



Azienda Ospedaliero - Universitaria
"Policlinico - Vittorio Emanuele"
Catania

MOVIMENTAZIONE E POSIZIONAMENTO DEL PAZIENTE IN ALLEANZA TERAPEUTICA (D.LGS. 81/2008)



Relatore:
Dr. Ft. Francesco Zagari

DATI STATISTICI

- il contenuto ha un "peso" soltanto del 10%
- il tono della voce del 30% e la gestualità del 60%.
- **Tono della voce e gestualità definiscono con il 90% la relazione!**

COMUNICAZIONE

È impossibile non comunicare:

anche l'intenzionale assenza di comunicazione verbale, di fatto, comunica la nostra volontà di non entrare in contatto con l'altro.

Ogni comunicazione contiene un:

aspetto di contenuto (la notizia, i dati)

aspetto di relazione (rapporti tra gli interlocutori);

Persone diverse possono percepire la stessa situazione in modo differente.

INFLUENZATO DA ALCUNI FATTORI:

- la **sensibilità fisica**, per cui c'è un limite alla ricezione dei segnali
- l' **attenzione selettiva**, per cui non tutti i segnali ricevono lo stesso grado di attenzione
- la **categorizzazione**, cioè il collegamento a schemi di riferimento di cui si dispone.

La comunicazione non verbale:

- Il contatto corporeo
- La distanza interpersonale
- La postura
- La gestualità

SCAMBIO DI PROMESSE:

- Deve evolvere dinamicamente adattandosi al variare degli eventi.
- Promessa del malato:
 - Aderenza alla terapia
 - Motivazione nella promozione della propria salute, consapevolezza, benessere
- Promessa dei Professionisti della Sanità:
 - Competenza professionale
 - Non venir meno alla *domanda di aiuto anche quando è mal posta o addirittura il malato "tradisce" l'alleanza*

Alleanza terapeutica

- Impegno comune di malato e medico ad esplorare i problemi insieme
- Sviluppo di una reciproca fiducia
- Condivisione di un obiettivo di guarigione

ASPETTI SPECIFICI QUALIFICANTI L'ALLEANZA:

- Saper governare le negoziazioni
- Aver ben presenti dei limiti da rispettare
- Mantenere neutralità ed astenersi dal giudicare l'altra persona
- Giocare tutte le proprie qualità personali per creare fiducia, motivazione

la Cartella integrata Strumento del lavoro in team

- Strumento scritto per:
 - la pianificazione e la documentazione del processo riabilitativo,
 - per la comunicazione interprofessionale
 - per la comunicazione con gli utenti, accessibile a tutti i componenti del team riabilitativo

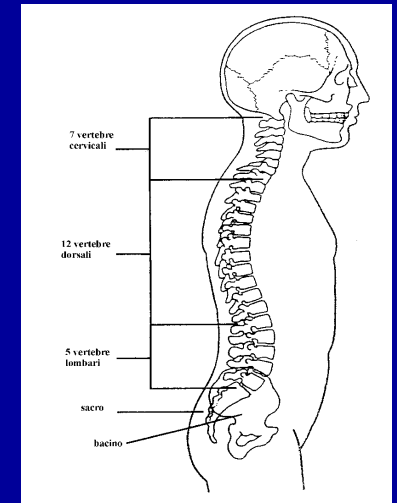


Anatomia del rachide lombare

La colonna vertebrale:
33 vertebre
che formano tre
curve naturali:

- cervicale - lordosi
- toracica - cifosi
- lombare - lordosi

necessarie per mantenere l'equilibrio



Area di intervento per lo svolgimento dei programmi e definizione degli obiettivi



Area STABILITA'
INTERNISTICA



Area COMPETENZE
COMUNICATIVO
RELAZIONALI



Area FUNZIONI
VITALI DI BASE



Area COMPETENZE
COGNITIVO
COMPORTAMENTALI



Area FUNZIONI
SENSOMOTORIE



Area AUTONOMIA
NELLA CURA
DELLA PERSONA



Area MOBILITA'
TRASFERIMENTI

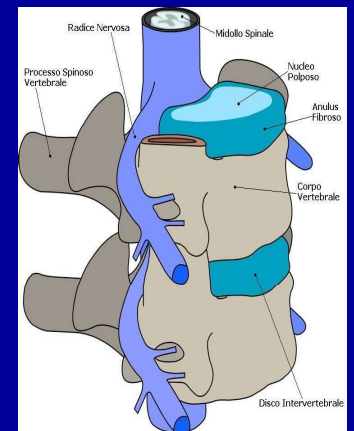


Area
RIADATTAMENTO E
REINSERIMENTO
SOCIALE

Colonna vertebrale

L'unità funzionale:

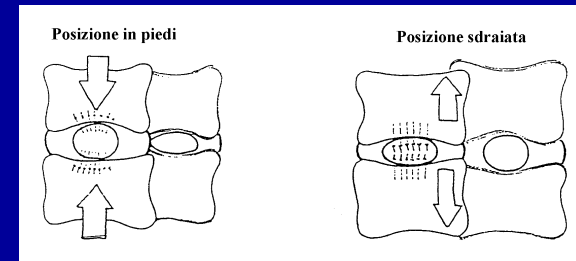
è composta da due corpi vertebrali e dal disco tra essi contenuto, formato da un nucleo e da un anello periferico (costituito da fibre connettivali).



Funzione del Rachide

- **PROTEZIONE**
del midollo spinale posto al suo interno
- **SOSTEGNO**
del capo, del busto e degli arti superiori
- **AMMORTIZZAMENTO**
delle sollecitazioni provenienti dall'interno del corpo e dall'ambiente esterno
- **ADATTAMENTO**
del busto a tutte quelle posizioni che facilitano l'avvicinamento tra segmenti corporei

Il disco intervertebrale



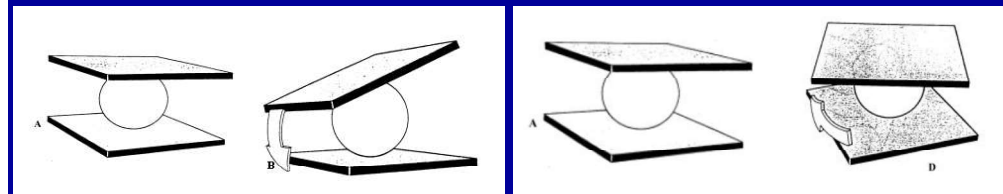
con il peso del corpo in stazione eretta, l'acqua contenuta nel nucleo polposo fuoriesce attraverso piccoli fori del piatto vertebrale, se questa pressione dura tutto il giorno il nucleo alla sera sarà meno idratato che al mattino.

I movimenti

I movimenti della colonna dorso-lombare:

- estensione
contrazione dei muscoli posteriori
- flessione
muscoli addominali e dagli erettori spinali
- rotazione ed inclinazione
muscoli addominali e muscoli dorsali

Il disco intervertebrale



il disco è racchiuso tra due piatti vertebrali, da dove deriva la sua nutrizione.

Il sistema di pressioni che agiscono sul disco permettono gli scambi metabolici

La vertebra sovrastante compie un movimento di scivolamento rispetto a quella sottostante

La rotazione è ritenuta movimento potenzialmente lesivo per la colonna lombare soprattutto se avviene sotto carico e se viene associata alla flessione del tronco

Cenni di biomeccanica

Il carico discale è dato dalla somma forza muscolare necessaria a mantenere la posizione



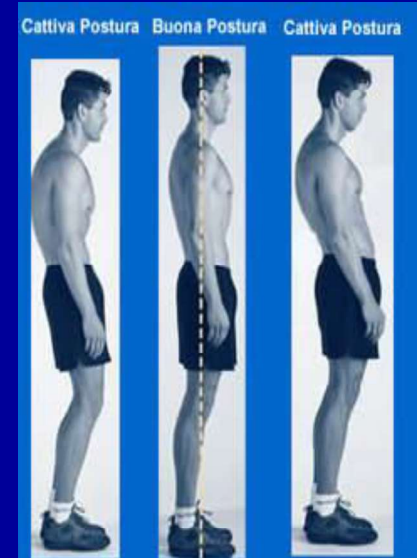
Il peso che viene sollevato + peso tronco arti e capo di chi solleva

Postura

Per **postura** si intende la posizione del corpo nello spazio e la relativa relazione tra i suoi segmenti corporei.

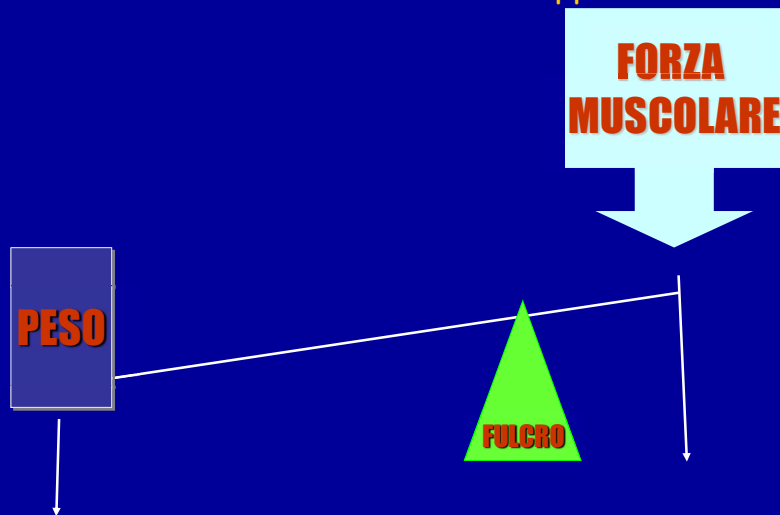
DEVE GARANTIRE L'ASSENZA DI:

- Sensazione di disagio, dolore a breve termine
- Alterazioni morfo-funzionali a lungo termine



Il carico discale

Maggiore è la distanza dal fulcro maggiore è la forza muscolare che viene applicata



Equilibrio

È una situazione in cui la somma delle forze che agiscono su di un certo oggetto è pari a zero.

Le condizioni:

- La posizione del baricentro
- L'ampiezza dell'appoggio

Si modifica con:

- La variazione dell'ampiezza della base di appoggio
- Lo spostamento dei segmenti corporei
- il sollevamento di un carico



Baricentro

Punto di applicazione di tutte le forze peso di un corpo.

Un corpo risulta in equilibrio quando la linea di gravità cade all'interno della base di appoggio.

Sistema corpo operatore + peso

La freccia indica il baricentro del paziente

Il punto di applicazione del peso che viene sollevato

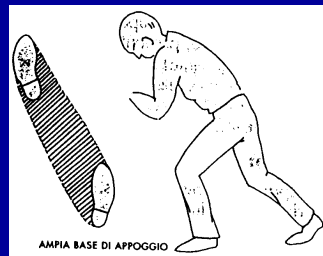


Base d'appoggio

Mantenendo i piedi uniti la base d'appoggio è piccola e quindi l'equilibrio è instabile



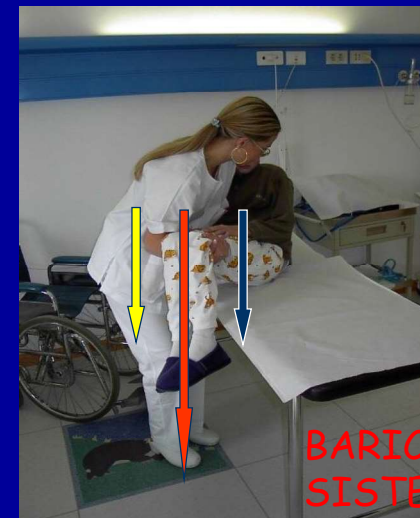
Divaricare gli arti inferiori rende la base d'appoggio più ampia: migliora l'equilibrio della posizione



Sistema corpo operatore + peso

BARICENTRO OPERATORE

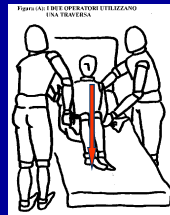
BARICENTRO PAZIENTE



BARICENTRO DEL SISTEMA

Movimentazione con *traversa*

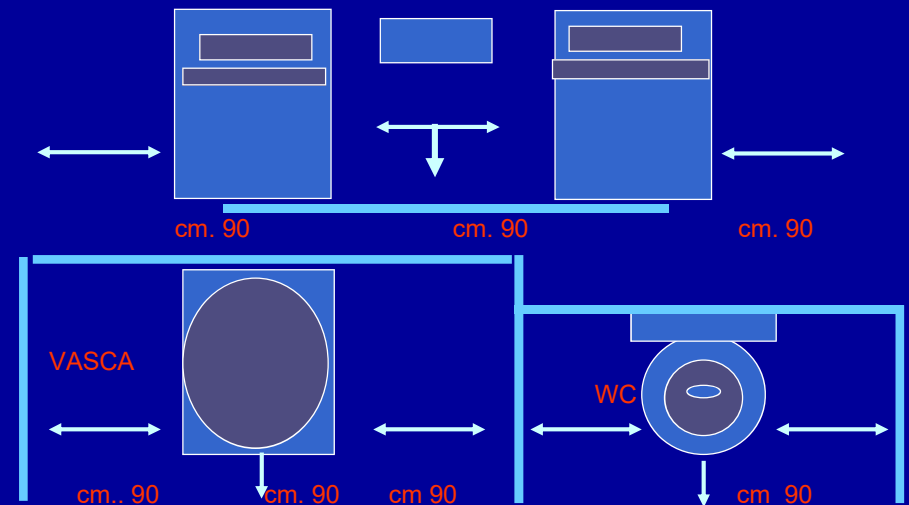
Il baricentro ricade verso il paziente



Gli operatori sono distanti dal peso perciò il carico discale aumenta

Corretta movimentazione manuale

DISTANZE MINIME DA GARANTIRE NELLE STANZE DI DEGENZA E NEI SERVIZI IGIENICI



Corretta movimentazione manuale

Vanno considerati:

1. Entità della disabilità del paziente (Dipendenze)

Cognitiva: (deficit di comunicazione-comprensione-paura)

Funzionale: (paralisi-blocchi articolari- ipertono- dolore)

Naturale: (b. 3-5 a.)

Appresa: (ab. alla dipendenza da percezione negativa)

2. Tipologia dell'operazione

3. Adeguatezza dell'ambiente

disabilità: pz *non collaborante*



ATTENZIONE !!!!!

❖ Per pazienti leggeri < 60 Kg
usare **manovre manuali corrette**

❖ Per pazienti con peso > 60 Kg
usare il **sollevatore** per le attività che richiedono il sollevamento.

Disabilità del paziente non autosufficiente

Due tipologie:

•Totalmente non collaborante →

Movimentato totalmente da operatore

(Il pz non è in grado di utilizzare capacità residue motorie né con arti sup.ri né con arti inf.ri)

•Parzialmente collaborante →

Paziente con residue capacità motorie

I trasferimenti

PERCHE' E' IMPORTANTE MOBILIZZARE IL PAZIENTE

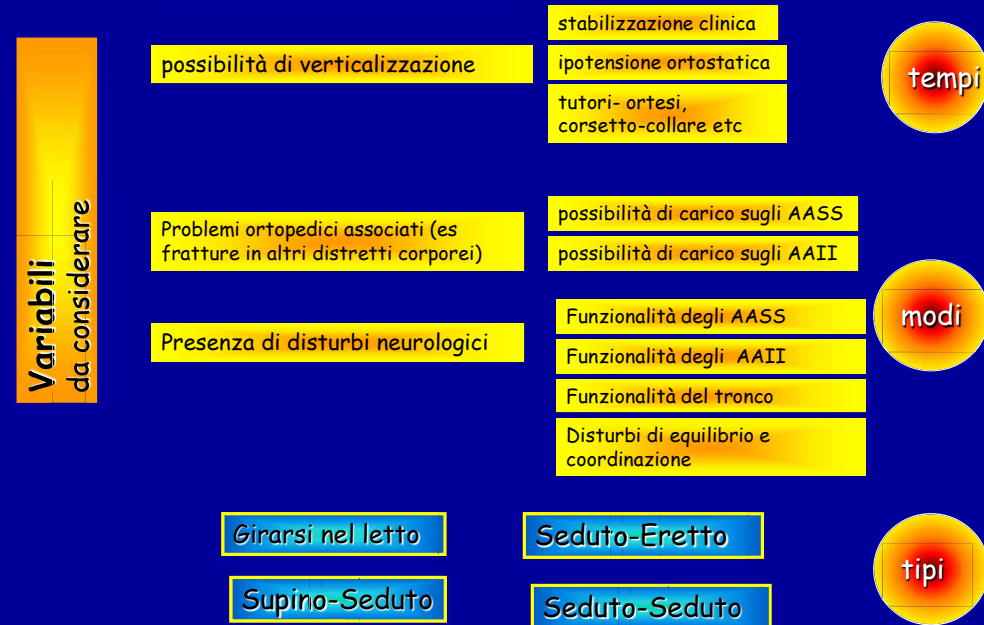


I trasferimenti

PERCHE' E' IMPORTANTE MOBILIZZARE IL PAZIENTE



I TRASFERIMENTI



I TRASFERIMENTI

tipi

Girarsi nel letto

Da decubito Supino
a decubito sul fianco
a decubito prono

Supino-Seduto

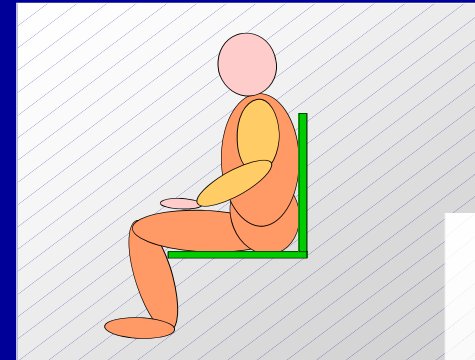
il primo passaggio per
alzarsi dal letto

Seduto-Eretto

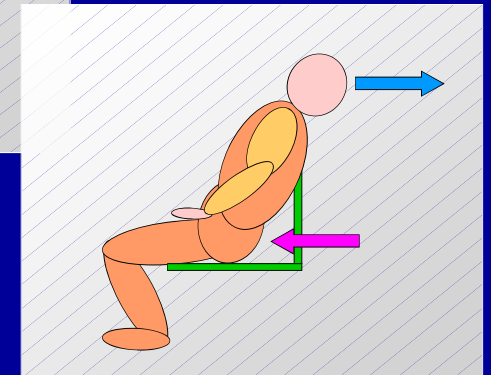
dal letto o da una sedia
alla stazione eretta

Seduto-Seduto

Letto-carrozzina
carrozzina - WC
Carrozzina- sedile
doccia/vasca
Carrozzina- Auto



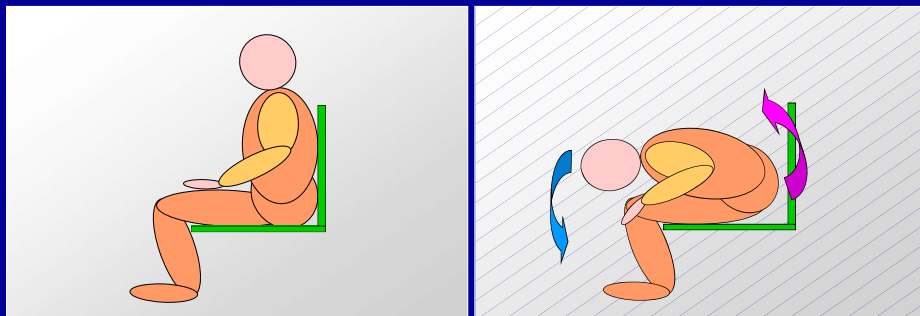
Se estendiamo la testa
all'indietro il bacino ha la
tendenza a scivolare in avanti.



La testa e il bacino

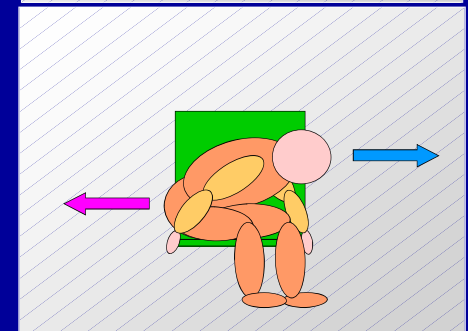
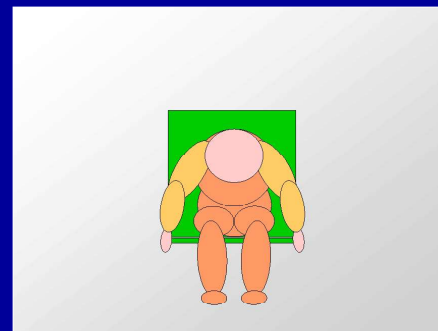
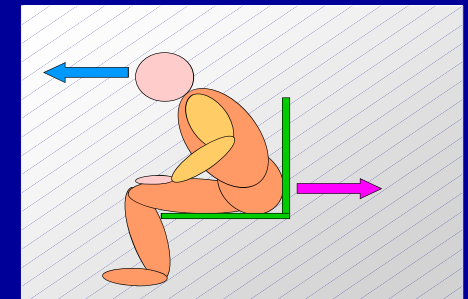
Molto schematicamente si può affermare che, nella posizione seduta, ad ogni movimento del capo in una determinata direzione corrisponde uno spostamento del bacino nella direzione opposta.

Se flettiamo il tronco in avanti e abbassiamo il capo, il bacino si muove verso l'alto.



Se portiamo il capo in avanti il
bacino scorre all'indietro.

Se voltiamo le spalle e la testa di
lato, il bacino ruota nella
direzione opposta.



Prese

PRESE: punti su cui viene applicata la forza per realizzare una movimentazione

PRESA CROCIATA:

Sicura per il paziente

Ergonomica per l'operatore

CONSENTE DI TENERE IL PESO VICINO AL CORPO DELL'OPERATORE

UTILIZZABILE CON PAZIENTI NON COLLABORANTI

NON INDUCE COMPRESSIONI E/O STIRAMENTI DELLE STRUTTURE OSTEO-ARTICOLARI DEL PZ.

PERMETTE UN CORRETTO CONTROLLO DEL PZ.



Posizione	Descrizione	Indicazioni all'uso
Sdraiata 	Il materasso è completamente orizzontale	Il paziente può dormire in una grande varietà di posizioni come sulla schiena, di fianco e prono (faccia in giù) Utile per mantenere l'allineamento della spina dorsale in pazienti con danno spinale. Utile per aiutare il paziente a girarsi nel letto
Posizione di Fowler 	Posizione semiseduta nella quale la testa del letto è elevata con un angolo di 45°. Le ginocchia possono essere flesse o orizzontali	Utile per mangiare, leggere, vedere la TV, ricevere visite Consente il riposo dopo la posizione sdraiata Migliora l'espansione polmonare del paziente con problemi polmonari Utile per aiutare il paziente ad assumere una posizione seduta sul bordo del letto
Posizione di semi-Fowler 	La testa del letto è alzata di 30°	Consente il riposo dopo la posizione sdraiata Migliora l'espansione polmonare.
Posizione di Trendelenburg 	La testa del letto è bassa ed i piedi sono alzati con il letto diritto	Migliora la circolazione venosa in alcuni pazienti Permette il drenaggio posturale dei lobi inferiori dei polmoni
Posizione di Trendelenburg inversa 	La testa del letto è alzata e i piedi sono abbassati con il letto diritto	Migliora lo svuotamento gastrico e prevenire il reflusso gastro-esofageo nei pazienti con ernia iatale.

(Da Fundamentals of nursing: Concepts, process, and practice, 6th ed., by B. Kozier, G. Erb, A. Berman, & K. Burke, 2000, Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall Health.

Presacrociata

- ALTEZZA PIANO DI LAVORO
- FLESSIONE DELLE GINOCCHIA



Evitare flessione del rachide

Malattie da movimentazione manuale dei carichi

Prevalentemente mal di schiena per contratture muscolari o per patologie della colonna vertebrale:

- - artrosi (formazione di osteofiti)
- - discopatie (degenerazione del disco intervertebrale)
- - ernia del disco (fuoriuscita del nucleo polposi)

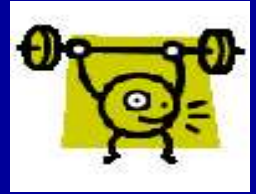


Mal di Schiena

- E' il problema di salute legato all'attività lavorativa più diffuso in Europa
- $\frac{1}{4}$ dei lavoratori riferisce di soffrire di mal di schiena
- $\frac{1}{4}$ dei lavoratori riferisce di soffrire di dolori muscolo scheletrici alle spalle e agli arti superiori



Fattori di rischio



Fisici

- Uso della forza per sollevare, trasportare, tirare/spingere;
- movimenti ripetitivi;
- posture scorrette e statiche
- il freddo dell'ambiente di lavoro che ostacola la presa o il caldo che > la fatica, cattiva illuminazione;
- lavori di estrema precisione;
- necessità di movimenti bruschi o a strappo o veloci.



- CIFOSI della COLONNA VERTEBRALE
- SCIATALGIA
- TENDINITI della SPALLA, del GOMITO, della MANO, SINDROME del TUNNEL CARPALE

queste ultime patologie possono verificarsi anche per "movimenti ripetuti del braccio" e per uso di "strumenti vibranti"



Soggettivi

Storia medica precedente

- Capacità fisica del lavoratore
- Età
- Fumo
- Obesità

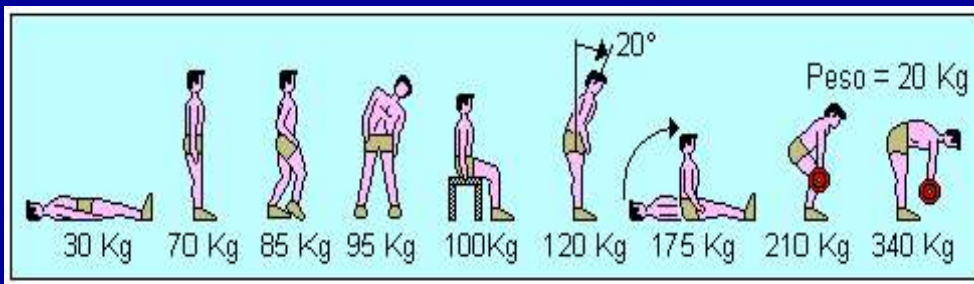
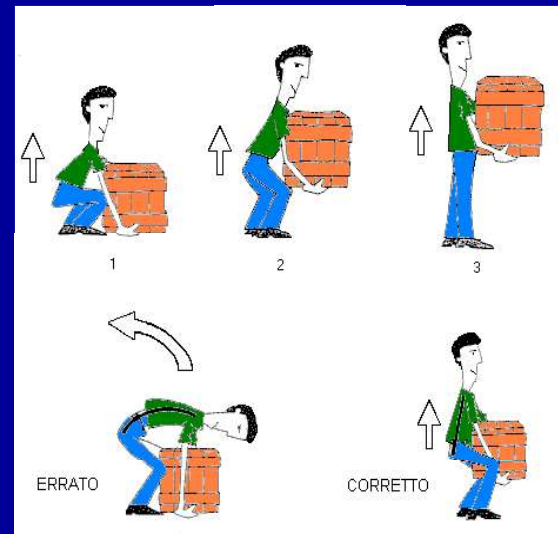


Popolazione lavorativa- Peso di riferimento

- maschi (fino a 18 anni) 20 kg
- femmine (fino a 18 anni) 15 kg
- maschi (18-45 anni) 25 kg
- femmine (18-45 anni) 20 kg
- maschi (oltre 45 anni) 20 kg
- femmine (oltre 45 anni) 20 kg



come comportarsi per sollevare un peso



Ci fornisce l'entità del carico lombare nelle attività quotidiane

Nel caso di spostamenti a spalla, per esempio di sacchi, essi devono essere effettuati tenendo il corpo in posizione eretta, senza incurvare la schiena.

SI'



NO

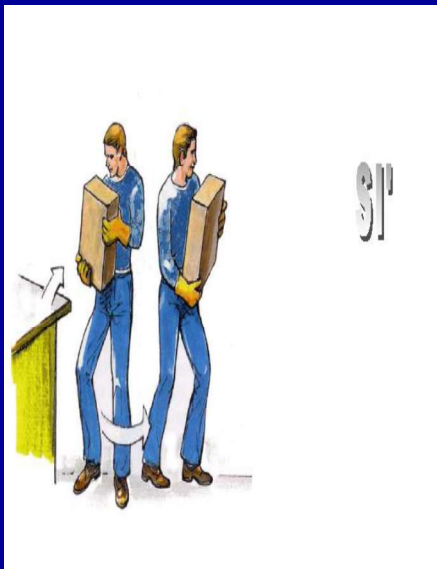


LO SPOSTAMENTO DEI CARICHI (... e del corpo)

Nello spostare un carico, qualunque ne siano il peso e le dimensioni:

- evitare di ruotare solo il tronco;
- spostare, invece, tutto il corpo, utilizzando i piedi e le gambe.

NO



Rischio da movimentazione manuale dei carichi negli ospedali

Movimentazione di oggetti
Metodo **NIOSH**

Azione di trasporto
traino e spinta
Metodo **OCRA**

Movimentazione manuale
di persone
Metodo **MAPO**

LO SPOSTAMENTO DEI CARICHI INGOMBRANTI

Non curvarsi mai in avanti o indietro, ma appoggiare la schiena in modo verticale e spingere con le gambe.

NO



SI'



METODO NIOSH:

VALUTA IL RISCHIO DI SOVRACCARICO MECCANICO NELLE SINGOLE ATTIVITA' DANDO UN INDICE DI SOLLEVAMENTO

- Peso massimo sollevato
- Peso medio sollevato
- Sesso – età
- Altezza iniziale
- Dislocazione verticale
- Dislocazione orizzontale
- Angoli
 - N. atti al minuto – durata
 - N. operatori
 - N. arti utilizzati

METODO OCRA:

VALUTA IL RISCHIO PER I MOVIMENTI RIPETITIVI DEGLI ARTI SUPERIORI – (SIMILE AL NIOSH)

- Ripetitività delle azioni
 - Forza
 - Postura incongrua
 - Periodi di recupero

II Parte

AVVIENE ATTRAVERSO UN SOPRALLUOGO, RACCOGLIE INFORMAZIONI PER QUANTO RIGUARDA DIVERSI FATTORI:

- **DOTAZIONE DI ATTREZZATURE** (SOLLEVAPAZIENTI, CARROZZINE, BARELLE ED AUSILI MINORI);
- **CARATTERISTICHE DELL'AMBIENTE DI LAVORO** (BAGNI, CAMERE DI DEGENZA, CARATTERISTICHE DEI LETTI);
- **FORMAZIONE DEL PERSONALE** SECONDO LA L.81/'08 (SE PRESENTE, ASSENTE O INADEGUATA).

LA SCHEDA DI RILEVAZIONE:

Redatta in comunione tra operatori sanitari e operatori del servizio di prevenzione.

INDICE MAPO

I Parte

INFORMAZIONI INERENTI L'ORGANIZZAZIONE DEL LAVORO:

- **CARICO ASSISTENZIALE** (NUMERO DI LETTI, NUMERO E QUALIFICA DEGLI OPERATORI IN ORGANICO E NUMERO DI OPERATORI ADDETTI ALLA MOVIMENTAZIONE MANUALE NEI TRE TURNI).
- **TIPOLOGIA DI PAZIENTI** (P.C. E N.C.) E MANOVRE ABITUALMENTE EFFETTUATE .

MAPO

- FS – FATTORE SOLLEVATORI
- FA – FATTORE AUSILI MINORI
- FC – FATTORE CARROZZINE
- FAMB – FATTORE AMBIENTE
- FF – FATTORE FORMAZIONE
- NC/OP – RAPPORTO TRA PAZ. NC E OP
- PC/OP – RAPPORTO TRA PAZ. PC E OP

$$(NC/OP \times FS + PC \times FA) \times FC \times FAMB \times FF$$

Interpretazione indice MAPO

Fascia di rischio	Indice MAPO	Livello di rischio	Azioni da intraprendere
Verde	Da 0,0 a 1,5	trascurabile	nessuna
Gialla	Da 1,51 a 5,0	Lieve-medio	Attivare la formazione, la sorveglianza sanitaria e la programmazione di interventi a medio-lungo termine per la rimozione dei fattori di rischio
Rossa	> 5	Alto	Attivare la formazione, la sorveglianza sanitaria specifica e la programmazione di interventi a breve termine la rimozione dei fattori di rischio

TECNICA PER LA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI

Bisogna tenere conto:

- Dell'ambiente
- Della traiettoria dello spostamento
- Della partecipazione del paziente (quando è possibile)

Da Evitare:

- Gesti fatti senza riflettere o con fretta
- Lavoro istintivo che utilizza preferibilmente gli arti superiori e la schiena in posizione di cifosi
- Impiego della presa manuale come artiglio o come pinza che provoca nel paziente il gesto di aggrapparsi.
- Mancanza o difficoltà di affiatamento con l'altro operatore (quando si lavora in coppia)

PROCEDURA

- È QUALIFICATA DA UN FINE SPECIFICO
- È SCRITTA
- È REDATTA DA ESPERTI IN MATERIA
- È IMPERATIVA
- INDICA UNA SEQUENZA TEMPORALE DI AZIONI
- INDICA GLI STRUMENTI NECESSARI
- INDICA E DISTINGUE I SOGG. RESP. DI CIASCUN AZIONE
- FISSA LE REGOLE DI COMPORTAMENTO, ELENANDO E RICHIAMANDO LE NORME DA SEGUIRE PER OGNI AZIONE

TECNICA PER LA MOVIMENTAZIONE DEI CARICHI

Bisogna

- utilizzare prevalentemente i muscoli del bacino e quelli degli arti inferiori partendo da una posizione "iniziale" con la schiena dritta e ginocchia flesse
- Assicurarsi una buona stabilità allargando i piedi
- Avvicinarsi il più possibile al corpo del paziente.
- Tenere la colonna vertebrale in posizione corretta
- Assicurarsi delle buone prese
- Utilizzare il peso del proprio corpo.
- Far partecipare al meglio il paziente.

QUANDO IL PAZIENTE E' COLLABORANTE E L'OPERATORE E' SOLO

Spostamento verso il cuscino

Paziente - flette gli arti inferiori e spinge verso il cuscino

Operatore- si pone ad un lato del paziente, appoggiando il ginocchio sul bordo del letto, ponendo una mano sotto la regione glutea del paziente; aiuta la spinta verso il cuscino.



- sostiene il paziente quando è in posizione eretta a livello del bacino

- esegue insieme al paziente una rotazione sino a porlo con le spalle alla sedia

- guida la discesa sulla sedia.



Movimentazione del paziente dal letto alla sedia

- OPERATORE posiziona la sedia accanto al letto

- aiuta il paziente a mettersi seduto sul bordo del letto, ponendogli una mano dietro la schiena, facilitando con l'altra la rotazione degli arti inferiori (l'operazione deve essere eseguita flettendo le ginocchia)

- accompagna la discesa del paziente sino all'appoggio dei piedi a terra





Setting

Sedia vicino al letto
Frenata
Poggia piedi sollevato
Bracciolo della sedia
dal lato del letto tolto



Meglio se si è in due!!



Preso sul braccio
e dorsale
Una gamba avanti e l'altra indietro
man mano che il pz scende sulla
sedia trasferisco il peso del mio
corpo dalla gamba dietro a quella
avanti

Posizione del Paziente con emiparesi/plegia

Posizionamento sul lato sano



Posizionamento sul lato lesa



QUANDO IL PAZIENTE NON E' COLLABORANTE Rotazione nel letto

Operatore

- pone un piede più avanti dell'altro, allargando la propria base di appoggio
- flette le ginocchia
- pone le mani sul paziente a livello della cresta iliaca e della scapola, quindi esegue la rotazione



Trasferimento manuale dal letto alla barella (3 operatori)

-Fase 1:

2 UO si dispongono ai lati del letto con un ginocchio sul bordo. Ponendo le mani sotto il bacino e la spalla del paziente, lo spostano verso il bordo del letto

- Fase 2:

In questo momento il terzo operatore pone le mani in modo da sostenere gli arti inferiori.

-Quindi i tre operatori sollevano il paziente tenendolo, se possibile, in posizione orizzontale. Il paziente viene trasportato sino alla barella, in cui le UO nel momento dell'adagiamento devono flettere le ginocchia, tenendo il busto eretto .





Trasferimento con teli ad alto scorrimento



Trasferimento con traversa



**TECNICA PER LA
MOVIMENTA
ZIONE DI CARICHI
IN UNA
GIORNATA
LAVORATIVA
DI REPARTO**

All'inizio di ogni trasferimento:

se il paziente è collaborante bisognerà anticipare quello che faremo e dirgli cosa dovrà fare

Alla fine di ogni trasferimento:

è giusto chiedere al paziente se è comodo o se ha dolore da qualche parte

Se il paziente non è cosciente:

verificare la posizione per vedere se ci sono aree di eccessiva compressione (Es. Spalla anca)

Ausili: corretto utilizzo

ATTREZZATURA CHE CONSENTE DI DIMINUIRE IL SOVRACCARICO BIOMECCANICO DEL RACHIDE NELL'OPERATORE SANITARIO DURANTE LE OPERAZIONI DI MOVIMENTAZIONE DEL PAZIENTE



Ausili:

- CARROZZINE
- LETTI
- SOLLEVATORI
- BARELLE
- AUSILI PER L'IGIENE
- TELI AD ALTO SCORRIMENTO

Ausili per l'igiene

ATTREZZATURE CHE CONSENTONO DI ELIMINARE
LE OPERAZIONI DI SOLLEVAMENTO MANUALE
DEL PAZIENTE DURANTE LE ATTIVITA' DI IGIENE



Vasca attrezzata



Sedili per la vasca



Sedia per la doccia



Alzawater



Barelle per la doccia

Sollevatore

Attrezzatura manuale o elettrica che consente di
ausiliare le operazioni di sollevamento totale del
paziente

- Trasferimento letto - carrozzina e viceversa
- Trasferimento letto - WC e viceversa
- Trasferimento carrozzina - WC e viceversa
- Trasferimento letto - barella e viceversa
- Sollevamento del paziente da terra



Educazione Terapeutica al Caregiver del Paziente complesso



CAREGIVER

Una o più persone che si prende/prendono cura di un paziente che necessita di aiuto **Donatore** (giver) di **assistenza** (care)

1. Caregiver organizzativo:

persona che si cura degli aspetti organizzativi ed economici

2. Caregiver operativo:

persona che fornisce prestazioni di aiuto

- Le due figure possono coincidere in una unica persona (spesso familiare)
- Più persone possono rivestire i ruoli

1. Caregiver informale:

familiare, parente, amico che, in forma gratuita, si prende cura di un paziente

2. Caregiver formale

- assistente domiciliare privato: persona retribuita dalla famiglia
- caregiver istituzionale: professionista sanitario, sociale o amministratore di sostegno (figura giuridica della L 6/2004 a tutela del soggetto la cui capacità di agire risulti limitata o compromessa. Può essere un parente)

Studi scientifici hanno dimostrato

Problemi della Famiglia alla dimissione...



Importanza del Caregiver per garantire continuità delle cure...

- identificazione
- volontà di collaborazione
- conoscenza dei bisogni
- definizione delle risorse
- coinvolgimento alla dimissione
- Formazione ed informazione
- Comunicazione con gli operatori

Indicazioni di Educazione Terapeutica

Ruolo del Caregiver

- **Attività di cura:** somministrazione farmaci, trattamenti medici, mobilizzazione passiva (decubiti)
- **Attività di assistenza alla persona:** aiuto nelle attività giornaliere (alimentazione, igiene personale, uso del bagno...)
- **Aiuto nella deambulazione:** aiuto in casa e fuori, trasporto
- **Supporto psicologico:** compagnia, conforto
- **Aiuto nelle attività domestiche:** fare la spesa, preparare i pasti, pulire
- **Gestione economica:** pagamento bollette, attività bancarie, supporti economici per spese sanitarie, assistenziali
- **Rapporto con servizi**

Educazione Terapeutica in Ospedale

ET per somministrazione farmaci

Professionista competente

Cosa deve insegnare	Cosa deve imparare il caregiver	Quali strumenti per il caregiver
Indicare le modalità (quando, quanto, come) di somministrazione dei farmaci	<ol style="list-style-type: none">1. conoscere i nomi dei farmaci anche generici, le relative dosi, le modalità e i tempi di somministrazione2. utilizzare lo schiaccia-compresse ed i dispenser dei farmaci (giornalieri o settimanali)3. somministrare i farmaci e verificare la reale assunzione	Scheda somministrazione farmaci

Scheda ad uso del Caregiver

Quando	Farmaci	Quanto	Come
Colazione <input type="checkbox"/> prima			
<input type="checkbox"/> dopo			
Metà mattina			
Pranzo <input type="checkbox"/> prima			
<input type="checkbox"/> dopo			
Metà pomeriggio			
Cena <input type="checkbox"/> prima			
<input type="checkbox"/> dopo			
Prima di dormire			
Al bisogno			

Scheda ad uso del Caregiver

	Data	Valore
Pressione		

Educazione Terapeutica in Ospedale

ET per prevenzione recidive di scompenso cardiaco cronico

Professionista competente

Cosa deve insegnare	Cosa deve imparare il caregiver	Quali strumenti per il caregiver
Riconoscere segni e sintomi premonitori e adottare gli interventi adeguati	<p>Il caregiver deve essere addestrato a:</p> <ol style="list-style-type: none"> conoscere i sintomi e i segni premonitori: <ul style="list-style-type: none"> edema agli arti inferiori distensione vene superficiali del collo rapido aumento del peso corporeo tachicardia, sudorazione dispnea e ortopnea affaticamento ai minimi sforzi o a riposo tosse secca e stizzosa contrazione diuresi mettere in atto gli interventi adeguati, conosciuti a seguito di formazione (posizione ortopnoica, ossigenoterapia) contattare i servizi territoriali competenti 	<p>Schede:</p> <ul style="list-style-type: none"> controllo Peso Controllo Pressione Controllo Bilancio Idrico

Scheda ad uso del Caregiver

	Data	Valore
Peso		

Scheda del controllo del Bilancio idrico ad uso del Caregiver

Bilancio Idrico	Data	Liquidi assunti nelle 24 h	Volume urine nelle 24 h	Colore urine

Educazione Terapeutica a Domicilio

ET per gestione sacche urine in paziente con CV in ADI

Professionista competente

Cosa deve insegnare	Cosa deve imparare il caregiver	Quali strumenti per il caregiver
1. Controllo della eliminazione urinaria 2. Modalità di cambio sacche urine	Il caregiver deve essere addestrato a: 1. conoscere i vari tipi di sacche (circuiti chiusi...) e sapere come utilizzarle 2. sapere quando svuotare le sacche e procedere alla sostituzione 3. riconoscere possibili complicanze della eliminazione urinaria (variazioni di colore, odore, quantità delle urine, febbre) e segnalare le anomalie 4. sapere mobilitare ed effettuare la igiene in un paziente con CV 5. sapere come intervenire in caso di malfunzionamento o fuoriuscita accidentale del CV e contattare al bisogno i servizi territoriali competenti	Scheda bilancio idrico

Scheda ad uso del Caregiver

G L I C E M I A	Data	Colazione		Pranzo		Cena	
		Prima	Dopo	Prima	Dopo	Prima	Dopo

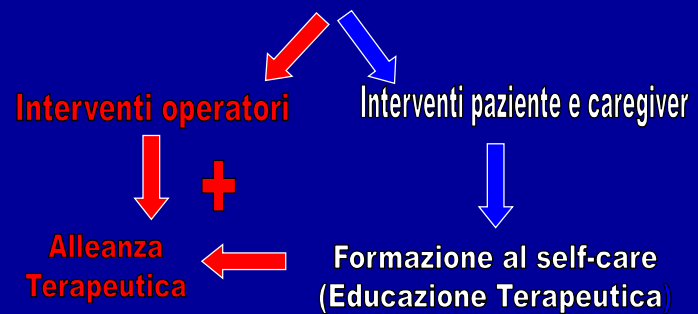
Educazione Terapeutica a Domicilio

ET per garantire sicurezza ambientale di paziente con demenza in AD

Professionista competente: ID

Cosa deve insegnare ID o OSS	Cosa deve imparare il caregiver	Quali strumenti per il caregiver
1. Prevenire danni al paziente 2. Prevenire danni a persone o cose 3. Gestire eventi avversi	1. Adattamenti ambientali <ul style="list-style-type: none"> eliminazione barriere (tappeti, scarsa illuminazione) Impianto corrimano, maniglie in bagno Impianto valvole sicurezza per gas, elettricità, campanelli di emergenza 2. Abbigliamento <ul style="list-style-type: none"> Calzature chiuse, suole gomma 3. Riconoscere e intervenire in caso di <ul style="list-style-type: none"> caduta (non mobilitare, tamponare ferite) confusione mentale (fare compagnia, ridurre i rumori, tenere l'ambiente illuminato) alterazioni del comportamento (agitazione, sopore): non somministrare farmaci in modo autonomo 	

Bisogni del paziente cronico



1. Cosa deve insegnare l'operatore
2. Cosa deve imparare il paziente-caregiver

AUSILII PER LDD

