



---

# **PRONTO SOCCORSO E RICOVERO APPROPRIATO**

## **L' OBI E LA MEDICINA D' URGENZA: COME QUANTIFICARE IL CARICO DI LAVORO INFERMIERISTICO**

**KATIA PRATI – AUSL Ravenna**

---

Ferrara 8 febbraio 2013



## L' OBI : QUALCHE NUMERO

|  |   |               |
|--|---|---------------|
| <b>OBI</b> (8 POSTI LETTO) <b>2012</b>   | ➔ | <b>2.467</b>  |
| <b>DIMESSI</b>                           | ➔ | <b>1.586</b>  |
| <b>RICOVERATI</b>                        | ➔ | <b>911</b>    |
| <b>TEMPO MEDIO<br/>DI OSSERVAZIONE</b>   | ➔ | <b>12 ORE</b> |
| <b>TASSO DI OCCUPAZIONE<br/>P. LETTO</b> | ➔ | <b>87.5%</b>  |





## LA MURG : QUALCHE NUMERO

|  |          |              |
|--|----------|--------------|
| <b>MURG</b> (22 POSTI LETTO) <b>2012</b> | <b>➔</b> | <b>2.600</b> |
| <b>DIMESSI</b>                           | <b>➔</b> | <b>1.600</b> |
| <b>TRASFERITI</b>                        | <b>➔</b> | <b>1.000</b> |
| <b>TEMPO MEDIO<br/>DI DEGENZA</b>        | <b>➔</b> | <b>2.9gg</b> |
| <b>TASSO OCCUPAZIONE<br/>P. LETTO</b>    | <b>➔</b> | <b>99.2%</b> |

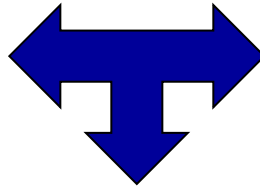




## QUANTE COSE DA FARE?

### Identificare

la diagnosi prevalente  
rispetto alle diagnosi  
associate per i pazienti  
multipatologi

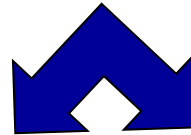


effettuare la stratificazione  
del rischio

il livello di complessità del paziente

### gestire il rischio

la prima stabilizzazione  
clinica ed emodinamica



la previsione della degenza media  
(prognosi media della degenza)

attribuire al livello di intensità di cura



In media questi obiettivi sono  
raggiungibili per ogni paziente  
dopo 6-24 ore di area  
funzionale Osservazione  
Breve Intensiva .....



.....o entro 72 ore di  
osservazione, trattamento e  
accertamenti nell'area di  
Medicina d'Urgenza.

# Analisi e valutazione dell'impegno assistenziale<sup>1</sup>





# Complessità<sup>2</sup>

## **Complessità dell'Utenza**

1. Interazioni tra variabili di bisogno, salute e personali \ dinamicità dell'interazione
2. Influenza di variabili di contesto

## **Complessità dell'assistenza**

- A. Variabilità di opzioni di intervento
- B. Variabilità di priorità e di risultato
- C. Interazione con la cura  
(Interdipendenza medico-infermiere)





## UN PO' DI PRAGMATISMO: QUALI STRUMENTI?

UNA SCHEDA PER L' ACCERTAMENTO DELLO STATO GENERALE DEL PAZIENTE CON DIVERSE FINALITA'

IDENTIFICAZIONE  
DEI BISOGNI E  
GRADO DI  
DIPENDENZA

PIANIFICAZIONE  
STANDARDIZZATA PER LE  
PATOLOGIE PIU'  
RAPPRESENTATIVE

MONITORAGGIO  
DEL GRADO DI  
DIPENDENZA

QUANTIFICAZIONE  
DELLA  
COMPLESSITA'  
ASSISTENZIALE

QUANTIFICAZIONE  
DEL CARICO DI  
LAVORO  
INFERMIERISTICO

|   |   |   |
|---|---|---|
| <br>SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br>EMILIA-ROMAGNA<br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna | <b>Scheda ASGO + ICA</b><br><b>Accertamento Stato Generale Ospedalizzati/Ospiti</b><br><b>Indice di Complessità Assistenziale</b> | Data: 01/04/12<br>RPD<br>Rev. 0<br>Pag. 1/1 |
| Dipartimento Emergenza Accettazione<br>U. O. di Medicina D' Urgenza<br>P.O. di Ravenna          | Nome Cognome  | Data inizio                                 |

|                             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1 STATO MENTALE             |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 ALIMENTAZIONE     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Lucido e orientato/Contatto pieno con l'ambiente                          |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                   | Libera/Completa  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Lucido con facile disorientabilità/Iniziale leggero rallentamento realtuo |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                   | Masticazione limitata/Assente                              |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Episodi brevi di confusione/Pensiero rallentato/Vuoto di memoria          |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                   | Deglutizione difficile/Dolorosa                            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Episodi marcati di confusione/Frequenti perdite di memoria                |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                   | Ulcerazioni/Apertura della bocca                           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | Stato confusionale/Reazioni rallentate/Grave perdita di memoria           |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                   | Solo con assistenza diretta (posizionare e imboccare)      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Non contatto con l'ambiente/Non risponde a stimoli                        |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Multifunzione <del>completa</del> (SIL/PEG)                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | <del>Pre-coma/Coma (SCHEDE GCS)</del>                                     |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                   | Multifunzione parzialmente totale                          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 SPOSTAMENTO DEAMBULAZIONE |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 7 SONNO / VEGLIA    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Movimento completo e autonomo/Supera ostacoli (gradini, ecc)              |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                   | Regolare/Adeguate/Riposante                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Cammina con ausili (anche scale)/Si alza dal letto senza aiuto            |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                   | Frequenti risvegli (senza altre cause)/Non riposante       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Cammina sorretto/ Si alza con l'aiuto diretto di una persona              |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                   | Sonno tardato/Risveglio anticipato/Sbianchezza             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Con carrozzina/ Si sposta autonomamente (anche letto-sedia)               |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                   | Risvegli frequenti (osse riduzione dolore)/ Non riposante  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | Con carrozzina/ Si sposta con aiuto diretto                               |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                   | Apnee notturne, rumore respiratorio, crampi                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Alte/Alto/Cambia posizione/Mantiene la postura                            |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Sonno favorito da routine fisse (bevande, luoghi...)       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | Alte/Alto/Non mantiene la postura (scivola, cade di lato, ecc)            |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                   | Sonno indotto da farmaci                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 CIRCOLAZIONE              |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 SENSORIO          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Completa/Adeguate   |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                   | Integro/Adeguate/Sufficiente                               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Ipertensione <del>oculistica</del> (anche per lievi cambi di postura)     |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                   | Ipoacusia compensata (protesi acustiche)                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Estremità fredde/Cianotiche/Reattive alle variazioni di temperatura       |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                   | Sordità completa bilaterale                                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Edemi declivi/Gonfiore stabile o temporaneo piedi, gambe                  |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                   | Deficit visivo compensato (con lenti, occhiali)            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | Fatica/Spinalità/Vertigini nei movimenti                                  |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                   | Cecità completa bilaterale                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Bilena persistente in zona a rischio di ulcerazione                       |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Dolore (SCHEDE DOLORE)                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | Ulcerazioni cutanee   |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                   | Percezione alterata/dolore delle superfici (pavimento...)  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4 RESPIRAZIONE              |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8 CURA DI SE        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Libera/Adeguate   |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                   | Completa/Adeguate/Con l'aiuto adeguato del movimento       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Bassa tolleranza allo sforzo  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                   | Si veste e si lava da solo in parte (non calze, scarpe...) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Limitata/Con striscio di postura (dispnea in posizione supina)            |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                   | Provvede alla cura del viso e delle mani                   |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Limitata/Con ossigeno/Tosse <del>notturna/inefficace</del>                |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                   | Non si veste/Solo pulizia viso e mani se seduto            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | <del>Tracheostomia/Tracheotomia</del>                                     |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                   | Movimenti/Ricarica controllo degli oggetti                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Ventilazione assistita meccanica in modalità spontanea                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Assistenza/allazione di assistenza                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | Ventilazione meccanica totale/Automatica                                  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                   | Nessuna capacità (Assenza di azioni)                       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6 ELIMINAZIONE (8 RENTER)   |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 10 UMORE PREVALENTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Integro/Completo/Adeguate   |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                   | Stabile/Controllato/Cooperante                             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Incontinenza urinaria occasionale   |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                   | Sensibilità di tensione (Agitazione motoria...)            |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Incontinenza urinaria completa/Permanente                                 |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                   | Paura, ansia elevata, aggressività relazionale             |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Incontinenza fecale occasionale   |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                   | Perdita di speranza, senso di impotenza, rinuncia          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | Incontinenza fecale completa/Permanente                                   |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                   | Ritiro della situazione                                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Ritenzione urinaria/Calcicole <del>vescicole</del>                        |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Apatia, tristezza, desiderio di morte                      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | Portatore di <del>catete</del>  |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                   | Depressione/Progetti o tentativi di suicidio               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                   | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTALE ICA                  |   |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTALE ICA          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

INFERMIERE CHE ACCOGLIE IL PAZIENTE.....



# SCALE VALIDATE

| 1 STATO MENTALE             |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1                           | Lucido e orientato/Contatto pieno con l'ambiente                          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Lucido con facile <u>disorientabilità</u> /leggero rallentamento relativo |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Episodi brevi di confusione/Pensiero rallentato/Vuoti memoria             |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Episodi marcati di confusione/Frequente perdita memoria                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                           | Stato confusionale/Reazioni rallentate/Grave perdita di memoria           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | Non contatto con l'ambiente/Non risponde a stimoli                        |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | <u>Pre-coma/Coma (SCHEDA GCS)</u>   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2 SPOSTAMENTO DEAMBULAZIONE |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Movimento completo e autonomo/Supera ostacoli (gradini,ecc)               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | Cammina con ausili (anche scale)/Si alza dal letto senza aiuto            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Cammina sorretto/Si alza con l'aiuto diretto di una persona               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Con carrozzina/Si sposta autonomamente/anche letto-sedia                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                           | Con carrozzina/Si sposta con aiuto diretto                                |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                           | Allettato/Cambia posizione/Mantiene la postura                            |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                           | Allettato/Non mantiene la postura (scivola,cade di lato,ecc)              |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                           | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3 CIRCOLAZIONE              |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                           | Completa/Adeguate   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                           | <u>Ipotensione ortostatica</u> (anche per lievi cambi di postura)         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                           | Estremità fredde/Cianotiche/Reattive a lievi cambi di temperatura         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                           | Edemi declivi/Gonfiore stabile o temporaneo piedi, gambe                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                           | Fatica/Sonnozza/Vertigini nei movimenti                                   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |



# PUNTEGGIO

| PUNTEGGIO     | IMPEGNO ASSISTENZIALE | COMPLESSITA' | LIVELLO ICA |
|---------------|-----------------------|--------------|-------------|
| FINO A 1.0    | NESSUN IMPEGNO        | INDIRIZZARE  | 1           |
| DA 1,1 A 2.59 | MINIMO                | GUIDARE      | 2           |
| DA 2.6 A 3.69 | MEDIO                 | SOSTENERE    | 3           |
| DA 3.7 A 4.79 | ALTO                  | COMPENSARE   | 4           |
| PIU' 4.8      | MOLTO ALTO            | SOSTITUIRE   | 5           |



# LA SIGNORA ANGELINA:TVP

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br>EMILIA-ROMAGNA<br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna | <b>Scheda ASGO + ICA</b><br><b>Accertamento Stato Generale Ospedalizzati/Ospiti</b><br><b>Indice di Complessità Assistenziale</b> |                              | Data 01/04/12<br>RPD<br>Rev. 0<br>Pag. 1/1 |
|   | Dipartimento Emergenza Accettazione<br>U. O. di Medicina D' Urgenza<br>P.O. di Ravenna  | Nome Cognome <b>ANGELINA</b> | Data inizio <b>01/02/2013</b>              |

| STATO MENTALE             |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | ALIMENTAZIONE  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| M                         | P | N | M | P | N | M | P | N | M | P | N              | M | P | N | M | P | N | M | P | N |  |
| 1                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 1                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| SPOSTAMENTO DEAMBULAZIONE |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | SONNO / VEGLIA |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 1                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| CIRCOLAZIONE              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | SENSORIO       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 1                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 1 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 2 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 3 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 4 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 5 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 6 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 7 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8                         |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |                | 8 |   |   |   |   |   |   |   |   |  |



# LA SIGNORA ANGELINA:TVP

| 8           | Altro   | 8                 | Altro  |
|-------------|---|-------------------|--|
| <b>4</b>    | <b>RESPIRAZIONE</b>   | <b>9</b>          | <b>CURA DI SE</b>  |
| 1           | Libera/Adeguate   | 1                 | Completa/Adeguate/Controllo adeguato dei movimenti         |
| 2           | Bassa tolleranza allo sforzo                                  | 2                 | Si veste e si lava da solo in parte (non calze, scarpe...) |
| 3           | Limitata/Con vincolo di postura (dispnea in posizione supina) | 3                 | Provvede alla cura del viso e delle mani.                  |
| 4           | Limitata/Con ossigeno/Tosse <u>notturna-inefficace</u>        | 4                 | Non si veste/Solo pulizia viso e mani se seduto            |
| 5           | <u>Tracheostomia/tracheotomia</u>                             | 5                 | Movimenti /Scarso controllo degli oggetti                  |
| 6           | Ventilazione assistita meccanica in modalit  spontanea        | 6                 | <b>Asseconda l'azione di assistenza</b>                    |
| 7           | Ventilazione meccanica totale/Automatica                      | 7                 | Nessuna capacit  (Assenza di azioni)                       |
| 8           | Altro   | 8                 | Altro  |
| <b>5</b>    | <b>ELIMINAZIONE (SFINTERI)</b>                                | <b>10</b>         | <b>UMORE PREVALENTE</b>                                    |
| 1           | Integro/Completo/Adeguate                                     | 1                 | Stabile/Controllato/Collaborante                           |
| 2           | Incontinenza urinaria occasionale                             | 2                 | <b>Senso interiore di tensione (Agitazione motoria...)</b> |
| 3           | Incontinenza urinaria completa/Permanente                     | 3                 | Paura, ansia elevata, aggressivit  relazionale             |
| 4           | Incontinenza fecale occasionale                               | 4                 | Perdita di speranza, senso di impotenza, rinuncia          |
| 5           | Incontinenza fecale completa/Permanente                       | 5                 | Rifiuto della situazione                                   |
| 6           | Ritenzione urinaria/Catetere <u>vescicale</u>                 | 6                 | Apatia, tristezza, desiderio di morte                      |
| 7           | Portatore di <u>stomia</u>                                    | 7                 | Depressione/Progetti o tentavi di suicidio                 |
| 8           | Altro   | 8                 | Altro  |
| <b>NOTE</b> |   | <b>TOTALE ICA</b> | <b>3.5</b>   |

INFERMIERE CHE ACCOGLIE IL PAZIENTE.....

## PUNTEGGIO ALL' INGRESSO :

3.5= INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

3 ➡ SOSTENERE ➡ IMPEGNO MEDIO



# LA SIGNORA ANGELINA:TVP

|   |   |                              |  |
|---|---|------------------------------|--|
|  SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br>EMILIA-ROMAGNA<br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Ferrara | <b>Scheda ASGO + ICA</b><br><b>Accertamento Stato Generale Ospedalizzati/Ospiti</b><br><b>Indice di Complessità Assistenziale</b> |                              | Data 01/04/12<br>RPD<br>Rev. 0<br>Pag. 1/1 |
|   | Dipartimento Emergenza Accettazione<br>U. O. di Medicina D' Urgenza<br>P. O. di Ravenna   | <b>Nome Cognome</b> ANGELINA | <b>Data inizio</b> 01/02/2013              |

| STATO MENTALE             |   | M | P | N | M | P | N | M | P | N | S | ALIMENTAZIONE |  | M | P | N | M | P | N | M | P | N |  |
|---------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|
| 1                         | Lucido e orientato/Contatto pieno con l'ambiente                  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1             | Libera/Completa  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2                         | Lucido con facile disorientabilità/leggero rallentamento reattivo |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2             | Masticazione limitata/Assente                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3                         | Episodi brevi di confusione/Pensiero rallentato/Vuoti di memoria  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3             | Deglutizione difficile/Dolorosa                            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4                         | Episodi marcati di confusione/Frequente perdita di memoria        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 4             | Ulcerazioni/Alterazioni della bocca                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5                         | Stato confusionale/Reazioni rallentate/Grave perdita di memoria   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 5             | Solo con assistenza diretta (posizionare e imboccare)      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6                         | Non contatto con l'ambiente/Non risponde a stimoli                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 6             | Nutrizione enterale (SNG/PEG)                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7                         | Pre-coma/Coma (SCHEDA GCS)  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 7             | Nutrizione parenterale totale                              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8                         | Altro   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 8             | Altro  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| SPOSTAMENTO DEAMBULAZIONE |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 1                         | Movimento completo e autonomo/Supera ostacoli (gradini, ecc)      |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1             | Regolare/Adeguate/Riposante                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2                         | Cammina con ausili (anche scale)/Si alza dal letto senza aiuto    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2             | Frequenti risvegli (senza altre cause)/Non riposante       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3                         | Cammina sorretto/Si alza con l'aiuto diretto di una persona       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3             | Sonno ritardato/Risveglio anticipato/Stanchezza            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4                         | Con carrozzina/Si sposta autonomamente/anche letto-sedia          |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 4             | Risvegli frequenti (tosse, minzione, dolore)/Non riposante |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5                         | Con carrozzina/Si sposta con aiuto diretto                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 5             | Apnee notturne, rumore respiratorio, crampi                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6                         | Allettato/Cambia posizione/Mantiene la postura                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 6             | Sonno favorito da routine fisse (bevande, luoghi...)       |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7                         | Allettato/Non mantiene la postura (scivola, cade di lato, ecc)    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 7             | Sonno indotto da farmaci                                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8                         | Altro   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 8             | Altro  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| CIRCOLAZIONE              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |               |  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 1                         | Completa/Adeguate   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 1             | Integro/Adeguate/Sufficiente                               |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 2                         | Ipotensione ortostatica (anche per lievi cambi di postura)        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 2             | Ipoacusia compensata (protesi acustiche)                   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 3                         | Estremità fredde/Cianotiche/Reattive a lievi cambi di temperatura |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 3             | Sordità completa bilaterale                                |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 4                         | Edemi ed/ivi/Gonfiore stabile o temporaneo piedi, gambe           |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 4             | Deficit visivo compensato (con lenti, occhiali)            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 5                         | Fatica/Spossatezza/Vertigini nei movimenti                        |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 5             | Cecità completa bilaterale                                 |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 6                         | Eritema persistente in zona a rischio di ulcerazione              |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 6             | Dolore (SCHEDA DOLORE)                                     |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 7                         | Ulcerazioni cutanee   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 7             | Percezione alterata/ridotta delle superfici (pavimento...) |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |
| 8                         | Altro   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   | 8             | Altro  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |



# LA SIGNORA ANGELINA:TVP

| RESPIRAZIONE            |   |  |  |  |  |  |  |  |  | CURA DI SE       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1                       | Libera/Adeguate   |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                | Completa/Adeguate/Controllo adeguato dei movimenti       |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                       | Bassa tolleranza allo sforzo                                  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                | Si veste e si lava da solo in parte (non calze,scarpe..) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                       | Limitata/Con vincolo di postura (dispnea in posizione supina) |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                | Provvede alla cura del viso e delle mani.                |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                       | Limitata/Con ossigeno/Tosse notturna inefficace               |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                | Non si veste/Solo pulizia viso e mani se seduto          |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                       | Tracheostomia/tracheotomia                                    |  |  |  |  |  |  |  |  | 5                | Movimenti/Scarso controllo degli oggetti                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                       | Ventilazione assistita meccanica in modalit  spontanea        |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                | Asseconda l'azione di assistenza                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                       | Ventilazione meccanica totale/Automatica                      |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                | Nessuna capacit  (Assenza di azioni)                     |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                       | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ELIMINAZIONE (SFINTERI) |   |  |  |  |  |  |  |  |  | UMORE PREVALENTE |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1                       | Integro/Completo/Adeguate                                     |  |  |  |  |  |  |  |  | 1                | Stabile/Controllato/Collaborante                         |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2                       | Incontinenza urinaria occasionale                             |  |  |  |  |  |  |  |  | 2                | Senso interiore di tensione (Agitazione motoria...)      |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3                       | Incontinenza urinaria completa/Permanente                     |  |  |  |  |  |  |  |  | 3                | Paura, ansia elevata, aggressivit  relazionale           |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4                       | Incontinenza fecale occasionale                               |  |  |  |  |  |  |  |  | 4                | Perdita di speranza, senso di impotenza, rinuncia        |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 5                       | Incontinenza fecale completa/Permanente                       |  |  |  |  |  |  |  |  | 5                | Rifiuto della situazione                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 6                       | Ritenzione urinaria/Catetere vescicale                        |  |  |  |  |  |  |  |  | 6                | Apatia, tristezza, desiderio di morte                    |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 7                       | Portatore di stomia   |  |  |  |  |  |  |  |  | 7                | Depressione/Progetti o tentavi di suicidio               |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 8                       | Altro   |  |  |  |  |  |  |  |  | 8                | Altro  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| NOTE                    |   |  |  |  |  |  |  |  |  | TOTALE ICA       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  | 3.5 4.4          |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

INFERMIERE CHE ACCOGLIE IL PAZIENTE.....

PUNTEGGIO AL TURNO SUCCESSIVO :

4.4= INDICE DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

4 ➡ COMPENSARE ➡ IMPEGNO ALTO





# PIANIFICAZIONE STANDARDIZZATA

|   |   |  |
|---|---|--|
| SERVIZIO SANITARIO REGIONALE<br>EMILIA-ROMAGNA<br>Azienda Unità Sanitaria Locale di Ravenna<br>Dipartimento Emergenza Accettazione<br>U. O. di Medicina D' Urgenza<br>P.O. di Ravenna | <b>TVP</b><br><br><b>DIAGNOSI INFERMIERISTICA: Dolore correlato a compromissione del ritorno venoso</b> | <b>Data 01/04/2012</b><br><br><b>RPD</b><br><b>Rev. 0</b><br><b>Pag. 1/1</b> |
|   |   |  |

| COGNOME, NOME   |  | DATA DI INIZIO PIANIFICAZIONE |   | LETTO N°                                  |
|---|--|-------------------------------|---|---|
| DATA DI NASCITA   |  |                               |   | FOGLIO N°                                 |
| OBIETTIVO   | INTERVENTI ASSISTENZIALI   |                               | INDICATORI DI VERIFICA                        |   |
| 1. Che il paziente riferisca riduzione della sintomatologia.    | Controllo della cute: presenza di rossore, edema, calore   |                               | 1. Assenza di dolore all'arto interessato (*) |   |
|   | Su prescrizione medica trattamento eparinico e antalgico   |                               |   |   |
|   | Solleverare l'arto inferiore interessato in scarico per migliorare il drenaggio venoso   |                               |   |   |
| 2. Che il paziente collabori ai trattamenti                     | Monitoraggio parametri vitali (SpO2, P.A., F.R., F.C.)   |                               | 2. il paziente collabora ai trattamenti (*)   |   |
|   | Monitoraggio segni e sintomi TEP: dispnea, dolore toracico, ansia, tosse, emottie, sudorazione profusa, tachipnea (>16 atti/min), tachicardia, febbre, rantoli, ronchi, diminuzione dei suoni respiratori. |                               |   |   |
| 3. Che il paziente non presenti complicanze: TEP, Ulcera venosa | Evitare di massaggiare l'arto per ridurre il rischio di frazionamento del trombo.  |                               | 3. il paziente non presenta complicanze (*)   |   |
|   | Immobilizzazione al letto se non con calza elastica in fase post critica e in trattamento con <u>dicumarolici</u>  |                               |   | 3'. Assenza di segni e sintomi di TEP (*) |
| LEGENDA   | * (si = x; no = )  |                               |   |   |
| NOTE  | <ul style="list-style-type: none"> <li>•</li> <li>•</li> <li>•</li> </ul>  |                               |   |   |



# **Il cambiamento non è facile...ma ce la mettiamo tutta GRAZIE E VOI E...**

**..... AGLI  
INFERMIERI  
DELLA MURG DI  
RAVENNA:**

**ALESSIA, CLAUDIA, CHATO,  
GIADA, MARIA, ELITA,  
FEDERICA, LAURA F.,  
ELISABETTA, ANDREA,  
ELENA, DOMENICA,  
DANIELA, FEDERICO,  
SILVIA, PATRIZIA, MARILYN,  
ELISA, FILIPPO, LINDA,  
M.LUCIA, GRETA, MAEBE, E  
LAURA Z.!**



---

Ferrara 8 febbraio 2013