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Controllare il minore almeno una volta ogni ora	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Aiutare il bambino nella deambulazione	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Utilizzare un letto adeguato allo sviluppo neurocomportamentale del bambino, se disponibile	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Valutare l'opportunità di sistemare il bambino in una stanza di degenza più vicina alla infermeria, quando possibile	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Eliminare tutti i dispositivi/ausili non necessari nella stanza	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tenere il letto nella posizione più bassa anche se il minore non vi è sopra, quando possibile	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Posizionare barriere protettive per chiudere gli spazi a cui il minore non deve accedere ed utilizzare le spondine del letto in base all'età del bambino	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Tenere la porta della stanza aperta se non sono necessarie misure di isolamento	SI	NO	SI	NO	SI	NO
In collaborazione con il medico valutare quali sono gli orari migliori per la somministrazione della terapia	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
	SI	NO	SI	NO	SI	NO
Firma Infermiere						

SCHEDA PER INTERVENTO CHIRURGICO

Allegato 2

SOD _____

COGNOME E NOME_____ **DATA INTERVENTO**___/_____/_____

ALLERGIE ❑ NO ❑ SI Specificare farmaci o sostanze_____

NELLA CARTELLA SONO PRESENTI:

Esami preoperatori ❑ NO ❑ SI Firma Infermiere _____

Consenso anestesiologico ❑ NO ❑ SI Firma Infermiere _____

Consenso all'intervento ❑NO ❑ SI Firma Infermiere _____ **Consenso informato alle trasfusioni** ❑ NO ❑ SI

Firma Infermiere _____ **Altreschede** _____

_____

TRICOTOMIA ❑ NO ❑ SI ❑Clipper Monouso ❑ Crema depilatoria

Data:_____Ora:_____Sede: _____

Motivazione della tricotomia _____

Firma: Infermiere_____OSS _____

CURE IGIENICHE ❑ NO Indicare motivazione _____

PRE- OPERATORIE ❑ SI ❑ Doccia in H ❑ Bagno in H ❑ A letto ❑ Parziale

❑ Doccia a domicilio ❑ Bagno a domicilio ❑_____

Data:_____Ora: _____

Presenza di lesioni cutanee o dermatiti sulla superficie corporea ❑NO ❑ SI_____specificare

Igiene del cavo orale (con dentifricio/collutorio) ❑ NO ❑ SI Data:_____Ora: _____

Firma: Infermiere_____OSS _____

PREPARAZIONE INTESTINALE ❑ NO ❑ SI ❑ Sorbiclis ❑ Phospholac ❑ Selg-Esse

ESITO: ☐ POS ☐ NEG

Data:_____ Ora: _____

Firma: Infermiere_____ OSS _____

PROTESI DENTARIA ❑ NO ❑ SI (Vedere modulo dichiarazione custodia protesi)

PORTATORE DISTIMOLATORI ELETTRICI ❑ NO ❑ SI Quali _____

ALTRE PROTESI ❑ NO ❑ SI_____(specificare)

(vedere modulo dichiarazione custodia protesi) ❑ Data Rimozione _____

❑ Consegnata a_____Firma_____

Firma: Infermiere_OSS _____

RIMOZIONE SMALTO PER UNGHIE / COSMETICI ❑ NO ❑ SI

MONILI ❑ NO ❑ SI

☐ Consegnati a_____Firma _____

☐ Data _____

Firma: Infermiere_____OSS _____

DIGIUNO ❑ NO ❑ SI ❑ Data/ora ultimo pasto _____

Firma: Infermiere_____OSS _____

PROFILASSI PERIOPERATORIA

❑ Premedicazione ❑ TVP

☐ Antibiotica ❑ Altro

☐ Immunosoppressiva

VEDERE STU Firma: Infermiere

ASSUNZIONE TERAPIA FARMACOLOGICA SPECIALISTICA GIORNO INTERVENTO

❑ SI Cardiologica

❑ SI Diabetologica

❑ SI _____

VEDERE STU

PRESIDI DA POSIZIONARE

❑ CV Data posizionamento _____

☐ CVP Data posizionamento _____

☐ _____ Data posizionamento _____

Firma: Infermiere _____

RICHIESTA DISANGUE GIA' ESEGUITA ❑ NO

❑ SI DISPONIBILE AL P.S. SALESI ❑ NO ❑SI

Data_____Firma Infermiere _____

GRUPPO SANGUIGNO Data_____Firma Infermiere _____

PROVA CROCIATA Data_____Firma Infermiere _____

TYPE SCREEN Data_____Firma Infermiere _____

TABELLA RILEVAZIONE DOLORE

Rilevazione tempo 0 Data……Ora……Firma……

FLACC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Somministrato antidolorifico SI NO

Rilevazione tempo ….. Data……Ora…… Firma……

FLACC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Somministrato antidolorifico SI NO

Rilevazione tempo …… Data……Ora……. Firma……

FLACC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Somministrato antidolorifico SI NO

Rilevazione tempo ……. Data……Ora…… Firma……

FLACC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Somministrato antidolorifico SI NO

Rilevazione tempo ….. Data……Ora…… Firma……

FLACC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Somministrato antidolorifico SI NO

Rilevazione tempo ….. Data……Ora…… Firma……

FLACC	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NRS	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

Somministrato antidolorifico SI NO

ISTRUZIONI

FLACC (< 5 ANNI O NON COLLABORANTI) TRATTARE DOLORE SE FLACC = o > 5

	0	1	2
Volto	Espressione normale o sorriso	Occasionale smorfia	Frequente imbronciamento, mascella serrata
Arti inferiori	In posizione normale o distesi	Muove le gambe continuamente e le "stira"	Retrae le gambe e "scalcia"
Attività	Giace quieto in posizione normale, si mobilizza facilmente	Si piega continuamente avanti e indietro	Inarcato e irrigidito
Pianto	Non piange	Occasionali lamenti	Piange di continuo, si lamenta frequentemente
Consolabilità	Felice e rilassato	Si calma con qualche carezza e si distrae parlandoci	Non si consola

NRS (> 5 ANNI) ***TRATTARE DOLORE SE NRS = o > 4***

Nessun dolore **Dolore insopportabile**

Legenda:

Tempo 0: momento del ricovero

Tempo 1: dopo 4 ore (pz.in ricovero urgente non andato in s.o.) o al ritorno dalla s.o.

Tempo 2: dopo 8 ore (pz.in ricovero urg. non andato in s.o.) o dopo 4 ore dal ritorno dalla s.o.

Tempo 3: dopo 12 ore (pz. in ricovero urg. non andato in s.o.) o al momento della dimissione se in regime di Day Surgery

Tempo 4: dopo 16 ore (pz. in ricovero urgente non andato in s.o.) o alle ore 22 se pz operato e non ancora dimesso

Tempo 5: dopo 20 ore (pz. in ricov. urgente non andato in s.o.) o alle ore 6 del pz operato non ancora dimesso

Successive rilevazioni una volta per turno da riportare nella grafica dei parametri vitali.

Cognome Nome_____Data di nascita_____Data ricovero_____Data dimissione _____

CATETERE VESCICALE Motivo posizionamento □ Intervento chirurgico □ altro_____

CV già in situ dal$_1$	Data e Ora posizionamento	Cateterismo estemporaneo		Cateterismo permanente		Tipo CV impiegato		Tipologia circuito		Data ed esito ispezione		Data e Ora sostituzione$_7$	Data e Ora rimozione$_8$
		SI	NO	SI	NO	Lattice	Silicone	aperto$_2$	chiuso$_3$				
		SI	NO	SI	NO	Lattice	Silicone	aperto$_2$	chiuso$_3$				
Data Urinocoltura positiva		SI	NO	SI	NO	Lattice	Silicone	aperto$_2$	chiuso$_3$				
		SI	NO	SI	NO	Lattice	Silicone	aperto$_2$	chiuso$_3$				
		SI	NO	SI	NO	Lattice	Silicone	aperto$_2$	chiuso$_3$				

ACCESSO VENOSO CENTRALE

CVC già in situ dal$_1$	Catetere posizionato il	Catetere sostituito il$_7$	Luogo introduzione Catetere		Tipo Catetere impiegato			Sede inserzione/Vena			
			SO	DH	PORTH	Doppio lume	PICC	Succlavia	Giugulare int	Basilica	Brachiale
			SOD	……	Singolo lume	Triplo lume	……	Femorale	Giugulare est	Cefalica	Ombelicale
CVC rimosso il$_8$		**Data e Ora emocoltura positiva da sangue da vena periferica$_4$**			**Data e Ora emocoltura positiva da sangue CVC$_5$**			**Data e Ora coltura positiva della punta del CVC rimosso$_6$**			
		1° prelievo:			1° prelievo:						
		2° prelievo:			2° prelievo:						
		3° prelievo:			3° prelievo:						

CVC già in situ dal$_1$	Catetere posizionato il	Catetere sostituito il$_7$	Luogo introduzione Catetere		Tipo Catetere impiegato			Sede inserzione/Vena			
			SO	DH	PORTH	Doppio lume	PICC	Succlavia	Giugulare int	Basilica	Brachiale
			SOD	……	Singolo lume	Triplo lume	……	Femorale	Giugulare est	Cefalica	Ombelicale
CVC rimosso il$_8$		**Data e Ora emocoltura positiva da sangue da vena periferica$_4$**			**Data e Ora emocoltura positiva da sangue CVC$_5$**			**Data e Ora coltura positiva della punta del CVC rimosso$_6$**			
		1° prelievo:			1° prelievo:						
		2° prelievo:			2° prelievo:						
		3° prelievo:			3° prelievo:						

Legenda

1 : indicare la data di posizionamento del catetere anche nei casi in cui il catetere è stato inserito in altro reparto/ospedale/sede 2 : circuito aperto= non sterile 3 : circuito chiuso= sterile 4/5/6: prendere a riferimento data e ora: 4= dell'emocoltura positiva da sangue da vena periferica; 5= dell'emocoltura positiva da sangue da CVC; 6=della coltura positiva della punta del CVC rimosso. **N.B. come da protocollo aziendale la coltura della punta del CVC rimosso si richiede solo quando un quadro clinico di infezione ha portato all'esecuzione di emocolture (da CVC e vena periferica) e alla rimozione del CVC stesso, considerato probabile fonte dell'infezione. Inviare la punta del CVC al Laboratorio solo quando il CVC è la sospetta causa di infezione e a condizione che siano state prima effettuate almeno 2 Emocolture.** 7 = indicare la data di sostituzione solo quando il Catetere è stato rimosso e reintrodotto nella stessa giornata e, per i CVC, quando è stata utilizzata la stessa vena usata per il primo Catetere 8 = indicare la data di rimozione quando il Catetere viene rimosso temporaneamente (e poi, nei giorni seguenti viene reintrodotto un altro CV o CVC) e/o definitivamente (il paziente non sarà più portatore di CV o CVC durante quel ricovero)

GESTIONE CATETERE VENOSO CENTRALE

Attenzione - E' presente un Accesso Enterale **NO** □ **SI** □ **: (*quale e sede)*** _____

	Esito ispezione	Eseguita medicazione	Sostituzione Device	Altri Interventi	Score	Firma
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		

Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Cute sana, integra, senza segni di flogosi	Iperemia al punto di uscita del CVC < 1cm² con senza fibrina	Iperemia al punto di uscita del CVC compresa tra 1 e 2 cm² con o senza fibrina	Iperemia, secrezioni e/o pus, con o senza fibrina

GESTIONE CATETERE VENOSO CENTRALE

Attenzione- E' presente un Accesso Enterale **NO** □ **SI** □ **: (*quale e sede)*** _____

	Esito ispezione	Eseguita medicazione	Sostituzione Device	Altri Interventi	Score	Firma
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		
Data **Ora**	Negativa □ Positiva □ per: • Medicazione sporca □ • Difficoltà di aspirazione □ • Difficoltà di infusione □ • Segni di flogosi: Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue □	Programmata □ Straordinaria □ • Medicazione applicata: Poliuretano □ Garza e Cerotto □ • Antisettico impiegato: CHG 2% Alc Isoprop 70% □ Iodopovidone 10% in alcol □ Amukina Med 0,05% □	Linea infusiva □ (in NPT=24h fluidi semplici=72h) Ago Huber □ Disco/med.CHG □ Fissagg. "Statlock" □	Irrigazione con: Sol.Fis.mL_____□ Eparina 10UI □ /_____UI □ Occlusione lume trattato con: Ukidan_____□ Na Bicarbonato 8,4%_____□ Tamp.cultur.sito inser.cv □		

Score 1	Score 2	Score 3	Score 4
Cute sana, integra, senza segni di flogosi	Iperemia al punto di uscita del CVC < 1cm² con senza fibrina	Iperemia al punto di uscita del CVC compresa tra 1 e 2 cm² con o senza fibrina	Iperemia, secrezioni e/o pus, con o senza fibrina

GESTIONE CATETERE VENOSO PERIFERICO

NOME E COGNOME:			Data:			Data:			Data:			Data:			Data:			Data:		
			M Firma	**P** Firma	**N** Firma	**M** Firma	**P** Firma	**N** Firma	**M** Firma	**P** Firma	**N** Firma	**M** Firma	**P** Firma	**N** Firma	**M** Firma	**P** Firma	**N** Firma	**M** Firma	**P** Firma	**N** Firma
ISPEZIONE	NEGATIVA																			
	POSITIVA	Tumefazione																		
		Dolore																		
		Eritema																		
		Stravaso																		
MEDICAZIONE Ordinaria																				
MEDICAZIONE Straordinaria																				
SOSTITUZIONE: linea\tappi		24\h per NPT																		
		72h																		
		straordinaria																		
NOTE:																				

SOSTITUZIONE TAPPINI E VIE INFUSIONALI

Tappini semplici: sostituire ogni volta che si accede alla via e ogni 7 giorni se non utilizzati

Tappini in lattice:per iniezioni a push . Sostituire ogni 24 ore o se la membrana presenta sgocciolamento

Tappini antireflusso:non utilizzare con aghi. Da sostituire ogni 7 giorni o a 200 accessi.

Set da infusione: sostituire ogni 72/ ore .Per infusioni di npt ,sangue,emoderivati e soluzioni di lipidi e glucosate superiori al 10% ogni 24 ore.

PROGRAMMA DIAGNOSTICO

Data di prenotazione	Esame, Consulenza, Indagine strumentale	Confermato per		Digiuno (si/no)	Sede esecuzione esame	Firma	Ambulanza			Data e firma esecuzione	Altre note
		giorno	ora				si	no	Data, ora e firma prenotazione		

SCHEDA MEDICAZIONI

	ESITO ISPEZIONE	ESEGUITA MEDICAZIONE	SCORE	FIRMA
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		
Data Ora	SEDE:_____ □ Negativa □ Positiva per: •Medicazione sporca □ •Segni di flogosi: □ Dolore □ Eritema □ Tumefazione □ Pus □ Sangue	□ Antisettico locale: _____ □ Fitostimoline □ Antibiotico locale:_____ Garze e cerotti ❑ Amukina M. □ Altro		

CRITERIO DI CLASSIFICAZIONE DELLA FERITA CHIRURGICA

0=NESSUN SEGNO DI FLOGOSI 1=ERITEMA, INFILITRAZIONE, DOLORE 2=COME 1 e/o RACCOLTA DI MATERIALE NON FRANCAMENTE PURULENTO
3=RACCOLTA SICURAMENTE INFETTA INTERESSANTE MENO DI META' FERITA 4=RACCOLTA INFETTA INTERESSANTE PIU' DI META' FERITA
5=DEISCENZA SOSPETTA DEI PIANI PROFONDI 6=DEISCENZA CERTA DEI PIANI PROFONDI

SCHEDA ALIMENTAZIONE[5]

	OS	PEG/SNG	FIRMA
Data Ora	□ DIGIUNO □ LIQUIDI CHIARI □ LEGGERO □ COMUNE □ DIVEZZI □ L.A. (Tipo e Quantità)_____ (Numero pasti/die)_____ □ L.M. (Numero pasti/die)_____ □Altro_____	□ Nutripompa □ Boli Tipo miscela_____ Quantità pasto _____ Velocità: ml/h_____ Numero pasti/die _____	
Data Ora	□ DIGIUNO □ LIQUIDI CHIARI □ LEGGERO □ COMUNE □ DIVEZZI □ L.A. (Tipo e Quantità)_____ (Numero pasti/die)_____ □ L.M. (Numero pasti/die)_____ □Altro_____	□ Nutripompa □ Boli Tipo miscela_____ Quantità pasto _____ Velocità: ml/h_____ Numero pasti/die _____	
Data Ora	□ DIGIUNO □ LIQUIDI CHIARI □ LEGGERO □ COMUNE □ DIVEZZI □ L.A. (Tipo e Quantità)_____ (Numero pasti/die)_____ □ L.M. (Numero pasti/die)_____ □Altro_____	□ Nutripompa □ Boli Tipo miscela_____ Quantità pasto _____ Velocità: ml/h_____ Numero pasti/die _____	
Data Ora	□ DIGIUNO □ LIQUIDI CHIARI □ LEGGERO □ COMUNE □ DIVEZZI □ L.A. (Tipo e Quantità)_____ (Numero pasti/die)_____ □ L.M. (Numero pasti/die)_____ □Altro_____	□ Nutripompa □ Boli Tipo miscela_____ Quantità pasto _____ Velocità: ml/h_____ Numero pasti/die _____	
Data Ora	□ DIGIUNO □ LIQUIDI CHIARI □ LEGGERO □ COMUNE □ DIVEZZI □ L.A. (Tipo e Quantità)_____ (Numero pasti/die)_____ □ L.M. (Numero pasti/die)_____ □Altro_____	□ Nutripompa □ Boli Tipo miscela_____ Quantità pasto _____ Velocità: ml/h_____ Numero pasti/die _____	

[5] Per monitoraggio alimentare allegare scheda

Data																		
Ora			8	12	16	20			8	12	16	20	4		8	12	16	20
Temp. (C°)																		
40°																		
39°																		
38°																		
37°																		
36°																		
PA																		
FC																		
FR																		
SPO_2 %																		
NRS/FLACC																		
DIURESI																		
TOTALE 24h																		
ALVO																		
VOMITO																		
SNG																		
DREN I																		
DREN II																		
Liquidi e.v.	Velocità																	
PNG (mattina a digiuno)																		
NPT	Velocità																	
Firma:																		

DIARIO ASSISTENZIALE		Foglio n.
Cognome Nome	Data di nascita	
Data / / Ora	Nella descrizione seguire lo schema: Problema – Interventi – Verifica	Firma

DIARIO ASSISTENZIALE		Foglio n.
Cognome Nome	Data di nascita	
Data / / Ora	Nella descrizione seguire lo schema: Problema – Interventi – Verifica	Firma

DECESSO: n° Bracciale_____

Allegato 7

1 MODELLO PERCEZIONE-GESTIONE DELLA SALUTE

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00217-Rischio di reazione allergica				
00042-Rischio di reazione allergica al lattice				

00217-Rischio di reazione allergica

Outcome: Risposta ai farmaci (2301)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Reazione allergica	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Effetti indesiderati	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interazione tra farmaci	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Intolleranza al farmaco	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tolleranza al farmaco	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile

Outcome: Risposta allergica locale (0705)

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Dolore sinusale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cefalea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Congiuntivite	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Lacrimazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Rinite	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Starnuto	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Secrezione mucosa	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema circumorale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema periorbitale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Occhiaie	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sensazione di bruciore agli occhi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Prurito localizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eruzione cutanea localizzata	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eritema localizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Aumento localizzato della temperatura della cute	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema localizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolore localizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Granuloma localizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Vasculite necrotica localizzata	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Pelle screpolata	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:

1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile

Outcome: Risposta allergica sistemica (0706)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Edema laringeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dispnea a riposo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Stridore respiratorio	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Rumori respiratori avventizi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tachicardia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipotensione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Aritmia/e	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema polmonare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diminuzione del livello di coscienza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Secrezioni mucose	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema facciale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Prurito generalizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Orticaria	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Desquamazione cutanea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Petecchie	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eritema	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Iperpiressia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Febbre	1	2	3	4	5	NA		1	2		4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Brividi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Nausea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Vomito	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diarrea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Crampi addominali	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Emolisi dei globuli	1	2	3	4	5	N		1	2	3	4	5	N		1	2	3	4	5	N	

rossi						A							A								A	
Iperbilirubinemia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ingrossamento della milza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ingrossamento dei linfonodi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolori articolari	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolori muscolari	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Shock anafilattico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema delle labbra	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema delle palpebre	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema della lingua	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Respiro affannoso	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ansia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:

1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile

Interventi:

Gestione dell'allergia (6410)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Identificare le allergie conosciute e le reazioni abituali della persona						
Informare i caregiver e il personale sanitario delle allergie conosciute						
Registrare tutte le allergie nella documentazione clinica						
Individuare immediatamente il livello di pericolo che la reazione allergica rappresenta per le condizioni di salute della persona						
Somministrare, su prescrizione medica, i farmaci per ridurre la sintomatologia di una reazione allergica						
Discutere dei metodi con cui si possono tenere sotto controllo gli allergeni ambientali						
Monitorare la persona per rilevare eventuali reazioni allergiche a farmaci, formule, alimenti, lattice e/o coloranti per test						

00042-Rischio di reazione allergica al lattice

Outcome: Preparazione prima delle procedure (1921)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Conoscenza dei rischi e delle principali complicanze	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Identificazione dei cambiamenti nelle condizioni di salute	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Partecipazione ai controlli (check list) prima della procedura	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 non adeguata; 2 scarsamente adeguata; 3 moderatamente adeguata; 4 sostanzialmente adeguata; 5 totalmente adeguata; NA non applicabile.

Interventi:

Precauzioni d'uso per il lattice (6570)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Inviare la persona ad un allergologo perché si sottometta ai test opportuni, se appropriato						
Registrare l'allergia o il rischio di allergia nella cartella clinica dell'assistito						
Affiggere un cartello con le precauzioni che elenca le precauzioni che si devono adottare con il lattice						
Ispezionare l'ambiente e rimuovere i prodotti in lattice						
Monitorare l'ambiente per accertarsi che sia mantenuto privo di prodotti in lattice						
Educare la persona e i suoi familiari sui fattori di rischio per lo sviluppo di un'allergia in lattice						
Educare la persona e i suoi familiari sui segni/sintomi di una possibile reazione						
Educare la persona e i suoi familiari sui contenuti di lattice nei prodotti che si trovano in casa sulle necessità di sostituirli con altri che non ne contengano, se appropriato						
Educare la persona e i suoi familiari sul trattamento di emergenza						
Avvertire i visitatori che si trovano in un ambiente privo di lattice (per esempio, non sono ammessi palloncini di gomma)						
Chiedere alla persona assistita o ad un'altra persona significativa informazioni sulla storia di reazioni sistemiche al lattice di gomma naturale						

2 MODELLO NUTRIZIONALE – METABOLICO

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00002-Nutrizione squilibrata: inferiore al fabbisogno metabolico				
00234-Rischio di sovrappeso				
00194-Iperbilirubinemia neonatale				
00008-Termoregolazione inefficace				
00046-Integrità cutanea compromessa				

00002-Nutrizione squilibrata inferiore al fabbisogno metabolico

Outcome: stato nutrizionale del lattante (1020)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Apporto di nutrienti per via orale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Apporto di cibo per via orale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Apporto di liquidi per via orale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Rapporto peso/altezza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Idratazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Crescita	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Glicemia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Apporto di cibo con sonda	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Apporto di liquidi endovena	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Apporto di liquidi per via parenterale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tolleranza agli alimenti	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 non adeguato; **2** scarsamente adeguato; **3** moderatamente adeguato; **4** sostanzialmente adeguato; **5** totalmente adeguato; **NA** non applicabile.

Outcome: autocontrollo dei disturbi del comportamento alimentare (1411)

Indicatori	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma
Segue un sano piano alimentare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sceglie un sano target di peso corporeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Identifica i comp. alimentari disadattivi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Elimina i comp. disadattivi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Segue il piano terapeutico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Preoccupazioni legate al cibo*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Preoccupazioni legate al peso*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Abbuffarsi*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ciclo mestruale irregolare*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Esercizio eccessivo*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 mai dimostrato; 2 raramente dimostrato; 3 talvolta dimostrato; 4 spesso dimostrato; 5 costantemente dimostrato; NA non applicabile.
*1 costantemente dimostrato; 2 spesso dimostrato; 3 talvolta dimostrato; 4 raramente dimostrato; 5 mai dimostrato; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione della nutrizione (1100)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Assicurarsi che la dieta comprenda alimenti ricchi di fibre per prevenire la stipsi						
Monitorare l'apporto calorico e il contenuto nutrizionale						
Controllare il peso corporeo ad intervalli regolari						
Educare l'assistito a monitorare autonomamente l'apporto calorico e il contenuto nutrizionale (diario alimentare)						
Rilevare le preferenze alimentari della persona						
Accertare eventuali allergie o intolleranze alimentari						

Gestione dei disturbi del comportamento alimentare (1030)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Collaborare con gli altri componenti dell'equipe assistenziale allo sviluppo di un piano di trattamento (coinvolgimento dell'assistito e altre persone significative, se appropriato)						
Insegnare e rinforzare nella persona i principi di una nutrizione adeguata						
Pesare la persona con regolarità						
Monitorare l'apporto quotidiano di calorie						
Discutere regolarmente con l'equipe assistenziale dei processi compiuti dall'assistito						
Stabilire un nuovo protocollo per l'aumento ponderale se la persona non è in grado di rimanere entro il range di peso stabilito						
Stilare un programma di follow up per la gestione domiciliare						

Nutrizione per sonda (1056)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Spiegare la procedura alla persona						
Introdurre la sonda nasogastrica, nasoduodenale o nasodigiunale secondo le procedure aziendali						
Applicare la sostanza ancorante alla cute e fermare la sonda con il cerotto						
Monitorare il corretto inserimento della sonda ispezionando il cavo orale, controllando il residuo gastrico o ascoltando mentre si inietta e si aspira aria, secondo le procedure aziendali						
È preferibile confermare il corretto posizionamento della sonda mediante esame radiografico prima di somministrare nutrienti o farmaci con il sondino, come protocollo aziendale						
Monitorare lo stato dei liquidi e degli elettroliti						
Sollevare la testata del letto di 30-45 gradi durante la nutrizione						
Dare il succhiotto al bambino durante la nutrizione se appropriato						
Tenere in braccio e parlare al bambino mentre viene nutrito per simulare le normali attività dell'alimentazione						
Eliminare i contenitori della nutrizione enterale e i set per la somministrazione ogni 24 ore						
Monitorare mensilmente per rilevare eventuali cambiamenti nella crescita (altezza/peso)						
Monitorare l'apporto di calorie, lipidi, carboidrati, vitamine e minerali per valutarne l'adeguatezza (o far riferimento al dietista) due volte alla settimana inizialmente, poi diminuire fino ad una volta al mese						
Preparare la persona e i suoi familiari per la nutrizione enterale a casa, se appropriato						

Nutrizione parenterale totale (1200)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Assicurare il posizionamento di un corretto accesso venoso, correlato alla quantità di nutrienti da infondere						
Mantenere pervia ed effettuare la medicazione della linea centrale, secondo le indicazioni fornite dalle linee guida						
Controllare la presenza di infiltrazioni, infezioni e complicanze metaboliche						
Provvedere regolarmente alla cura asettica e meticolosa del catetere venoso centrale, in particolare del sito di uscita del catetere, per associare un utilizzo sicuro, prolungato e senza complicazioni.						
Usare una pompa per l'infusione delle soluzioni per npt						
Mantenere costante la velocità di infusione della soluzione per npt						
Monitorare le entrate e le uscite						
Riferire al medico la comparsa di segni e sintomi associati alla nutrizione parenterale totale e modificare il trattamento di conseguenza						

00234-Rischio di sovrappeso

Outcome: peso: massa corporea (1006)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Peso corporeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Percentuale di grasso corporeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Percentile della circonferenza della testa (bambino)	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Percentile dell'altezza del bambino	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Percentile del peso	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estrema deviazione dalla norma; 2 sostanziale deviazione dalla norma; 3 moderata deviazione dalla norma; 4 lieve deviazione dalla norma; 5 nessuna deviazione dalla norma; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione del peso corporeo (1260)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Determinare il peso corporeo ideale secondo l'assistito						
Determinare la percentuale di massa adiposa per l'assistito						
Pianificare con la persona assistita le ricompense per il conseguimento degli obiettivi di breve e lungo termine						

Monitoraggio nutrizionale (1160)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Monitorare l'andamento del peso corporeo						
Rilevare le misure antropometriche della composizione corporea dell'assistito						
Monitorare per rilevare eventuale nausea o vomito						
Monitorare l'apporto calorico e il contenuto dei nutrienti						
Identificare eventuali anomalie nell'eliminazione intestinale						
Effettuare la valutazione della deglutizione						
Effettuare esami di laboratorio e monitorare i risultati						
Ricorrere anche ad altre fonti di dati relativi allo stato nutrizionale						
Iniziare il trattamento o inviare ad altro professionista della salute						
Monitorare la crescita e lo sviluppo						

00194-Iperbilirubinemia neonatale

Outcome: adattamento del neonato (0118)

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Punteggio di Apgar	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Indice dell'età gestazionale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Frequenza cardiaca (100-160 bpm)	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Frequenza respiratoria (30-60 atti/min)	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Rapporto della pressione arteriosa braccio/gamba	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Saturazione dell'ossigeno >90%	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Termoregolazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Colore della pelle	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Occhio limpido	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Essicazione del cordone	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Peso corporeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tolleranza all'alimentazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Riflesso della suzione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tono muscolare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento armonico sincronizzato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Attenzione agli stimoli	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Risposta agli stimoli	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Stato di allerta interrotto durante l'interazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interazione con il caregiver	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Autoconsolazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Glicemia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Test di Coombs	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Livello di bilirubina	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eliminazione fecale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eliminazione urinaria	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:

1 estrema deviazione dalla norma; 2 sostanziale deviazione dalla norma; 3 moderata deviazione dalla norma; 4 lieve deviazione dalla norma; 5 nessuna deviazione dalla norma; NA non applicabile

Interventi:

Fototerapia: neonato (6924)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Rivedere la storia della madre e del neonato per eventuali fattori di rischio di iperbilirubinemia (per esempio, incompatibilità Rh o AB0, politicitemia, sepsi, prematurità, malpresentazione)						
Osservare il neonato per segni di ittero						
Provvedere all'esame di bilirubina sierica secondo il protocollo o la richiesta del medico						
Mettere il neonato nell'isolette						
Educare i familiari sulla procedura della fototerapia e sull'assistenza necessaria						
Applicare una mascherina per coprire gli occhi evitando una pressione eccessiva						
Rimuovere la mascherina ogni 4 ore o quando le lampade sono spente per il necessario contatto con i genitori e per l'alimentazione						
Monitorare gli occhi per rilevare un eventuale edema o secrezioni e per esaminarne il colore						
Sistemare le lampade per fototerapia sopra il neonato ad altezza appropriata						
Controllare giornalmente l'intensità della luce						

Monitorare i parametri vitali come da protocollo o secondo la necessità						
Cambiare posizione del neonato ogni 4 ore o come da protocollo						
Monitorare la bilirubina sierica come da protocollo o secondo la richiesta del medico						
Valutare lo stato neurologico ogni 4 ore o secondo protocollo						
Osservare per eventuali segni di disidratazione						
Pesare il neonato giornalmente						
Consigliare otto poppate al giorno						
Esortare i familiari a prendere parte alla fototerapia						
Educare i familiari a effettuare la fototerapia a casa						

Assistenza al bambino: neonato (6824)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Pulire le secrezioni dai passaggi orali e nasali						
Effettuare la valutazione di Apgar a 1 e 5 minuti dopo la nascita						
Pesare e misurare il neonato						
Monitorare la temperatura del neonato						
Mantenere un'adeguata temperatura corporea del neonato						
Monitorare la frequenza respiratoria e la respirazione						
Monitorare la frequenza cardiaca del neonato						
Monitorare il colore del neonato						
Posizionare il neonato pelle a pelle con il genitore se appropriato						
Misurare la circonferenza della testa						
Assistere il genitore nel primo bagno al bambino dopo che la temperatura corporea si è stabilizzata						

00008-Termoregolazione inefficace

Outcome: Termoregolazione: neonato (0801)

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Aumento del peso corporeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Termogenesi senza brividi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Assume postura di ritenzione del calore in caso di ipotermia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Assume una postura di dispersione del calore in caso di ipertermia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Svezzamento dall'incubatrice neonatale alla culla	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Equilibrio acido-base	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Instabilità della temperatura*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipertermia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipotermia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Respirazione irregolare*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tachipnea*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Bradicardia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irrequietezza*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irritabilità*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Letargia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cambiamenti del colore della cute*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipotonia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Disidratazione*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Instabilità della glicemia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Iperbilirubinemia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda: 1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.

*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Outcome: Termoregolazione (0800)

Indicatori	Data __/ __/ ____						Firma	Data __/ __/ ____						Firma	Data __/ __/ ____						Firma
Formazione di pelle d'oca quando ha freddo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Suda quando ha caldo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Rabbrividisce quando ha freddo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Frequenza cardiaca apicale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Frequenza cardiaca radiale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Frequenza respiratoria	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Riferisce benessere termico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Aumento della temperatura cutanea*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diminuzione della temperatura cutanea*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipertermia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipotermia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cefalea*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolori muscolari*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irritabilità*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sonnolenza*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cambiamenti del colore della cute*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Spasmi muscolari*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Disidratazione*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Crampi da calore*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Colpo di calore*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Congelamento*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda: 1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.

*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Interventi:

Trattamento della febbre (3740)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Monitorare la temperatura corporea e altri parametri vitali						
Monitorare il colorito e la temperatura cutanea						
Monitorare le entrate e le uscite, avendo la conoscenza e la consapevolezza dei cambiamenti nelle perdite insensibili di liquidi						
Somministrare, su prescrizione medica, farmaci o liquidi endovena						
Monitorare per complicanze correlate alla febbre e per segni e sintomi della condizione che causa la febbre						
Coprire la persona con coperte o vestiti leggeri a seconda della fase di febbre						

Outcome: Convulsioni: gravità (2118)

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Serraggio della mascella	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Agitazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sbattere le labbra	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Nistagmo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dilatazione delle pupille	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento involontario della testa	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento involontario del collo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento involontario del corpo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Agitazione degli arti inferiori	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Agitazione degli arti superiori	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Postura distonica	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento asincrono	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cianosi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Perdita di bava	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Mordere la lingua	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Incontinenza urinaria	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Incontinenza fecale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Contrazioni ritmiche	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Comportamenti bizzarri	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Confusione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda: 1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Interventi:

Precauzioni per le crisi convulsive (2690)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Monitorare il regime farmacologico						
Educare i familiari o altre persone significative sul pronto intervento in caso di crisi convulsive						
Rimuovere dall'ambiente gli oggetti che possono causare lesioni in caso di crisi						
Porre il materiale necessario per l'aspirazione vicino al letto						
Usare spondine laterali rivestite						
Tenere alzate le spondine laterali						

Interventi:

Gestione delle crisi convulsive (2680)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Mantenere pervie le vie aeree						
Ruotare su un fianco						
Monitorare la direzione della testa e degli occhi durante la crisi convulsiva						
Allentare gli abiti						
Stabilire un accesso venoso, se appropriato						
Somministrare ossigeno, se appropriato						
Monitorare lo stato neurologico						
Monitorare i parametri vitali						
Registrare le caratteristiche della crisi						
Documentare le informazioni relative alla crisi						
Somministrare farmaci, se appropriato						
Monitorare la durata e le caratteristiche del periodo postictale						
Monitorare i livelli plasmatici degli antiepilettici, se appropriato						

00046-Integrità cutanea compromessa

Outcome: Ferite: guarigione per prima intenzione (1102)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Avvicinamento dei lembi della ferita*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Avvicinamento dei margini della ferita*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Formazione della cicatrice*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Drenaggio purulento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Drenaggio sieroso	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Drenaggio ematico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Drenaggio sieroematico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Drenaggio ematico dal catetere	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Drenaggio sieroematico dal catetere	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eritema cutaneo circostante	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ecchimosi cutanea circostante	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Edema circostante la lesione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Aumento della temperatura cutanea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ferita maleodorante	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:

1 Completo; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 limitato; 5 nessuno; NA non applicabile

*1 nessuno; 2 limitato; 3 moderato; 4 sostanziale; 5 completo; NA non applicabile

Interventi:

Cura della ferita (3660)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Rimuovere la medicazione e il cerotto						
Monitorare le caratteristiche della ferita quali drenaggio, colore, dimensioni e odore						
Misurare il letto della ferita se appropriato						
Applicare una medicazione adatta al tipo di ferita						
Applicare un unguento idoneo alla cute/lesione, se appropriato						
Documentare la localizzazione, la dimensione e l'aspetto della ferita						

3 MODELLO DI ELIMINAZIONE

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00013-Diarrea				
00015-Rischio di stipsi				
00016-Eliminazione urinaria compromessa				

00013-Diarrea

Outcome: eliminazione fecale (0501)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Modello di eliminazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Colore delle feci	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Quantità delle feci in rapporto alla dieta	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Feci soffici e formate	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Facilità di transito delle feci	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Controllo dei movimenti intestinali	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Passaggio delle feci senza aiuti	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Presenza di lipidi nelle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Presenza di sangue nelle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Presenza di muco nelle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolore durante il transito delle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diarrea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.
*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione dei farmaci (2380)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Determinare di quali farmaci c'è bisogno e gestirli in base al protocollo o alle indicazioni del medico prescrittore						
Monitorare l'efficacia della modalità di somministrazione dei farmaci						
Monitorare eventuali effetti avversi dei farmaci						
Determinare l'impatto dell'uso dei farmaci sullo stile di vita della persona						

Gestione della diarrea (0460)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Prelevare un campione di feci per la coltura e l'antibiogramma se la diarrea continua						
Valutare il profilo farmacologico per eventuali effetti collaterali gastrointestinali						
Valutare gli alimenti assunti per determinare il contenuto nutrizionale						
Identificare i fattori che possono causare o contribuire alla diarrea (farmaci, batteri, nutrizione per sonda)						
Monitorare segni/sintomi di diarrea						
Monitorare la cute della regione perianale per rilevare un eventuale eritema o lesioni						
Pesare regolarmente l'assistito						
Determinare la storia della diarrea						
Valutare La quantità di diarrea/feci						

00015- Rischio di stipsi

Outcome: eliminazione fecale (0501)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Modello di eliminazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Colore delle feci	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Quantità delle feci in rapporto alla dieta	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Controllo dei movimenti intestinali	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Feci soffici e formate	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Facilità di transito delle feci	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Passaggio delle feci senza aiuti	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Presenza di lipidi nelle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Presenza di sangue nelle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Presenza di muco nelle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolore durante il transito delle feci*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Stipsi*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Abuso di ausili per la defecazione*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.
*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione della stipsi/fecaloma (0450)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Monitorare i segni/sintomi di stipsi						
Monitorare per rilevare l'eventuale comparsi di segni/sintomi di fecaloma						
Monitorare le evacuazioni per quanto riguarda la frequenza, la consistenza, la forma, il volume e il colore						
Identificare i fattori che possono causare o contribuire alla stipsi (farmaci, allettamento, dieta)						
Incoraggiare una maggiore assunzione di liquidi se non vi sono controindicazioni						
Praticare il clistere o l'irrigazione, se appropriato						
Rimuovere il fecaloma manualmente, se appropriato						
Monitorare i suoni intestinali						

00016- Eliminazione urinaria compromessa

Outcome: eliminazione urinaria (0503)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Modello di eliminazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Odore dell'urina	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Quantità di urina	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Colore dell'urina	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Limpidezza dell'urina	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Apporto adeguato di fluidi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Svuota completamente la vescica	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sangue visibile nell'urina*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolore durante la minzione*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Bruciore durante la minzione*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Esitazione durante la minzione*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Nicturia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Frequenza urinaria*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.
*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione dell'eliminazione urinaria (0590)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Monitorare le caratteristiche della diuresi comprendendo la frequenza delle minzioni e la densità, l'odore, il volume e il colore delle urine						
Monitorare i segni/sintomi di ritenzione urinaria						
Annotare l'orario dell'ultima minzione, se necessario.						
Identificare i fattori che contribuiscono agli episodi di incontinenza urinaria						
Insegnare alla persona assistita e ai familiari a misurare la diuresi se appropriato						

4 MODELLO DI ATTIVITA' - ESERCIZIO FISICO

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00040- Rischio di sindrome da immobilizzazione				
00088- Deambulazione compromessa				

00040- Rischio di sindrome da immobilizzazione

Outcome: conseguenze fisiche dell'immobilità (0204)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Dolori causati da lesioni da pressione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Stipsi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Fecaloma	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ipoattività intestinale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ritenzione urinaria	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Febbre	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Trombosi venosa	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Congestione polmonare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Stato nutrizionale*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Efficacia della tosse*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Forza muscolare*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tono muscolare*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Infezioni del tratto urinario*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Polmonite*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.
* 1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.

Interventi:

Assistenza alla persona allettata (0740)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Sistemare la persona su un appropriato materasso/letto terapeutico						
Usare accorgimenti per il letto atti a proteggere la persona						
Riposizionare la persona come indicato dalle condizioni della cute						
Facilitare i piccoli spostamenti						
Monitorare le complicanze dell'allettamento						
Mettere in posizione eretta periodicamente gli assistiti che non sono in grado di alzarsi ogni giorno per la prevenzione dell'intolleranza ortostatica						

00088-Deambulazione compromessa

Outcome: mobilità (0208)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Equilibrio	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Coordinamento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Andatura	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento dei muscoli	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Movimento delle articolazioni	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Prestazioni di postura corporea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Prestazioni di trasferimento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Correre	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Saltare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Camminare carponi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Camminare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Muoversi con agilità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Integrità ossea degli arti inferiori	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione dell'energia (0180)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Valutare lo stato funzionale dell'assistito per rilevare deficit che causano fatigue						
Correggere i deficit funzionali come punti/aspetti/interventi prioritari						
Monitorare l'apporto nutrizionale necessario per assicurare adeguate risorse energetiche						
Monitorare la risposta cardiorespiratoria dell'attività						
Monitorare la sede e le caratteristiche del dolore durante il movimento/attività fisica						

5 MODELLO SONNO – RIPOSO

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00198-Modello di sonno disturbato				

Outcome: sonno (00004)

Indicatori	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma
Ore di sonno osservate	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Qualità del sonno	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Routine del sonno	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Efficacia del sonno (rapporto tempo di sonno/tempo totale cercando di dormire)	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Modello di sonno	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sonno costante per tutta la notte	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
E' sveglio nei momenti appropriati	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Difficoltà a prendere sonno*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sonno interrotto*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Nicturia*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Dolore*	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.
*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderata; 4 lieve; 5 nessuna; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione dell'ambiente (6480)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Creare un ambiente sicuro per l'assistito						
Ridurre gli stimoli ambientali, se appropriato						
Controllare o prevenire i rumori indesiderati o eccessivi, per quanto possibile						
Identificare i bisogni di sicurezza della persona in base al livello di funzionalità fisica e cognitiva e all'anamnesi comportamentale						
Proteggere per mezzo di spondine laterali e relativa imbottitura, se appropriato						
Permettere ai familiari/altre persone significative di rimanere con la persona assistita						

Miglioramento del sonno (1850)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Considerare il regolare ciclo sonno/veglia della persona nella pianificazione dell'assistenza						
Determinare il modello di sonno/attività della persona assistita						
Determinare l'effetto dei farmaci assunti dalla persona sul modello di sonno						
Monitorare/registrare il modello e il numero delle ore di sonno della persona						
Monitorare e registrare le cause fisiche e/o psicologiche che interrompono il sonno						
Introdurre specifiche modifiche ambientali per promuovere il sonno						
Favorire periodi di riposo durante il giorno per soddisfare le esigenze del sonno						
Facilitare il mantenimento delle normali abitudini legate al momento di coricarsi, stimoli/aiuti per addormentarsi, oggetti familiari (per esempio, per i bambini una coperta/un oggetto preferito, l'essere cullati, il succhiotto o una fiaba)						
Attuare/sviluppare misure per il benessere come il massaggio, il posizionamento e il tocco						
Raggruppare le attività assistenziali in modo da ridurre al minimo il numero dei risvegli, consentendo cicli di sonno di almeno 90 minuti						

6 MODELLO COGNITIVO – PERCETTIVO

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00132-Dolore acuto				
00133- Dolore cronico				

00132-Dolore acuto

Outcome: effetti destabilizzanti del dolore (2101)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Disagio	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione dell'umore	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione della concentrazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sonno interrotto	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interruzione della routine	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione della mobilità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione delle prestazioni scolastiche	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Assenteismo da scuola	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione dell'attività fisica	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interferenza con le attività di vita quotidiana (ADL)	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Perdita dell'appetito	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione dell'eliminazione urinaria	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Compromissione dell'eliminazione fecale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Outcome: livello di dolore (2102)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Dolore riferito	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Lamento e pianto	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Espressioni facciali di dolore	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irrequietezza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Agitazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irritabilità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Brividi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diaforesi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Perdita di appettito	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Nausea	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Durata degli episodi di dolore	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Intervento:

Gestione del dolore (1400)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Effettuare un accertamento completo del dolore che comprenda la sede, l'inizio e la durata, la frequenza, la qualità, l'intensità, i fattori scatenanti e le altre caratteristiche						
Valutare l'intensità del dolore durante i movimenti e/o le attività richieste per la riabilitazione (per esempio, tosse e respirazione profonda, deambulazione, trasferimenti alla sedia)						
Osservare la persona per rilevare eventuali segni non verbali di dolore						
Determinare l'impatto dell'esperienza di dolore sulla qualità della vita						
Usare un metodo di accertamento appropriato allo stadio di sviluppo che consenta il monitoraggio del dolore e che aiuti ad identificare i fattori scatenanti reali o potenziali						
Assicurarsi che la persona riceva un sollecito trattamento analgesico prima che il dolore si aggravi o prima delle procedure dolorose						
Incorporare gli interventi non farmacologici in base all'eziologia del dolore e alle preferenze della persona assistita, se appropriato						
Monitorare il dolore utilizzando uno strumento di valutazione valido ed affidabile appropriato all'età e alla capacità di comunicare						

Somministrazione di analgesici (2210)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Determinare la sede, l'intensità, la qualità e le altre caratteristiche del dolore prima della somministrazione di farmaci						
Stabilire modelli di comunicazioni efficaci tra assistito, familiari e caregiver per raggiungere un'adeguata gestione del dolore						
Adattare le tecniche del monitoraggio del dolore per favorire gli assisiti con problemi di comunicazione						
Controllare la storia di allergia ai farmaci						
Prima di somministrare farmaci alla persona assistita, determinare l'insorgenza del dolore, la sede, la durata, la tipologia, le misure di sollievo, sintomi contribuenti, gli effetti sull'assistito e la gravità						
Provvedere ai bisogni di benessere e ad altre attività che contribuiscono al rilassamento, per facilitare la risposta all'analgesia						
Documentare tutti i risultati del monitoraggio del dolore						
Somministrare, su prescrizione medica, gli analgesici prima di procedure o attività che causano dolore						

00133-Dolore cronico

Outcome: Dolore: risposta psicologica negativa (1306)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Livello di agitazione per il dolore	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Preoccupazione di essere abbandonato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Ansia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Depressione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tristezza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Paura delle procedure e delle attrezzature	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Paura del dolore insopportabile	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irritabilità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irrequietezza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Fastidio per gli effetti destabilizzanti del dolore	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Senso di isolamento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Livello di agitazione per il dolore	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Outcome: stato di benessere (2008)

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Benessere fisico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Controllo dei sintomi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Benessere psicologico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sostegno sociale dalla famiglia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sostegno sociale dagli amici	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Assistenza congruente con le necessità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Capacità di comunicare le proprie esigenze	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Condizioni ambientali circostanti	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.

Interventi:

Gestione del dolore (1400)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Effettuare una valutazione complessiva del dolore che comprenda la sede, l'inizio e la durata, la frequenza, la qualità, l'intensità, i fattori che alleviano il dolore e quelli scatenanti						
Osservare la persona per rilevare eventuali segni non verbali di dolore						
Determinare l'impatto dell'esperienza di dolore sulla qualità della vita						
Utilizzare un approccio multidisciplinare alla gestione del dolore						
Agire sui fattori ambientali che possono influenzare l'esperienza di dolore della persona						
Verificare ad intervalli frequenti il livello di dolore percepito dalla persona assistita, se necessario incrementare la frequenza in occasione della rilevazione dei parametri vitali o ad ogni contatto						
Coinvolgere la famiglia nelle modalità di riduzione/sollievo del dolore, quando possibile						

Gestione dell'umore (5330)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Valutare l'umore della persona sia alla presa in carico, sia costantemente durante il trattamento						
Monitorare e regolare il livello di attività fisica e di stimolazione ambientale in funzione dei bisogni della persona						
Assistere la persona a mantenere un normale ritmo sonno/veglia						

7 MODELLO DI PERCEZIONE DI SE' -CONCETTO DI SE'

Diagnosi	**Apertura**	**Firma**	**Rivalutazione**	**Firma**
00146-Ansia				
00073-Coping inadeguato della famiglia				

00146 Ansia ***(specificare il livello: leggera, moderata, grave, panico)***

Outcome: livello di ansia (1211)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Inquietudine	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Angoscia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Disagio	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tensione facciale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tensione muscolare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irritabilità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Scoppi di rabbia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Problemi comportamentali	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Difficoltà di apprendimento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Difficoltà di concentrazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Attacchi di panico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diminuzione del rendimento scolastico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cambiamenti nel modello intestinale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Cambiamenti nel modello di alimentazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Disturbi del modello di sonno	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Camminata irrequieta	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Atteggiamento di chiusura in sé	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interferenze con il funzionamento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

della famiglia																						
Iperattività	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Nervosismo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Outcome: livello di iperattività (0915) [dai 7 ai 17 anni]

Indicatori	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**	**Data** __/__/____						**Firma**
Disattenzione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Difficoltà nell'ascoltare	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eccessiva distrazione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Comportamento motorio eccessivo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Irrequietezza eccessiva	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Difficoltà di giocare tranquillamente	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eloquio eccessivo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Eccessive interruzioni del discorso degli altri	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interazioni interpersonali intrusive irritanti e sfacciate	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Comportamento aggressivo inappropriato	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Incapacità di "restare" su un'attività assegnata	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Incapacità di restare seduto	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Interventi:

Riduzione dell'ansia (5820)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Adottare un approccio calmo e rassicurante						
Spiegare tutte le procedure, comprese le sensazioni che è probabile provare durante lo svolgimento						
Stare vicino alla persona per promuovere la sicurezza e ridurre la paura						
Incoraggiare i familiari a rimanere accanto alla persona assistita, se appropriato						
Procurare oggetti che siano simboli di sicurezza						
Tenere lontano dalla vista le apparecchiature per il trattamento						
Rilevare i cambiamenti del livello di ansia						
Somministrare farmaci per ridurre l'ansia se appropriato						
Osservare per rilevare segni/sintomi, verbali e non verbali, di ansia						

00073-Coping inadeguato della famiglia

Outcome: livello di depressione (1208)

Indicatori	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**	**Data** __/ __/ ____						**Firma**
Umore depresso	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Senso di inutilità	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Insonnia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Pensieri ricorrenti di morte	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Indecisione	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Crisi di pianto	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Collera	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Solitudine	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Scarsa igiene e ordine personali	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Fatigue	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Perdita di interesse nelle attività	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Assenza di piacere nelle attività	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

56Interventi:

Sostegno della famiglia (7140)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Assicurare alla famiglia che il componente sta ricevendo la migliore assistenza possibile						
Prestare ascolto alle preoccupazioni, alle emozioni e alle domande dei familiari						
Promuovere una relazione aperta e di fiducia con i familiari						
Accettare i valori propri della famiglia senza dare giudizi						
Garantire ai familiari le necessarie conoscenze sulle scelte possibili, in modo da aiutarli a prendere decisioni riguardo all'assistenza						
Valutare la reazione emozionale dei familiari alle condizioni del congiunto						
Includere i familiari, insieme alla persona assistita, nelle decisioni da prendere riguardo all'assistenza, se appropriato						

8 MODELLO RUOLO – RELAZIONI

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00052 Interazioni sociali compromesse				

Outcome: clima sociale della famiglia (2601)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Mantiene relazioni con i componenti della famiglia estesa	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Mantiene relazioni con gli amici	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Condivisione dei sentimenti	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Condivisione dei problemi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Sostegno reciproco tra i componenti della famiglia	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 mai dimostrato; 2 raramente dimostrato; 3 talvolta dimostrato; 4 spesso dimostrato; 5 costantemente dimostrato; NA non applicabile.

Outcome: coinvolgimento sociale (1503)

Indicatori	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma	Data __/__/____						Firma
Interagisce con gli amici	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Interagisce con i familiari	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Partecipa ad attività organizzate	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Partecipa con altri ad attività di svago	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Partecipa alle attività scolastiche	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 mai dimostrato; 2 raramente dimostrato; 3 talvolta dimostrato; 4 spesso dimostrato; 5 costantemente dimostrato; NA non applicabile.

Interventi:

Miglioramento dello sviluppo: bambino (8274)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Costruire una relazione di fiducia con il bambino						
Identificare i bisogni speciali del bambino e gli adattamenti che richiedono						
Assicurare attività che incoraggiano l'interazione tra bambini						
Assicurarsi che il linguaggio corporeo corrisponda alla comunicazione verbale						
Creare uno spazio sicuro e ben definito perché il bambino possa esplorare e imparare						

Miglioramento dello sviluppo: adolescente (8272)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Costruire una relazione di fiducia con l'adolescente e i suoi caregiver						
Stimolare il coinvolgimento attivo dell'adolescente nelle decisioni riguardanti la sua salute						
Incoraggiare lo sviluppo e il mantenimento dei rapporti sociali						
Dare indicazioni per il counseling, se necessario						
Promuovere una dieta sana						
Facilitare lo sviluppo dell'identità sessuale						
Esortare ad un comportamento sessuale responsabile						

10 MODELLO DI COPING – TOLLERANZA ALLO STRESS

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00148 Paura				

00148- Paura *(specificare il focus)*

Outcome: livello di paura: bambino/adolescente (1213)

Indicatori	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma
Pianto	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Mal di stomaco	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Diarrea frequente	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Calo del peso corporeo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tic nervosi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Tremori	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Comportamento di eccessivo attaccamento	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Comportamento autolesionistico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Panico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Succhiare il dito	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Masticare unghie	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Interventi:

Miglioramento del coping (5230)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Valutare l'impatto della situazione di vita della persona sui suoi ruoli e le sue relazioni						
Usare un approccio calmo e rassicurante						
Ridurre gli stimoli ambientali che potrebbero essere interpretati come minacciosi						
Determinare il rischio che la persona si faccia male						
Incoraggiare i familiari ad esprimere i loro sentimenti riguardo al congiunto ammalato						

11 MODELLO DI VALORI – CREDENZE

Diagnosi	Apertura	Firma	Rivalutazione	Firma
00170-Rischio di religiosità compromessa				

Outcome: stato di benessere: psicospirituale (2011)

Indicatori	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma	Data __/ __/ ___						Firma
Benessere psicologico	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Fede	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Speranza	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Espressioni di ottimismo	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Fissare gli obiettivi	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Soddisfazione spirituale	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Senso di abbandono spirituale *	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Perdita della fede *	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	
Paura *	1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA		1	2	3	4	5	NA	

Legenda:
1 estremamente compromessa; 2 sostanzialmente compromessa; 3 moderatamente compromessa; 4 lievemente compromessa; 5 non compromessa; NA non applicabile.
*1 grave; 2 sostanziale; 3 moderato; 4 lieve; 5 nessuno; NA non applicabile.

Interventi:

Facilitazione della partecipazione ai riti religiosi (5424)						
Attività	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**	**Data** __/ __/ __	**Firma**
Identificare le espressioni religiose che interessano alla persona						
Indirizzare la persona all'assistente spirituale di sua scelta						
Collaborare a eventuali cambiamenti del rituale per andare incontro alle necessità dei disabili e dei malati						
Ascoltare e sviluppare l'idea di tempi precisi per preghiera e riti						

Ringraziamenti

Desidero ringraziare il mio relatore, Dott. Maurizio Mercuri, e la mia correlatrice Dott.ssa Mara Marchetti, per avermi accompagnato durante tutto questo percorso. La vostra professionalità e la vostra competenza sono per me un esempio e uno stimolo.
La vostra disponibilità, pazienza e il vostro affetto esprimono la dedizione e la passione per il vostro lavoro e per uno studente è un dono mai scontato quanto indispensabile.

Desidero ringraziare Giacomo e tutta la mia famiglia che, come sempre, mi sostengono nelle mie scelte e li ringrazio per il loro amore che non viene mai meno.

Grazie Chiara per aver fatto un altro tratto di strada insieme, la tua vicinanza è stata ancora una volta un dono prezioso.

Grazie di cuore a tutti gli amici che, immeritatamente, fanno sempre il tifo per me!

Infine, voglio ringraziare tutti i miei compagni di corso, più volte ci siamo confidati le difficoltà e le stanchezze e abbiamo sempre concordato su quanto ci aiutasse essere una squadra. Ho amato la nostra eterogeneità perché non ha mai creato distanza; oltre che una ricchezza per la nostra vita professionale, penso di poter parlare di affetto e amicizia e per questo ci si può solo riconoscere fortunati e grati.

"Nella vita ordinaria noi raramente ci rendiamo conto che riceviamo molto di più di ciò che diamo, e che è solo con la gratitudine che la vita si arricchisce."

Bonhoeffer D.