

# AREA 5

## STRUMENTI OPERATIVI DELLA DISCIPLINA

### 5.1 La documentazione assistenziale

Negli ultimi decenni, il rapporto con l'assistito si è modificato, così come la struttura della coscienza sociale è cambiata ed è cambiata ontologicamente la struttura del danno risarcibile che, ad oggi, è sempre più invocato a difesa dell'insufficiente informazione ricevuta dal sanitario. Per questi e altri motivi anche per l'infermiere diviene sempre più importante agire attraverso una buona informazione, nell'intento di ottenere dalla persona il pieno consenso alle cure/assistenza. Dunque, la comunicazione mirata all'informazione è uno strumento deontologico-giuridico che permette al professionista sanitario di condividere scelte responsabili con l'assistito. In quest'ambito si inserisce la documentazione sanitaria o clinico-assistenziale intesa come la documentazione che i professionisti sanitari compilano nell'esercizio della loro attività.

La necessità e l'obbligo della documentazione scaturiscono da alcune considerazioni:

- documentare rende esplicito ciò che si fa, lo rende certo; tutto quello che è stato documentato ha un valore legale: se è stato documentato, significa che è stato eseguito;
- documentare consente una valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza;
- documentare assicura il mantenimento di un elevato standard assistenziale;
- documentare il proprio operato fa parte dei requisiti di ogni professione.

#### 5.1.1 Il consenso informato infermieristico

Si definisce "consenso informato" il processo con cui l'assistito o chi lo rappresenta (genitore, tutore), sulla base delle informazioni ricevute rispetto ai rischi e benefici che derivano dal sottoporsi o meno ad un atto medico, fornisce il suo consenso all'esecuzione delle stesse. (etimologia latina del termine con-sentire, sentire o ritenere assieme). Per garantire il "consenso informato" gli operatori devono fornire le sufficienti informazioni sul trattamento proposto e le alternative possibili per permettere all'assistito di esercitare autonomamente e consapevolmente la scelta che, se del caso, deve essere documentata (forma scritta o prova testimoniale). Il consenso informato proviene dal Codice di Norimberga 1946<sup>1</sup>, in cui l'art. 1 asserisce che il consenso volontario è assolutamente essenziale, la persona dovrebbe essere edotta in maniera tale da esercitare un libero potere di scelta senza che l'intervento sia di alcun elemento coercitivo, ingannevole, falso. Tanto che, sottolineando la necessità di una comunicazione che sia in concreto, oltretutto astrattamente idonea, anche efficace, si usa parlare, più che di "consenso informato", di "consenso della persona informata". Altri richiami normativi si ritrovano nella dichiarazione di Helsinki 1964 (artt. 10 - 11), nella Convenzione di Oviedo (1997, artt. 5 - 16)<sup>2</sup>, nella Costituzione Italiana (artt. 32 - 37 - 38), nel D.M. del 12 maggio 1986 e ss. si trovano norme in tema di applicazione nelle attività sanitarie (es. obbligatorietà: per l'attività di donazione e trasfusione di sangue, di emocomponenti e somministrazione di emoderivati - donazione di rene

tra persone viventi - sperimentazione clinica di farmaci - terapia elettroconvulsivante - procreazione medicalmente assistita).

---

<sup>1</sup> Art. 1: Il consenso volontario del soggetto umano è assolutamente essenziale. Ciò significa che la persona in questione deve avere capacità legale di dare consenso, deve essere in grado di esercitare il libero arbitrio senza l'intervento di alcun elemento coercitivo, inganno, costrizione, falsità o altre forme di imposizione o violenza; deve avere sufficiente conoscenza e comprensione degli elementi della situazione in cui è coinvolto, tali da metterlo in posizione di prendere una decisione cosciente e illuminata. Quest'ultima condizione richiede che prima di accettare una decisione affermativa da parte del soggetto dell'esperimento lo si debba portare a conoscenza della natura, della durata e dello scopo dell'esperimento stesso; del metodo e dei mezzi con i quali sarà condotto; di tutte le complicazioni e rischi che si possono aspettare e degli effetti sulla salute o la persona che gli possono derivare dal sottoporsi dell'esperimento. Il dovere e la responsabilità di constatare la validità del consenso pesano su chiunque inizia, dirige o è implicato nell'esperimento. E' un dovere e una responsabilità che possono essere impunemente delegati ad altri.

<sup>2</sup> Art. 5 "Qualsiasi intervento in campo sanitario non può essere effettuato se non dopo che la persona interessata abbia dato il proprio consenso libero e informato. Questa persona riceve preventivamente un'informazione adeguata in merito allo scopo e alla natura dell'intervento nonché alle sue conseguenze e ai suoi rischi. La persona interessata può liberamente ritirare il proprio consenso in qualsiasi momento".

---

Nel 2000 la Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione Europea, detta anche Carta di Nizza,<sup>3</sup> dedica l'art. 3 alla tematica del consenso informato come "Diritto all'integrità della persona" ed ha declinato le linee di riferimento nel campo della bioetica europea. In particolare, nel nostro paese, la Corte Costituzionale<sup>4</sup> ha riconosciuto e sottolineato il valore precettivo dell'art. 32 della Costituzione Italiana, il limite imprescindibile del rispetto della dignità umana e che l'inviolabilità della libertà personale è da intendersi come "libertà di autodeterminarsi" in relazione a come disporre del proprio corpo. Il livello di tutela di tale diritto, fondamentale, è considerato parametro del grado di civiltà di uno Stato ed è nel 1992 che in Italia si parlerà concretamente di consenso informato attraverso la fonte ufficiale del Comitato Nazionale per la Bioetica. Dunque, dalla lettura delle norme etico-deontologiche e della giurisprudenza che regolano il consenso, la dottrina desume che non è consentito violare il diritto dell'individuo di autodeterminarsi, poiché a ciascuno deve essere riconosciuta la facoltà di effettuare autonomamente le scelte fondamentali relative alla propria salute, a meno che non sussistano giustificati motivi di deroga. La giurisprudenza evidenzia quanto, nella normativa di istituzione dei profili professionali sanitari e nei Codici Deontologici dei professionisti, sia vincolante l'ottenimento del consenso che, non solo riveste un particolare peso in caso di controversia, ma consolida anche un "patto"<sup>5</sup> tra la persona assistita ed il professionista sanitario, sia nel caso in cui il consenso si esprima formalmente - scritto - o verbale.<sup>6</sup>

---

<sup>3</sup> La Carta dei Diritti fondamentali dell'Unione Europea è detta anche Carta di Nizza in quanto è stata ratificata a Nizza nel dicembre 2000; l'art. 3 recita " Nell'ambito della medicina e della biologia devono in particolare essere rispettati: il consenso libero e informato della persona interessata, secondo modalità definite dalla legge...."

<sup>4</sup> Corte Costituzionale - sentenza n. 88 del 1979 e successive. S. Corte Cassazione - sentenza IV sez. penale del 21.7.1991.

<sup>5</sup> Patto Infermiere Cittadino - Federazione Nazione Collegi Ipasvi - Roma - "individuare i tuoi bisogni di assistenza, condividerli con te, proporti le possibili soluzioni, operare insieme per risolvere i problemi"

<sup>6</sup> Cass. Civ. 29 sett. 2009, n. 20806 "la violazione dell'obbligo è del tutto indifferente se il trattamento effettuato è stato eseguito correttamente". Cass. Civ. 9 febb. 2010, n. 2847 "Il relativo onere probatorio grava sul paziente".

---

L'infermiere deve avvalersi dell'applicazione del consenso informato infermieristico per l'autonomia nell'esercizio della professione, che è stata sancita dalle norme dello Stato, che lo collocano non più come figura ausiliaria all'arte medica, bensì come diretto responsabile nell'erogazione delle funzioni assistenziali proprie della professione infermieristica. Nel Codice Deontologico dell'infermiere del 2009, in linea con quanto dichiarato in termini di informazione e di consenso informato ai contenuti del Codice Etico Deontologico della Federazione Europea delle Professioni Infermieristiche (FEPI - v. punti 3.8 - 3.9), la riflessione etica sull'ottenimento del consenso all'assistenza infermieristica si rafforza in particolare negli artt. 3 - 5 - 7 - 14 - 19 - 20 - 21 - 22 - 23 - 24 - 25 - 26 - 31 - 37 - 38 - 41.

Di questi ricordiamo alcuni passaggi fondamentali per l'agire professionale dell'infermiere:

- l'art. 5 "Il rispetto dei diritti fondamentali dell'uomo e dei principi etici della professione è condizione essenziale per l'esercizio della professione infermieristica";
- l'art. 14 "L'infermiere riconosce che l'integrazione fra professionisti e l'integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito";
- l'art. 20 "L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte";
- l'art. 21 "L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza.....";
- l'art. 22 "L'infermiere conosce il progetto diagnostico-terapeutico per le influenze che questo ha sul percorso assistenziale e sulla relazione con l'assistito";
- l'art. 23 "L'infermiere riconosce il valore dell'informazione intergrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita";
- l'art. 24 "L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere";
- l'art. 25 "L'infermiere rispetta la consapevole ed esplicita volontà dell'assistito di non essere informato sul suo stato di salute, purché la mancata informazione non sia di pericolo per sé o per gli altri";
- l'art. 31 "L'infermiere si adopera affinché sia presa in considerazione l'opinione del minore rispetto alle scelte assistenziali, diagnostico-terapeutiche e sperimentali, tenuto conto dell'età e del suo grado di maturità";
- l'art. 37 "L'infermiere, quando l'assistito non è in grado di manifestare la propria volontà, tiene conto di quanto da lui chiaramente espresso in precedenza e documentato".

Gli elementi in cui si inserisce la circolarità dell'informazione all'assistito (completa, onesta, veritiera), sia nel caso di ottenimento del consenso, ma anche del dissenso, dovrebbe rispettare i seguenti requisiti, affinché il consenso stesso possa essere valido:

- completo;
- consapevole;
- richiesto;
- libero;

- manifesto;
- personale;
- attuale;
- revocabile;
- specifico;
- informato;
- preventivo
- recettizio;
- esplicito.

Il consenso, per essere validamente prestato, deve essere informato e l'esplicita manifestazione della volontà dell'assistito deve essere ricercata attraverso tutte quelle informazioni che possano permettere allo stesso tempo una scelta libera e consapevole, che si basi sulla comparazione tra rischi e benefici. Pertanto per essere valido, sia nella forma scritta che in quella verbale, il consenso deve provenire dalla persona che è stata informata, che sia capace di esprimerlo e che sia in possesso della capacità di intendere e di volere. In caso contrario potrebbe sussistere il "vizio del consenso" ovvero quando, il procedimento attraverso il quale si è formata e manifestata la volontà dell'assistito, non si è correttamente svolto per il sopraggiungere di fatti/azioni che hanno influito sulla scelta della persona interessata e sulla sua decisione finale. E' il rispetto di questi elementi, la scelta e la decisione finale, che devono motivare il professionista a provare a "ripensare il miglior interesse del paziente"<sup>7</sup> Di fatto, se si vuole ottenere l'efficacia del consenso, il coinvolgimento della persona assistita è fondamentale nella misura in cui essa possa fare chiarezza a se stessa su quali siano le questioni centrali nelle proprie vicende di malattia, come si possa avviare un percorso di comprensione, di negoziazione e accettazione, favorendo così la condizione di esplorare la propria concezione di malattia e far emergere una sua prospettiva consapevole. Particolare attenzione dovrà essere tenuta nel caso in cui l'infermiere comunica e si relaziona con la persona appartenente ad altra cultura, etnia, religione, in cui il significato dei sintomi e dell'esperienza di malattia sono percepiti ed esibiti dalla persona straniera con segni ed espressioni culturalmente lontani e diversi dai nostri abituali riferimenti simbolici. Il consenso ha validità circoscritta alla singola prestazione o progetto e l'assistito ha facoltà di revocarlo, anche durante le varie fasi del percorso assistenziale, poiché non può essere rilasciato una sola volta e per sempre. Ogni giorno l'infermiere si trova nella necessità di dover prendere decisioni e compiere delle scelte nella ragione in cui l'assistito gli chiede ragione di quelle scelte e decisioni; le tematiche che a volte vengono trascurate o poco specificate, ma sulle quali bisogna concordare ex-ante nel piano assistenziale, al fine di non limitare il diritto all'informazione, potrebbero essere<sup>8</sup>:

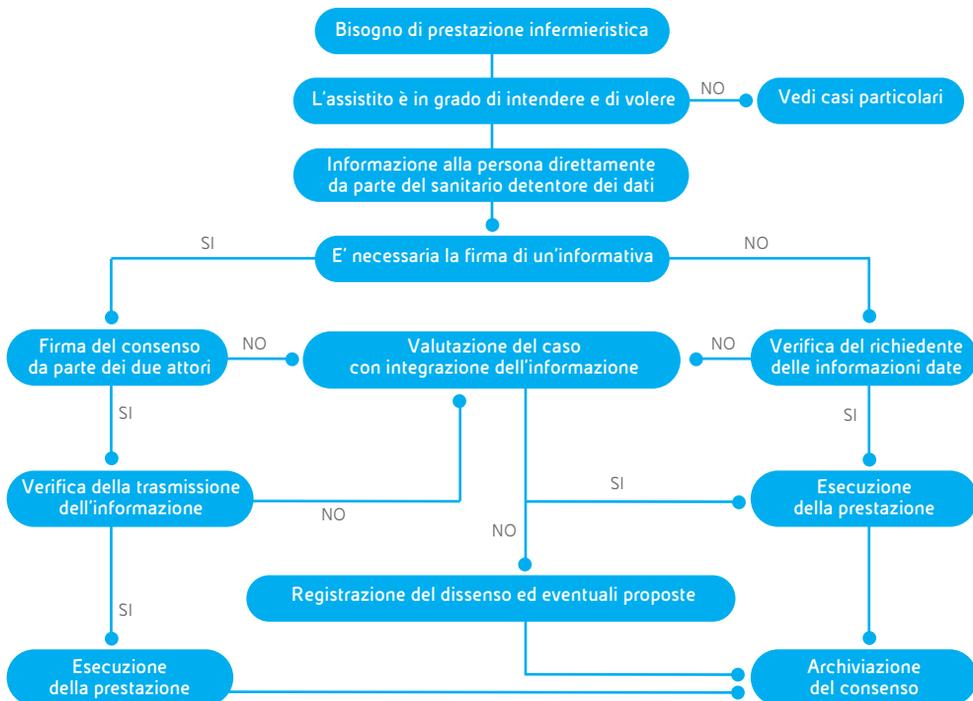
- obiettivi dell'assistenza generale infermieristica;
- natura, durata e prognosi della malattia;
- cure e trattamenti diagnostici proposti, con relativi rischi e benefici;
- alternative possibili con relativi rischi e benefici;

<sup>7</sup> Malati fuori luogo - I. Quaranta, M. Ricca - p. 23:45 - Raffaello Cortina Ed., 2012 Milano

<sup>8</sup> La responsabilità dell'infermiere e le sue competenze -S. Bugnoli e Coll. - p. 167:180 - Maggioli Editore, 2010 Rimini

- presumibile durata di un eventuale ricovero ospedaliero;
  - riflessi della malattia e dei trattamenti diagnostici/terapeutici/assistenziali proposti sulla qualità della vita;
  - ricaduta sul decorso della malattia e sulla qualità della malattia dalla mancata attuazione del trattamento;
  - rimedi terapeutici ed assistenziali atti a ridurre il sintomo dolore e la sofferenza;
- In definitiva, perché si parli di un consenso privo di vizi, occorre che l'infermiere ponga attenzione ai seguenti requisiti:
- la maggiore età della persona assistita o nel caso di minore il coinvolgimento dei genitori nelle decisioni e, nel caso di dissenso dei genitori è vincolante l'autorizzazione dell'Autorità Giudiziaria;
  - la capacità psichica della persona di rendersi conto delle proprie condizioni di salute e del rapporto rischi-benefici derivanti dalle cure e dall'assistenza;
  - il contratto terapeutico deve riguardare un bene disponibile;
  - ci deve essere la buona fede dei contraenti, cioè da parte dell'assistito e dell'infermiere;
  - non ci deve essere informazione scorretta da parte dell'infermiere sulle fasi del percorso clinico/assistenziale e circa le probabilità di successo - insuccesso - risultato delle prestazioni;
  - nelle singole scelte deve esserci coerenza con quanto concordato nel percorso clinico/assistenziale;
  - non ci deve essere discordanza fra ciò che è stato definito con l'assistito - ciò che la persona vuole realmente - e ciò che viene sottoscritto.

Per facilitare il percorso di acquisizione del consenso si propone il seguente algoritmo:



## SCHEDE INFORMATIVA PRESTAZIONE SANITARIA

In ambito sanitario, il consenso per ritenersi valido deve essere:

**personale:** indica che non è ammessa la rappresentanza di terzi (eccetto per i minori e per gli interdetti);

**informato ed esplicito:** è obbligo del professionista sanitario verificare la piena efficacia dell'informazione data all'assistito, che deve essere adattata alla piena capacità di comprensione dello stesso;

**preventivo:** va acquisito prima dell'esecuzione delle prestazioni richieste;

**specifico:** da parte dell'operatore, il quale ha il dovere di fornire tutti gli elementi necessari perché le caratteristiche del consenso siano tutte rispettate;

**libero:** deve essere ottenuto senza coercizioni di sorta, basato sulla valutazione dell'informazione, sulle possibili conseguenze di trattamento e di non trattamento e di alternative tra cure possibili;

**consapevole:** deve essere frutto di una scelta non condizionata o vincolata, senza errori o inganni, libero da coartazione, dalla dipendenza terapeutica e dalla supremazia del professionista

**completo:** va acquisito per tutte le prestazioni previste e/o per tutte le prestazioni che concorrono alla definizione del servizio per il quale si richiede il consenso;

**attuale:** l'intervallo di tempo tra la manifestazione del consenso e l'attuazione della prestazione deve essere breve, in modo da non far sorgere dubbi sulla persistenza della volontà dell'utente a sottoporsi al trattamento. Non deve essere considerato a tempo indeterminato;

**manifesto:** va acquisito con passi chiari e precisi e non è sufficiente l'assenza di dissenso o la presenza di un tacito consenso, né può essere ritenuto implicito;

**revocabile:** il consenso può essere revocato in qualsiasi momento, anche nell'immediatezza della procedura sanitaria che si sta ponendo in essere. L'assistito può esplicitamente rinunciare al diritto di essere informato: si parla in tal caso di assenso, ovvero quando siamo in una sorta di accettazione passiva alla proposta di cura;

**recettizio:** l'atto, essendo diretto a una persona determinata, produce effetti solo dal momento in cui perviene a conoscenza della persona a cui è destinato;

**richiesto:** l'esecuzione delle prestazioni e dei servizi richiesti è subordinata dalla raccolta in forma scritta e vincolata dalla presenza delle precedenti caratteristiche descritte. Deve essere espresso da una persona capace, in possesso della capacità di intendere e di volere.

Per quanto riguarda gli interdetti, l'informazione e il consenso sono compiti del tutore. Gli inabilitati sono autonomi nel dare o meno il loro consenso.

Gli incapaci naturali infine sono quei soggetti che, pur se non interdetti, si trovano per qualsiasi causa in condizioni tali da non essere in grado di dare un consenso o esprimere un dissenso.

Molta attenzione bisogna porre nel modo in cui vengono fornite le informazioni che devono essere chiare e comprensibili per l'utente, bisognerà quindi evitare di usare un linguaggio troppo professionale.

### **Riferimenti legislativi**

**Costituzione artt. 13 e 32:** afferma che nessuno è obbligato ad un trattamento sanitario se non per disposizione di Legge e che la libertà personale è inviolabile.

**Codice penale art. 54:** fa riferimento allo stato di necessità, collocandolo tra le cause di non punibilità: "è punibile chi ha commesso il fatto per esservi stato costretto dalla necessità di salvare se o gli altri dal pericolo attuale di un danno grave alla persona, pericolo da lui non volontariamente causato, sempre che il fatto sia proporzionale al pericolo."

### **Estratti dal Codice Deontologico dell'infermiere (2009):**

#### **Articolo 3**

La responsabilità dell'infermiere consiste nell'assistere, nel curare e nel prendersi cura della persona nel rispetto della vita, della salute, della libertà e della dignità dell'individuo.

#### **Articolo 11**

L'infermiere fonda il proprio operato su conoscenze validate e aggiorna saperi e competenze attraverso la formazione permanente, la riflessione critica sull'esperienza e la ricerca. Progetta, svolge e partecipa ad attività di formazione. Promuove, attiva e partecipa alla ricerca e cura la diffusione dei risultati.

#### **Articolo 20**

L'infermiere ascolta, informa, coinvolge l'assistito e valuta con lui i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e facilitarlo nell'esprimere le proprie scelte.

#### **Articolo 24**

L'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostico-terapeutici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere.

L'infermiere \_\_\_\_\_ garantisce di attenersi scrupolosamente al rispetto di quanto sopra.

Pertanto le prestazioni sanitarie e terapeutiche saranno erogate solo con il consenso informato dell'assistito (o del familiare di riferimento o dell'amministratore di sostegno). Il consenso espresso nella parte sottostante può revocare il consenso espresso in precedenza.

## DICHIARAZIONE DI CONSENSO

Io sottoscritto.....  
dichiaro di aver ricevuto da.....esaurienti spiegazioni in merito al progetto clinico assistenziale e alle relative prestazioni che saranno praticate, secondo quanto riportato nella scheda informativa qui allegata, copia della quale mi è stata consegnata.

Dichiaro altresì di aver potuto discutere tali spiegazioni, di porre tutte le domande che ho ritenuto necessarie e di aver ricevuto risposte soddisfacenti.

Accetto dunque il progetto clinico assistenziale illustratomi, avendo capito completamente il significato della richiesta e avendo compreso i rischi e i benefici che sono implicati.

Data.....  
Firma dell'utente

-----

Data.....  
Firma dell'infermiere

-----

### In caso di revoca

Data.....  
Firma dell'utente

-----

Data.....  
Firma dell'infermiere

-----

## 5.1.2 La cartella infermieristica

La cartella infermieristica è lo strumento su supporto cartaceo e /o informatico che contiene la registrazione dei dati e l'insieme dei documenti infermieristici utili per la verifica delle prestazioni e per la diminuzione del rischio clinico. Rende visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere. Si evince, inoltre, dal con-

retto di professione sanitaria l'obbligo professionale, etico e deontologico, di documentare i bisogni della persona a cui si è fornita l'assistenza e la quantità e qualità di questa assistenza fornita. La cartella infermieristica è, pertanto, atto pubblico in senso lato (D.P.R. 384 del 1990), perché redatto da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni, così come delineato dall'art. 358 del Codice Penale e così come interpretato anche dalla giurisprudenza più recente (Benci, 2011).

Da un punto di vista giuridico la documentazione infermieristica, è un atto pubblico al pari della cartella clinica (Mantovani, cit. in Casati, 1999), ma non va considerata solo in relazione alla cartella clinica ospedaliera, ma deve essere contemplata anche in rapporto ad altri contesti assistenziali (Rodriguez, 2003), quali quelli ambulatoriali, domiciliari e libero-professionali.

Tenendo presente l'evoluzione delle norme di regolamentazione della professione si ribadisce che la registrazione, la trasmissione e l'archiviazione dei dati trattati devono altresì rispettare le norme di sicurezza e di riservatezza. Nella compilazione della documentazione devono essere rispettati i criteri essenziali di: chiarezza, completezza, pertinenza, veridicità e rintracciabilità.

Nella compilazione è opportuno rispettare alcune regole fondamentali:

- scrivere i dati anagrafici dell'assistito;
- descrivere in tempi brevi e con precisione i bisogni assistenziali identificati;
- scrivere tutte le azioni effettuate sulla persona e le sue reazioni;
- utilizzare inchiostro indelebile e, in caso di errori, correggere tracciando una linea in modo che le parole restino leggibili;
- scrivere con calligrafia chiara e comprensibile;
- registrare i dati interpretativi tra virgolette riportando la fonte delle informazioni raccolte;
- segnalare il consenso all'esecuzione delle attività espresso dalla persona.

Razionalmente si può suddividere in cinque parti:

1. Dati anagrafici
2. Anamnesi infermieristica, dove si raccolgono i dati ritenuti utili all'identificazione dei bisogni e delle abilità residue.
3. Piano di assistenza, dove si formulano gli scopi e gli obiettivi delle prestazioni erogate, sulla base dei bisogni rilevati e delle diagnosi che da questi sono derivate.
4. Diario infermieristico, dove andranno indicate le variazioni più significative delle condizioni dell'utente, i dati oggettivi e soggettivi, e tutte le eventuali problematiche assistenziali.
5. Schede, quali ad esempio la scheda di registrazione dei parametri vitali e per il bilancio idrico. Altre schede saranno utilizzate solo saltuariamente o dovranno essere addirittura progettate sulla base dello specifico contesto operativo: es. schede per il controllo dell'attività respiratoria, schede per la determinazione del trauma, schede con istruzioni di medicazione, schede per la valutazione globale dell'assistenza erogata, schede per la valutazione dei rischi di caduta e del rischio di contrarre lesioni cutanee, gestione del dolore, etc.



**Importanti alterazioni anatomo –funzionali e altre patologie correlate**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**EVENTUALI ALLERGIE E/O INTOLLERANZE**

.....  
.....  
.....

**SCALA ADL**

(Indice dell'indipendenza delle Attività di Vita Quotidiana)

Nome e Cognome.....

**PER FARE IL BAGNO NELLA VASCA O NELLA DOCCIA**

(0) E' autonomo. Entra ed esce dalla vasca senza bisogno di aiuto

(0) Riceve assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (schiena e gambe) (1) Riceve assistenza per la pulizia di due o più parti (o non fa il bagno)

**VESTIRSI (PRENDERE GLI ABITI DALL'ARMADIO O DAL CASSETTO E VESTIRSI)**

(0) Prende i vestiti e li indossa senza bisogno d'assistenza

(0) Prende i vestiti e li indossa senza bisogno di assistenza eccetto che per l'allacciamento delle scarpe

(1) Riceve assistenza senza prendere i vestiti o per vestirsi o rimane parzialmente svestito

**ANDARE ALLA TOILETTE (ANDARE NEL BAGNO PER L'EVACUAZIONE DI URINE**

**E FECI, RIPULIRSI E VESTIRSI)**

(0) Va alla toilette, si pulisce e si riveste senza ricevere assistenza (può usare strumenti per sorreggersi, come bastone o stampelle, o una sedia a rotelle, o può alzare il vaso da notte,

svuotandolo poi al mattino)

(1) Riceve assistenza per andare alla toilette o per ripulirsi o per rivestirsi o per l'utilizzo del vaso da notte

(1) Non è in grado di andare alla toilette per l'evacuazione di feci e urine

#### **MOBILITA'**

(0) Entra ed esce dal letto e si alza dalla sedia senza bisogno di assistenza (anche usando strumenti per sorreggersi come il bastone)

(1) Riceve assistenza per entrare e uscire dal letto o sedersi o alzarsi dalla sedia

(1) E' allettato

#### **CONTINENZA**

(0) Controlla correttamente e autonomamente l'evacuazione di feci e urine

(1) E' saltuariamente incontinente

(1) E' necessaria una supervisione, utilizza il catetere, è incontinente

#### **ALIMENTARSI**

(0) Si alimenta da solo senza assistenza

(0) Si alimenta da solo eccetto per alcune operazioni che richiedono assistenza (ad esempio, tagliare la carne)

(1) Riceve assistenza per alimentarsi, viene alimentato parzialmente o completamente per mezzo di onde o

liquidi per via parenterale

TOTALE= ...../6 INTERPRETAZIONE: 6/6 dipendenza totale, 0/6 completa autosufficienza

#### **VALUTAZIONE RISCHIO LDP SECONDO LA SCALA DI NORTON**

##### **Condizioni fisiche**

Valutare i livelli di assistenza richiesti per attività di vita quotidiana (ADL), relativi a igiene, nutrizione e movimenti.

- > Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)
- > Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)
- > Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)
- > Buone (abile nelle ADL)

### **Stato mentale**

Valutare la capacità di rispondere alle domande relative al tempo, spazio e persone

- ✓ Comatoso (risposta lenta o assente)
- ✓ Confuso (Poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)
- ✓ Apatico (necessita la ripetizione delle domande)
- ✓ Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)

### **Attività e deambulazione**

- Valutare la capacità di camminare
- Costretto a letto
- Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)
- Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)
- Autonomo (eventuale uso di presidi)

### **Mobilità**

Valutare la capacità di controllare ed effettuare il movimento del corpo o parte di esso:

- Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)
- Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)
- Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)
- Completa (muove e controlla gli arti)

### **Incontinenza**

Valutare la capacità di controllare l'eliminazione urinaria.

- Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)
- Abituale (incontinenza urinaria)
- Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)
- Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

**TOTALE PUNTEGGIO:.....**

### **Rischio in base al punteggio**

maggiori di 18: basso      tra 18 e 14: medio      tra 13 e 10: alto      minore di 10: altissimo





Esempio Scheda di accertamento bisogni di assistenza infermieristica

SIMBOLO IPASVI O ALTRO SIMBOLO APPROVATO	<b>SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI</b>	Pagina 1 di 4
--	---	---------------

Sig. / ra \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

1. Bisogno di respirare

- tracheostomia
- posturamento ortopnoico
- necessita di ossigeno-terapia secondo prescrizione (vedi terapia)
- Altro \_\_\_\_\_

2. Bisogno di alimentarsi e idratarsi

- dieta speciale: diabetici , nefropatici , ipertesi , frullata
- alimentazione artificiale (PEG SNG )
- disfagia (liquidi , solidi )
- iporessia
- monitoraggio HGT: frequenza \_\_\_\_\_
- portatore di protesi dentaria (fissa , mobile superiore , mobile inferiore )
- incapace di alimentarsi da solo
- necessita di supervisione e/o aiuto
- Altro \_\_\_\_\_

3. Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale

- portatore di CV a permanenza (per \_\_\_\_\_) Prossimo cambio \_\_\_\_\_
- urostomia
- incontinenza urinaria
- uso di pannolone/salva slip: diurno , notturno
- regolarizzazione alvo: lassativi \_\_\_\_\_ clisma \_\_\_\_\_
- enterostomia
- incontinenza doppia
- incontinenza occasionale

	<b>SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI</b>	Pagina 2 di 4
--	---	---------------

- continente se accompagnato
- Altro \_\_\_\_\_

4. Bisogno di igiene

- igiene: parzialmente dipendente , totalmente dipendente , autonomo
- vestirsi e svestirsi: parzialmente dipendente , totalmente dipendente , autonomo
- Altro \_\_\_\_\_

5. Bisogno di movimento

- autonomo nei movimenti e nel cammino
- utilizza presidi: deambulatore , bastone/tripode , sedia a rotelle
- cammina e si muove solo se aiutato
- non deambula
- alzate: tutto il giorno , riposo pomeridiano , solo mattina , solo pomeriggio
- Altro \_\_\_\_\_

6. Bisogno di sonno e riposo

- riposo regolare
- difficoltà a mantenere un riposo adeguato
- vagabondaggio notturno
- monitoraggio del dolore cronico
- Altro \_\_\_\_\_

7. Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria

- monitoraggio PA , FC , SaO2 : frequenza \_\_\_\_\_
- lesioni cutanee all'ingresso (vedi scheda)
- Altro \_\_\_\_\_

SIMBOLO IPASVI O ALTRO SIMBOLO APPROVATO	<b>SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI</b>	Pagina 3 di 4
--	---	---------------

8. Bisogno di interazione nella comunicazione

- Ipovedente (con limitazione grave); porta occhiali
- Cieco occhio dx - sn
- Ipoacusico (con limitazione grave) orecchio dx - sn ; porta protesi acustiche
- Afasico
- Disfasico
- Altro \_\_\_\_\_

9. Bisogno di procedure terapeutiche

Terapia :

FARMACO	Ora	Ora	Ora	NOTE

TERAPIA IM / EV / SC

FARMACO	Ora	Ora	Ora	NOTE

	<b>SCHEDA INFERMIERISTICA DI ACCERTAMENTO DEI BISOGNI</b>	Pagina 4 di 4
--	---	---------------

10. Bisogno di procedure diagnostiche

Visite o accertamenti diagnostici programmati o da programmare a breve:

---

---

11. Note: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Inf. \_\_\_\_\_