



Metodologia clinica infermieristica

Definizione e caratteristiche definenti dei PROBLEMI DI GESTIONE DELLA SALUTE



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

- ❖ Descrive il modello di salute e di benessere della persona.
- ❖ Il modo in cui gestisce la sua salute
- ❖ Quali attività di promozione della salute e adesione alle indicazioni preventive e di controllo.
- ❖ Nonchè l'aderenza alle prescrizioni mediche ed infermieristiche



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

Obiettivo dell'assistenza infermieristica è la
promozione della salute

I dati raccolti in questo modello sono relativi ai
comportamenti della persona per mantenere la
salute e la propria percezione.

Accertamento può essere fatto sulla persona, sulla
famiglia o su di una comunità



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

PARAMETRI DI ACCERTAMENTO

**Indagine generale sullo stato di
salute della persona
Comportamenti usuali sulla
salute**



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

Aspetto principale
dell'accertamento

Percezione e gestione da
parte dell'assistito della
salute, delle attività di
percezione, dell'adesione
alla terapia e alla sua
sicurezza (Gordon 2010)



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

Il **Modello è funzionale** quando la persona:

- ha la capacità di riconoscere situazioni di rischio,
- ha la capacità di mettere in atto misure preventive (**sicurezza**)
- dichiara e mantiene uno stile di vita adeguato,
- dichiara adesione a pratiche di screening preventivo,
- ha la capacità di gestire un regime terapeutico (**gestione salute**)



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

Il **Modello è disfunzionale** quando la persona:

- Non riconosce situazioni di rischio
 - Non è in grado di mettere in atto misure preventive
 - Non gode di funzionalità cognitive e motorie
 - Ha uno stile di vita inadeguato
 - Non aderisce a pratiche di screening preventivo
- Non è capace o rischia di non essere capace di gestire un regime terapeutico



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

Dati da raccogliere Durante l'accertamento

- Relativi ad **Attività di promozione della salute** messe in atto dalla persona: Esercizio fisico, Alimentazione, Controllo medici (denti, vista e udito), Vaccinazioni, Precauzioni di sicurezza e la gestione dello stress.
- Relativi ad **Abitudini**: consumo di nicotina, alcool, sostanze stupefacenti
- Relativi a **capacità e volontà di seguire le indicazioni sanitarie**: assunzione di farmaci ai corretti orari, dieta
- Relativi ad altri trattamenti: agopuntura, erboristeria o naturopatia
- Relativi ad: **allergie o intolleranze e reazioni che si manifestano**, verificare se sono certificate o solo riferite



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Modello di percezione e di gestione della salute

Esempio di domande da porre durante l'accertamento

- **Come descriverebbe il suo stato di salute?**
- **quando si è sottoposto all'ultima visita odontoiatrica**
- **Fa uso di alcool, tabacco o sostanze stupefacenti?**
- **Di quale tipo e con quale frequenza?**
- **Quali norme di sicurezza adotta?**



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Diagnosi Infermieristica:

«Autogestione della salute inefficace»

definizione

Gestione non soddisfacente dei sintomi, del regime terapeutico, delle conseguenze fisiche, psicosociali e spirituali e dei cambiamenti nello stile di vita relativi al vivere con una malattia cronica.

ieri

MODELLO FUNZIONALE	TITOLO	ELENCO FATTORI CORRELATI/CAUSE	EVENTUALI CARATTERISTICHE DEFINENTI/MANIFESTAZIONI
Percezione e gestione della salute	<ul style="list-style-type: none">a) Inefficace mantenimento della saluteb) Rischio di alterato mantenimento della salute	<ul style="list-style-type: none">a) Correlato a errata interpretazione delle informazioni ricevuteb) Correlata a uso/abuso sostanze alcolichec) Correlato a mancanza di motivazioned) Correlata a compromessa capacità di comprensione	<ul style="list-style-type: none">a) Che si manifesta con turbe di comportamentob) Che si manifesta con continua richiesta di indicazioni sui comportamenti da tenerec) Che si manifesta con assunzione di sei bicchieri di vino/die e di superalcolici

OGGI

MODELLO FUNZIONALE	TITOLO	ELENCO FATTORI CORRELATI/CAUSE	EVENTUALI CARATTERISTICHE DEFINENTI/MANIFESTAZIONI
Percezione e gestione della salute	a) AUTOGESTIONE della salute INEFFICACE a) Rischio di AUTOGESTIONE della salute INEFFICACE	a) Correlato a errata interpretazione delle informazioni ricevute b) Correlata a uso/abuso sostanze alcoliche c) Correlato a mancanza di motivazione d) Correlata a compromessa capacità di comprensione	a) Che si manifesta con turbe di comportamento b) Che si manifesta con continua richiesta di indicazioni sui comportamenti da tenere c) Che si manifesta con assunzione di sei bicchieri di vino/die e di superalcolici

La corretta enunciazione diagnostica sarà:

Autogestione della salute inefficacie correlato a uso/abuso sostanze alcoliche che si manifesta con assunzione di sei bicchieri di vino/die e di superalcolici

Un esempio: Sig. Giovanni viene ricoverato per grave crisi ipertensiva (190/110 mmHg). Dichiara di non ricordarsi sempre di assumere la «pastiglia per la pressione»

DI: autogestione della salute inefficace, correlata probabilmente alla non aderenza terapeutica, che si manifesta con grave crisi ipertensiva

Obiettivo: il sig. Giovanni riuscirà ad assumere la terapia secondo prescrizione entro la data di dimissione

Interventi:

- Proporre la scatola porta compresse settimanale
- Spiegare i problemi che la mancata assunzione comporta
- Informare sui segni e sintomi di ipertensione
- Impostare una rilevazione pressoria ogni 2 giorni
-



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

SICUREZZA: CONDIZIONE OGGETTIVA
ESENTE DA PERICOLI O
GARANTITA CONTRO
EVENTUALI PERICOLI



PIRAMIDE DEI BISOGNI DI MASLOW (1954)



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Fattori che influiscono sulla sicurezza

Percezione e cognizione: integrità delle funzioni cognitive per comprendere i pericoli, ricordo di esperienze passate di situazioni di pericolo e capacità di trasportare l'apprendimento alla realtà attuale

Fattori fisiologici: efficienza neurologica (trasmissione degli impulsi), cardiologica e respiratoria, (adeguata ossigenazione)



Fattori che influiscono sulla sicurezza

Età e fasi dello sviluppo: bambino per coordinazione e consapevolezza, anziano per rallentamento funzioni cognitive e riflessi

Caratteristiche dell'ambiente: ATTENZIONE: pavimenti scivolosi, mancanza di corrimano, scale ripide, rischi elettrici, radiazioni, ecc. (sono tutti elementi particolarmente importanti da considerare per gli istituti di cura).



Obiettivi per la Sicurezza dell'assistito

Per ridurre il rischio, le strutture **promuovono** lo sviluppo di protocolli e procedure per l'assistenza alla persona e modalità di lavoro standardizzato. La *Joint Commission International*, ogni anno pubblica gli obiettivi per la sicurezza dell'assistito per l'accreditamento delle strutture sanitarie.



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Obiettivo Joint Commission International

Ridurre il Rischio di Danno al Paziente in seguito a Caduta

L'organizzazione deve elaborare un metodo per ridurre il rischio di danno subito dal paziente a seguito di caduta accidentale

Le cadute rappresentano una quota significativa delle lesioni che colpiscono i pazienti ricoverati.

Nel contesto della tipologia di pazienti, dei servizi erogati e degli ambienti fisici di erogazione dell'assistenza, l'organizzazione dovrebbe provvedere a valutare il rischio di caduta dei propri pazienti e mettere in atto delle misure per ridurre il rischio di caduta e per ridurre il rischio di infortunio in caso di caduta accidentale



Obiettivi joint commission elementi misurabili

- ❖ L'organizzazione implementa un processo per la valutazione iniziale del rischio di caduta del paziente e per la rivalutazione del paziente in caso di modifica, a titolo di esempio, delle condizioni di salute o della terapia farmacologica.
- ❖ Sono implementate misure atte a ridurre il rischio di caduta per quei pazienti individuati a rischio di caduta nel corso della valutazione del paziente.
- ❖ I risultati delle misure messe in atto sono oggetto di monitoraggio, sia in termini di un'effettiva riduzione degli infortuni conseguenti a caduta accidentale sia in termini di eventuali conseguenze inattese e indesiderate delle stesse misure.

Valutazione del rischio di caduta

La valutazione del rischio di caduta potrebbe prendere in considerazione:

- ❖ l'anamnesi di cadute pregresse,
- ❖ la revisione del consumo di farmaci ed alcool,
- ❖ uno screening dell'andatura e dell'equilibrio del paziente e l'uso di ausili.



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

**Manifestazioni
di sicurezza
inadeguata**

Sicurezza inadeguata

- Incidenti stradali
- **Cadute**
- Avvelenamento
- Annegamento e soffocamento
- Incendi
- Ustioni
- Shock elettrico
- Danni da radiazioni ionizzanti
- Patologie respiratorie



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Accertamento della capacità della persona di provvedere alla propria Sicurezza

- ❖ Esame dei fattori individuali ed ambientali
- ❖ Esame della percezione che l'assistito ha dei possibili pericoli (storia di infortuni, lesioni o incidenti)
- ❖ Accertamento delle abitudini per la sicurezza ed eventuali cadute (scala di valutazione di Conley)
- ❖ Accertamento dei rischi
- ❖ Accertamento dei problemi (mutamento delle attività della vita quotidiana ADL)
- ❖ Esame fisico



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Definizione di caduta

La letteratura internazionale definisce le cadute accidentali come **“un improvviso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica (eretti), o assisa (seduti), o clinostatica (sdraiati)”**; in questa definizione vengono comprese tutte le circostanze in cui il paziente cade: ad esempio se cade mentre dorme, dal letto o dalla sedia, se viene trovato sdraiato sul pavimento o anche se la caduta avviene nonostante siano stati messi in atto i supporti per prevenirla.

(OMS, 2011)



UNIVERSITÀ DEL PIEMONTE ORIENTALE

Classificazione delle cadute

- ❖ CADUTE PREVEDIBILI
- ❖ CADUTE NON PREVEDIBILI
- ❖ CADUTE ACCIDENTALI



Classificazione delle cadute

CADUTE PREVEDIBILI

Sono quelle che accadono in pazienti già classificati ad alto rischio e, generalmente, si accompagnano a situazioni di disorientamento, difficoltà alla deambulazione, modifiche della marcia dovute ad alterazioni neurologiche.



Classificazione delle cadute

CADUTE NON PREVEDIBILI

sono quelle che non possono essere ipotizzate a priori e, generalmente, accadono in pazienti orientati ma che possono presentare episodi di sincopi, vertigini, reazioni a farmaci (sedativi, cardiovascolari, ecc...) e, comunque, tutti i farmaci che potrebbero diminuire l'attenzione o causare ipotensione ortostatica



Classificazione delle cadute

CADUTE ACCIDENTALI

Sono dovute a fatalità e possono dipendere da fattori ambientali o legati al paziente.



CADUTE: Fattori di rischio

Storia cadute:

- ❖ Deficit sensoriali (vista, udito, tatto..)
- ❖ Deficit motori, andatura instabile
- ❖ Scarpe non idonee o problemi ai piedi
- ❖ Ipotensione ortostatica
- ❖ Confusione mentale
- ❖ Incontinenza, bisogno impellente di urinare
- ❖ Malattie (cardiocircolatorie, neurologiche, ortopediche)
- ❖ Farmaci
- ❖ Agitazione psicomotoria



ACCERTAMENTO

Riconoscere il Rischio: le linee guida internazionali sottolineano l'importanza della valutazione del rischio di caduta nelle strutture ospedaliere

STRUMENTI DI VALUTAZIONE

Le scale di valutazione del rischio di cadute possono essere utilizzate sia all'ingresso del paziente in ospedale che per il successivo monitoraggio durante il ricovero.



ACCERTAMENTO Scale di valutazione del rischio

Esistono diverse scale che possono essere utilizzare per monitorare il paziente durante il ricovero ospedaliero: (Morse, Conley, Tinetti)



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E DELL'ORDINAMENTO DEL SSN

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE

ex Ufficio III

**RACCOMANDAZIONE PER LA PREVENZIONE E LA GESTIONE DELLA
CADUTA DEL PAZIENTE NELLE STRUTTURE SANITARIE**

**Le cadute dei pazienti nelle strutture sanitarie possono causare gravi danni e, in
alcuni casi, procurare la morte.**

Raccomandazione n. 13, novembre 2011 (aggiornata al 1 dicembre 2011)

https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1639_allegato.pdf

Si stima che circa il 14% delle cadute in ospedale sia classificabile come **accidentale**, ovvero possa essere determinato da fattori ambientali (es. scivolamento sul pavimento bagnato), l'8% come **imprevedibile**, considerate le condizioni fisiche del paziente (es. improvviso disturbo dell'equilibrio), e il **78% rientri tra le cadute prevedibili** per fattori di rischio identificabili della persona (es. paziente disorientato, con difficoltà nella deambulazione) (3). La compressione del rischio da caduta del paziente in struttura sanitaria è un **indicatore della qualità assistenziale** (4).

Raccomandazione n. 13, novembre 2011 *(aggiornata al 1 dicembre 2011)*



Scale di valutazione del rischio caduta

- **CONLEY** *facile utilizzo in ospedale.* La scala di Conley è stata proposta da Conley et al. (1) ed è composta da 6 fattori che classificano il rischio di cadere ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio.
- **Tinetti**, *molto complessa per l'elevato numero di aspetti da indagare*
- **Morse**



SCALA CONLEY

SCALA CONLEY

Valutazione del rischio di caduta del paziente

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare o al caregiver, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere.

Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita.

La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.

Al termine sommare i valori.

	SI	NO
Precedenti cadute (domande al paziente/caregiver)		
1 - E' caduto (negli ultimi 3 mesi)?	2	0
2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione del personale infermieristico)		
4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Esempio: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, irrequietezza, etc.).	2	0
6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0

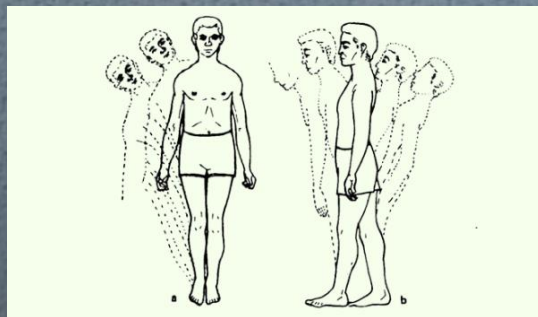
Data / Ora prima valutazione _____ Punteggio _____

Data / Ora seconda valutazione _____ Punteggio _____

Data / Ora terza valutazione _____ Punteggio _____



SCALA TINETTI



Romberg

SCALA DI VALUTAZIONE DELL'EQUILIBRIO E DELL'ANDATURA (TINETTI)

EQUILIBRIO			
1	Equilibrio da seduto	si inclina o scivola dalla sedia è stabile, sicuro	0 1
2	Alzarsi dalla sedia	è incapace senza aiuto deve aiutarsi con le braccia si alza senza aiutarsi con le braccia	0 1 2
3	Tentativo di alzarsi	è incapace senza aiuto capace ma richiede più di un tentativo capace al primo tentativo	0 1 2
4	Equilibrio stazione eretta	instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) stabile grazie all'ausilio di un bastone o altri ausili stabile senza ausili per il cammino	0 1 2
5	Equilibrio stazione eretta prolungata	instabile (vacilla, muove i piedi, oscilla il tronco) stabile ma a base larga (malleoli mediali dist. >10 cm) stabile a base stretta senza supporti	0 1 2
6	Romberg	instabile stabile	0 1
7	Romberg sensibilizzato	incomincia a cadere oscilla ma si riprende da solo stabile	0 1 2
8	Girarsi di 360°	a passi discontinui a passi continui instabile (si aggrappa, oscilla) stabile	0 1 2 3
9	Sedersi	insicuro (sbaglia la distanza, cade sulla sedia) usa le braccia o ha un movimento discontinuo sicuro, movimenti continui	0 1 2
TOTALE			___/ 16

SCALA MORSE

Item valutati	Ingresso	48-72h post-int. chir. /o dopo 5gg dall'ingresso	Variazioni o condizioni/o dopo la caduta
1. Anamnesi di cadute			
Se il paziente è caduto nei tre mesi precedenti all'ammissione o cade per la prima volta durante il ricovero in corso	25	25	25
2. Presenza di patologie a rischio			
Se il paziente è affetto da almeno una delle patologie a rischio (es: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche, muscolo-scheletriche diabete, neoplasie, ecc.)	15	15	15
3. Mobilità			
Se il paziente usava o usa le stampelle, il bastone o il deambulatore da solo	15	15	15
Se il paziente cammina senza ausili, aggrappandosi agli arredi	30	30	30
4. Terapia Endovenosa			
Se il paziente deambula con un sistema di terapia endovenosa o infusiva continua	20	20	20
5. Andatura			
Se è debole, cioè se il paziente ha una postura curva pur mantenendo l'equilibrio	10	10	10
Se è pericolosa, cioè se il paziente ha scarso equilibrio, una marcia instabile, un passo strisciante, cammina a gambe larghe	20	20	20
6. Stato mentale			
Se il paziente appare disorientato	15	15	15
TOTALE			

Livello di rischio		
B = Basso	M = Medio	A = Alto
0 - 24	25 - 50	> 51



Caso Anna

La sig.ra Anna, di anni 82 è ricoverata per infezioni delle vie urinarie. Oggi si presenta disorientata spazio/tempo e pensa di essere a casa sua e vuole uscire in giardino a dare da mangiare alle sue tartarughe. Viene rilavata una PA 100/65. Inoltre ha una terapia EV in continuo.

DI: rischio di caduta nell'adulto

(suscettibilità di un adulto a subire un improvviso ed inaspettato spostamento a terra)

Caratteristiche definenti: /

Fattori correlati: disturbi neuro-cognitivi, ipotensione, andatura instabile, scala....



DI: rischio di caduta nell'adulto correlato a
ipotensione e disorientamento

Obiettivo: La sig.ra Anna non andrà incontro a cadute per tutta la
degenza

Pianificazione:

Identificare il rischio

Applicare il protocollo della struttura (a volte segni distintivi, es.
Braccialetto colorato)

Coinvolgere tutto il personale

Sorvegliare la persona (caregiver)

Incoraggiare la sig.ra a chiamare

Porre gli oggetti necessari a portata di mano (fazzoletti, acqua)

.....



Caso Mario

Il sig. Mario, di anni 75 è ricoverata per crisi ipertensiva. La figlia lo ha trovato confuso, ha chiamati il soccorso avanzato ed è stato ricoverato. All'arrivo in pronto soccorso Mario presenta una PA di 200/110 mmHg. In anamnesi soffre di ipertensione da 5 anni, la figlia riferisce che ultimamente, la scatola delle compresse per l'ipertensione contiene sempre con lo stesso numero di compresse, seppur Mario rimarca il fatto di aver sempre assunto la terapia.



DI: autogestione inefficace della salute
(gestione non efficace del regime terapeutico)

Caratteristiche definenti: terapia antipertensiva non assunta correttamente

Fattori correlati: disfunzione cognitiva



Rischio di lesione

Definizione:

suscettibilità a un danno fisico causato da condizioni ambientali che interagiscono con le risorse adattive e difensive della persona, che può compromettere la salute



Rischio di lesione

Tipologie di rischio di lesioni:

- ❖ Trauma fisico
- ❖ Aspirazione
- ❖ Lesione da compromissione delle funzioni cognitive e/o della mobilità



Rischio di lesione

Fattori di rischio:

- ❖ Fisiopatologici: vertigini, alterazioni vista e udito, perdita degli arti...
- ❖ Correlati a trattamento: antipertensivi, diuretici,...
- ❖ Situazionali (ambientali e personali): calzature inadeguate, assenza di corrimano, tappeti o scale

Buono studio!

In caso di dubbi scrivere a:
rosita.reale@uniupo.it

