# Tirocinio
# 1 anno

**Docente : dott.ssa Daniela De Matteis**

**Tutor : Annamaria Marsilli - Lorena Castellani-**

**Anna Giannini – Claudia Fantuzzi – Micheal Valentini-**
**Miranda koni Alessandro Pipoli- Scala Katiuscia-**

# assistere

- La parola “assistere” significa “*essere presente allo svolgimento di un fatto*” e “*stare vicino a una persona per offrirle appoggio e aiuto, o per aiutarla e darle la propria collaborazione nella sua attività, o comunque per giovarle materialmente o moralmente*“.
- L’assistere è legato all’aiutare, al soccorrere e sovente ci soffermiamo solo su questo aspetto dimenticando la prima parte del significato della parola, che è quello di essere presente. **Presenza significa non solo con l’essere lì, ma esserlo con padronanza delle proprie facoltà, con consapevolezza di sé, in altre parole con autocoscienza.**

# bisogni

Carenza di un “oggetto” desiderato, talché la persona orienta il suo comportamento per raggiungerlo o per soddisfare il relativo bisogno

# bisogni

- Quando una persona ha bisogno che un’altra la aiuti per la risposta ai suoi bisogni di base (muoversi, mangiare, dormire, lavarsi e vestirsi) ha bisogno che l’Aiutante sia presente non solo fisicamente, ma anche energeticamente. La qualità di questa presenza passa innanzitutto attraverso il contatto fisico, e quindi, nell’assistenza ai cosiddetti “bisogni di base**”, il toccare** il corpo dell’altro diventa il principale strumento di lavoro.
- Spesso accade che “nell’assistenza di base” vi sia una sorta di disparità tra il beneficio atteso dei riceventi e la prestazione offerta dell’operatore, il quale, per una serie di ostacoli, riesce parzialmente a soddisfare le aspettative delle persone.

“Il tocco arriva dove non arrivano la voce, le parole e le immagini”

# toccare

- Studi comprovati dalla letteratura ci confermano che l'aptonomia (caring touch) è in grado di determinare:

  – *l'ottimizzazione del servizio*
  – *la forza interiore nelle proprie capacità*
  – *l'aumento della percezione del proprio valore*
  – *il miglioramento della relazione empatica col paziente*
  – *la presa in carico e la considerazione del paziente come persona unica.*

# toccare

- Toccare è comunicare a tutti gli effetti; **toccare in modo appropriato significa accogliere l'altro riconoscendolo nella sua individualità (individuo= non diviso)**, confermandolo nel suo esistere. Se la mano di chi assiste realizza **solo un toccare tecnico** finalizzato al gesto che sta compiendo, spesso questo gesto risulta essere invasivo. Tuttavia, se la persona che assiste si riappropria di una visione che abbracci la totalità dell'essere umano (OLISTICA) a favore di un agire non frammentato, è possibile, almeno in parte, risolvere il problema. Chi assiste è infatti detentore di capacità, poteri e saperi in grado di intervenire sulla globalità della persona, non solo ai fini della riparazione (aspetti diagnostico/terapeutici), ma anche per dare sostegno alla vita proprio attraverso l'assistenza di base.

# Ascoltare

- L’ascolto è una pratica ben definita, rappresenta, a discapito di quello che si può pensare, un processo attivo, ed è parte integrante dell’assistenza infermieristica.
- Ascoltare rappresenta l’attività mentale di dedizione completa verso le parole del nostro interlocutore. Questo significa infatti garantire in primis tutta l’attenzione.
- L’attenzione infatti serve per assorbire tutto quello che viene ascoltato ma anche per comprenderlo. Si deve infatti ricordare che **ascoltare non assicura la comprensione**.

# La ricetta per un ascolto attivo

Per aiutarti ecco una selezione di punti fondamentali per imparare ad ascoltare:

•**Concedi attenzione**. Annulla le distrazioni, concediti solo al tuo interlocutore. Guardalo mentre ti parla e mantieni il contatto visivo. Cosa ti sta dicendo? Riesci a capire le sue parole?

•**Stai ascoltando, allora dimostralo**. Dai un segnale positivo a chi ti sta parlando, fagli vedere che ci sei, che lo stai ascoltando davvero. Un segno di assenso e di comprensione può aiutare, sia fisico che emotivo

•**Se ascolti hai anche delle domande da fare**. È impossibile non avere opinioni, dubbi o riflessioni su qualcosa che ci è appena stato detto. Utilizza questi pensieri per esprimere il tuo ascolto: dai pareri su ciò che è appena stato detto, fai domande, cerca spunti di riflessione

•**Ascolta fino in fondo**. Non interrompere, non cercare di forzare la conclusione di un discorso e non dare segni di distrazione o di impazienza. È fondamentale capire fino in fondo il messaggio

- **Dai un feedback riguardo ciò che è appena stato detto**, fai un breve riassunto del tipo fammi capire se ho compreso ciò che hai detto, quello che intendi dire è… (riepilogando i punti salienti) Quest’ultimo è un punto chiave senza il quale rimane la possibilità di un’incomprensione
- Questi punti possono essere la tua chiave di svolta per ascoltare meglio. Tutti possono sentire, senza sforzi particolari: dimostra di saper ascoltare.
- **Trasforma il sentire in ascolto attivo.**

# osservare

- ’osservazione è una attività complessa che si deve apprendere
- Occorre sapere **cosa** osservare
- Occorre sapere **come** osservare
- Occorre **selezionare** ciò che si è osservato

Osservare con organi di senso

# osservare

- OSSERVARE **NON** è LA STESSA COSA DI GUARDARE
- FA USO ANCHE DEI CINQUE SENSI:
- VISTA: caratteristiche fisiche, comportamenti
- UDITO: suoni e rumori
- OLFATTO: odori e profumi
- TATTO: sensazioni come morbidezza , solidità, ecc.
- GUSTO: dolce, amaro, insipido, sgradevole

# intervista

- **INTERVISTA È una forma di comunicazione strutturata**
  Per definire le domande è necessario chiedersi : a cosa servono le informazioni che vogliamo raccogliere ?
- Deve essere programmata

- **l'intervista ha lo scopo di**
  ottenere informazioni utili per conoscere la persona assistita ed individuare eventuali problemi al fine di pianificare gli interventi assistenziali- contribuire a stabilire una relazione interpersonale positiva con la persona assistita- fornire informazioni alla persona assistita

# INTERVISTA

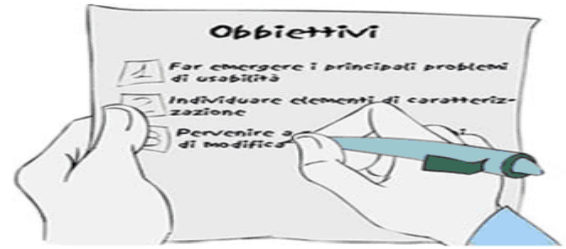
- Caratteristiche :
- INDIVIDUALE
- RISERVATA
- PROGRAMMATA
- NON ESPRESSIVA DI GIUDIZI DI VALORE

# diagnosi

## DIAGNOSI

| MEDICA | INFERMIERISTICA |
| --- | --- |
| •Descrive la patologia di organi specifici | •Descrive una risposta umana, reale o potenziale ad un problema di salute |
| •Raccoglie informazioni sui segni e sintomi del processo di malattia | •Descrive la risposta del paziente al processo di malattia, e lo stadio di sviluppo |
| •Offre modalità di comunicare richieste di trattamento della patologia | •Offre modalità di comunicare trattamenti o interventi infermieristici |

# LE SCALE DI VALUTAZIONE




**“Le scale di valutazione, sono strumenti per misurare in modo oggettivo, preciso ed omogeneo i bisogni degli assistiti ai quali è necessario far fronte a livello primario. L’analisi attraverso variabili ben definite fornisce indicazioni precise, confrontabili, omogenee che permettono l’utilizzo di procedure riferite da un protocollo. Queste valutazioni vanno fatte più volte durante la degenza o almeno all’ingresso e alla dimissione.”**

# SCALE DI VALUTAZIONE

- **Una scala di valutazione, in medicina, è un metodo utilizzato per quantificare un determinato rischio o una condizione di un paziente. Le scale possono essere usate per verificare un danno in corso, per un danno che può avvenire o per verificare la funzionalità.**

# Scale di valutazione

- Norton
- Scala delle prevenzione alle cadute
- Dolore
- Bmi
- Glasgow
- Barthel
- Braden
- Trico
- Brass
- CAM –Pfeiffeer
- NEC -PAL

# Triage

- Il termine **triage deriva dal francese *"trier" che significa scegliere, selezionare, mettere*** in fila. Si tratta, nel caso dei sistemi d'emergenza, di organizzare il soccorso definendo gli interventi da adottare sulla base di priorità correlate alla gravità delle situazioni, alla probabilità di successo degli interventi, alla disponibilità delle risorse.
- Il **triage rappresenta, in concreto, una metodica che serve a classificare le persone in relazione** al problema evidenziato, per predisporne, nel modo più veloce possibile, rispetto alla gravità delle condizioni cliniche, la terapia, il trasporto e il ricovero nell'ambito adeguato.

# Fasi del triage

raccolta dati – ascolto ed intervista

Composta

1. dalla valutazione soggettiva: effettuata attraverso l'intervista

2. dalla valutazione oggettiva: rilevazione dei segni e dei parametri vitali apparenti secondo l'ABCD

Airway pervietà delle vie aeree,

Breathing respiro,

Circulation alterazioni del circolo,

Disability alterazioni neurologiche,

e nell'analisi della documentazione clinica ove presente.

# Glasgow coma scale-

| Behaviour | Response |
|---|---|
| Eye Opening Response | 4. Spontaneously<br>3. To speech<br>2. To pain<br>1. No response |
| Verbal Response | 5. Oriented to time, person and place<br>4. Confused<br>3. Inappropriate words<br>2. Incomprehensible sounds<br>1. No response |
| Motor Response | 6. Obeys command<br>5. Moves to localised pain<br>4. Flex to withdraw from pain<br>3. Abnormal flexion<br>2. Abnormal extension<br>1. No response |

***Total Score***

***Best score - 15***
***Comatosed - ≤8***
***Unresponsive - 3***

| GLASGOW COMA SCORE | | |
|---|---|---|
| **Apertura degli occhi** | spontaneamente | **4** |
| | alla parola | **3** |
| | al dolore | **2** |
| | non apre gli occhi | **1** |
| | | |
| **Risposte verbali** | orientata, cioè il paziente relaziona con l'ambiente, capisce e risponde | **5** |
| | confusa | **4** |
| | parole non appropriate, parole a casaccio, urla, bestemmia, cose insensate, anche se pronunciate bene | **3** |
| | suoni incomprensibili, per esempio farfuglia | **2** |
| | nessuna | **1** |
| | | |
| **Risposte motorie** | obbedisce ai comandi | **6** |
| | localizza il dolore, se non vi è risposta ai comandi si applica uno stimolo doloroso che viene mantenuto finché non si abbia il massimo della risposta: inizialmente si applica la pressione al letto ungueale con il risultato di estensione o flessione del gomito; se vi è una di queste risposte allora lo stimolo viene effettuato al collo o al tronco per ricercare la "localizzazione" che si intende effettuata quando gli arti si muovono per tentare di rimuovere lo stimolo doloroso. | **5** |
| | si retrae, flette normalmente ma non localizza il dolore. | **4** |
| | Anormale flessione allo stimolo doloroso (decorticazione) | **3** |
| | Estensione allo stimolo doloroso, si ha quando la risposta è in adduzione delle braccia, rotazione interna e pronazione dell'avambraccio nel modello stereotipato della decerebrazione. (decerebrazione) | **2** |
| | nessuna | **1** |
| **RISULTATO** | | |
| Grave, con GCS ≤ 8 | Moderato, GCS 9-13 | Minore, GCS > 14 |

# TRIAGE DI CORRIDOIO

- La **scala Mews** (**Modified Early Warning Score**) è uno strumento validato che, attraverso una serie di parametri, è in grado di **identificare il grado di instabilità clinica del paziente**.
- Il **punteggio** che si ottiene dalla scala va **da un minimo di 0 ad un massimo di 14**.
- Gli studi mostrano che un **punteggio uguale o superiore a 5** identifica un **paziente critico ed instabile**, le cui condizioni possono velocemente evolvere verso un ricovero in terapia intensiva o addirittura alla morte.
- Per tutti gli altri pazienti con valori nella norma, il MEWS è comunque uno strumento importante per **evidenziare tempestivamente un peggioramento** delle condizioni cliniche.

# MEWS

## Modified Early Warning Score

Cognome ..... Nome ..... Data di nascita ..... Luogo di nascita ..... Età .....

| | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | Valore |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Frequenza Respiratoria | | < 9 | | 9 - 14 | 15 - 20 | 21 - 29 | > 30 | ..... |
| Frequenza Cardiaca | | < 40 | 41 - 50 | 51 - 100 | 101 - 110 | 111 - 129 | > 130 | ..... |
| Pressione Arteriosa Sistolica | < 70 | 71 - 80 | 81 - 100 | 101 - 199 | | > 200 | | ..... |
| Livello di Coscienza | | | | Vigile | Risponde alla voce | Risponde al dolore | Non risponde | ..... |
| Temperatura corporea (°C) | | < 35 | | 35 - 38,4 | | > 38,5 | | ..... |

Comorbidità

Totale .....

TABELLA 2

| PUNTEGGIO NEWS | FREQUENZA DEL MONITORAGGIO | RISPOSTA CLINICA |
|---|---|---|
| 0 | Minimo ogni 12 ore | Continuare l'uso della carta NEWS |
| Totale: 1-4 | Minimo ogni 4-6 ore | Allertare il personale infermieristico direttamente responsabile del paziente.<br>Il personale decide il livello di allerta necessario. |
| Totale: ≥ 5 | Almeno ogni ora | L'infermiere informa il team medico.<br>Il medico responsabile valuta urgentemente il paziente.<br>Il livello assistenziale deve essere adeguato alla gravità clinica. |
| 3 in un solo parametro | | |
| Totale: ≥ 7 | Monitoraggio continuo | L'infermiere chiama in emergenza il team medico.<br>Il team medico provvede alle cure ed eventualmente chiama lo specialista.<br>Viene presa in considerazione il trasferimento in un reparto subintensivo o intensivo. |

# LIVELLO DI COMPLESSITA' ASSISTENZIALE - IDA MODIFICATA 2

| ALIMENTAZIONE - IDRATAZIONE | | ELIMINAZIONE (ALVO URINE) | | IGIENE E COMFORT | | MOBILIZZAZIONE | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **1**= NPT / NET | | **1 =** Incontinenza urinaria e/o dell'alvo permanente | | **1 =** Intera igiene corporea a letto senza l'aiuto del paziente | | **1=** Allettato | |
| **2** = Deve essere imboccato | | | | | | | |
| **2** = DISFAGIA | | **2** = Incontinenza urinaria e/o dell'alvo occasionale | | **2 =** Intera igiene corporea a letto con l'aiuto del paziente | | **2 =** Mobilizzazione su poltrona | |
| **3** = Necessita di aiuto per alimentarsi | | **3** = Catetere vescicale a permanenza | | **3** = Igiene intima a letto, indipendente nell'uso dei servizi | | **3** = Cammina con l'aiuto di una o più persone | |
| **4 =** Autonomo | | **4 =** Autonomo | | **4** = Autosufficiente | | **4 =** Autonomo | |

| PROCEDURE DIAGNOSTICHE | | PROCEDURE TERAPEUTICHE | | PERCEZIONE SENSORIALE | |
|---|---|---|---|---|---|
| **1** =Monitoraggio dei parametri vitali continuo | | **1** = Catetere venoso centrale per infusione continua nelle 24 h | | **1** =Stato soporoso /coma | |
| **2** = Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi inferiori a 1 h | | **2** = CVC o CVP periferico per infusione non continua | | **2** = Disorientamento temporo -spaziale continuo, uso di sedativi giorno e notte | |
| **3** = Monitoraggio dei parametri vitali ripetuto per periodi superiori a 1 h | | **3 =Terapia per os, i.m, e.v. (comprese le fleboclisi)** | | **3** = Disorientamento temporospaziale occasionale, dorme di notte con o senza sedativi | |
| **4 = Esami diagnostici di routine ed altri accertamenti** | | **4** = Terapia solo per os o nessuna terapia | | **4** = Paziente vigile e orientato, non necessita di alcun sedativo la notte | |

| **TOTALE PUNTEGGIO IDA:** | | **COMPLESSITA' PAZIENTE** | |
|---|---|---|---|

| | |
|---|---|
| Punteggio da 14 a 19: **MEDIA dipendenza assistenziale** | Punteggio da 20 a 28: **BASSA dipendenza assistenziale** |
| **Punteggio da 7 a 13: ALTA dipendenza assistenziale** | **FIRMA INF** |

L'utilizzo sinergico della **scala** MEWS e della **scala IDA** va a costituire il sistema Tri-Co (Triage di corridoio) in cui come già detto la **valutazione** del grado di gravità e di dipendenza viene misurata grazie a due sistemi a punteggio, uno medico (MEWS – Modified Early Warning Score) ed uno infermieristico

| | IDA 20-28<br>0 | IDA 12-19<br>1 | IDA 7-11<br>2 |
|---|---|---|---|
| MEWS 0-2<br>0 | Bassa | Media | Alta |
| MEWS 3-4<br>1 | Media | Media | Alta |
| MEWS>5<br>2 | Alta | Alta | Alta |

**ADL**

**(ACTIVITIES OF DAILY LIVING)**

| **A) <u>FARE IL BAGNO</u> (vasca, doccia, spugnature)** | **Punteggio** |
|---|---|
| 1) Fa il bagno da solo (entra ed esce dalla vasca da solo). | 1 |
| 2) Ha bisogno di assistenza soltanto nella pulizia di una parte del corpo (es. dorso). | 1 |
| 3) Ha bisogno di assistenza per più di una parte del corpo. | 0 |
| | |
| **B) <u>VESTIRSI</u> (prendere i vestiti dall'armadio e/o cassetti, inclusa biancheria intima, vestiti, uso delle allacciature e delle bretelle se utilizzate)** | |
| 1) Prende i vestiti e si veste completamente senza bisogno di assistenza. | 1 |
| 2) Prende i vestiti e si veste senza bisogno di assistenza eccetto che per allacciare le scarpe. | 1 |
| 3) Ha bisogno di assistenza nel prendere i vestiti o nel vestirsi oppure rimane parzialmente o completamente svestito. | 0 |
| | |
| **C) <u>TOILETTE</u> (andare nella stanza da bagno per la minzione e l'evacuazione, pulirsi, rivestirsi)** | |
| 1) Va in bagno, si pulisce e si riveste senza bisogno di assistenza (può utilizzare mezzi di supporto come bastone, deambulatore o seggiola a rotelle, può usare vaso da notte o comoda svuotandoli al mattino). | 1 |
| 2) Ha bisogno di assistenza nell'andare in bagno o nel pulirsi o nel rivestirsi o nell'uso del vaso da notte o della comoda. | 0 |
| 3) Non si reca in bagno per l'evacuazione | 0 |
| | |
| **D) <u>SPOSTARSI</u>** | |
| 1) Si sposta dentro e fuori dal letto e in poltrona senza assistenza (eventualmente con canadesi o deambulatore). | 1 |
| 2) Compie questi trasferimenti se aiutato. | 0 |
| 3) Allettato, non esce dal letto. | 0 |
| | |
| **E) <u>CONTINENZA DI FECI ED URINE</u>** | |
| 1) Controlla completamente feci e urine. | 1 |
| 2) "Incidenti" occasionali. | 0 |
| 3) Necessità di supervisione per il controllo di feci e urine, usa il catetere, è incontinente | 0 |
| | |
| **F) <u>ALIMENTAZIONE</u>** | |
| 1) Senza assistenza. | 1 |
| 2) Assistenza solo per tagliare la carne o imburrare il pane. | 1 |
| 3) Richiede assistenza per portare il cibo alla bocca o viene nutrito parzialmente o completamente per via parenterale. | 0 |
| | |
| **PUNTEGGIO TOTALE (A+B+C+D+E+F)** | **/6** |

# Instrumental Activity of Daily Living

# IADL

La scala IADL tiene conto di funzioni fisiche più complesse è costituita da un elenco di 8 attività funzionali complesse e per ciascuna di esse sono descritti 3 o più livelli di competenza. Le attività comprendono:

1) usare il telefono
2) fare la spesa
3) cucinare
4) fare le pulizie di casa
5) lavare la biancheria
6) autonomia di trasporto
7) gestione indipendente della terapia farmacologica
8) autonomia nella gestione delle questioni economiche

# Il dolore

“è un’esperienza

sensoriale ed emozionale spiacevole, associata ad un danno tissutale reale o potenziale

# Scale di valutazione del dolore

- Scale unidimensionale

1. NRS
2. VAS
3. VRS
4. FPS

- Scale multidimensionali

1. MPQ
2. BPI
3. PAINAD

# Scale del dolore

## PAINAD

### Pain Assessment in Advanced Dementia (Warden, 2003)

***TABELLA 1:La scala PAINAD.***

| ***INDICATORI*** | ***0*** | ***1*** | ***2*** |
|---|---|---|---|
| ***Respirazione*** | Normale | Respiro affannoso | Respiro rumoroso e affannoso, alternanza di periodi di apnea e polipnea |
| ***Vocalizzazione*** | Nessun problema | Pianti occasionali o brontolii | Ripetuti urli o lamenti |
| ***Espressioni del volto*** | Sorridente o inespressivo | Triste e/o ciglia aggrottate | Smorfie |
| ***Linguaggio del corpo*** | Rilassato | Teso | Rigido con i pugni chiusi o che tenta di colpire |
| ***Consolazione*** | Nessun bisogno di essere consolato | Confuso e che cerca rassicurazione | Incapacità di distrazione e/o consolazione |
| ***0-1 Dolore assente*** | ***2-4 Dolore lieve*** | ***5-7 Dolore moderato*** | ***8-10 dolore severo*** |

# ISTRUZIONI PER LA MISURAZIONE DEL DOLORE CON NRS

Istruzioni verbali:

“Mi indichi per favore con un numero da O a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al dolore peggiore possibile;

# Scala di valutazione NRS

- VANTAGGI
- Praticità: uso verbale, nessun supporto cartaceo
- N °di intervalli maggiori della VRS
- Ottimo utilizzo per via telefonica (in assistenza domiciliare

- SVANTAGGI
- Difficoltà a ridurre la sensazione dolorosa in numero
- N° di intervalli minori rispetto alla VAS

- Se il paziente contesta l’istruzione, dicendo per esempio che lui non può sapere qual è il dolore peggiore in assoluto, ricordargli che si tratta di una valutazione soggettiva e personale; chiedere di fare riferimento a quello che lui immagina essere il peggiore dolore;
- Non mostrare o riferire al paziente la valutazione del dolore data in precedenza,
- Non fare commenti sulla risposta data”
- Ricordare sempre che la valutazione del dolore fatta dal paziente può essere influenzata da molteplici fattori soggettivi e che lo strumento di misura che noi utilizziamo non è un “termometro”.

# VAS la rappresentazione visiva dell'ampiezza del dolore che il malato soggettivamente avverte. La VAS è rappresentata da una linea lunga 10 cm

- Vantaggi
- Alta sensibilità

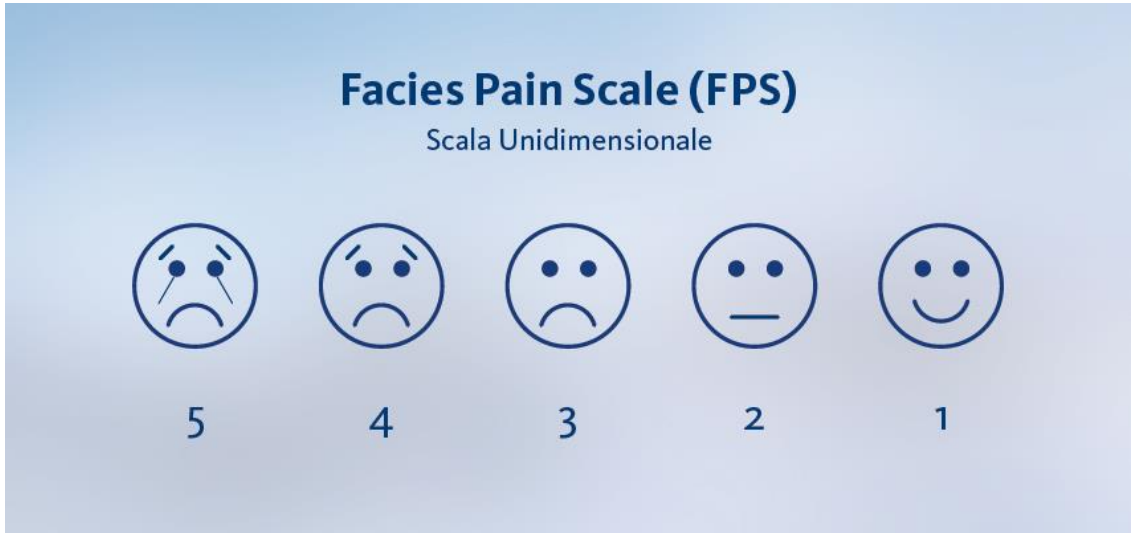
- Svantaggi
- Necessita di supporto cartaceo
- Non può essere utilizzata con pazienti con deficit cognitivi
- Difficile in pazienti con stato di malattia avanzata

# Scala di valutazione VRS

- Vantaggi
- Semplicità
- Praticità: uso verbale
- Nessun supporto cartaceo
- Spazio alla descrizione qualitativa
-

- Svantaggi
- Bassa sensibilità

# FPS




La **scala FPS** viene usata molto per la misurazione del dolore nei bambini i quali non hanno la competenza verbale e la comprensione concettuale degli adulti, né tanto meno sono in grado di compilare una scala analogica visiva prima dei 7 anni.

**Caratteristiche**

Questa scala consiste generalmente in una serie di disegni raffiguranti diverse espressioni facciali, che rappresentano le variazioni di gravità del dolore. Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa. Il tempo di somministrazione è di 2-5 minuti.

## SCALE MULTI DIMENSIONALI

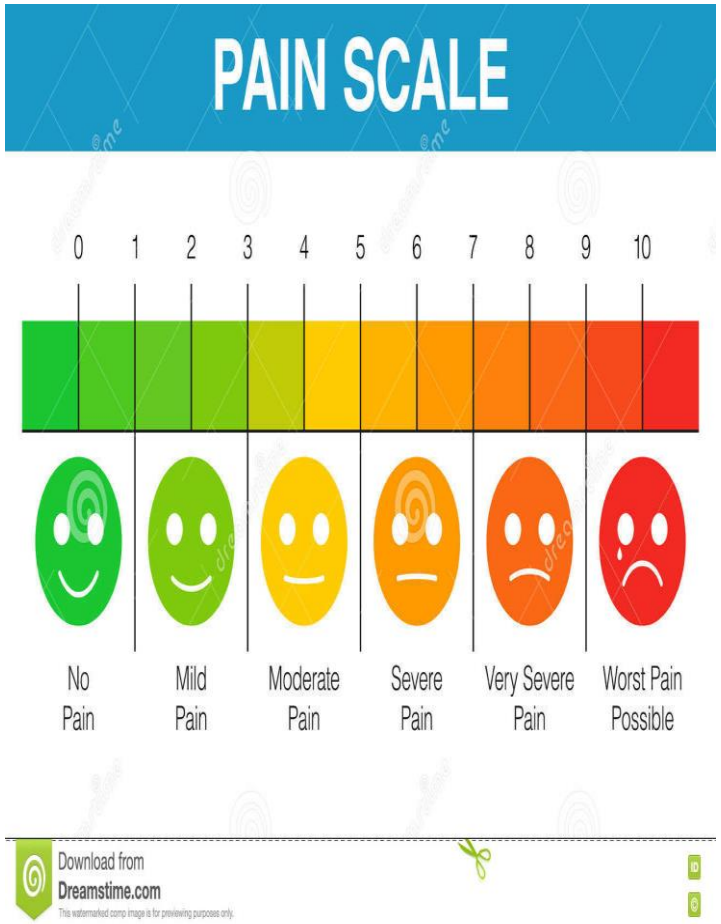
- Il McGill Pain Questionnaire è uno strumento, sviluppato da Melzack nel 1971, ampiamente utilizzato per la possibilità di quantificare il dolore attraverso il rapporto verbale. È costituito da tre sezioni. La prima parte consiste in 78 descrittori del dolore, suddivisi in 4 categorie principali: la classe sensoriale, la classe affettiva, la classe valutativa e la classe miscellanea. Ogni classe è suddivisa ulteriormente in sottoclassi (ad esempio la classe sensoriale è composta da descrittori del dolore con caratteristiche temporali, spaziali, pressorie e termiche). La seconda parte esplora le variazioni del dolore nel tempo. Infine, la terza parte valuta l'intensità del dolore. Il tempo impiegato per completare il questionario è in genere di 10-15 minuti.

# Il Brief Pain Inventory (BPI)

- è uno strumento costituito da 15 domande originariamente sviluppato per valutare l’impatto e l’intensità del dolore nei pazienti neoplastici e più recentemente validato per l'impiego in condizioni dolorose croniche non maligne. Ai pazienti viene chiesto di localizzare la sede del dolore su una mappa corporea e di definire l’intensità su una scala numerica da 0 (nessun dolore) a 10 (il peggior dolore immaginabile). Le altre domande valutano il grado di interferenza (da 0 a 10) che il dolore determina su alcune comuni attività della vita dei pazienti (camminare, lavorare, attività ludiche, le relazioni interpersonali, il sonno, l’umore).

# painad

- E una scala multidimensionale utilizzata per i pazienti non collaboranti con deterioramento cognitivo severo
- Si basa sull’osservazione di 5 indicatori
- (respirazione, vocalizzazione, espressione del volto, linguaggio del corpo, consolazione)
- ai quali viene dato un punteggio che consente poi una sovrapponibilità con le scale numeriche in uso.



# Scala

SCALA DI NORTON MODIFICATA SECONDO STOTTS

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Condizioni generali:** livelli di assistenza richiesti per ADL, relativi a: igiene, nutrizione, medicazioni, movimenti | **4 - Buone** Abile a eseguire le proprie ADL. | **3 - Discrete** Necessita di assistenza per eseguire alcune ADL. | **2 - Scadenti** Richiede assistenza per più ADL. | **1 - Pessime** Totalmente dipendente su tutte le ADL. |
| **Stato mentale** Risponde alle domande relative al tempo, spazio e persone in modo soddisfacente e veloce | **4 - Lucido** Orientato nel tempo, spazio e persone. Risposta rapida. | **3 - Apatico** **Orientato** nel tempo, spazio e nelle persone, con una ripetizione della domanda. | **2 - Confuso** Parzialmente orientato nel tempo, spazio, persone. La risposta può essere rapida. | **1 - Stuporoso** Totalmente disorientato. La risposta può essere lenta o rapida. Il paziente potrebbe essere in coma. |
| **Deambulazione** Distanza e indipendenza nella deambulazione | **4 - Normale** Deambula fino a quando è affaticato. Cammina da solo o con l'assistenza di presidi (es. bastone). | **3 - Cammina con aiuto** Deambula finché è affaticato. Richiede l'assistenza di una persona per la deambulazione. Può usare anche un presidio. | **2 - Costretto su sedia** Cammina o si muove soltanto su sedia. | **1 - Costretto a letto** Confinato a letto per tutte le 24 ore. |
| **Mobilità** Quantità e controllo del movimento di una parte del corpo | **4 - Piena** Può muovere e controllare le estremità come vuole. Può o non può usare un presidio. | **3 - Moderatamente limitata** Può usare e controllare le estremità con la minima assistenza di un'altra persona. Può o non può usare un presidio. | **2 - Molto limitata** Limitata indipendenza ai movimenti e al controllo delle estremità. Richiede maggior assistenza di un'altra persona. Può usare un presidio. | **1 - Immobile** Non ha indipendenza nel movimento o controllo delle estremità. Richiede assistenza per il movimento di ogni estremità. |
| **Incontinenza** Valutazione dell'insufficienza del controllo di urine e feci | **4 - Assente** Non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere. | **3 - Occasionale** Incontinenza di urine 1-2 volte/die e/o feci 1 volta die. | **2 - Abituale (urine)** Incontinenza di urine e/o feci 2-3 volte/die, ma non sempre. | **1 - Doppia** Totale incontinenza di urine e feci. |

## *Scala di Brass*

10 domande a risposta multipla con punteggio differenziato

- Età
- Condizioni di vita
- Stato funzionale
- Stato cognitivo
- Modelli comportamentali
- Mobilità
- Deficit sensoriali
- N° di ricoveri e/o accessi DEA
- N° problemi clinici
- N° farmaci assunti

## *Scala di Brass*

**Totale**

**0-10:** basso rischio di problemi per organizzare la dimissione

**11-19:** medio rischio di problemi che richiedono una pianificazione della dimissione

**>/= 20:** rischio alto di problemi che richiedono una continuità di cure in strutture riabilitative

ASSISTENTE SOCIALE

# Scala di BRASS

| Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index | ETICHETTA DEL PAZIENTE |
|---|---|
| **Età** (una sola opzione)<br><br>0= 55 anni o meno<br>1= 56 – 64 anni<br>2= 65 – 79anni<br>3= 80 anni e più<br>**Condizioni di vita e supporto sociale** (una sola opzione)<br><br>0= Vive col coniuge<br>1= Vive con la famiglia<br>2= Vive da solo con il sostegno del familiare<br>3= Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti<br>4= Vive solo senza alcun sostegno<br>5= Assistenza domiciliare/residenziale | **Mobilità** (una sola opzione)<br><br>0= Deambula<br>1= Deambula con aiuto di ausili<br>2= Deambula con assistenza<br>3= Non deambula<br>**Deficit sensoriali** (una sola opzione)<br><br>0= Nessuno<br>1= Deficit visivi o uditivi<br>2= Deficit visivi e uditivi |
| **Stato funzionale**( ogni opzione valutata)<br><br>0= Autonomo(indipendente in ADL e IADL)<br>**Dipendente in:**<br>1= Alimentazione/nutrizione<br>1= Igiene/abbigliamento<br>1= Andare in bagno<br>1= Spostamenti/mobilità<br>1= Incontinenza intestinale<br>1= Incontinenza urinaria<br>1= Preparazione del cibo<br>1= Responsabilità nell'uso di medicinali<br>1= Capacità di gestire il denaro<br>1= Fare acquisti | **Numero di ricoveri pregressi /accessi al pr**<br>(una sola opzione)<br><br>0= Nessuno negli ultimi 3 mesi<br>1= Uno negli ultimi 3 mesi<br>2= Due negli ultimi 3 mesi<br>3= Più di due negli ultimi 3 mesi |

# SCALA DI SCHMID



| | DATA INGRESSO | DATA | DATA | DATA | DATA |
|---|---|---|---|---|---|
| **VALUTAZIONE DELLA MOBILITA' ATTRAVERSO L'OSSERVAZIONE DIRETTA** | | | | | |
| 0 - Deambulazione senza disturbi dell'andatura | | | | | |
| 1 - Deambula o si sposta con presidi o con assistenza / andatura instabile | | | | | |
| 1 - Deambula con instabilità ma non richiede assistenza | | | | | |
| 0 - Inabilità a deambulare o effettuare spostamenti | | | | | |
| **VALUTAZIONE DELL'ELIMINAZIONE** | | | | | |
| 0 - AUTONOMO | | | | | |
| 1 - INDIPENDENTE, con alterazione dell'alvo e della diuresi | | | | | |
| 1 - Necessita di assistenza nell'IGIENE PERSONALE | | | | | |
| 1 - INCONTINENTE | | | | | |
| **VALUTAZIONE DELLO STATO COGNITIVO ATTRAVERSO L'OSSERVAZIONE DIRETTA** | | | | | |
| 0 - Vigile, ORIENTATO | | | | | |
| 1 - STATO CONFUSIONALE PERIODICO | | | | | |
| 1 - STATO CONFUSIONALE | | | | | |
| 0 - STATO COMATOSO / NON RISPONDE AGLI STIMOLI | | | | | |
| **VALUTAZIONE DELLE CADUTE PREGRESSE** | | | | | |
| 1 - SI prima dell'AMMISSIONE IN OSPEDALE | | | | | |
| 2 - SI DURANTE IL RICOVERO ____ IN DATA ____ | | | | | |
| 0 - NO | | | | | |
| 1 - NON SO | | | | | |
| **TERAPIA** | | | | | |
| 2 - ANTICONVULSIVANTI / TRANQUILLANTI O PSICOTROPI / IPNOTICI | | | | | |
| **TOTALE VALUTAZIONE DEL RISCHIO** | | | | | |

# Scala di BRASS

| Blaylock Risk Assessment Screening Score (BRASS) index | **ETICHETTA DEL PAZIENTE** |
|---|---|
| **Età** (una sola opzione)<br><br>0= 55 anni o meno<br>1= 56 – 64 anni<br>2= 65 – 79anni<br>3= 80 anni e più<br>**Condizioni di vita e supporto sociale** (una sola opzione)<br><br>0= Vive col coniuge<br>1= Vive con la famiglia<br>2= Vive da solo con il sostegno del familiare<br>3= Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti<br>4= Vive solo senza alcun sostegno<br>5= Assistenza domiciliare/residenziale | **Mobilità** (una sola opzione)<br><br>0= Deambula<br>1= Deambula con aiuto di ausili<br>2= Deambula con assistenza<br>3= Non deambula<br>**Deficit sensoriali** (una sola opzione)<br><br>0= Nessuno<br>1= Deficit visivi o uditivi<br>2= Deficit visivi e uditivi |
| **Stato funzionale**( ogni opzione valutata)<br><br>0= Autonomo(indipendente in ADL e IADL)<br>**Dipendente in:**<br>1= Alimentazione/nutrizione<br>1= Igiene/abbigliamento<br>1= Andare in bagno<br>1= Spostamenti/mobilità<br>1= Incontinenza intestinale<br>1= Incontinenza urinaria<br>1= Preparazione del cibo<br>1= Responsabilità nell'uso di medicinali<br>1= Capacità di gestire il denaro<br>1= Fare acquisti<br>1= Utilizzo di mezzi di trasporto | **Numero di ricoveri pregressi /accessi al pronto soccorso** (una sola opzione)<br><br>0= Nessuno negli ultimi 3 mesi<br>1= Uno negli ultimi 3 mesi<br>2= Due negli ultimi 3 mesi<br>3= Più di due negli ultimi 3 mesi |

| | |
|---|---|
| **Stato cognitivo** (una sola opzione)<br><br>0= Orientato<br>1= Disorientato in alcune sfere*qualchevolta<br>2= Disorientato in alcune sfere*sempre<br>3= Disorientato in tutte le sfere*qualchevolta<br>4= Disorientato in tutte le sfere*sempre<br>5= Comatoso<br>**sfere:spazio,tempo,luogo e sé* | **Numero di problemi clinici attivi** (una sola opzione)<br><br>0= Tre problemi clinici<br>1= Da tre a cinque problemi clinici<br>2= Più di cinque problemi clinici |
| **Modello comportamentale**(ogni opzione osservata)<br><br>0= Appropriato<br>1= Wandering (pazienti che vanno sempre in giro, e tendono a scappare)<br>1= Agitato<br>1= Confuso<br>1= Altro | **Numero di farmaci assunti** (una sola opzione)<br><br>0= Meno di tre farmaci<br>1= Da tre a cinque farmaci<br>2= Più di cinque farmaci |
| TOTALE | |

| Punteggio | Indice di rischio |
|---|---|
| **0-10**<br>**Rischio basso** | **Soggetti a basso rischio** di problemi dopo la dimissione: non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione,la disabilità è molto limitata. |
| **11-19**<br>**Rischio medio** | **Soggetti a medio rischio** di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione,ma,probabilmente,senza rischio di istituzionalizzazione. |
| **= 20**<br>**Alto rischio** | **Soggetti ad alto rischio** perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure probabilmente in strutture riabilitative o istituzioni. |

# Barthel Index Code o Indice di Barthel,

- **utilizzata  per valutare il grado di autonomia degli assistiti. Adl** Le attività della vita quotidiana (in inglese **Activities of Daily Living)**

- Al paziente viene assegnato il punteggio massimo di 100 (autonomia totale) se lo stesso è capace, in piena autonomia, di svolgere le sue azioni senza la presenza di personale sanitario o assistenziale.

# Barthel index (0: dipendenza totale-100: autosufficienza)

| **Funzioni esaminate** | **No** | **Aiuto** | **Indipendente** |
|---|---|---|---|
| Mangiare | 0 | 5 | 10 |
| Spostarsi sedia-letto e ritorno | 5 | 10 | 15 |
| Igiene personale | 0 | 0 | 5 |
| Fare il bagno | 0 | 0 | 5 |
| vestirsi | 0 | 5 | 10 |
| Camminare in bagno | 0 | 10 | 15 |
| Spingere la sedia a rotelle | 0 | 0 | 5 |
| Salire e scendere le scale | 0 | 5 | 10 |
| Controllo defecazione | 0 | 5 | 10 |
| Controllo minzione | 0 | 5 | 10 |

# la scala di Braden

prende in considerazioni 6 indicatori che predispongono un soggetto a LDD in due modi:
- esponendolo ad una prolungata ed intensa pressione sulle aree corporee a rischio (compromissione di sensorio, attività fisica e mobilità)
- Diminuendo la tolleranza dei tessuti alla pressione (umidità della pelle, iponutrizione, frizione e scivolamento sui piani).

# braden

SENSORIO: intende la capacità di rispondere adeguatamente alla dolenza da pressione
UMIDITA': intende il grado di esposizione della pelle all'umidità dovuta a cause diverse (urine, sudorazione)
ATTIVITA': intende il grado di attività fisica soprattutto in relazione alla deambulazione
MOBILITA': intende la capacità di cambiare e di mantenere le posizioni del corpo
NUTRIZIONE : intende l'assunzione usuale di cibo (almeno relativa all'ultima settimana)
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO: queste 2 forze sono qui assimilate anche se la prima solitamente crea lesioni più superficiali (abrasioni) e la seconda interessa i tessuti più profondi

Lo score va da 6 a 23, con i valori più bassi indicanti un rischio maggiore:
Rischio alto per valori inf. a 16 nei pazienti acuti
inf. a 18 nei lungodegenti

# SCALA DI BRADEN

| Indicatori | 4 | 3 | 2 | 1 |
|---|---|---|---|---|
| Percezione sensoriale | Non limitata | Leggermente | Molto limitata | Completamente limitata |
| Umidità | Raramente bagnato | Occasionalmente bagnato | Spesso bagnato | Costantemente bagnato |
| Attività | Cammina frequentemente | Cammina occasionalmente | In poltrona | Completamente allettato |
| Mobilità | Limitazione assente | Parzialmente limitata | Molto limitata | Immobile |
| Nutrizione | Eccellente | Adeguata | Probabilmente povera | Molto povera |
| Frizione e scivolamento | | Assenza di problemi | Problema potenziale | Problema |

**Vi è rischio di contrarre lesioni con un punteggio =<16pt**

# LE 2 FACCE DELLA MALNUTRIZIONE:

- Esiste una malnutrizione “per eccesso” o “sovranutrizione” (sovrappeso-obesità) ed una malnutrizione “per difetto” o “sottonutrizione” che può manifestarsi in più forme: una con deficit prevalentemente energetico un’altra con deficit prevalentemente proteico) ed una mista che si presenta con le due caratteristiche precedenti e che è la più frequente.

# Screening nutrizionale

COSA:

- Strumento di facile e rapido utilizzo, in grado di individuare i pazienti a rischio di sviluppare malnutrizione o malnutriti, sia per le condizioni cliniche e/o la patologia di base (es. lunghi periodi di digiuno), sia per l'iter terapeutico (es. interventi chirurgici, radio o chemioterapie, ecc.).

QUANDO:

- Entro le 48 h dall'ingresso

# Screening nutrizionale

- Associazione standardizzata di indicatori di malnutrizione che consentono la formulazione di un punteggio valutativo

- Malnutrition Universal Screening (MUST)
- Nutritional Risk Screening (NRS 2002)
- Mini Nutritional Assessment (MNA)

# NRS 2002

- Il NRS 2002 prevede un pre-screening (o screening iniziale) costituito da 4 semplici domande
- BMI inferiore a 20,5;
- calo ponderale negli ultimi 3 mesi;
- riduzione degli introiti alimentari nell'ultima settimana;
- presenza di patologia acuta grave associata ad un apporto alimentare insufficiente/aumentato catabolismo.

- Se la risposta è positiva ad almeno una delle domande dello screening iniziale, il paziente viene sottoposto anche allo screening finale; se la risposta è negativa a tutte le domande, il paziente è rivalutato <u>ogni settimana</u>.

# Prima parte NRS 2002:

## Un esempio di screening della malnutrizione

## NRS 2002 (**N**utritional **R**isk **S**creening 2002)

| | | SI | NO |
|---|---|---|---|
| 1 | Il BMI è < 20.5? | | |
| 2 | Ha perso peso negli ultimi 3 mesi? | | |
| 3 | Ha mangiato meno nell'ultima settimana? | | |
| 4 | Ha una patologia grave? | | |

SI: (anche 1 solo) ➔ valutazione nutrizionale

NO: rivalutazione ogni settimana, piano nutrizionale preventivo se candidato a chirurgia maggiore

**Tabella III.** NRS 2002.

| SCREENING INIZIALE | | |
|---|---|---|
| 1. Il BMI è < 20,5? | Sì | No |
| 2. Si è verificato calo ponderale negli ultimi 3 mesi? | Sì | No |
| 3. Ha mangiato meno nell'ultima settimana? | Sì | No |
| 4. Presenta patologia grave (vedi sotto)? | | |
| Se anche una sola risposta è sì passare al punto successivo | | |

| Alterazione dello stato nutrizionale | | Gravità della malattia | |
|---|---|---|---|
| Assente<br>Punteggio 0 | Stato nutrizionale normale | Assente<br>Punteggio 0 | Fabbisogni nutrizionali normali |
| Lieve<br>Punteggio 1 | Calo ponderale > 5% in 3 mesi<br>Apporto nutrizionale 50% dei fabbisogni nell'ultima settimana | Lieve<br>Punteggio 1 | Frattura femore: patologie croniche (cirrosi, BPCO, emodialisi, diabete, neoplasie) |
| Moderata<br>Punteggio 2 | Calo ponderale > 5% in due mesi<br>BMI 18,5-20,5 + condizioni generali scadute<br>Apporto nutrizionale 25-50% dei fabbisogni nell'ultima settimana | Moderata<br>Punteggio 2 | Chirurgia addominale maggiore, ictus, polmoniti gravi, neoplasie ematologiche |
| Severa<br>Punteggio 3 | Calo ponderale > 5 % in 1 mese (> 15% in 3 mesi)<br>BMI < 18,5 + condizioni generali scadute<br>Apporto nutrizionale 25-50% dei fabbisogni nell'ultima settimana | Severa<br>Punteggio 3 | Trauma cranico, trapianto di midollo, terapia intensiva (APACHE > 10) |

| |
|---|
| Punteggio + punteggio = punteggio totale |
| Modificare il punteggio per età: se > 70 anni aggiungere 1 al punteggio totale |
| Punteggio ≥ 3: soggetto a rischio; indicato l'intervento nutrizionale<br>Punteggio < 3: re-screening settimanale del soggetto; se è programmato intervento chirurgico considerare un intervento nutrizionale preventivo per evitare lo stato di rischio associato |
| Un piano di intervento nutrizionale è indicato in tutti i pazienti che hanno:<br>Punteggio 1: il fabbisogno proteico è aumentato ma può esser coperto con dieta o supplementazione<br>Punteggio 2: il fabbisogno proteico è sensibilmente aumentato ma può essere soddisfatto anche con la nutrizione artificiale<br>Punteggio 3: il catabolismo proteico e la perdita di azoto possono essere solo ridotti significativamente con la nutrizione artificiale |

# Misure antropometriche: peso

-

## Formula per la stima del peso:

Uomini: (0,98 x CP) + (1,13 x HG) + (1,73 x CMB) + (0,37 x 5 x SPSc) - 81,69

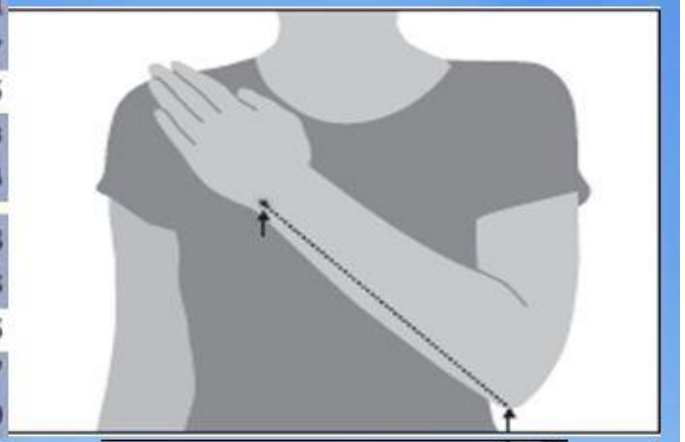
Donne: (1,27 x CP) + (0,87 x HG) + (0,98 x CMB) + (0,4 x SPSc) - 62,35

**CP: circonferenza polpaccio; CMB: circonferenza braccio a metà; HG: altezza ginocchio; SPSc: spessore della plica cutanea sottoscapolare**

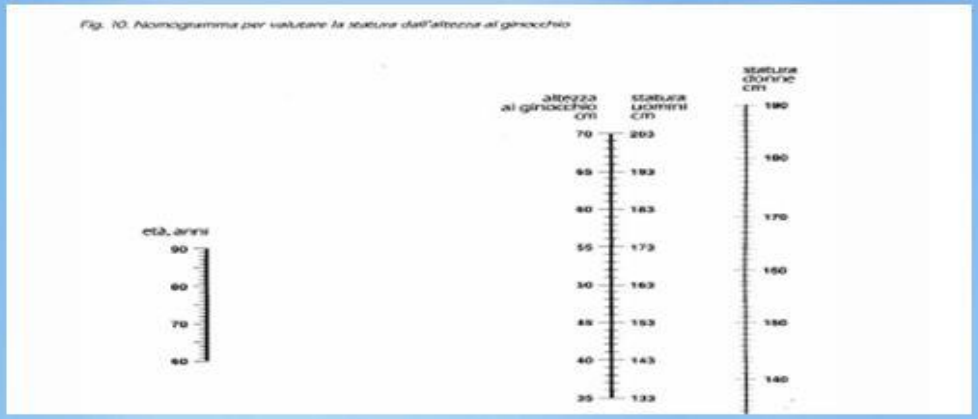
# Stima dell'altezza

## Stima dell'altezza dalla lunghezza dell'ulna

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HEIGHT (m) | Men(<65years) | 1.94 | 1.93 | 1.91 | 1.89 | 1.87 | 1.85 | 1.84 | 1.82 | 1.80 | 1.78 | 1.76 | 1.75 | 1.73 | 1.71 |
| | Men(>65years) | 1.87 | 1.86 | 1.84 | 1.82 | 1.81 | 1.79 | 1.78 | 1.76 | 1.75 | 1.73 | 1.71 | 1.70 | 1.68 | 1.67 |
| | Ulna length(cm) | 32.0 | 31.5 | 31.0 | 30.5 | 30.0 | 29.5 | 29.0 | 28.5 | 28.0 | 27.5 | 27.0 | 26.5 | 26.0 | 25.5 |
| HEIGHT (m) | Women(<65years) | 1.84 | 1.83 | 1.81 | 1.80 | 1.79 | 1.77 | 1.76 | 1.75 | 1.73 | 1.72 | 1.70 | 1.69 | 1.68 | 1.66 |
| | Women(>65years) | 1.84 | 1.83 | 1.81 | 1.79 | 1.78 | 1.76 | 1.75 | 1.73 | 1.71 | 1.70 | 1.68 | 1.66 | 1.65 | 1.63 |
| HEIGHT (m) | Men(<65years) | 1.69 | 1.67 | 1.66 | 1.64 | 1.62 | 1.60 | 1.58 | 1.57 | 1.55 | 1.53 | 1.51 | 1.49 | 1.48 | 1.46 |
| | Men(>65years) | 1.65 | 1.63 | 1.62 | 1.60 | 1.59 | 1.57 | 1.56 | 1.54 | 1.52 | 1.51 | 1.49 | 1.48 | 1.46 | 1.45 |
| | Ulna length(cm) | 25.0 | 24.5 | 24.0 | 23.5 | 23.0 | 22.5 | 22.0 | 21.5 | 21.0 | 20.5 | 20.0 | 19.5 | 19.0 | 18.5 |
| HEIGHT (m) | Women(<65years) | 1.65 | 1.63 | 1.62 | 1.61 | 1.59 | 1.58 | 1.56 | 1.55 | 1.54 | 1.52 | 1.51 | 1.50 | 1.48 | 1.47 |
| | Women(>65years) | 1.61 | 1.60 | 1.58 | 1.56 | 1.55 | 1.53 | 1.52 | 1.50 | 1.48 | 1.47 | 1.45 | 1.44 | 1.42 | 1.40 |



## Normogramma per la stima dell'altezza dall'altezza del ginocchio



# Stima dell'altezza

# Indice di massa corporea

## calcolo dell'indice di massa corporea (IMC)

1. Prendete il vostro peso in chilogrammi.
2. Dividetelo per la vostra altezza in metri e moltiplicata al quadrato.
3. Il risultato sarà il vostro IMC.

**La formula è:**

$$IMC = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altezza (m)}^2}$$

$$IMC = \frac{45}{1{,}70 \times 1{,}70} = \frac{45}{2{,}89} = 15{,}5$$

- Sottopeso se fra 17,5 e 18,4
- Normale se compreso fra 18,5 e 25.0
- Sovrappeso se si colloca fra 25,1 e 30.
- Obesità > 30

# bmi

## CALCOLO INDICE MASSA CORPOREA (BMI)

| | |
|---|---|
| PESO (in kg) | 101,0 |
| ALTEZZA (in cm) | 181,0 |
| BMI (Body Mass Index) | 30,8 |

| PESO | 1,50 | 1,52 | 1,54 | 1,56 | 1,58 | 1,60 | 1,62 | 1,64 | 1,68 | 1,70 | 1,72 | 1,74 | 1,76 | 1,78 | 1,80 | 1,82 | 1,84 | 1,86 | 1,88 | 1,90 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 100 | 44 | 44 | 42 | 41 | 40 | 39 | 38 | 37 | 35 | 35 | 34 | 33 | 32 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 |
| 98 | 44 | 43 | 41 | 40 | 39 | 38 | 37 | 37 | 35 | 34 | 33 | 32 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 |
| 94 | 42 | 41 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 | 35 | 33 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 27 | 26 |
| 90 | 40 | 39 | 38 | 37 | 36 | 35 | 34 | 34 | 32 | 31 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 |
| 88 | 39 | 39 | 37 | 36 | 35 | 34 | 34 | 33 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 |
| 86 | 38 | 38 | 36 | 35 | 35 | 34 | 33 | 32 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 24 |
| 84 | 37 | 37 | 35 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 29 | 28 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 24 | 23 |
| 82 | 36 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 31 | 29 | 28 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 |
| 80 | 36 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 31 | 30 | 28 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 |
| 78 | 35 | 34 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 |
| 76 | 34 | 33 | 32 | 31 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 22 | 21 |
| 74 | 33 | 32 | 31 | 30 | 30 | 29 | 28 | 28 | 26 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 |
| 72 | 32 | 32 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 |
| 70 | 31 | 31 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 |
| 68 | 30 | 30 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 |
| 66 | 29 | 29 | 28 | 27 | 27 | 26 | 25 | 25 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 |
| 64 | 28 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 19 | 18 | 18 |
| 62 | 28 | 27 | 26 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 22 | 21 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 18 | 17 |
| 60 | 27 | 26 | 25 | 25 | 24 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 17 |
| 58 | 26 | 25 | 24 | 24 | 23 | 23 | 22 | 22 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 |
| 56 | 25 | 25 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 |
| 54 | 24 | 24 | 23 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 |
| 52 | 23 | 23 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 18 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 |
| 50 | 22 | 22 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 17 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 |
| 48 | 21 | 21 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 |
| 46 | 20 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 18 | 17 | 16 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 |
| 44 | 20 | 19 | 19 | 18 | 18 | 17 | 17 | 16 | 16 | 15 | 15 | 15 | 14 | 14 | 14 | 13 | 13 | 13 | 13 | 12 |

ALTEZZA

| BMI | CONDIZIONE |
|---|---|
| < 18,50 | SOTTOPESO |
| 18,50 - 25 | NORMOPESO |
| 25 - 30 | SOVRAPPESO |
| 30 - 40 | OBESITÀ DI MEDIO GRADO |
| > 40 | OBESITÀ DI ALTO GRADO |

# STIMA DELL' BMI

## Stima della categoria di indice di massa corporea (IMC)

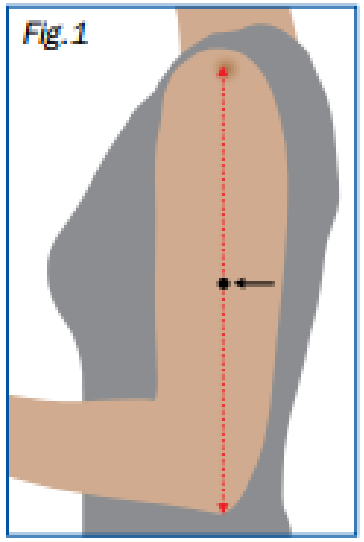
Se non è possibile misurare né ottenere l'altezza e il peso, si può stimare un intervallo probabile di IMC usando la circonferenza media del braccio (MUAC) che può essere impiegata a supporto di un'impressione globale della categoria di rischio del soggetto ottenuta con criteri soggettivi (vedere pag. 7).

*Si osservi che l'uso del MUAC non è destinato a generare un punteggio.*

***Misurazione della circonferenza media del braccio (MUAC)***

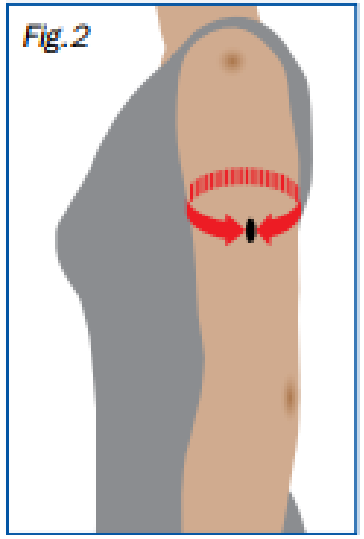
*Vedere Fig. 1*

- Il soggetto deve essere in piedi o seduto.
- Se possibile usare il braccio sinistro e chiedere al soggetto di togliersi gli indumenti in modo che il braccio sia nudo.
- Localizzare l'estremità della spalla (acromion) e il punto del gomito (processo olecranico).
- Misurare la distanza tra i 2 punti, identificare il punto centrale e segnarlo sul braccio.




*Vedere la Fig. 2*

- Chiedere al soggetto di lasciare pendere il braccio e misurarne la circonferenza nel punto centrale con un metro a nastro. Non tirare a fondo il metro a nastro; deve soltanto fare comodamente il giro del braccio.




Se la MUAC è inferiore a 23,5 cm, è probabile che l'IMC sia inferiore a 20 kg/m$^2$ cioè è probabile che il soggetto sia sottopeso.

Se la MUAC è superiore a 32,0 cm, è probabile che l'IMC sia superiore a 30 kg/m$^2$ cioè è probabile che il soggetto sia obeso.

# VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI MALNUTRIZIONE
## (Malnutrition Universal Screenig Tool - MUST)

BMI:
0 = >20
1 = 18,5-20,0
2 = <18,5

Calo Ponderale in 3-6 mesi:
0 = <5%
1 = 5-10%
2 = >10%

Effetto malattia: aggiungere **2** se 5 giorni complessivi (prima e dopo il ricovero) alimentazione orale nulla o quasi

Somma i punteggi per la valutazione del rischio

Punteggio = 0
BASSO RISCHIO
Ripeti lo screening
- se ricoverato, ogni settimana
- se a casa, ogni mese
- se in comunità, ogni anno (o in base a protocolli)

**Punteggio=1**
**RISCHIO MEDIO**
**Compilare diario alimentare di un giorno (secondo modulo previsto)**

Punteggio = 2 o superiore
ALTO RISCHIO
Compilare scheda di rilevazione segni e sintomi ed eseguire esami nutrizionali (albumina, transferrina, prealbumina,azoturia nelle 24 ore,PCR)

INVIARE ALL'UOSD DI DIETETICA

# delirium

- Il termine delirium (D) deriva dal latino de (via da) + lira (solco): “essere fuori dal tracciato”. In medicina per D s’intende una sindrome psicoorganica caratterizzata da transitoria e fluttuante alterazione dello stato di coscienza, a esordio acuto o subacuto con ripercussioni sulla capacità cognitive e percettive

# delirium

- Il D impatta negativamente sugli outcomes di salute delle persone che ne sono affette:
- aumenta i tassi di mortalità e il rischio di istituzionalizzazione ;
- determina un allungamento dei tempi di degenza,
- un aumento dei costi sanitari ;
- favorisce una progressione del declino cognitivo
- impatta negativamente sullo stato funzionale
- impatta negativamente sullo stress psico-fisico di pazienti, caregivers, operatori.

# CAM

- The Confusion Assessment Me The Confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm (CAM) è la scala più idonea per lo screening di soggetti ad elevato rischio
- 1. Insorgenza acuta e andamento fluttuante (Dato acquisito di solito da un familiare):
- 2. Perdita dell’attenzione Il paziente presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso ecc.?
- 3.Disorganizzazione del pensiero Il pensiero del paziente è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all’altro senza filo logico, in modo imprevedibile?
- 4. Alterato livello di coscienza 0= vigile 1= iperallerta, letargia, stupor, coma
- Il punteggio CAM dovrebbe essere completato con una breve valutazione dello stato mentale (MMSE). La diagnosi di delirium richiede la presenza dei punti 1 e 2 e, alternativamente, 3 o 4.

# CAM: ALGORITMO DIAGNOSTICO
## (Confusion Assessment Method);

validato da Inouye in assistiti ospedalizzati in reparti medici vs una popolazione psichiatrica utilizzando criteri del DSM IV come gold . standard i



REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

### 1 . INSORGENZA ACUTA E ANDAMENTO FLUTTUANTE

| | | DATA | DATA | DATA |
|---|---|---|---|---|
| **Dato acquisito di solito da un familiare o dal personale:** | C'è stato un cambiamento acuto nello stato mentale del paziente rispetto alla sua situazione di base? | | | |
| | Il comportamento anormale varia durante la giornata, per esempio va e viene o si modifica di intensità? | | | |

### 2 . PERDITA DELL'ATTENZIONE

| | | | |
|---|---|---|---|
| L'assistito presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso. | | | |

### 3. DISORGANIZZAZIONE DEL PENSIERO

| | | | |
|---|---|---|---|
| Il pensiero dell'assistito è disorganizzato e incoerente, passa da un argomento all'altro senza filo logico, in modo imprevedibile. | | | |

| PUNTEGGIO | 0 = NO | 1 = SI |
|---|---|---|

### 4. ALTERATO LIVELLO DI COSCIENZA

| | | | |
|---|---|---|---|
| L'assistito presenta difficoltà nel concentrare la sua attenzione, per esempio è facilmente distraibile, non riesce a mantenere il filo del discorso. | | | |

| PUNTEGGIO | 0 = VIGILE | 1 = IPERALLERTA O LETARGIA O STUPOR O COMA |
|---|---|---|

| | | |
|---|---|---|
| **STATO CONFUSIONALE ACUTO** | presenza di risposta affermativa | **1 - 2** |
| | ed alternativamente | **3 - 4** |

# Test di Pfeiffer

- **Test di Pfeiffer** è un test ideato per rilevare la presenza e l'intensità delle perturbazioni cognitive di origine organica in pazienti anziani.
  **Caratteristiche**:
  È composto da una lista di dieci domande che indagano alcuni aspetti delle capacità cognitive: 7 item sono focalizzati sull'orientamento (spazio-temporale, personale e circostante), 2 item valutano la memoria a lungo termine (numero di telefono/indirizzo e cognome della madre), 1 item valuta la capacità di concentrazione (sottrazione seriale).
  Il punteggio al test viene calcolato conteggiando 1 punto per ogni risposta corretta in una scala ordinale da 0 (massimo deficit cognitivo) a 10 (assenza di deficit cognitivo). La capacità di risposta alle domande varia con l'educazione, per cui è necessario indicare il grado di scolarità del paziente.

# TEST DI PFEIFFER
## Short portable mental status questionnaire

(Pfeiffer E.; A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. " Journal od the Aerican geriatics Society", Oct.1975, vol.23, n.10, 433 -441



ETICHETTA PAZIENTE / DATI ASSISTITO

REGIONE AUTONOMA FRIULI VENEZIA GIULIA
Azienda Sanitaria Universitaria Integrata di Trieste

| | DOMANDE | SI / NO | SI / NO | SI / NO |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Qual è la data di oggi? (giorno, mese, anno) | | | |
| 2 | Che giorno della settimana ? | | | |
| 3 | Qual è il nome di questo posto ? | | | |
| 4 | Qual è il suo numero di telefono? | | | |
| 4a. | Qual è il suo indirizzo ? | | | |
| 5 | Quanti anni ha? | | | |
| 6 | Quando è nato? | | | |
| 7 | Chi è il Presidente della Repubblica? | | | |
| 8 | Chi era il Presidente precedentemente? | | | |
| 9 | Quale era il cognome di sua madre da ragazza? | | | |
| 10 | Sottragga 3 da 20 e da ogni numero fino in fondo | | | |
| | NUMERO TOTALE DI ERRORI | /10 | /10 | /10 |
| | PUNTEGGIO CORRETTO | /10 | /10 | /10 |

**I DATI SONO STATI RACOLTI TRAMITE COLLOQUI EFFETTUATI**

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| IN | ASUITS | DATA | | DURATA | | RUOLO / FIRMA OPERATORE | |
| | | DATA | | DURATA | | RUOLO / FIRMA OPERATORE | |
| | | DATA | | DURATA | | RUOLO / FIRMA OPERATORE | |

## GUIDA ALLA COMPILAZIONE

| | | |
|---|---|---|
| DATI ASSISTITO | Compilare sempre: | COGNOME E NOME - DATA DI NASCITA |

| | | |
|---|---|---|
| MODALITA' DI COMPILAZIONE | Chiedere le domande da 1 a 10 e registrare le risposte | |
| | Chiedere la domanda 4a soltanto se l'assistito non ha telefono | |
| | Registrare il numero totale di errori basato sulle 10 domande, | |
| | quindi: | sottrarre un errore se la persona ha frequentato soltanto la scuola elementare |
| | | aggiungere un errore se la persona ha frequentato scuole oltre le medie superiori |

| | | |
|---|---|---|
| LETTURA DEI RISULTATI | 0 - 2 errori | funzioni intellettuali **intatte** |
| | 3 - 4 errori | **lieve** deterioramento delle funzioni intellettive |
| | 5 - 7 errori | **moderato** deterioramento delle funzioni intellettive |
| | 8 - 10 errori | **severo** deterioramento delle funzioni intellettive |

# Nec pal

- • Lo strumento idoneo per identificare i pazienti in stato avanzato-terminale che necessitano di cure palliative nell’ambito dei servizi sanitari e sociali
- Permette di identificare i pazienti con elevata probabilità di morire entro un anno

# Nec pal

- Criterio domanda sorprendente: saresti sorpreso se questo paziente morisse entro un anno ?
- Criteri generali di peggioramento (incremento dei bisogni o una scelta del malato di non essere più sottoposto a trattamenti «attivi») Criteri specifici di peggioramento per singola patologia.