



# **TOOLKIT PER LO SVILUPPO DI COMPETENZE MEDICO-LINGUISTICHE NEL CAMPO DELLE CURE PALLIATIVE**

**Materiale didattico creato nel Erasmus + Program progetto**

**Corsi aperti online su larga scala e video tutorial nell'ambito delle cure palliative e della comunicazione medica interculturale e multilinguistica**

**(Ref. numero. 2014-1-RO01-KA203-002940)**



Il presente progetto è finanziato con il sostegno della Commissione europea.  
L'autore è il solo responsabile di questa pubblicazione e la Commissione declina ogni responsabilità sull'uso che potrà essere fatto delle informazioni in essa contenute.

**Editura "Gr. T. Popa" UMF Iasi, 2017**

**Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României**

**Toolkit per lo sviluppo di competenze medico-linguistiche nel campo delle cure palliative** / ed.: Ovidiu Petriș, Anca Colibaba. - Iași : Editura Gr.T. Popa, 2017  
Conține bibliografie  
ISBN 978-606-544-483-6

I. Petriș, Ovidiu Rusalim (ed.)  
II. Colibaba, Anca Cristina (ed.)

61

Materiale didattico creato nel Erasmus + Program progetto Corsi aperti online su larga scala e video tutorial nell'ambito delle cure palliative e della comunicazione medica interculturale e multilinguistica, ref. numero. 2014-1-RO01-KA203-002940.

Include:

20 procedure educative in cure palliative;  
20 unità di apprendimento delle lingue per la comunicazione medica;  
2 DVD con materiali audio-video e fogli di lavoro.

Toolkit per lo sviluppo di competenze medico-linguistiche nel campo delle cure palliative è la base dei corsi aperti online di MedLang, disponibili al seguente link: [www.medlang.eu/course](http://www.medlang.eu/course)

Il copyright© 2014-2017 Universitatea de Medicină și Farmacie “Grigore T.Popa” Iași. Tutti i diritti riservati.

“Grigore T.Popa” UMF Iasi è il beneficiario del progetto Erasmus + Corsi aperti online su larga scala e video tutorial nell'ambito delle cure palliative e della comunicazione medica interculturale e multilinguistica, ref. numero. 2014-1-RO01-KA203-002940.

Nessuna parte di questo volume può essere copiata o trasmessa con qualsiasi mezzo, elettronico o meccanico, inclusa la fotocopia, senza la preventiva autorizzazione scritta del partenariato di progetto 2014-1-RO01-KA203-002940.

## Partenariato

### Romania



UNIVERSITATEA DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE  
GRIGORE T. POPA IAȘI

**Universitatea de Medicină și Farmacie „Grigore T. Popa” Iași**

Web site: [www.umfiasi.ro](http://www.umfiasi.ro)

Contact: Ovidiu Petris, [ovidiupetris@yahoo.com](mailto:ovidiupetris@yahoo.com)



UNIVERSITATEA

Transilvania  
BRASOV

**Universitatea Transilvania Brașov**

Web site: [www.unitbv.ro](http://www.unitbv.ro)

Contact: Mosoiu Daniela, [daniela.mosoiu@hospice.ro](mailto:daniela.mosoiu@hospice.ro)



EUROED

**Fundatia EuroEd Iași**

Web site: [www.euroed.ro](http://www.euroed.ro)

Contact: Anca Colibaba, [acolib@euroed.ro](mailto:acolib@euroed.ro)



Institutul  
Regional de  
Oncologie Iasi

**IRO**

**Institutul Regional de Oncologie Iași**

Web site: [www.iroiasi.ro](http://www.iroiasi.ro)

Contact: Mirela Grosu, [manager@iroiasi.ro](mailto:manager@iroiasi.ro)

### Belgio



**KdG**

Karel de Grote  
Hogeschool

**Karel De Grote Hogeschool Katholieke Hogeschool Antwerpen**

Web site: [www.kdg.be](http://www.kdg.be)

Contact: Bart Geurden, [bart.geurden@kdg.be](mailto:bart.geurden@kdg.be)

### Spagna



**Universidad  
Europea**

LAUREATE INTERNATIONAL UNIVERSITIES

**Universidad Europea De Madrid SL**

Web site: [www.uem.es](http://www.uem.es)

Contact: Benjamin Herreros, [benjamin.herreroruizvaldepenas@uem.es](mailto:benjamin.herreroruizvaldepenas@uem.es)

### Italia



**A.S.L. TO3**

Azienda Sanitaria Locale  
di Collegno e Pinerolo

**Azienda Sanitaria Locale TO3**

Web site: [www.aslto3.piemonte.it](http://www.aslto3.piemonte.it)

Contact: Michele Presutti, [mpresutti@aslto3.piemonte.it](mailto:mpresutti@aslto3.piemonte.it)



**PIXEL**  
ASSOCIAZIONE

**Pixel Associazione Culturale**

Web site: [www.pixel-online.net](http://www.pixel-online.net)

Contact: Elisabetta Delle Donne, [eli@pixel-online.net](mailto:eli@pixel-online.net)



**CONNECTIS**  
WEB APPLICATIONS TECHNOLOGY

**Connectis**

Web site: [www.connectisweb.com](http://www.connectisweb.com)

Contact: Riccardo Rossi, [r.rossi@connectisweb.com](mailto:r.rossi@connectisweb.com)

**Editori / Coordinatori:**

Colibaba Cristina Anca

Petris Ovidiu Rusalim

**Autori principali:**

Bonanseas Alessandro, Colibaba Cristina Anca, Geurden Bart, Moşoiu Daniela, Petris Ovidiu Rusalim, Poroch Vladimir, Valenti Emanuele

**Co-autori:**

Claes Laura, Janssens Stef, Stevens An, Vandevijvere Herman, Vercauteren Tinne, Carozzo Antonella, De Marie Daniela, Giordano Antonio, Grigolo Sabrina, Pons Andrea, Ramonda Evelin, Antohe Ileana, Arhip Cristian, Azoicai Doina, Colibaba Cintia Lucia, Colibaba Stefan, Colibaba Stefana Anais, Cretu Ioana, Crucianu Liliana Nicoleta Dinu Claudia, Drugus Daniela, Dumea Raluca, Gardikiotis Rodica, Gheorghiu Elza, Grecu Ioana, Mercas Alice, Nistor Ionut, Pascu Alina, Stoica Alexandra, Volovat Simona, Coca Cristina, Moreno Beatriz, Real de Asua Diego, Ruiz Valdepeñas Benjamin Herreros, Velasco Tyra

**Editing / Progetto grafico:**

Ionel Andreea

Rossi Riccardo

**Editor video:**

Zamosteanu Dragos

**Revisori scientifici:**

Alexa Ioana Dana

Tarcoveanu Eugen

## Contenuto

PREFAZIONE .....	7
PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE .....	9
Procedura medica .....	10
Unità linguistica .....	17
EFFETTUARE UNA PARACENTESI .....	21
Procedura medica .....	22
Unità linguistica .....	26
INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA .....	31
Procedura medica .....	32
Unità linguistica .....	36
TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A ECUBITO LATERALE .....	41
Procedura medica .....	42
Unità linguistica .....	47
CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ .....	51
Procedura medica .....	52
Unità linguistica .....	56
ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA .....	61
Procedura medica .....	62
Unità linguistica .....	66
COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA GRAVE .....	71
Procedura medica .....	72
Unità linguistica .....	74
VALUTAZIONE SPIRITUALE .....	79
Procedura medica .....	80
Unità linguistica .....	83
NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO .....	87
Procedura medica .....	88
Unità linguistica .....	94
IGIENE ORALE .....	99
Procedura medica .....	100
Unità linguistica .....	108
BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE .....	113

Procedura medica .....	114
Unità linguistica.....	118
VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA.....	123
Procedura medica .....	124
Unità linguistica.....	126
PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE SECONDO LA SCALA PAINAD .....	131
Procedura medica .....	132
Unità linguistica.....	135
SINDROME DA BURNOUT .....	139
Procedura medica .....	140
Unità linguistica.....	144
DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA (LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR) .....	149
Procedura medica .....	150
Unità linguistica.....	152
GESTIONE DELLA FASE TERMINALE.....	157
Procedura medica .....	158
Unità linguistica.....	162
PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE - CAMBIO POSTURALE .....	167
Procedura medica .....	168
Unità linguistica.....	172
VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA SUA MALATTIA .....	177
Procedura medica .....	178
Unità linguistica.....	180
MAPPATURA DELLA RETE DEL PAZIENTE .....	185
Procedura medica .....	186
Unità linguistica.....	188
RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER.....	193
Procedura medica .....	194
Unità linguistica.....	197
RIFERIMENTI.....	202

# PREFAZIONE

## *Perché MedLang? Perché la medicina palliativa? Perché un MOOC interdisciplinare?*

MedLang è nato come risultato della rilevazione di una serie di bisogni in diversi paesi europei. Questi bisogni sono sostanzialmente emersi dalla mancanza di un approccio standardizzato e coerente per questioni relative alla medicina palliativa. Di conseguenza, i partner coinvolti nel progetto Erasmus+ 2014-1-RO01-KA203-002940 si sono confrontati per affrontare questa sfida e diffondere al meglio i risultati del loro lavoro congiunto, a quanti più soggetti possibile, in Europa e non solo.

In questo momento, l'Europa si sta confrontando con una realtà caratterizzata da un'augmentata aspettativa di vita dove una significativa percentuale di sforzi medici è diretta ad assicurare una buona Qualità di Vita. Questo impegno si focalizza sempre più sul come trattare l'età avanzata nelle sue varie forme, tra cui l'invecchiamento attivo e l'educazione della terza età, ma anche su come assicurare alle persone cure terminali dignitose e protette. Sempre più professionisti devono essere formati per poter far fronte a tutte queste necessità della terza età nel campo dell'educazione, dei media, del lavoro sociale e della medicina. Possiamo aspettarci che moltissime persone che lavorano in queste ampie aree andranno incontro ad una riconversione del loro lavoro, per rispondere agli specifici bisogni di una nuova categoria di beneficiari rappresentata da persone della terza età. Questioni connesse alla mobilità globale a causa della necessità di forza lavoro, alla mobilità per studio o personale, ai rifugiati in Europa rendono il tema delle cure palliative molto più che un problema medico, amministrativo o finanziario, spostandolo piuttosto in un paradigma che considera linguaggio e comunicazione, cultura, religione e valori.

Il partenariato strategico che unisce Romania, Belgio, Italia e Spagna, formato da istituzioni mediche ed educative, pubbliche e private, ha affrontato il tema della medicina palliativa e questioni affini negli specifici contesti istituzionali e in un preciso arco temporale. Gli autori internazionali di questo volume sono consapevoli di rappresentare un punto di vista limitato ai suddetti ambienti geografici e alle specifiche necessità del momento. Essi sono tuttavia sicuri che questo cerchi di colmare una vasta lacuna che riguarda approcci standardizzati ed in linea con l'attuale infrastruttura, i bisogni formativi delle risorse umane, lo sviluppo medico e tecnologico e le priorità contestuali legate a strategie mediche, valori culturali e politiche nazionali.

La collezione dei materiali riflette il preciso orientamento che i partner hanno voluto mostrare: una selezione delle più rappresentative procedure basilari di medicina palliativa, totalmente in linea con gli ultimi aggiornamenti, metodi comunicativi di queste prassi in sei lingue e video che mostrano la loro implementazione. Partendo da un inventario di più di 50 procedure, la lista è stata ristretta a 20 interventi e modalità comunicative che considerano sia gli approcci medici esistenti nei paesi coinvolti che l'attuale andamento della medicina dialogica, oltre che i valori dell'interculturalità e la celebrazione della diversità di credenze e pratiche.

Per avere un'idea del tipo di decisioni e generalizzazioni che hanno richiesto una approfondita considerazione prima di poter iniziare la selezione degli item, i partner e gli autori del volume hanno dovuto decidere quanto dei nuovi orientamenti nazionali dovesse essere incluso in questo inventario generico di procedure e valori (ad esempio, la legislazione e la prassi relativa all'eutanasia per adulti e bambini attualmente in vigore in Belgio). Affrontando argomenti che vanno dall'igiene orale e lo spostamento o la nutrizione dei pazienti, fino alla comunicazione di cattive notizie o alla sindrome del burnout, un ventaglio di interlocutori sono presi in considerazione: pazienti ricoverati e non, famiglie, caregivers e infermieri, medici.

Un altro obiettivo del volume è quello di offrire risorse aggiornate per la professionalizzazione della specialità medica delle cure palliative nei paesi interessati, inclusa la Romania quale coordinatore del progetto, e verosimilmente in altri paesi europei e non, in sistemi con meno esperienza nell'assumere formalmente questo profilo medico per l'istruzione superiore o le scuole infermieristiche. A partire dalla facoltà di medicina di Brasov, dove l'unico programma rumeno di M.A. sulle cure palliative è stato offerto negli ultimi 5 anni, l'esperienza della Casa Sperantei (prima entità di cure palliative ad

essersi stabilita in Romania a metà degli anni '90), per finire con le 20 procedure validate dal più grande ospedale oncologico di Iasi (Romania) i materiali sviluppati nel progetto possono raggiungere l'obiettivo di partenza in modo professionale.

Il presente lavoro è sorretto da un approccio interdisciplinare che unisce l'ambito medico, il sistema di cura e il settore educativo. Grazie a preziose risorse educative per professionisti medici, il volume offre inoltre un accurato supporto, sia ai formatori che a coloro che apprendono, per una valida comunicazione sugli argomenti medici selezionati in diverse lingue (inglese, francese, spagnolo, italiano, fiammingo). La necessità di un approccio così particolare è stata segnalata negli ultimi dieci anni da coloro che dopo aver terminato gli studi universitari in medicina o infermieristica si sono trovati ad affrontare quotidianamente le sfide di una comunicazione professionale, indipendentemente dal fatto che lavorassero all'estero o no. Il supporto video e l'auto-valutazione o la valutazione tra pari, per verificare il livello di abilità medica e di pratica comunicativa, aiuta ad aprire la strada per un apprendimento indipendente.

Uno specifico supporto tecnologico è stato creato parallelamente al volume. Quest'ultimo si rivolge primariamente a coloro che preferiscono apprendere da un libro di testo, dato che sappiamo che il numero di questi studiosi tradizionali si ridurrà lentamente. Tuttavia, riteniamo utile informare che i materiali sono interamente disponibili anche nel sito del progetto [www.medlang.eu](http://www.medlang.eu). Siamo certi che coloro che useranno il volume si affideranno ad un apprendimento misto ed esploreranno anche alcune risorse in formato digitale. E il motivo è una pedagogia che facilita un diverso tipo di apprendimento su un MOOC: basato sul network, sui contenuti e sui compiti. Cooperare con persone interessate alla medicina o alla comunicazione attribuisce significato al compito e consente di verificare l'efficacia delle abilità acquisite. Inoltre, questa strategia, nell'educazione moderna, incoraggia lo sviluppo delle abilità e sottolinea l'importanza di curriculum basati sulla competenza. Di conseguenza, il volume contiene CD che presentano video e altre risorse di apprendimento che forniscono soluzioni basilari. Gli utenti che desiderano esprimere un parere professionale, documentare la loro argomentazione e pianificare l'auto-valutazione delle loro capacità sono invitati ad usare la piattaforma disponibile e a divenire partecipanti attivi nei forum per i dibattiti su argomenti specifici.

L'invito ad apprendere in base al proprio ritmo e al contesto di studio è intrinseco sia al volume che al MOOC. I criteri per l'auto-valutazione sono stati stabiliti con trasparenza e riguardano abilità cognitive avanzate come confronto, analisi, attenzione e memoria. Il MOOC dà priorità ad attività collaborative e ad interazioni tra pari e tra studente-docente per uno scambio di idee, dibattiti e argomentazioni, mentre alcuni compiti offrono la soddisfazione di co-creare conoscenza, per esempio quelli focalizzati su valori culturali e religiosi. La qualità delle conoscenze acquisite è misurata con variabili quali originalità, documentazione, discussione di protocolli, (scambio dei) turni, abilità di facilitazione, modelli di successo votati da studenti, accuratezza della simulazione. Sia nel libro che nel MOOC, l'apprendimento esorta alla riflessione e a modalità di pratica con e-portfolio e auto-ripresa. Con attenzione a stili di apprendimento individuali, sono prese in considerazione modalità di apprendimento lineare da testi, apprendimento interattivo, apprendimento attraverso la pratica e tramite video. Il MOOC ha un design tecnologico che facilita la disseminazione delle attività dei partecipanti attraverso una o più piattaforme in un ambiente aperto con accesso libero e volto ad una partecipazione intensa, e offre a studenti e formatori un senso di condivisione delle pratiche con una chiara enfasi sul processo di apprendimento. Ancora, il MOOC offre un sistema di valutazione e certificazione di conoscenze e competenze integrate nel sistema più coerente rispetto al volume, che può meglio essere usato in situazioni di istruzioni faccia a faccia come strumento di apprendimento per lo sviluppo professionale continuo e il training basato su simulazione.

In conclusione, il volume e il MOOC si offrono come strumenti indipendenti ma complementari per aiutare i professionisti, gli studenti, il pubblico in generale, ad apprendere sulla medicina palliativa e i processi comunicativi associati. I materiali sono il risultato finale di strategie pedagogiche che combinano le forme di apprendimento più tradizionale con nuovi trend che contemplano l'interazione, lo scambio di ruoli e l'assunzione di nuove responsabilità, sia per i formatori che per coloro che apprendono.

*Editori*



## **PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO- VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE**

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



**PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE  
FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE**

## PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE

Creazione di una comunicazione diretta con la parte interna della vescica urinaria attraverso un catetere specifico (catetere Foley) inserito nella vescica stessa attraverso l'uretra



<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	-----------------------	---

1.	Verificare le funzioni vitali della paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <b>Buongiorno / buon pomeriggio. Mi chiamo.....sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.</b>				0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> ( <i>in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente</i> ) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sulla paziente sbagliata, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratte dai loro stessi sintomi.</i> ) <i>Doppio-check sulla cartella clinica per: Nome                      Data di nascita</i>	ESSENZIALE			
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ) <b>Ho bisogno di inserire un catetere nella sua vescica urinaria in maniera da procedere ad un drenaggio all'interno di contenitori medici specifici</b> ( <i>quello che faremo</i> )				0 1 3
4.	<b>La manovra consiste nel passare un catetere flessibile attraverso le aree associate alla minzione. È un procedura abbastanza semplice, che non prevede tagli né punture e, quindi, non le procurerà dolore.</b> ( <i>in che cosa consiste la manovra</i> )				0 1 3
5.	<b>È molto importante che lei resti calma e rilassata durante l'intera procedura. Quando glielo dirò, dovrà restare ferma e tenere le gambe nella stessa postura in cui le sistemereмо, in modo da inserire il catetere senza toccare le aree circostanti che possono essere portatrici di microbi. Inoltre, al mio segnale, le chiederò di inspirare profondamente e poi di espirare – respirare più volte, profondamente, lentamente, liberamente.</b> ( <i>come contribuire alla procedura</i> )				0 1 3
6.	<b>Svuotare la vescica è davvero importante per la sua condizione medica. Sulla base di questa procedura, decideremo quali farmaci prescriverle</b> ( <i>il beneficio della procedura</i> )				0 1 3
7.	<b>È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi altre domande?</b>	ESSENZIALE			
8.	<b>Mi può dire quanto e quanto ha urinato l'ultima volta?</b> ( <i>valutare la percezione della paziente e il suo livello di coinvolgimento nelle questioni personali relative alla salute</i> )				0 1 3
9.	<b>Ha già subito una procedura di cateterismo? Ad esempio per interventi precedenti?</b>				0 1 3
10.	<b>È allergica a qualcosa, ad esempio prodotti in gomma, iodio, cerotti medici?</b> ( <i>valutare possibili allergie con i materiali comunemente utilizzati durante la procedura</i> )	ESSENZIALE			
11.	<b>È d'accordo con il campionamento dei suoi prodotti biologici?</b> ( <i>valutare il punto di vista personale in merito al campionamento dei prodotti biologici</i> )	ESSENZIALE			
12.	<b>Quando ha mangiato l'ultima volta?</b> ( <i>se possibile, evitare di realizzare la procedura immediatamente prima o dopo i pasti</i> )				0 1 6
13.	Selezione del catetere di Foley da utilizzare (caratteristiche tecniche) nella				0

	<p>specifica situazione clinica (se non già specificato nella cartella clinica della paziente)</p> <p>Valutazione della cartella clinica della paziente in riferimento a: <i>età</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- per una bambina, catetere calibro 8-10 (circonferenza esterna 2.7 ~ 3.4 mm), lunghezza 30 cm, palloncino di 3 ml;</li> <li>- per una donna adulta, catetere calibro 14 – 18 (circonferenza esterna 4.7 – 6 mm) per 5 ml di volume del palloncino (<i>un palloncino di dimensione minore permette di arrivare in profondità con i fori di drenaggio più vicini al punto estremo della vescica, consentendo così un'evacuazione più completa</i>), 23-26 cm di lunghezza</li> </ul>		1 9
14.	<p>Valutazione della cartella clinica della paziente per quanto concerne: <i>diagnostica della paziente in riferimento all'indicazione del cateterismo uretrovesicale (patologia urogenitale preesistente):</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in caso di ritenzione urinaria (<i>sospetta inabilità del sistema uretrovesicale di assicurare l'evacuazione dell'urina accumulata nella vescica</i>) il cateterismo viene posticipato fino a quando il volume esistente di urina nella vescica viene valutato attraverso un'ecografia della vescica stessa (<i>il volume ispezionato viene visualizzato in formato digitale con una precisione dell'85% per volumi inferiori a un litro; un volume tra i 500 e gli 800 ml innesca la sensazione di urinare; se viene trovato un volume inferiore ai 500 ml, il cateterismo viene posticipato in modo da permettere un accumulo ulteriore di liquidi a livello della vescica. Questo è dovuto al rischio infettivo di cateterismo associato alla potenziale mobilità di microrganismi che solitamente esistono a questo livello dell'uretra</i>).</li> </ul> <p><b>Ora lascerò aperto il rubinetto e, se vuole, può tenere le mani sotto l'acqua corrente. Questo per velocizzare l'istinto di urinare</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- in caso di drenaggio di coaguli, denso getto urinario ed ematuria, si consigliano sonde di dimensioni maggiori: calibro 20 (6,6 mm)</li> <li>- nelle patologie che richiedono un' irrigazione continua o intermittente della vescica, si consiglia un catetere Foley con 3 canali (<i>uno per il drenaggio della vescica, il secondo per riempire/svuotare la sonda a palloncino, e il terzo per introdurre il fluido di irrigazione della vescica</i>).</li> </ul>		0 1 9
15.	<p>Valutazione della cartella clinica della paziente per quanto concerne: <i>durata stimata del cateterismo uretrovesicale:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- fino ad 1 settimana – utilizzare un catetere Foley in plastica (<i>flessibilità ridotta con maggiori conseguenze traumatiche</i>), PVC (<i>maggiore flessibilità alla temperatura corporea, aderenza ai contorni dell'uretra</i>) o lattice (<i>rischio allergico da valutare in anticipo: l'alta frequenza di fenomeni allergici al lattice funziona come deterrente all'utilizzo di una sonda di questo materiale</i>)</li> <li>- fino a 4 settimane – usare un catetere Foley in teflon</li> <li>- fino a 12 settimane – usare un catetere Foley in silicone (<i>più costoso</i>) opzionalmente impregnato con sostanze antimicrobiche (<i>nitrofurantoina, idrogel, argento etc.</i>)</li> </ul>		0 1 3
16.	<p>Valutazione della cartella clinica della paziente per quanto concerne: <b>diagnosi associate</b> (<i>e.g. coagulopatie, etc.</i>), parametri di laboratorio (<i>e.g. piastrine &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.</i>) e medicinali associati (<i>e.g. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.</i>) – in modo da valutare il rischio di sanguinamento prolungato</p>		0 1 5
17.	<p>Una volta selezionate le caratteristiche tecniche del catetere, altri due cateteri uretrovesicali dovrebbero essere disponibili sin dall'inizio per poter sostituire rapidamente la sonda Foley in caso di contaminazione o danni durante la procedura.</p>		0 1 3

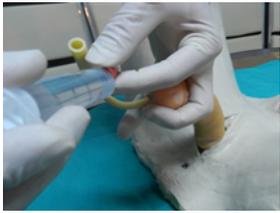
18.	Valutazione della volontà della paziente nel collaborare all'esecuzione della procedura.			0 1 5
	Valutazione della cartella medica della paziente per quanto concerne condizioni associate che potrebbero controindicare la posizione supina (e.g. grave insufficienza cardiaca con dispnea decubita) o rotazione esterna della flessione del ginocchio / coscia (malattie ortopediche / reumatologiche)			
19.	<b>Ora avrei bisogno che lei si posizioni sulla schiena con le ginocchia piegate e trattenute per un periodo tra i 15 e i 30 minuti (la rotazione esterna delle cosce e la flessione del ginocchio consentono una visione ottimale della regione perineale, che sarà maggiormente interessata dalla procedura). Vuole provare? Ora pieghi le ginocchia. Bene. Ora tenga le ginocchia più lontane e ruoti le cosce verso l'esterno. Grazie. Può mantenere questa posizione? (se la paziente ha difficoltà nel mantenere questa posizione, si può chiedere ad un collega di sostenere le gambe della paziente, o altrimenti la paziente può essere posizionata semi-prona).</b>			0 1 3
20.	<b>Durante la procedura, la sua zona genitale sarà completamente esposta. Per una questione di privacy, preferisce che ad eseguire la manovra sia una dottoressa / un'infermiera?</b>			0 1 9
21.	Se non sono stati valutati recentemente: misurazione del battito cardiaco, ossimetria, temperatura: BP ..... mmHg, SaO2...%, T ..... ° C Lavarsi le mani. Applicare guanti medici puliti come parte delle precauzioni standard.			0 1 3
22.	Utilizzare un tampone imbevuto di alcool per decontaminare tutte le superfici con cui ci sarà contatto durante la manovra.			0 1 3
23.	Smaltire i guanti usati nell'apposito contenitore. Lavarsi le mani. Applicare una nuova coppia di guanti medici come parte delle precauzioni standard.			0 1 3
24.	<b>La procedura prevede la pulizia preliminare della zona genitale con acqua e sapone. Può farlo da sola o possiamo farlo noi per lei - cosa preferisce?</b> La regione perineale va pulita con acqua e sapone - la maggior parte delle pazienti sceglie di farlo in autonomia e gestisce il compito abbastanza bene se riceve indicazioni chiare: <b>Lavare e pulire sempre dalle aree più pulite verso quelle più sporche (l'area anale ha un elevato carico microbico)</b>			0 1 9
25.	Coprire il paziente con un asciugamani disposto a forma di diamante, con angoli puntati rispettivamente alla testa, alle gambe e ai lati del letto.			0 1 3
26.	<b>Usi le mani per tenere l'angolo dell'asciugamani sotto il mento mentre le mettiamo la biancheria da sotto.</b> Evitando di sfilare la paziente da sotto l'asciugamani, arrotolare il lenzuolo e l'asciugamani e tenerli arrotolati nello spazio tra i piedi della paziente e la spalliera.			0 1 3
27.	<b>Ora, la prego di spogliarsi dalla vita in giù sotto l'asciugamani. Conserveremo noi i suoi vestiti finché la manovra non sarà finita. Grazie.</b>			0 1 3
28.	<b>Ora pieghi le ginocchia, per favore. Le piante dei piedi dovrebbero essere a circa 60 cm di distanza l'una dall'altra. Ecco, molto bene. Ora ruoti leggermente le cosce verso l'esterno.</b>			0 1 3
29.	Posizionare gli strumenti necessari all'altezza del piano di lavoro.			0 1 3
30.	Assicurarsi che vi sia una buona illuminazione per l'esame dell'area perineale (l'uso di una luce può essere appropriato)			0 1 3
31.	Posizionarsi sul lato destro della paziente (o sul lato sinistro se il personale che esegue la procedura è mancino). Sollevare il letto della paziente ad altezza della vita del personale che effettua la cateterizzazione.			0 1 3

32.	Incrociare gli angoli dell'asciugamani sotto le cosce della paziente, lasciando l'angolo rivolto ai piedi per coprire l'area perineale come se fosse una tenda ( <i>una ridotta esposizione delle aree private limita la sensazione di imbarazzo, fornendo anche un migliore comfort termico durante il cateterismo uretrovescicale</i> )				0 1 3
33.	Solleverare l'asciugamani dall'angolo che punta ai piedi della paziente e arrotolarlo per favorire l'accesso all'area perineale della paziente. Posizionare un asciugamano assorbente sotto le natiche della paziente ( <i>per evitare di bagnare / compromettere la biancheria da letto</i> ).				0 1 3
34.	Disimballare il kit sterile che contiene la borsa per la raccolta dell'urina, ancorarlo al letto utilizzando il gancio appositamente progettato, lasciando a portata di mano l'estremità del tubo che collega la borsa urinaria al catetere Foley.				0 1 9
35.	Disimballare il kit sterile per il cateterismo uretrovescicale e tenerlo a portata di mano, facendo attenzione a non desterilizzarne il contenuto.				0 1 3
36.	Applicare soluzioni antisettiche ( <i>di solito del tipo betadina-iodio</i> ) su cinque compresse sterili che saranno utilizzate per la decontaminazione dell'area urinaria. Smaltire le bustine vuote della soluzione antisettica nei contenitori appositi.				0 1 6
37.	Smaltire i guanti usati nel contenitore apposito. Procedere ad un lavaggio medico delle mani. Applicare un paio di guanti sterili, pur mantenendo sterile l'involucro da collocare tra le gambe della paziente ( <i>sull'involucro andranno posizionate le compresse sterili usate per decontaminare l'area del meato uretrale</i> ).				0 1 6
38.	Estrarre il catetere Foley dalla sua confezione e iniettare un volume di acqua distillata sterile come specificato sulla sonda ( <i>utilizzando una siringa sterile di volume appropriato che è collegata all'estremità appositamente progettata della sonda Foley inserendola saldamente attraverso l'apposita valvola</i> ) per riempire il palloncino e quindi controllarne l'integrità e la funzionalità ( <i>la rilevazione tempestiva di eventuali disfunzioni consente di sostituire la sonda prima dell'implementazione del cateterismo stesso</i> ). Usando nuovamente la siringa, svuotare completamente il palloncino del catetere Foley e quindi staccare la siringa che contiene ora il volume esatto di acqua distillata sterile necessario per riempire il palloncino quando richiesto. Posizionare la siringa sulla confezione sterile dei guanti medici precedentemente utilizzati. Applicare (2,5-5 cm di lunghezza) un lubrificante sterile sulla estremità della sonda, laddove si trova il palloncino.				0 1 9
39.	Con la mano non dominante, esporre l'area urinaria del meato e allontanare le grandi labbra usando le dita III e IV (che sono così desterilizzate!), con il palmo rivolto verso l'alto. <i>Prestare attenzione a mantenere ben aperte le grandi labbra, che non dovrebbero mai entrare in contatto con il meato urinario in qualsiasi momento della manovra. Facendo così, le dita I e II sono libere per assicurare una tenuta costante sulla parte finale del catetere e la valvola del palloncino viene meglio collegata alla siringa quando si riempie il palloncino con acqua distillata sterile.</i>				0 1 9
40.	Utilizzando le pinze sterili del kit di cateterismo uretrovescicale e le compresse antisettiche, strofinare in maniera intensa con la mano dominante e decontaminare l'intera aria con movimenti da fare in un unico verso: dall'interno di una delle grandi labbra in direzione anteriore-posteriore ( <i>da avanti a dietro</i> ); dall'interno della grande labbra opposta in direzione anteriore-posteriore; da una delle piccole labbra in direzione anteriore-posteriore; dall'altra delle piccole labbra in direzione anteriore-posteriore;				0 1 9

	dal carpo urinario in direzione anteriore-posteriore, usando 5 compresse antisettiche una dopo l'altra ( <i>il cateterismo uretrovescicolare è la manovra medica che causa più frequentemente infezioni nosocomiali - infezioni acquisite in ambiente medico - quindi le regole antisettiche devono essere rispettate rigorosamente</i> ). Dopo ogni uso, smaltire la compressa nel contenitore di rifiuti infettivi e, alla fine, smaltire anche le pinze. In questa occasione, individuare le strutture anatomiche dell'area perineale e individuare la posizione esatta del meato uretrale (a volte difficile da identificare nelle pazienti di sesso femminile).		
41.	Iniettare 10-15 ml di gel lubrificante nel carpo uretrale ( <i>il gel di lidocaina può essere utilizzato anche per ridurre il disagio associato al passaggio della sonda a livello uretrale, ma l'uso di lidocaina richiede altri 5 minuti per l'azione dell'anestetico</i> ) . Dopo l'uso, smaltire la siringa del gel lubrificante nel contenitore dei rifiuti infettivi.		0 1 9
42.	Tenere l'estremità del catetere Foley ( <i>il lato con i tubi di collegamento</i> ) nel palmo della mano dominante, con il catetere che fa un ciclo (per controllarne la lunghezza) e l'estremità opposta che deve essere introdotta nel carpo uretrale a 5-7,5 cm dalla sua punta posizionata come una penna tra le dita I su un lato e le dita II e III sull'altro.		0 1 9
43.	Mantenere aperta l'area cateterizzata utilizzando la mano non dominante, tenendo distese le grandi labbra ( <i>attraverso questa manovra, la traiettoria uretrale diventa diritta, facilitando così l'avanzamento della sonda</i> ).		0 1 3
44.	Inserire il catetere Foley nel meato urinario senza toccare strutture vicine ( <i>se si verifica un simile incidente, il catetere Foley risulta contaminato e deve essere sostituito; in caso di inserimento accidentale all'interno della vagina, il catetere viene mantenuto durante il cateterismo uretrovescicolare per guidare il successivo inserimento corretto, attraverso il muscolo urinario, di un nuovo catetere sterile</i> ).		ESSENZIALE
45.	<b>Ora, respiri diverse volte profondamente e lentamente. Dentro e fuori (avanzando il catetere durante la respirazione del paziente), lentamente ... Benissimo così...e ora di nuovo.</b>		0 1 6
46.	Continuare a far avanzare il catetere lungo l'uretra nel tempo offerto dalla respirazione della paziente.		0 1 3
47.	In caso di resistenza percepita all'avanzamento del catetere Foley lungo lo sfintere uretrale, esercitare una pressione costante, ma non pesante, sul catetere stesso ( <i>lo sfintere uretrale dovrebbe rilassarsi, consentendo l'avanzamento del catetere o, in alternativa, il catetere può essere ruotato ripetutamente da un lato e poi dall'altro per farlo avanzare</i> ).		0 1 6
48.	Eeguire il ciclo della sonda nel suo avanzamento all'interno dell'uretra e verificare la presenza di urina nel catetere stesso.		0 1 3
49.	Tenere l'estremità del catetere al livello della bacinella in modo da consentire l'accumulo delle urine evacuate dalla vescica.		0 1 3
50.	Da questo momento in avanti, inserire il catetere di altri 5 cm ( <i>al fine di massimizzare le probabilità che il palloncino della sonda abbia attraversato l'uretra. Il riempimento del palloncino del catetere in posizione uretrale può traumatizzare il condotto urinario e comportare complicazioni indesiderate</i> ).		0 1 9
51.	Utilizzando la mano dominante, portare l'estremità del catetere Foley che include la valvola a palloncino fino al livello delle dita della mano non dominante, continuando a mantenere aperte le grandi labbra.		0 1 3

# PROCEDURA MEDICA



52.	<p>Usando la mano dominante ora libera, prendere la siringa con acqua distillata sterile precedentemente posta a portata di mano e collegarla all'estremità del catetere con la valvola a palloncino. Con la valvola supportata dalle dita della mano non dominante, spingere la punta della siringa attraverso la valvola e iniettare il volume appropriato di acqua distillata in modo da riempire completamente il palloncino (<i>l'uso di soluzioni saline in questa fase è stato abbandonato dopo che alcuni studi hanno rivelato come la precipitazione parziale di soluzioni NaCl - che si verifica nel tempo - comporta la riduzione del palloncino</i>)</p>				0 1 3
53.	<p>In caso di dolore o disagio durante la manovra di riempimento del palloncino, è obbligatorio smettere di iniettare acqua sterile, svuotare completamente il palloncino e avanzare ulteriormente la sonda nella vescica. Quindi, riprovare a riempire il pallone, seguendo le reazioni della paziente.</p>		<b>ESSENZIALE</b>		
54.	<p>Scollegare la siringa dal catetere Foley e smaltirla nel contenitore dei rifiuti infiammabili non appuntiti.</p>				0 1 3
55.	<p>Pur mantenendo l'area del meato uretrale lontana da qualsiasi contatto con strutture circostanti, utilizzare la mano dominante per ritirare delicatamente il catetere Foley dal tratto uretrale fino a quando non si avverte una sosta, generata dal posizionamento del palloncino al livello dell'orificio uretrale.</p>				0 1 3
56.	<p>Spostare la mano non dominante dal livello delle strutture sostenute durante la manovra al livello del tubo di drenaggio delle urine. Utilizzare la mano dominante per collegare il catetere Foley al tubo della borsa di raccolta urinaria. (<i>Questa fase viene quindi eseguita usando entrambe le mani</i>).</p>				0 1 3
57.	<p>Fissare il tubo del catetere Foley mentre lo si posiziona al livello della coscia interna del paziente in modo che il tubo sia allungato (<i>per evitare che il palloncino scivoli indietro all'interno della vescica, con successiva fuoriuscita di urina dalla vescica lungo la sonda, situazione che provoca difficoltà nel mantenere l'igiene della paziente</i>) anche se non in tensione, per consentire alla paziente di eseguire movimenti comuni (<i>è fortemente raccomandato l'uso di dispositivi specifici che riducono il rischio di infezione, piuttosto che il semplice collegamento del tubo attraverso cerotto medico</i>).</p>				0 1 3
58.	<p><b>Ora potrebbe sentire una sensazione di fastidio, che la potrebbe portare a richiedere la sospensione della procedura. Si tratta di alcuni minuti, finché non si sarà abituata alla presenza della sonda.</b></p>				0 1 3
59.	<p>Pulire la regione perineale con compresse di soluzione alcolica (<i>per rimuovere la betadina precedentemente utilizzata per la decontaminazione, che potrebbe generare irritazioni locali in caso di contatto prolungato con pelle e mucose</i>).</p>				0 1 3
60.	<p>Misurare il volume delle urine raccolte e valutarne l'aspetto.</p>				0 1 3
61.	<p>Regolare il tubo per evitare che si pieghi e assicurarsi che il livello superiore della borsa di raccolta sia sempre posizionato al di sotto di qualsiasi segmento del tubo (<i>per non creare condizioni in cui l'urina scorra dalla sacca all'indietro verso i tratti urinari</i>).</p>				0 1 3
62.	<p>Smaltire i restanti materiali della procedura nel contenitore di rifiuti non appuntiti</p>				0 1 3
63.	<p>Rimuovere i guanti usati e gettarli nel contenitore di rifiuti infiammabili. Lavare le mani con sapone e acqua.</p>				0 1 3
64.	<p><b>Ora può allungare le gambe e rilassarsi. Abbiamo finito la procedura.</b></p>				0 1

# PROCEDURA MEDICA



	<b>Ben fatto, congratulazioni.</b>			3
65.	Arrotolare la biancheria da letto utilizzata per coprire il paziente. Rimuovere la biancheria e smaltirla nel contenitore di rifiuti infiammabili.			0 1 3
66.	Utilizzare un tampone imbevuto di alcool per decontaminare tutte le superfici che sono state coinvolte nella procedura. Lavare le mani.			0 1 3
67.	<b>La borsa delle urine verrà svuotata ogni 8 ore o quando necessario, in modo che non si riempra per più della metà.</b>			0 1 3
68.	<b>Almeno una volta al giorno, l'area genitale deve essere lavata con sapone e acqua per evitare che si verifichino irritazioni o infezioni locali.</b>			0 1 3
69.	<b>In nessun motivo il tubo urinario deve essere estratto. Se le dà fastidio qualcosa nel sistema di drenaggio urinario, le chiedo di farcelo sapere e provvederemo a risolvere questo problema.</b>			0 1 3
70.	<b>Faccia attenzione che la tubazione urinaria non si pieghi, non si intrecci o non si blocchi perché questo ostacolerebbe il flusso urinario.</b>			0 1 3
71.	<b>È inoltre necessario che faccia attenzione affinché la borsa di raccolta sia sempre posta sotto il livello della vescica e dei tubi uretrovescicali.</b>			0 1 3
72.	<b>Nel periodo in cui dovrà tenere il catetere, la sua vita sessuale cambierà. Sarà avvisata in merito, se lo desidera.</b>			0 1 3
73.	<b>È preferibile fare la doccia piuttosto che il bagno nel periodo in cui dovrà tenere il catetere (<i>l'immersione prolungata favorisce il verificarsi di infezioni urinarie</i>)</b>			0 1 3
74.	<b>Attenzione ad eventuali segni di infezione. Se soffre o se ha dolori addominali inferiori, se prova una frequente urgenza di urinare o addirittura se prova sonnolenza o affaticamento inspiegabile, o ancora se l'urina risulta torbida, è possibile che l'urina si sia infettata (<i>per diminuire tale rischio, è consigliabile una dieta che acidifica l'urina, consumando ad esempio succo di mirtillo</i>). Se ciò accade, avrà bisogno di assistenza medica specializzata.</b>			0 1 3
75.	<b>Per espellere una quantità corretta di urine, si consiglia di bere almeno 2 litri di liquidi ogni giorno (<i>preferibilmente più di 3 litri - indicazione da comunicare al paziente solo se le patologie associate consentono l'assunzione di tali volumi</i>).</b>			0 1 3
76.	Compilare la cartella clinica della paziente con tutti i dettagli relativi alla realizzazione della procedura, alle eventuali complicazioni e, a seconda dei casi, al volume e all'aspetto (colore, chiarezza ecc.) dell'urina. Indicare data e ora.	<b>ESSENZIALE</b>		
77.	Adottare tutte le misure necessarie per la sicurezza della paziente ( <i>regolare il letto a un livello inferiore e sollevare i limitatori laterali</i> ). Assicurarsi che la paziente possa facilmente raggiungere gli oggetti personali ( <i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba ecc.</i> ), posizionare il bicchiere d'acqua ed il telecomando per chiamare assistenza medica in modo che siano facilmente raggiungibili. Dare dettagli circa il programma medico da seguire e il momento in cui la paziente sarà nuovamente esaminata.			0 1 3
<b>Total score: 300</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

## PROCEDURA DEL CATETERISMO URETRO-VESCICALE (CATETERE FOLEY) NELLE PAZIENTI DI SESSO FEMMINILE

### Introduzione

**Familiarizza con la terminologia di quest' unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

fatica	data di scadenza	cateterizzazione	bruciare
vescica	infezione	catetere	drenaggio

### Definizioni:

1. Creare una comunicazione diretta con la parte interna della vescica attraverso l'uso o l'inserimento di un catetere (Foley) nella vescica stessa.
2. Dispositivo medico tubolare che si inserisce in canali, vasi, o cavità del corpo per scopi diagnostici e/o terapeutici (per consentire l'iniezione o il drenaggio di fluidi o per mantenere un passaggio aperto).
3. Sacco membranoso estensibile utilizzato per la conservazione temporanea delle urine: situato nel bacino di fronte al retto, esso riceve l'urina dai due ureteri e la riversa nell'uretra attraverso un orifizio chiuso da uno sfintere.
4. Data segnata sui beni di consumo imballati che ne indica la data successiva alla quale essi non dovrebbero essere più messi in vendita.
5. Atto o processo di assorbimento di fluidi da una cavità o ferita mediante aspirazione o gravità.
6. Agente infettivo o materiale contaminato da un agente infettivo.
7. Sentire o causare bruciore acuto.
8. Condizione di stanchezza.

### Guarda e Ascolta

**Nel video sono presentate una serie di azioni svolte dal medico. Eppure, alcuni passaggi della procedura di cateterizzazione uretro-vescicale sono stati omessi. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina e rilascia con il mouse. Guarda il video e verifica.**

*Il medico informa il paziente della fine della procedura*

*Saluti e presentazioni*

*Il medico spiega gli step della procedura*

- Il medico dice al paziente cosa sta per fare.
- Il medico spiega le ragioni per cui sta per svolgere la procedura.
- Il medico chiede al paziente la propria esperienza / familiarità con la procedura.
- Il medico chiede al paziente come stendersi sul letto.
- Il medico esegue la procedura introducendo il catetere Foley.
- Il medico rassicura il paziente che tutto è ok, anche se dovesse sentire un pò di fastidio.
- Il medico fa raccomandazioni / dà consigli.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. *Che cos'è il catetere Foley?*

- a. Il catetere Foley funge da scarico per riempire la vescica.
- b. Si tratta di un tubo sottile che drena l'urina dalla vescica.

2. *Come si deve indossare la sacca di drenaggio?*

- a. Tenere sempre la sacca di drenaggio sotto la vescica (quando si è sdraiati, seduti o in piedi).
- b. Tenere sempre la sacca di drenaggio sopra la vescica (quando si è sdraiati, seduti o in piedi).

3. *Quando si deve cambiare o svuotare la sacca di drenaggio?*

- a. La sacca di drenaggio va svuotata quando è mezza piena.
- b. La sacca di drenaggio va svuotata quando completamente piena.

4. *Cosa dovrebbero fare i pazienti per stare bene mentre indossano la sacca di drenaggio?*

- a. Non dovrebbero bere troppa acqua.
- b. Dovrebbero controllare che la loro urina sia sana (colore giallo chiaro).

### Scegli se le affermazioni seguenti sono vere o false

1. Per cateterizzazione s'intende l'inserimento di un catetere nella vescica, nella trachea, o nel cuore. V/F
2. La vescica è una sacca membranosa muscolare, presente nell'addome, che riceve urina dai reni e la conserva per l'escrezione. V/F
3. Il catetere è uno strumento chirurgico atto ad esplorare la profondità o la direzione di una ferita. V/F
4. Per drenaggio s'intende l'atto o il processo di assorbire fluidi da una cavità o da una ferita mediante aspirazione o gravità. V /F
5. Per infezione s'intende o un agente/ materiale contaminato da un agente infettivo o una malattia da esso risultante. V /F
6. Inspirare – cacciare fuori l'aria. V/F
7. Espirare – immettere aria. V/ F
8. Una sonda è un dispositivo medico tubolare che si inserisce in canali, vasi, o cavità del corpo per scopi diagnostici e/o terapeutici (per consentire l'iniezione o il drenaggio di fluidi o per mantenere un passaggio aperto). V/F

### Trascina e abbinare le domande del medico con le risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Mi direbbe il suo nome?	3 marzo 1976.
Anno di nascita?	No, mai.
Ricorda quando e quanto ha urinato l'ultima volta?	Stamani a colazione. Erano le 8.
Le è stata mai inserita una sonda	No, non ho alcun tipo di allergia.



urinaria?	
È allergico/a a qualcosa?	Assolutamente sì. Non ho nulla in contrario.
È d'accordo con il campionamento di prodotti biologici?	Mi chiamo John Brown.
Quando ha mangiato l'ultima volta?	Mezz'ora fa. Non saprei, la solita quantità.

**Trascina e abbinata le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

drenaggio	espirare
addome	fuoriuscire
consumare	pancia
superiore	gambe
inferiore	petto
mascellare	mascella
arti	mangiare
regione lombare	fianchi / vita
regione pettorale	più alto
esalare	più basso

## Grammatica

**Studia le regole grammaticali ed esegui l'esercizio**

1. Le consiglio di.....il catetere al paziente del reparto 3.  
introducendo / introdurre
2. Le suggerisco di.....una striscia di fasciatura.  
tagliando / tagliare
3. Deve.....che la sacca di drenaggio sia sempre posizionata al di sotto della vescica urinaria.  
prendersi cura / prendendo cura
4. Il dottore mi ha raccomandato .....almeno 2 litri di liquidi al giorno.  
di bere / bevendo
5. Il dottore ha consigliato al paziente di ..... eventuali segni di infezione.  
controllare / controllando



## Fare raccomandazioni

1. *Le consiglio di / lei dovrebbe / lei deve* restare calmo e rilassato per tutto il tempo della procedura.
2. Al mio segnale *io potrei / io le consiglio / io le suggerisco* di non muoversi e di tenere ferme le gambe per i successivi 15 minuti.
3. *Devi / dovresti / suggerisci* di lavare l'area genitale con sapone e acqua in modo da evitare eventuali irritazioni o infezioni.
4. Al mio segnale *io le suggerisco / dovresti / deve* respirare lentamente.
5. *È consigliabile / le raccomando / dovrebbe* allungare le gambe e rilassarsi

### Parlare

**Formula delle raccomandazioni su come utilizzare le sacche di drenaggio; registra il file audio, che sarà automaticamente inviato al Forum perché possa essere valutato, e copialo nella sezione “Verifica il mio audio” del Forum, in modo da essere valutato.**

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

### Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....

.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*È necessario stare attenti nel porre la sacca di raccolta sempre sotto la vescica.*



## EFFETTUARE UNA PARACENTESI

**Procedura medica**

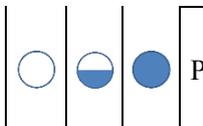
**Unità linguistica**



EFFETTUARE UNA PARACENTESI

## EFFETTUARE UNA PARACENTESI

Creare una comunicazione diretta con la cavità addominale attraverso una puntura intracutanea



				P
1.	Verificare le condizioni del paziente ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ): funzioni vitali presenti ; arresto cardiopolmonare Preparare i materiali necessari. <b>Buongiorno / buonasera. Mi chiamo.....e sono il suo medico / infermiere.</b>			0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sul paziente sbagliato, dal momento che ci sono spesso pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi</i> ).	ESSENZIALE		
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ) <b>È d'accordo con il campionamento dei suoi prodotti biologici?</b> ( <i>valutazione del credo personale in merito al campionamento dei prodotti biologici</i> )	ESSENZIALE		
4.	Se presenti, i parenti / accompagnatori del paziente sono invitati a lasciare la stanza. Non possono rimanervi durante la procedura.			0 1 3
5.	Posizionare il paziente in maniera confortevole ( <i>seduto su una sedia reclinabile o disteso su un letto</i> ). <b>Effettueremo ora una paracentesi, procedura medica attraverso la quale abbiamo accesso all'area addominale laddove, a causa della malattia di cui soffre, vi sono accumulate grosse quantità di liquidi. Ha già subito una paracentesi in precedenza?</b>			0 1 3
6.	<b>La procedura consiste nell'inserire un ago nella parte inferiore sinistra del suo addome, in maniera tale da penetrare la pelle e raggiungere la cavità addominale, dove si è accumulato del liquido a causa della malattia. In modo da realizzare la procedura in maniera sicura, dovrebbe restare steso/a sul suo lato sinistro del letto, affinché il liquido si muova in direzione dell'area della puntura. È importante che la posizione le risulti confortevole, dal momento che dovrà rimanere immobile per tutta la durata della procedura. Per questo, abbiamo bisogno che lei non si muova e che non parli prima di avvisarci alzando una mano. Alla stessa maniera, provi a non tossire. L'intera procedura durerà tra i 30 e i 45 minuti. Sentirà un pò di pressione nel momento in cui l'ago verrà inserito, ma questa sensazione sparirà quasi subito, e a quel punto non dovrebbe avere alcun tipo di fastidio, se non quello di rimanere fermo/a per un periodo piuttosto lungo</b> ( <i>in che cosa consiste la procedura</i> )			0 1 3
7.	<b>È estremamente importante che lei rimanga rilassato/a e calmo/a per tutta la procedura, che rimuova ogni abito che le copre l'addome e che si posizioni come le ho spiegato. Alla stessa maniera, non faccia movimenti improvvisi mentre ci avviciniamo con l'ago</b> ( <i>in che modo il</i>			0 1 3

	<i>paziente contribuisce alla procedura)</i>		
8.	<b>Il liquido che andremo a raccogliere sarà analizzato in laboratorio, e ci darà una serie di informazioni sulla sua condizione medica. Sulla base di questo, decideremo quali medicine prescriverle.</b> <i>(in che modo la procedura sarà utile al paziente)</i>		0 1 3
9.	<b>È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi altre domande?</b>	ESSENZIALE	
10.	Valutare la cartella clinica del paziente per ciò che attiene: diagnosi associate ( <i>es. coagulopatie, etc.</i> ), parametri di laboratorio ( <i>es. piastrine &lt;150,000, INR&gt; 1.5, etc.</i> ) e trattamenti farmacologici associati ( <i>es. Sintrom, Trombostop, Aspirin, Plavix, etc.</i> ) – in maniera tale da valutare il rischio di sanguinamento prolungato.		0 1 9
11.	<b>È allergico/a a qualcosa, ad esempio ai prodotti in plastica, allo iodio o ai cerotti medici?</b> <i>(valutare possibili allergie ai materiali comunemente utilizzati in questa procedura)</i>		0 1 9
12.	Se non sono stati valutati recentemente: misurazione del battito cardiaco, ossimetria, temperatura: BP .... mmHg, SaO2 ....., T ..... ° C . Lavarsi le mani. Applicare guanti medici puliti come parte delle precauzioni standard. Utilizzare un tampone imbevuto di alcool per decontaminare tutte le superfici con cui ci sarà contatto durante la procedura.		0 1 3
13.	Smaltire i guanti usati nell'apposito contenitore. Lavarsi le mani. Applicare una nuova coppia di guanti medici come parte delle precauzioni standard.		0 1 3
14.	Rivedere le indicazioni relative alla paracentesi e, a seconda dei casi, le indicazioni relative ad una successiva somministrazione di farmaci intraperitoneali (all'interno dell'addome).		0 1 3
15.	<b>Le chiederei di rimuovere ogni indumento in modo che il suo addome sia completamente scoperto.</b> Sollevare il letto del paziente all'altezza del personale che realizzerà la procedura. Posizionarsi sul lato sinistro del letto.		0 1 3
16.	Controllare che la pelle addominale non abbia segni di infezioni locali <i>(rischi associati alla diffusione intraperitoneale dell'agente infettivo causato da lesioni cutanee)</i>		0 1 9
17.	Verificare la cartella medica del/della paziente, comprese le analisi, in modo da diagnosticare ciò che può aver causato l'accumulo di liquido peritoneale <i>(localizzazione, tipologia, carattere ecografico, ecc.)</i> . Procedere alla protezione del letto (coperta assorbente o altro materiale impermeabile posto al di sotto del livello della regione addominale e dell'anca del paziente). <b>Ora le chiederei di sdraiarsi sul lato sinistro, come le ho spiegato precedentemente.</b>		0 1 9
18.	Identificare la posizione della colonna vertebrale anteriore superiore e dell'ombelico.		0 1 9
19.	Identificare il quadrante inferiore che è il punto esatto in cui effettuare la paracentesi <i>(questa è la posizione ottimale per la paracentesi dal momento che: sul lato sinistro il colon è posizionato più verso la schiena; la membrana sierica peritoneale è scivolosa; i cicli intestinali tendono a scivolare via dall'ago e il decubito laterale aiuta a posizionare il fluido addominale nei pressi dell'area di penetrazione dell'ago)</i>	ESSENZIALE	
20.	Segnare con la punta dell'unghia il punto esatto in cui verrà effettuata la paracentesi.		0 1 9

21.	Percuotere l'addome per confermare la presenza di liquido nella zona selezionata ( <i>questo aiuta ad associare l'ecografia addominale all'obiettivo dell'esame in maniera tale da determinare il punto migliore in cui effettuare la paracentesi</i> ) e per la scelta finale del punto in cui effettuare la puntura.		0 1 6
22.	Pulire un'area di 5 cm <sup>2</sup> esercitando pressione sulla superficie cutanea partendo dal punto selezionato per la paracentesi secondo un movimento a spirale, utilizzando un tampone con soluzione iodata ( <i>Questo provocherà una decontaminazione chimica - la soluzione iodata assieme al movimento meccanico comporterà la pulizia del tegumento addominale attraverso una strofinazione in senso ellittico - insieme a quella meccanica</i> ). Disporre il tampone nel container contenente materiale infetto.		0 1 9
	Ripetere la manovra di decontaminazione con un nuovo tampone imbevuto con soluzione iodata. Disporre questo secondo tampone nel container contenente materiale infetto.		
23.	Ripetere la manovra di decontaminazione utilizzando un terzo tampone con soluzione iodata, e successivamente gettare il tampone utilizzato nel container contenente materiale infetto.	ESSENZIALE	
24.	Lavare le mani e indossare guanti sterili monouso.		0 1 6
25.	Collegare la siringa sterilizzata con l'ago. Se possibile, utilizzare una siringa calibro 20 ( <i>chiedere assistenza ad un collega, affinché venga aperto il pacchetto contenente siringa e ago, che saranno utilizzati unicamente dal personale che esegue la procedura tramite guanti sterili, minimizzando così il rischio di infezione associata alla procedura</i> ).		0 1 3
26.	Togliere il tappo protettivo dell'ago. Posizionare l'ago-siringa perpendicolare al tegumento, nell'angolo in alto.		0 1 6
27.	<b>Stiamo per iniziare la procedura di paracentesi. Sentirà la puntura. La pregherei di restare fermo/a.</b>		0 1 6
28.	La siringa viene premuta con un movimento fermo e controllato della mano in modo da pungere la pelle e spingere l'ago nella zona sottocutanea, 5-7 mm di profondità.	ESSENZIALE	
29.	Utilizzando entrambe le mani posizionate al livello della siringa, far avanzare l'ago verso la zona peritoneale in direzione perpendicolare sulla pelle, generando una pressione negativa all'interno della siringa, tirando indietro il pistone ( <i>la pressione negativa generata all'interno della siringa permette l'identificazione del momento esatto di ingresso nella zona peritoneale attraverso la comparsa del liquido nella siringa. Dopo di ciò, in maniera da evitare ogni rischio di puntura accidentale delle strutture addominali, è importante mantenere costante l'inserimento dell'ago e il suo orientamento perpendicolare alla pelle</i> ).		0 1 9
30.	<b>Molto bene. Procederemo ora alla rimozione del liquido che le crea così tanti problemi respiratori. La prego di mantenere questa posizione un altro po', non si muova adesso.</b>		0 1 3
31.	Aspirare la quantità di fluido prevista ( <i>generalmente, nella valutazione iniziale, ci si concentra sulla differenziazione tra essudato e trasudato mediante esplorazioni biochimiche - proteine, lattididrogenasi (LDH), colesterolo, a cui vengono aggiunti glucosio, amilasi ed altri</i> ). Lo staff monitorerà che la lunghezza dell'inserimento dell'ago e la posizione perpendicolare dello stesso siano mantenuti costantemente.		0 1 3
32.	In alcuni casi, l'ago può essere collegato con un sistema di aspirazione		0 1



	(dove il fluido viene raccolto in una bottiglia con gradazioni), che permette una più semplice rimozione della quantità di liquido desiderata ( <i>rimuovere fino a 5 litri di liquido ascitico solitamente non comporta alcuna conseguenza psicopatologica negativa o squilibrio colloidale</i> ).			3
33.	<b>Molto bene. Abbiamo quasi finito, ma non si muova ancora.</b>			0 1 3
34.	Applicare un tampone con soluzione iodata all'altezza della puntura e rimuovere l'ago con grande attenzione - la siringa resta perpendicolare al piano tegumentario e contemporaneamente si preme il tampone con soluzione iodata saldamente sul sito di ingresso, non appena l'ago è fuori.			0 1 9
35.	<b>Ora abbiamo finito. Si è comportato/a molto bene.</b>			0 1 3
36.	Smaltire l'ago nel contenitore di oggetti affilati e la siringa nel contenitore di rifiuti infettivi non pungenti e non affilati.			0 1 6
37.	<b>Ora può girarsi sul lato destro.</b> ( <i>sistemare il/la paziente in posizione laterale destra di decubito aiuta a diminuire la pressione del liquido sulla traiettoria della puntura addominale e permette di finalizzare la procedura senza alcuna complicazione</i> ).			0 1 9
38.	Utilizzare tamponi imbevuti di alcool per ripulire il tegumento addominale dalla soluzione iodata ( <i>la presenza prolungata di soluzione iodata sul tegumento risulta sgradevole e può anche generare il rischio di reazioni irritanti locali</i> ).			0 1 9
39.	Applicare tampone imbevuto di alcool sull'area della puntura in modo da sostituire il tampone imbevuto di soluzione iodine, che verrà gettato nel contenitore di rifiuti infettivi. Fissare il tampone con cerotto medico.			0 1 6
40.	<b>Ora manderemo i campioni in laboratorio, in modo che possano essere analizzati. A quel punto avremo maggiori informazioni relativamente alle sue condizioni e capiremo in che modo procedere.</b>			0 1 6
41.	Compilare la cartella medica con tutti i particolari relativi alla realizzazione della procedura facendo attenzione a menzionare ogni complicazione e a indicare volume e aspetto (colore, limpidezza, ecc..) del liquido estratto. Indicare data e orario.	ESSENZIALE		
42.	<b>La ringrazio, abbiamo completato la procedura. Può rivestirsi.</b> Laddove necessario, assistere il/la paziente ( <i>sistemare il letto ad un'altezza inferiore, sollevare le barriere laterali</i> ), risistemare gli oggetti personali del/della paziente ( <i>e.g. cellulare, libro, ecc.</i> ), posizionare telecomando per l'assistenza medica in maniera che possa essere a portata di mano. <b>Ora abbiamo bisogno che lei faccia....</b> (es. un elettrocardiogramma) <b>tra ..... minuti.</b> ( <i>dare informazioni riguardo le successive attività mediche e le relative tempistiche</i> )			0 1 9
<b>Punteggio totale: 200</b>		<input type="radio"/>	critero non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	critero parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	critero completamente soddisfatto	%

### Riferimenti:

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

## EFFETTUARE UNA PARACENTESI

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti**

paracentesi  
foro

penetrare  
percussione

siringa  
ago

tampone  
puntura

### Definizioni:

1. L'intervento che consiste nel penetrare una cavità, organo o tessuto in modo da prelevare fluidi o iniettare medicine.
2. Metodo utilizzato per diagnosticare una malattia in base al suono prodotto dal tastare parti del corpo con le dita, le mani o un piccolo strumento.
3. Una perforazione della cavità addominale con una puntura sottocute.
4. Entrare, andare dentro.
6. Ferita provocata dalla puntura della pelle con un oggetto tagliente.
7. Uno strumento medico, usato per iniettare o prelevare fluidi nel corpo.
8. Un pacchetto composto da cotone sterile, una garza e altro materiale utilizzato per disinfettare un organo o un tessuto.
9. Finissimo tubicino in metallo appuntito che viene utilizzato per le iniezioni o le punture negli interventi chirurgici o stomacologici.

### Guarda & Ascolta

**Di seguito una serie di azioni in cui è coinvolto il dottore. Tuttavia mancano alcuni passaggi del protocollo. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina in basso. Rivedi il video per controllare.**

*Il dottore presenta sé stesso, si accerta delle condizioni del paziente e prepara il materiale necessario.*

*Il dottore identifica il punto esatto dove perforare l'addome per la paracentesi percuotendo l'addome del paziente per confermare la presenza di liquido nell'area selezionata.*

*Al raggiungimento dell'ammontare di liquido previsto il dottore applica la soluzione iodica nel punto perforato e cautamente rimuove l'ago.*

- Il dottore posiziona il paziente in maniera confortevole, spiega cosa sta per andare a fare, in cosa consiste la procedura e come il paziente può contribuire all'esecuzione di essa.
- Il dottore rivede le indicazioni della paracentesi e, nel frattempo, chiede al paziente di togliersi i vestiti e lasciarli a lato come spiegato precedentemente.
- Il dottore esegue una disinfezione con un tampone di soluzione iodica per tre volte e getta i tamponi utilizzati nel cestino.



- Con una siringa di calibro 20 il dottore inizia a perforare la pelle e fa avanzare l'ago sottocute di 5-7 millimetri in profondità.
- Il dottore aspira la quantità indicata di liquido e costantemente monitora la procedura.
- Il dottore riposiziona il paziente nell'esatto decubito laterale, il che aiuta a diminuire la pressione
- Il dottore invia i campioni ad analizzare il che aiuterà a conoscere meglio le condizioni del paziente e ad aggiornare le attività mediche.

## Letture e vocabolario

### Clicca le risposte corrette ad ogni domanda:

1. *Cosa prevede la paracentesi?*

- a. Consiste nella perforazione della cavità addominale con una puntura sottocute.
- b. Consiste nella perforazione della cavità toracica con una puntura sottocute.

2. *Cosa deve fare il paziente durante l'operazione se avverte qualcosa con non va?*

- a. Deve tossire.
- b. Deve alzare una mano.

3. *Perché il paziente deve restare completamente immobile durante l'operazione?*

- a. Ogni movimento potrebbe urtare strutture precedentemente toccate.
- b. In questo modo il dottore potrà abilmente inserire l'ago.

4. *Perché il dottore non deve buttare il liquido dall'addome del paziente?*

- a. Il liquido conservato e testato in laboratorio fornirà al dottore molte informazioni sullo stato di salute del paziente.
- b. La posizione del paziente sarà cambiata.

### Vero o falso

- 1. Paracentesi crea una perforazione della cavità addominale con una puntura sottocute V/F
- 2. Per permettere una puntura facile e sicura, il paziente dovrà giacere sul lato del letto in modo che il liquido può raggiungere più velocemente il posto della puntura. V/F
- 3. L'intera procedura può durare fino a 2 ore. V/F
- 4. E' importante che la posizione del paziente sia comoda, ma non deve essere completamente immobile durante la procedura. V/F
- 5. Il paziente sentirà pressione durante l'operazione. V/F
- 6. Il paziente non sarà autorizzato ad eseguire improvvisi movimenti mentre l'ago sarà nelle sue immediate vicinanze V/F
- 7. Il dottore valuta il tracciato medicale del paziente dal punto di vista della sua storia medica. V/F
- 8. Il dottore identifica il punto approssimativo dove eseguire la puntura per l'operazione di paracentesi. V/F

**Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
Buongiorno/pomeriggio. Il mio nome è Dan Ionescu. Sono un dottore/infermiere e sto per esaminarla.	No, è la mia prima volta.
Potrebbe dirmi il suo nome, per favore...e la sua data di nascita. Grazie.	No, non sono allergico
E' tutto chiaro riguardo la procedura? Vorrebbe chiedermi altro?	Buongiorno dottore.
E' d'accordo se faccio campionare il materiale biologico?	Sì è tutto chiaro. Non ho nessuna domanda al momento.
Ha avuto la paracentesi prima?	Ok. Lo farò nel modo corretto
Ha allergie a materiali di gomma, iodio, nastri adesivi?	Mi chiamo Romano Suares. Sono nato il 5 agosto 1971
Potrebbe togliersi i vestiti così che il suo addome sia completamente scoperto e può girarsi sul suo fianco sinistro?	Sì, sono d'accordo.

**Trascina e abbinia le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

Penetrare	Spogliarsi
Rivestimento cutaneo	Pancia
Rimuovere ogni indumento	Pelle
Fluido	Più indicato/a
Addome	Liquido
Aspirazione di liquido	Sottopelle
Ottimizzare	Suzione del liquido
Intra-peritoneale	Selezionare un estratto per eseguire dei test
Sottocutaneo	Dentro lo stomaco
Campionamento	Entrare

## Grammatica integrata

**Di quale verbo hai bisogno per completare queste frasi? Clicca sulla risposta corretta:**

1. *Acconsente al campionamento dei suoi prodotti biologici?*

Sì, acconsento

I prodotti biologici non sono in laboratorio.



2. *Puo gentilmente togliersi i vestiti così che il suo addome sia completamente scoperto? Fa da solo?*

Sì, mi spoglierò immediatamente.

No, non voglio togliermi i vestiti.

3. *Ha obiezioni rispetto al campionamento dei suoi prodotti biologici?*

Certamente, no

No, non ho ricevuto risultati al laboratorio

4. *Va bene per lei se iniziamo la procedura adesso?*

Sì, il prima possibile

No, non ho caldo

5. *Siete contro l'esecuzione della procedura?*

Non ho visto l'infermiera oggi

No, al contrario, va bene per me.

**Domanda. Scegli l'espressione corretta per completare la domanda. Per ogni domanda clicca la frase corretta.**

1. *E' d'accordo con il / approva il suo trattamento?*

2. *Vuole iniziare / vorrebbe dare inizio alla procedura adesso?*

3. *E' d'accordo / è contro il campionamento dei suoi prodotti biologici?*

4. *Ha qualcosa contro / disapprova se utilizzo una siringa calibro 20?*

5. *Va bene / ha qualcosa in contrario se viene ricoverato?*

**Parlare**

**Scrivi domande usuali che i dottori pongono ai pazienti quando viene analizzato il liquido del loro addome;** registrati mentre poni le domande in quanto vengono automaticamente inviate al Forum dove un tuo pari le valuterà.

**Esamina uno o due delle registrazioni dei tuoi pari dalla sezione „controlla il mio audio” nel Forum.**



## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*E' d'accordo con il campionamento dei suoi componenti biologici? E' sicuro riguardo l'operazione?*



## INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA

**Procedura medica**

**Unità linguistica**

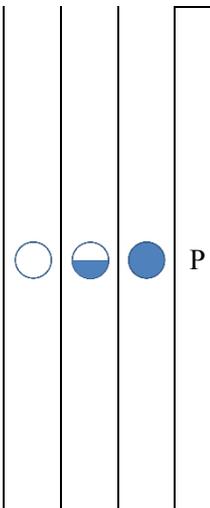


INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA



## INIEZIONE SOTTOCUTANEA AUTOMATICA

La maggior parte dei pazienti in terapia palliativa avrà difficoltà nel prendere farmaci per via orale nel corso della malattia. In questi casi, i pazienti possono assumere il loro farmaco sia per via intrarettale che per via parentelare (somministrazione intramuscolare, intravenosa o sottocutanea). Il farmaco viene spesso somministrato nel tessuto sottocutaneo, mediante iniezione o infusione continua. L'infusione continua può essere utilizzata per il controllo dei sintomi (oppioidi, antiemetici, ansiolitici, corticosteroidi, anticolinergici, ecc.). Alcuni farmaci possono essere mescolati nella stessa siringa e somministrati insieme. Il farmaco viene assorbito lentamente attraverso il tessuto adiposo. Il livello plasmatico di un farmaco resta stabile e fornisce un migliore controllo dei sintomi. L'infusione sottocutanea è una procedura meno dolorosa rispetto all'iniezione intramuscolare. Può essere eseguita facilmente a casa del paziente, che può a sua volta essere monitorato da un caregiver, opportunamente consigliato dal team di assistenza palliativa. Così, la procedura è più facilmente accettata dal paziente e dalla famiglia..



1.	Verificare le funzioni vitali della paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> )		0 1 3
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sul paziente sbagliato, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi.</i> ) <i>Doppio-check sulla cartella clinica per: Nome: <input type="checkbox"/> Data di nascita: <input type="checkbox"/></i>	ESSENZIALE	
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ). Spiegare al paziente o al caregiver in che cosa consiste la procedura: <b>Praticherò adesso una infusione sottocutanea automatica.</b>		0 1 3
4.	<b><i>In che cosa consiste la procedura?</i></b> <b>Inseriremo questa farfalla nel suo tessuto sottocutaneo. La farfalla, che sarà collegata a questa pompa, rimarrà stabile per diversi giorni, in modo che il farmaco venga somministrato automaticamente e continuamente per 24 ore.</b>		0 1 3
5.	<b><i>In che modo il paziente può contribuire alla realizzazione della procedura?</i></b> <b>L'inserimento della farfalla non richiede molto tempo. Le chiedo di restare tranquillo, rilassato e calmo. Sentirà semplicemente un lieve pizzico. Il dispositivo è generalmente ben tollerato e non interferirà con le sue attività quotidiane.</b>		0 1 3
6.	<b><i>Qual è l'utilità di questa procedura?</i></b> <b>Usando questa procedura, i farmaci di cui ha bisogno entreranno nel suo corpo in maniera costante e confortevole. La procedura attutirà i sintomi per un lungo periodo di tempo. Se sentirà ancora dolore o qualsiasi altro sintomo (nausea, dispnea), potremmo aiutarla somministrandole farmaci aggiuntivi.</b>	ESSENTIAL	
7.	Rivolgere al paziente e al caregiver le seguenti domande:		0 1

	<p><b>Capisce in che cosa consiste la procedura?</b>  <b>Ha qualche altra domanda?</b>  <b>Ha già sperimentato precedentemente questa procedura?</b></p>		3
8.	<p>Controllare la cartella clinica del paziente:  a. Situazioni che richiedono una infusione sottocutanea automatica: -  nausea incontrollata, vomito  - disfagia  - ostruzione gastro-intestinale  - intolleranza all'assunzione del farmaco per via orale  - scarsa conformità del farmaco orale  - ridotto livello di coscienza  - grave debolezza  - paziente terminale  - controllo di sintomi multipli che richiedono una combinazione di farmaci  b. farmaci, dosi, ritmo di somministrazione.</p>		03 6
9.	<p><b>Le sono già stati somministrati questi farmaci in precedenza?</b>  <b>Sa di essere allergico a uno di questi? Quale?</b>  Queste domande saranno indirizzate al paziente / caregiver.</p>	ESSENZIALE	
10.	<p>Il consenso del paziente e del caregiver deve essere documentato nella cartella clinica. <b>Dà il suo consenso per questa procedura?</b></p>	ESSENZIALE	
11.	<p>Preparare il materiale necessario per la procedura, controllandone integrità e validità:  a. servo siringa  b. siringa -&gt; una siringa da 20 ml Luer  c. farfalla (ago da 23 o 25 G)  d. flaconcini di medicinali  e. 0,9% di cloruro di sodio per la diluizione  f. tamponi di alcol  g. medicazione occlusiva trasparente</p>		0 1 3
12.	<p>Preparare la siringa:  a. verificare i medicinali prescritti:  1. tipologia e nome  2. dosi  3. data di scadenza  4. conformità macroscopica  b. compatibilità dei medicinali in caso di farmaci combinati  c. inserire il farmaco prescritto ± diluente nella siringa nelle quantità prescritte</p>	ESSENZIALE	
13.	<p>Etichettatura:  a. completare i dettagli del/i farmaco/i, b. assicurarsi che l'etichetta non interferisca con il meccanismo della pompa, c. assicurarsi che l'etichetta non oscuri la gradazione della siringa stessa, d. assicurarsi che l'etichetta non interferisca con i sensori della pompa</p>		0 1 3
14.	<p>Preparare la pompa:  a. inserire la batteria, b. posizionare correttamente la siringa nella pompa, c. misurare il contenuto della siringa sulla scala della pompa  d. impostare, sullo schermo della pompa, la corretta velocità / durata</p>		0 3 6



	temporale / volume totale per la somministrazione del farmaco.		
15.	Registrare sulla tabella di controllo dell'infusione: il nome dei farmaci ed il relativo dosaggio, il volume totale in millilitri, la quantità di farmaco da somministrare ogni ora.		0 3 6
16.	<p>Impostare l'infusione, secondo i seguenti passaggi:                      Ispezionare il paziente e scegliere il sito giusto in cui effettuare la procedura,                      considerando i seguenti principi:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- nei pazienti catetici l'addome è il sito consigliato, ad eccezione della zona periumbelicale</li> <li>- nei pazienti con ascite, il sito consigliato è la parete superiore del torace anteriore, sopra il seno</li> <li>- nei pazienti particolarmente ansiosi, il sito migliore è la parte superiore della schiena, intorno alla scapola</li> <li>- arti superiori</li> <li>- parte esterna della coscia</li> </ul> <p>Siti da non utilizzare:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- aree affette da linfedema (rischio di infezione o cattivo assorbimento)</li> <li>- siti sottoposti ad oscillazioni (la diminuzione del tessuto sottocutaneo porta ad un cattivo assorbimento)</li> <li>- siti in prossimità delle articolazioni (eventuali movimenti possono spostare la farfalla e causare disagio)</li> <li>- infezioni cutanee</li> <li>- eritemi locali, ulcerazioni, ferite</li> <li>- pelle irradiata in precedenza (la radioterapia provoca sclerosi dei piccoli vasi sanguigni)</li> <li>- siti in cui sono localizzati i tumori</li> </ul>		0 3 6
17.	Lavare le mani. Indossare i guanti	ESSENZIALE	
18.	Disinfettare la pelle con betadina, clorexidina o alcool e attendere che la pelle si asciughi.		0 1 3
19.	Collegare la farfalla alla siringa e installare la soluzione in modo da rimuovere l'aria dalla cannula a farfalla.		0 1 3
20.	Afferrare saldamente la pelle per sollevare il tessuto sottocutaneo. Inserire la cannula a farfalla nel punto appena sotto l'epidermide. L'angolo di inserimento dovrebbe essere di circa 30 gradi per una persona magra e di circa 45 gradi per persone con un tessuto coadiuvante coassiale. Un' infusione più profonda prolunga la vita del sito di infusione.		0 1 3
21.	Rilassare la pelle.		0 1 3
22.	Formare un anello con il tubo della cannula a farfalla per evitare che eventuali movimenti del paziente comportino disconnessioni accidentali.		0 1 3
23.	Coprire la cannula a farfalla con una medicazione oclusiva trasparente che consenta l'ispezione del sito ogni 4 ore.		0 1 3
24.	<p>Collegare la pompa.                      (ATTENZIONE: non collegare la siringa al paziente prima di installarla nel dispositivo automatico.                      NON collegare la pompa prima di procedere alla registrazione de:                      - il nome del/i farmaco/i</p>		0 1 3



	- il dosaggio del/i farmaco/i - la quantità da somministrare ogni ora - il volume totale - l'ora di inizio della procedura			
25.	Avviare l'infusione premendo il pulsante ON / OFF. Prestare attenzione al segnale acustico e alla luce visualizzata sullo schermo.		0 1 3	
26.	Smaltire le fiale vuote (nei contenitori di rifiuti taglienti), i tamponi di cotone, i guanti (nel contenitore di rifiuti non taglienti / non infiammabili), la cannula a farfalla rimossa (se presente) e gli aghi usati nei contenitori appropriati.		0 1 3	
27.	Lavare le mani con acqua e sapone.		0 1 3	
28.	<b>La pregherei di tenere la farfalla così come l'abbiamo posizionata</b> <i>(Il paziente e / o il caregiver saranno avvisati di non rimuovere la cannula).</i>		0 1 3	
29.	<b>È possibile richiedere e ricevere farmaci supplementari se i sintomi non saranno correttamente sotto controllo</b>		0 1 3	
30.	Assicurare la sicurezza del paziente - regolare il letto, sollevare i limitatori laterali.		02 4	
31.	Ricontrollare la condizione del paziente (almeno ogni quattro ore) osservandolo e, se opportuno, avviando un dialogo: <b>Come sta? Si sente a suo agio? Il suo dolore è sotto controllo? Ha qualche problema?</b> Riesaminare se è necessario. Controllare se il servo siringa funziona correttamente e se ci sono complicazioni ( <i>rossore, sangue nella cannula</i> ) sul sito di iniezione.		0 3 6	
32.	Assicurarsi che la pompa stia funzionando (la spia è accesa, il suono viene udito).		0 1 3	
33.	Controllare il volume residuo nella siringa in correlazione con il tempo rimanente.		0 1 3	
34.	Prendere nota dell'aspetto del contenuto della siringa (chiarezza, cambiamento di colore, depositi).		0 1 3	
35.	Controllare l'aspetto del sito di infusione, facendo caso all'eventuale presenza di: ematomi, dolore locale, gonfiore locale, rossore locale, perdite in corrispondenza del sito di inserimento, presenza di sangue nella cannula, spostamento della cannula. Ogni complicazione deve essere annotata nella cartella clinica del paziente.	ESSENZIALE		
<b>Punteggio totale: 100</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti:

NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)  
<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>

Ministry of Health. 2009. *Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand*. Wellington: Ministry of Health. <https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>

The State of Queensland, Queensland Health, 2010 *Guidelines for syringe driver management in palliative care*. Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)

## INIEZIONE AUTOMATICA SOTTOCUTANEA

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

infiltrazione	pompa	nausea
scapola	consenso	fiala
eritema	ago cannula	ematoma

### Definizioni:

1. Dispositivo meccanico utilizzato per spostare o comprimere liquidi o gas.
2. Permesso scritto e firmato da un paziente adulto (o da un genitore/tutor) richiesto prima di una procedura medica, come un intervento chirurgico ed ogni procedura terapeutica, che espone il paziente a rischio.
3. Iniezione di liquido dentro un vaso sanguigno di un organo o un tessuto, per fornire elementi nutritivi e ossigeno.
4. Non piacevole sensazione vagamente correlata all'apparato digerente e addominale, con possibile manifestazione di vomito.
5. Grande osso piatto che forma la parte posteriore della spalla. Si articola con la clavicola e l'omero.
6. Contenitore in vetro con una guarnizione di gomma con ago metallico interno per iniettare medicinali (sotto forma di liquidi o polveri).
7. Tubo flessibile, fatto a lato da uno strumento a forma di ago, che viene inserito dentro un vaso sanguigno per asciugare liquido o controllare la somministrazione di una sostanza medica.
8. Grumo di sangue localizzato, dovuto ad una ferita di un tessuto o ad un trauma.
9. Arrossimento della pelle dovuto alla congestione dei capillari.

### Guarda e Ascolta

**Nel video sono presentate una serie di azioni svolte dal medico. Eppure, alcuni passaggi della procedura di cateterizzazione uretro-vescicale sono stati omessi. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina e rilascia con il mouse. Guarda il video e verifica.**

*Il medico si presenta, identifica il paziente e ne valuta le condizioni.*

*Il medico disinfetta la pelle e inserisce l'ago cannula nel punto sotto l'epidermide nell'appropriato angolo di inserimento.*

*Dopo il completamento della procedura, il medico monitora costantemente il paziente, l'aspetto del punto di iniezione, il contenuto della siringa (chiarezza, cambio di colore, materiale residuo) e l'ago cannula ed infine si assicura che la pompa stia funzionando bene.*



- Il medico dice al paziente cosa sta per fare, assicurandosi che abbia ben compreso. Spiega al paziente che l'ago cannula sarà piazzata nel braccio o nella gamba del paziente. Il dispositivo sarà collegato ad una pompa che inietterà continuamente e automaticamente una quantità programmata di medicina per 24 ore.
- Il medico chiede al paziente il consenso a procedere.
- Il medico si lava le mani, prepara la siringa con la prescrizione medica ed la collega correttamente alla pompa.
- Il medico esamina il paziente e sceglie l'appropriato punto di puntura, tenendo conto le condizioni mediche e le malattie del paziente.
- Il medico prende il tempo (ora/giorno), segna il nome della medicina, dosaggio, volume da monitorare, percentuale di infusione all'ora e poi la collega alla pompa.
- Il medico avvisa il paziente e/o il suo assistente di non rimuovere l'ago cannula o cambiare il posizionamento della pompa.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

#### 1. In cosa consiste la procedura di infiltrazione

- a. Procedura che consente un lento e continuo processo di iniezione di un fluido sottocutaneo
- b. Procedura che consente un lento e interrotto processo di iniezione di un fluido sottocutaneo

#### 2. Quali sono i casi connessi ad un'iniezione sottocutanea.

- a. Mal di testa, mal di stomaco, freddo.
- b. Intolleranza a medicazioni per via orale, basso livello di coscienza o paziente allo stato terminale

#### 3. Quali sono i materiali/strumenti necessari per questa procedura?

- a. Pompa automatica, siringa, ago-cannula, fiala di medicazione, cloruro sodico per la diluizione.
- b. Pompa automatica, siringa, ago-cannula, fiala di medicazione, polvere bisturi.

#### 4. Quando va connessa la pompa?

- a. Il medico connette la pompa prima di prendere il tempo, la medicina, il dosaggio e la percentuale da infondere all'ora.
- b. Il dottore connette la pompa dopo aver preso il tempo la medicina, il dosaggio e la percentuale da infondere all'ora.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. La pompa è un dispositivo medico utilizzato per spostare o comprimere liquidi o gas V/F
2. L' Eritema è un grumo di sangue localizzato, dovuto ad una ferita di un tessuto o ad un trauma. T/F

3. Il medico dice al paziente e/o al suo assistente di rimuovere l'ago cannula o cambiare il posizionamento della pompa se lui/lei non si sente bene V/F
4. Il medico disinfetta la pelle con il betadine, la clorexidina o l'alcohol. V/F
5. La pompa deve essere piazzata ad un livello alto rispetto al punto della ferita. V/F
6. Il paziente viene informato che verranno prescritte altre medicine se i sintomi persistono. V/F
7. Il dottore dispone sempre di oggetti non necessari e li butta in apposito contenitore medico. V/F
8. Il dottore monitora la situazione medica in modo da assicurare la salute del paziente V/F

**Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
Mi direbbe il suo nome?	Sì, tutto chiaro.
Anno di nascita?	Sì, se necessario.
Potrebbe dirmi se è tutto chiaro riguardo la procedura?	Ho 35 anni. Sono nato il 12 Febbraio 1981.
Si ricorda se ha già fatto operazioni di questo tipo in precedenza?	No. Non ho nessuna domanda al momento.
È d'accordo se preleviamo una quantità dei suoi prodotti biologici per il campionamento?	No, non lo so.
Si ricorda se è allergico alla medicina prescritta?	Sì, due volte
Vorrebbe domandarmi qualcos'altro riguardo l'operazione che le ho appena descritto?	Sì. Il mio nome è Pierre Renaud.

**Trascina e abbinia le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

Occlusione	Articolazione della spalla
Stato terminale	Alla radice dell'arto superiore
Scapola	Blocco
Ascella	Livido
Torace	Vaso sanguigno
Eritema	Continuare
Ematoma	Suono
Capillari	Rossore
Segnale acustico	Petto
Persistere	Paziente terminale



## Grammatica integrata

**Clicca sulla risposta corretta:**

1. *Mi potrebbe dire se ha mai preso questa medicina?*

- a. Sì due volte.
- b. No, la pompa non funziona.

2. *Le dispiace se cambiamo la sua posizione?*

- a. Sì, vorrei cambiare la medicina.
- b. No, fate pure.

3. *Conosce i benefici della procedura?*

- a. Sì
- b. Sì, si tratta della somministrazione sottocutanea dei medicinali

4. *Vorrebbe che la sua famiglia venga a visitarla?*

- a. Sì, vorrei venissero il prima possibile
- b. No, non voglio

5. *Si ricorda se il mal di stomaco lo ha avvertito prima o dopo aver mangiato?*

- a. Sì, mi ricordo, ho avuto il mal di stomaco dopo aver mangiato
- b. Sì

**Clicca la parola / frase corretta:**

1. *Potrebbe dirmi dove / Sà se / Vorrebbe dirmi se è l'ago cannula?*

2. *Si ricorda / Vorrebbe dirmi se / Vorrebbe dirmi dove il dosaggio della medicina è corretto?*

3. *Sa / Vorrebbe / Si ricorda a che ora è stata attaccata la pompa?*

4. *Sà se / si ricorda / vorrebbe il paziente ha assorbito male il farmaco?*

5. *Potrebbe dirmi dove / Ha la minima idea / Vorrebbe controllare la sua allergia alla prescrizione medica?*

## Parlare

**Scrivi domande comuni che il dottore pone usualmente ai pazienti quando deve fare una iniezione; registra il file audio, che sarà automaticamente inviato al Forum perché possa essere valutato e copialo nella sezione “Verifica il mio audio” del Forum, in modo da essere valutato.**

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**



Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Il dottore afferra la pelle fermamente per valutare il tessuto sottopelle, dopo  
inserisce l'ago cannula.*



## TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A ECUBITO LATERALE

**Procedura medica**

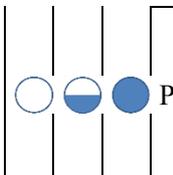
**Unità linguistica**



TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A  
DECUBITO LATERALE

## TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A DECUBITO LATERALE

Per i pazienti a letto alternare le aree compresse tra il peso corporeo ed il livello del letto rappresenta una delle più importanti misure di prevenzione contro l'insorgenza di piaghe da decubito (ferite alla pelle e alle strutture subietive derivanti da un'interruzione del flusso di sangue e ossigeno, a sua volta causata da una posizione prolungata e immutata)



1.	Verificare le funzioni vitali della paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <b>Buongiorno / buon pomeriggio. Mi chiamo.....sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.</b>				0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sulla paziente sbagliata, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratte dai loro stessi sintomi.</i> ) <i>Doppio-check sulla cartella clinica per: Nome: <input type="checkbox"/> Data di nascita: <input type="checkbox"/></i>	ESSENZIALE			
3.	<b>Ora l'aiuterò a cambiare la posizione a letto, mettendola su un lato</b> ( <i>cosa andremo a fare</i> )				0 1 3
4.	<b>La procedura prevede per prima cosa la rimozione dei cuscini. Successivamente, con l'aiuto del lenzuolo, la sposterò delicatamente per riposizionarla su un lato. Poi risistemere i cuscini in modo che possano sostenerla nella nuova posizione a letto. Nessun taglio, nessuna puntura.</b> ( <i>in che cosa consiste la procedura</i> )				0 1 3
5.	<b>La prego di seguire attentamente le mie istruzioni, in modo che nessuno possa provare dolore durante l'esecuzione della manovra. Se dovesse sentire fastidio, la pregherei di avvisarmi immediatamente in modo che io possa prendere le dovute contromisure.</b> ( <i>in che modo il paziente può contribuire alla buona riuscita della procedura.</i> )				0 1 3
6.	<b>Essere costretti a letto per lungo tempo può aggravare la sua condizione medica, dal momento che possono comparire ferite in quelle aree del suo corpo che sostengono il peso a livello del letto. È davvero importante che lei riesca a posizionarsi bene a letto.</b> ( <i>in che modo la procedura è utile al paziente</i> )				0 1 3
7.	<b>È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi qualche altra domanda in merito alla procedura che stiamo per realizzare?</b>	ESSENZIALE			
8.	<b>È allergico a qualcosa? Ad esempio, ai prodotti in gomma?</b>				0 1 3
9.	Valutare le risorse umane e/o le attrezzature specifiche necessarie per il riposizionamento a letto del paziente: • Verificare la cartella clinica del paziente in merito a: A. diagnosi ( <i>emiplegie - ad esempio ictus vascolare / cerebrale; condizioni ortopediche - fratture; condizioni reumatologiche - ad esempio artrosi, artrite, etc.</i> ) B. farmaci che impediscono la capacità motoria del paziente ( <i>sedativi - ad esempio Diazepam; antistaminici - ad esempio Romergan; tranquillanti -</i>				0 1 6

	ad esempio Xanax ecc.) <ul style="list-style-type: none"> <li>Controllo generale per verificare l' eventuale uso da parte del paziente di dispositivi ortopedici (<i>ad esempio ortesi</i>) o l'eventuale presenza di segni di un recente intervento chirurgico.</li> </ul> <i>Procedura da eseguire: da solo</i> <input type="checkbox"/> ; <i>con l'assistenza di un collega</i> <input type="checkbox"/> ; <i>in modalità meccanizzata</i> <input type="checkbox"/>		
10.	<b>Al momento ha dolori al petto?</b> SÌ: il riposizionamento è rinviato - NO: proseguire con procedura clinica, elettrocardiografica e valutazione enzimatica - <i>secondo il protocollo per la gestione della sindrome coronarica acuta</i>		0 1 6
11.	<b>Problemi respiratori?</b>		0 1 6
12.	<b>Qual è il suo peso corporeo? Quanti chili pesa più o meno?</b> ( <i>I pazienti in sovrappeso necessitano di più di una persona per la loro deambulazione</i> ) <i>Procedura da eseguire: da solo</i> <input type="checkbox"/> ; <i>con l'assistenza di un collega</i> <input type="checkbox"/> ; <i>in modalità meccanizzata</i> <input type="checkbox"/>		0 1 6
13.	<b>Può spostare facilmente le braccia e le gambe? Mi faccia vedere. Cosa mi dice, invece, riguardo la flessione delle ginocchia e dei gomiti? Mi faccia vedere, per favore. Grazie.</b> <i>Procedura da eseguire: da solo</i> <input type="checkbox"/> ; <i>con l'assistenza di un collega</i> <input type="checkbox"/> ; <i>in modalità meccanizzata</i> <input type="checkbox"/>		0 1 6
14.	<b>Da quanti giorni è a letto? Si sente debole? È in grado di cambiare la sua posizione a letto da solo/a? Può sedersi o sollevarsi dal materasso?</b> ( <i>Valutare l'anamnesi del paziente sulle mobilizzazioni precedenti</i> ) <i>il paziente può muoversi da solo o ha bisogno di assistenza per gestire la deambulazione</i> <i>Procedura da eseguire: da solo</i> <input type="checkbox"/> ; <i>con l'assistenza di un collega</i> <input type="checkbox"/> ; <i>in modalità meccanizzata</i> <input type="checkbox"/>		0 1 6
15.	<b>Ora le chiedo di stringere le mie dita, per favore.</b> ( <i>Offrire le dita II e III di entrambe le mani e poi tirarle indietro con i pugni stretti del paziente in modo da valutare la possibile esistenza di asimmetria nella forza muscolare del paziente</i> ) <b>Quale delle braccia è più forte? E quale gamba? Quanta mancanza di forza sente di avere nel braccio / nella gamba?</b>		0 1 6
16.	Valutare la disponibilità del paziente a cooperare durante la procedura <i>per capire se la procedura può essere eseguita: da solo</i> <input type="checkbox"/> ; <i>con l'assistenza di un collega</i> <input type="checkbox"/> ; <i>in modalità meccanizzata</i> <input type="checkbox"/> <b>Sente qualche dolore in questo momento?</b> ( <i>in tal caso procedere alla somministrazione di farmaci</i> )		0 1 9
17.	Identificare e riposizionare di conseguenza qualsiasi attrezzatura medica cui il paziente è collegato ( <i>ad es. tubi di infusione, catetere urinario, cavi per: la registrazione elettrocardiografica, l'ecg, il monitoraggio polsoximetrico, la temperatura corporea</i> )	ESSENZIALE	
18.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici dei mobili con i quali ci sarà contatto durante la procedura		0 1 3
19.	Smaltire i guanti utilizzati nel contenitore dei rifiuti infetti non taglienti. Lavarsi le mani. Applicare un nuovo paio di guanti medicali come parte essenziale di precauzioni standard		0 1 9
20.	Sollevarre il letto al livello della vita del medico / infermiere che esegue la procedura. ( <i>Per evitare che i muscoli della schiena del medico / infermiere siano sotto stress per lungo tempo in una prolungata flessione in avanti verso il paziente</i> ) abbassando le corrispondenti guide laterali del letto.		0 1 9

21.	<p>Rimuovere il cuscino tra la pedana e il piede del paziente <i>(il cuscino è stato precedentemente posto lì per prevenire l'anchilosi delle articolazioni della gamba inferiore causata da una flessione plantare prolungata)</i></p> <p>VI. Movable footboard placed between patient's soles and footboard to obtain leg's dorsal flexion.</p> <p>I. Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned and prevent hyperextension.</p> <p>II. Pillow placed under lumbar curvature to prevent posterior flexion of spine at this level.</p> <p>V. Pillow placed under lower legs to reduce pressure at the level of heels.</p> <p>VI. Pillow placed under thighs to obtain a slight flexion of the knee.</p> <p>III. Rolled blanket tucked at hip level to keep it in position and prevent exterior rotation of lower limb.</p>	0 1 3
22.	<p>Rimuovere il cuscino da sotto la parte inferiore delle gambe <i>(precedentemente collocato lì per ridurre la pressione a livello dei talloni)</i></p>	0 1 3
23.	<p>A turno, rimuovere i rulli posti in corrispondenza di ciascuna delle due anche <i>(precedentemente posizionati lì per impedire la rotazione esterna dell'arto inferiore)</i></p>	0 1 3
24.	<p>Rimuovere il cuscino da sotto le cosce <i>(precedentemente posizionato lì per prevenire l'anchilosi dell'articolazione del ginocchio a causa di ipersensibilità prolungata)</i></p>	0 1 3
25.	<p>Rimuovere il cuscino o il rullo dalla curvatura lombare <i>(precedentemente posizionato lì per impedire la flessione posteriore della colonna vertebrale)</i></p>	0 1 3
26.	<p>Rimuovere il cuscino dalla testa e dalla nuca <i>(precedentemente posizionato lì per ottenere l'allineamento del collo del paziente e prevenire l'iperestensione, in particolare per i pazienti con torace globulare)</i></p>	0 1 3
27.	<p>Spostare lateralmente nel letto 1/3 del corpo del paziente utilizzando il copriletto che si trova tra il paziente ed il lenzuolo.</p> <p><i>(Posizionare le gambe del medico / infermiere: una gamba vicino al letto, con le dita orientate verso il paziente, il ginocchio flessibile, la suola della seconda gamba perpendicolare alla suola della gamba che si trova vicina al letto, il ginocchio in estensione; utilizzare la doppia presa sull'estremità vicina del copriletto, precedentemente arrotolato un paio di volte per aumentare la resistenza e applicare una forza di trazione in direzione del medico / infermiere trasferendo il peso corporeo dalla gamba vicino al letto alla gamba più lontana dal letto attraverso l'estensione del ginocchio vicino al letto e la flessione concomitante del secondo ginocchio)</i></p>	0 1 9
28.	<p>Sollevare le corrispondenti guide laterali del letto</p>	0 1 3
29.	<p>Il dottore / infermiere si riposiziona sul lato opposto del letto, a livello delle guide laterali</p>	0 1 3

30.	Abbassare le corrispondenti guide laterali del letto		0 1 3
31.	Impugnatura con mano singola rispettivamente a livello della spalla e dell'anca controlaterale ( <i>consentendo così al paziente di essere sostenuto in modo più efficiente</i> )		0 1 9
32.	<p>Ruotare il corpo del paziente attraverso un movimento di trazione in direzione del medico/infermiere. Il movimento deve essere applicato a livello di entrambe le impugnature.</p> <p><i>(Posizionare le gambe del medico / infermiere: una gamba vicino al letto, con le dita orientate verso il paziente, il ginocchio flessibile, la suola della seconda gamba perpendicolare alla suola della gamba che si trova vicina al letto, il ginocchio in estensione; utilizzare una presa a una sola mano a livello della spalla e dell'anca controlaterale del paziente e applicare una forza di trazione in direzione del medico trasferendo il peso corporeo dalla gamba lontana al letto fino a quella più vicina al letto: attraverso l'estensione del ginocchio vicino al letto e la flessione concomitante del secondo ginocchio ruotare il paziente "da un lato")</i></p>		ESSENZIALE
33.	Stabilizzare la posizione attuale del paziente posando un cuscino al livello della schiena		0 1 9
34.	Solleverare le corrispondenti guide laterali del letto		0 1 3
35.	Il dottore / infermiere si riposiziona sul lato opposto del letto, a livello delle guide laterali. Abbassare la guida laterale corrispondente. Fissare il cuscino saldamente nello spazio tra il letto e la schiena del paziente.		0 1 3
36.	Solleverare le corrispondenti guide laterali del letto		0 1 3
37.	Il dottore / infermiere si riposiziona sul lato opposto del letto in corrispondenza della faccia del paziente. Abbassare la guida laterale corrispondente.		0 1 3
38.	Posizionare il cuscino sotto la testa del paziente. Il cuscino deve essere abbastanza spesso da allineare il collo, impedire la flessione laterale e l'allargamento dei muscoli del collo ( <i>muscoli sternocleidomastoidici</i> )		0 1 9
39.	Posizionare il braccio del paziente al livello del materasso con il gomito rilassato, piegato e in una posizione confortevole.		0 1 9
40.	Posizionare il cuscino sotto l'altro avambraccio in linea con il corpo ( <i>questo facilita l'ampiezza superiore dei movimenti respiratori ed evita la rotazione interna e l'adduzione della spalla, che potrebbe causare ulteriori limitazioni funzionali a livello della spalla</i> )		0 1 9
41.	Posizionare il cuscino tra gli arti inferiori leggermente flessi del paziente e controllare l'allineamento preciso dei fianchi e delle spalle per evitare la torsione della spina dorsale		0 1 9

# PROCEDURA MEDICA



	<p>Pillow placed under nape of the neck and shoulders, thick enough for patient's neck to be aligned.</p> <p>Pillow placed under the other forearm to have it in line with to the body.</p> <p>Arm at the level of mattress placed in a relaxed, bent elbow, comfortable position.</p> <p>Pillow placed between patient's slightly flexed lower limbs for accurate alignment of hips and shoulders to prevent spine torsion.</p>			
42.	<p>Compilare la cartella clinica del paziente con i dettagli della manovra eseguita, eventuali incidenti e complicazioni, data e ora</p>		0 1 3	
43.	<p>Adottare tutte le misure necessarie per la sicurezza del paziente. Assicurarsi che il paziente possa facilmente raggiungere gli oggetti personali (<i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba ecc.</i>), posizionare il bicchiere d'acqua ed il telecomando per chiamare assistenza medica in modo che siano facilmente raggiungibili. Dare dettagli circa il programma medico da seguire e il momento in cui la paziente sarà nuovamente esaminata.</p>		0 1 3	
<p><b>Punteggio totale: 200</b></p>		<input type="radio"/>	<p>criterio non soddisfatto</p>	<p>%</p>
		<input type="radio"/>	<p>criterio parzialmente soddisfatto</p>	<p>%</p>
		<input type="radio"/>	<p>criterio completamente soddisfatto</p>	<p>%</p>

## Riferimenti

Berman Audrey, Snyder Shirlee, Jackson Christina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009



## TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE DA DECUBITO DORSALE A DECUBITO LATERALE

### Introduzione

**Familiarizza con la terminologia di quest' unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

paziente a letto	ferite	check-up medico	capacità motoria
piaghe da decubito	cartella clinica	peso	riposizionamento

### Definizioni:

1. Forza verticale esercitata da una massa come conseguenza della gravità.
2. Aree di danno sulla superficie della pelle.
3. Lesioni alla pelle e alle strutture subiettive che si verificano a seguito di lesioni causate ai vasi sanguigni attraverso una posizione prolungata e immutata.
4. Documentazione sistematica della storia medica e della cura di un singolo paziente nel tempo.
5. Visita a un medico per un'analisi fisica e medica.
6. Capacità di una persona di muoversi.
7. Sistemare il paziente in una nuova posizione.
8. Pazienti confinati a letto a causa di malattie o lesioni.

### Guarda e Ascolta

**Nel video sono presentate una serie di azioni svolte dal medico. Eppure, alcuni passaggi della procedura di cateterizzazione uretro-vescicale sono stati omessi. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina e rilascia con il mouse. Guarda il video e verifica.**

*Il medico spiega cosa farà, in che cosa consiste la procedura, come il paziente può contribuire a eseguire la procedura e come la procedura è utile al paziente.*

*Il medico e l'infermiere sollevano o abbassano il letto al livello della vita del medico / infermiere che esegue la procedura per evitare di sovraccaricare i muscoli della schiena del medico attraverso una prolungata piegatura in avanti verso il paziente.*

*Il medico e l'infermiere stabilizzano la posizione del paziente, posizionando un cuscino al livello della schiena in modo che il paziente sia in una posizione confortevole con un gomito rilassato.*

Il dottore effettua una rapida valutazione della presenza delle funzioni vitali del paziente (coscienza, movimenti, respirazione, ecc.).

Il medico controlla i documenti medici del paziente alla ricerca di diagnosi o farmaci che impediscono la capacità motoria del paziente.



Il medico valuta l'anamnesi del paziente in merito a mobilizzazioni precedenti.

Il medico valuta la disponibilità del paziente a cooperare durante la procedura.

Il medico identifica e riposiziona qualunque apparecchiatura medica cui il paziente è collegato.

Il medico e l'infermiere rimuovono prima i cuscini tra la pedana e i piedi del paziente; poi rimuovono il cuscino da sotto le gambe inferiori, i rulli da ogni anca e i cuscini da sotto le cosce, da sotto la curvatura lombare, da sotto la testa e la nuca.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Qual è la prima fase della procedura?

La manovra prima comporta la rimozione dei cuscini dal paziente.

La prima fase della manovra comporta spostare il paziente delicatamente attraverso l'utilizzo del copriletto per poi riposizionarlo sdraiato.

2. Cosa deve fare il dottore?

Deve spostare il paziente in un altro letto.

Deve cambiare la posizione a letto del paziente, per poi girarlo/la su un lato.

3. Perché il medico deve cambiare la posizione del paziente a letto?

Essere costretti a letto per lungo tempo può aggravare la condizione medica del paziente e possono apparire ferite in quelle aree del corpo che sostengono il peso del paziente a livello del letto.

Perché l'infermiera deve cambiare le lenzuola.

4. Cosa succede se il paziente ha dolore al petto?

Il dottore e l'infermiera procedono ugualmente con la procedura.

La procedura viene rimandata.

### Scegli se le affermazioni seguenti sono vere o false

Le ferite possono comparire in quelle aree del corpo che sostengono il peso del paziente a livello del letto. V/F

I pazienti in sovrappeso necessitano di più di una persona affinché possa essere realizzata la procedura. V/F

I pazienti che si sentono molto stanchi e non possono muoversi da soli non hanno bisogno di assistenza per gestire il riposizionamento. V/F

I medici devono valutare la disponibilità del paziente a collaborare durante la procedura per valutare se la procedura può essere eseguita da soli o con l'assistenza di un collega. V/F

Il medico chiede al paziente di stringere le dita e di tirarle indietro con i pugni stretti in modo da valutare la possibile esistenza di asimmetria nella forza muscolare del paziente. V/F

Sollevarlo il letto al livello della vita del dottore / infermiere che esegue la procedura è necessario per evitare di stressare troppo i muscoli della schiena del medico con una prolungata flessione in avanti verso il paziente. V/F



Aggravare significa migliorare. V/F

Sedersi significa cambiare da una posizione da seduti ad una posizione da stesi. V/F

**Trascina e abbinare le domande del medico con le risposte del paziente:**

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Buongiorno / buon pomeriggio. Mi chiamo Dan Ionescu. Sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.	Si, posso. Nessun problema con ginocchia e gomiti
Mi può dire il suo nome, per favore...E la sua data di nascita..Grazie	No, non ho nessun dolore
È tutto chiaro riguardo la procedura? Vuole farmi qualche altra domanda in merito alla procedura che stiamo per realizzare?	Buongiorno dottore
Al momento ha dolori al petto?	Tutto chiaro. Al momento non ho altre domande.
Qual è il suo peso corporeo? Quanti chili pesa più o meno?	Due settimane. Si, mi sento abbastanza stanco.
Può spostare facilmente le braccia e le gambe? Mi faccia vedere. Cosa mi dice, invece, riguardo la flessione delle ginocchia e dei gomiti? Mi faccia vedere, per favore.	Mi chiamo John Brown e sono nato il 12 ottobre 1968.
Da quanti giorni è a letto? Si sente debole?	80 chili.

**Trascina e abbinare le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

aggravare	pulire
smaltire	peggiorare
decubito dorsale	aiuto
riposizionare	riordinare
decubito laterale	sdraiato su un lato
curvatura lombare	disteso sulla schiena
assistenza	curva inferiore posteriore
ginocchio flesso	disfarsi, eliminare
decubito / ulcera da pressione	piaghe da decubito
sterilizzare	ginocchio flesso

## Grammatica

**Quale struttura scegli per ciascuna frase? Clicca sulla risposta corretta:**

*Quanti chili pesa? / Dove sono i chili che ha?*

Peso 80 chili.



*Per quanto tempo a letto è restato? / Per quanto tempo è restato a letto?*

Tre settimane

*Quali sono le indicazioni? / Quali le indicazioni sono?*

Le indicazioni dicono che dovremmo cambiare la sua posizione a letto.

*È allergico a qualcosa? Tu allergico a qualcosa?*

No, non sono allergico a nulla.

*Può aggravare la mia condizione medica? / La mia condizione medica può aggravarsi?*

Sì, se non seguiamo le indicazioni.

**Fare domande. Scegli la domanda corretta per completare la frase. Per ciascuna frase, clicca sulla parola / frase corretta:**

*Quando/quanto/che cosa ha cambiato l'ultima volta la sua posizione a letto?*

*Quanto / come / che cosa si sente?*

*Dove/ perchè /quali sintomi ha?*

*Per quanto/ che cosa / chi ha sofferto di questo dolore?*

*Come /dove/che cosa sono localizzate le piaghe da decubito?*

## Parlare

**Scrivi le domande solite che i dottori solitamente rivolgono ai pazienti affetti da piaghe da decubito; registra il file audio, che sarà automaticamente inviato al Forum perché possa essere valutato, e copialo nella sezione “Verifica il mio audio” del Forum, in modo da essere valutato.**

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Per quanto tempo è stato a letto? Si senti debole?*



## CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ

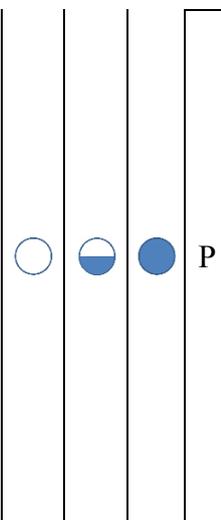
**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ

Dal punto di vista etico, i pazienti hanno il diritto di ricevere tutte le informazioni che desiderano riguardo la loro condizione medica (diagnosi, prognosi, trattamento ...). La congiura del silenzio non è etica, ma è un fenomeno universale e si riferisce a qualsiasi informazione (concernente la diagnosi, la prognosi e i dettagli medici relativi alla persona malata) che venga trattenuta o non condivisa tra gli individui coinvolti. La congiura del silenzio implica che informazioni mediche pertinenti e complete vengano selettivamente non divulgate al paziente e ai suoi parenti. I team medici spesso congiurano con i parenti dei pazienti in modo da mantenerli al "buio" (ad esempio, non viene completamente descritta la gravità della malattia) o con i pazienti, in modo che i loro parenti non vengano informati riguardo la loro diagnosi o prognosi. I medici prendono in considerazione la congiura come opzione principale piuttosto che rivelare la verità, dal momento che questa pratica riduce il loro livello di stress e di ansia



1.	Presentarsi al parente del paziente <b>Salve, sono il dottor....e lei è la mia collega, l'infermiera.....Lei è?</b> Lasciare al parente il tempo di presentarsi <i>(È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. / la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma).</i>				ESSENZIALE
2.	Stringere la mano (se il parente lo vuole).				0 1 3
3.	Scoprire chi abbiamo di fronte e che relazione ha con il paziente: <b>È venuto qui per parlare del sig./ della sig.ra ... (dire il nome del paziente). Può dirmi lei chi è e qual è la sua relazione con il paziente?</b> <i>(Evitare di fare ipotesi come "Lei è la moglie?" - Potrebbe essere la figlia o altro e creare situazioni imbarazzanti).</i>				0 1 3
4.	Assicurare la privacy della conversazione. Chiudere la porta, dopo aver segnalato che vi è una conversazione in corso; Se il paziente è a letto, chiudere le tendine attorno al letto. <i>(Attraverso una corretta comunicazione si costruirà un rapporto di fiducia, mostrando rispetto per la persona che si ha di fronte).</i>				0 1 3
5.	Ridurre gli elementi di disturbo. Spegnere la radio, la TV, il cellulare (o chiedere alla segretaria di tenere le chiamate). <i>(Chiedere al personale e agli altri pazienti di non entrare nella stanza quando si svolge una valutazione di carattere spirituale).</i>				0 1 3
6.	Disposizione spaziale a. Invitare il paziente (e il caregiver) a sedersi. <b>Vuole sedersi?</b> <i>(C'è una diversa percezione del tempo da parte del paziente se è seduto. La stessa quantità di tempo è percepita come più lunga quando si è seduti)</i>				0 1 3
7.	b. Sedersi. Se il paziente è a letto, prendere una sedia e sedersi vicino al letto: <i>(Ad una distanza comoda dal paziente (circa 1m), gli occhi del medico devono essere alla stessa altezza degli occhi del paziente (eccezione: quando il paziente piange o si arrabbia, gli occhi del medico dovrebbero essere ad un'altezza inferiore rispetto agli</i>				0 1 6

	occhi del paziente), se il paziente è accompagnato da un parente / amico, sedersi in modo da trovarsi di fronte al paziente, e comunque ad una distanza inferiore di quella che c'è tra paziente ed accompagnatore)			
8.	c. Rimuovere le barriere tra medico e il paziente: Spostare la sedia in modo da essere vicino al paziente; Fare spazio sulla porzione di scrivania più vicina al paziente. (Non sedersi dietro la scrivania o dietro il computer: generalmente questo determina un blocco nella comunicazione)			0 1 3
9.	d. Essere preparati alla possibilità che il paziente o l'accompagnatore piangano. Avere a disposizione una scatola di cleenex da offrire nell'eventualità che il paziente o l'accompagnatore comincino a piangere.			0 1 3
10.	Linguaggio del corpo: Assumere una posizione neutrale e rilassata; Piedi piantati sul pavimento; Spalle rilassate; Espressione del volto amichevole; Mani sulle ginocchia. (Quando si parla di argomenti difficili, è naturale sentirsi a disagio, ma è importante allenare il corpo in modo che il linguaggio non verbale risulti calmo e offra rassicurazione al paziente).			0 1 6
11.	Avviare l'intervista. Chiarire lo scopo del membro della famiglia in relazione all'appuntamento corrente. <b>Può dirmi perché è venuto a trovarmi oggi?</b> (A questo punto il membro della famiglia vi dirà qualcosa tra le linee: che sa che il paziente ha il cancro, ma "per favore non lo dica al paziente, perché perderà la speranza e rinuncerà a lottare contro la malattia")			0 1 3
12.	Riconoscere la richiesta di congiura del silenzio e poi esplorarne i motivi <b>Mi ha detto che preferirebbe che il Sig./la Sig.ra... nome del paziente ... non sappia cosa sta succedendo. Per quale motivo?</b>	ESSENZIALE		
13.	Esplicitare tutte le ragioni della congiura del silenzio. <b>Ha altre ragioni per cui preferirebbe che il paziente non sappia?</b>			0 1 3
14.	Capacità di ascolto a. Utilizzare domande aperte (cosa ...? come ...? perché ...? ecc.) cui è possibile rispondere in maniera ugualmente aperta. b. Incoraggiare il paziente attraverso il proprio linguaggio non verbale o attraverso brevi frasi che servono a supportare le idee del parente (annuire, sorridere, utilizzare risposte quali "sì", "mi dica di più"). c. Restare in silenzio e non interrompete il paziente <i>Ascoltare ciò che il paziente dice a parole (contenuto, tono) ma anche attraverso la comunicazione non verbale (gesti, espressione del viso, posizione del corpo ...)</i> d. Mantenere il contatto visivo senza essere invadente e. Chiarire <b>"Quando dice che...intende dire che...?"</b> <i>Dare l'opportunità di chiarire quanto detto o di sottolineare alcuni aspetti nel momento in cui il medico mostra l'interesse per l'argomento</i>			0 1 6
15.	Mostrare di capire il motivo della congiura e convalidarne le ragioni <b>Beh lei lo conosce meglio e potrebbe avere ragione. Mi sembra che lei abbia delle buone ragioni per non dirgli tutta la verità sulla sua prognosi.</b>			0 1 3
16.	Stabilire il costo emotivo della congiura sul familiare / amico / prossimo del paziente			

	<b>Ora capisco perché preferisce tenere nascoste queste informazioni, ma quale effetto ha avuto questo su di lei?</b>	ESSENZIALE
17.	Restare in silenzio e ascoltare le preoccupazioni espresse dal familiare / amico / prossimo del paziente ( <i>Ansia, difficoltà nel mantenere le bugie, barriere comunicative con il paziente, ecc</i> )	0 1 3
18.	<b>Sta vivendo altri problemi a causa della decisione di non dirgli/le tutta la verità?</b>	0 1 3
19.	Riassumere e proseguire: <b>Quindi, ci sono buone ragioni per cercare di considerare un'altra strada.....</b> fare una sintesi di tali ragioni ( <i>ad esempio, questa situazione renderebbe difficile la comunicazione con suo marito ...</i> ). <b>Vorrei suggerirle il modo migliore per affrontare questa situazione</b>	0 1 6
20.	Richiedere l'autorizzazione a parlare con il paziente <b>Posso parlare con il paziente? Quello che vorrei fare è chiacchierare con lui per vedere cosa pensa / capisce della sua situazione attuale. È possibile che lui riveli di sapere di avere un cancro. In questo caso, non vi sarà alcuna ragione per mantenere il silenzio.</b>	ESSENZIALE
21.	Stabilire il livello di consapevolezza del paziente. Se non si conosce il paziente, presentarsi e poi rivolgere una domanda diretta che gli permetta di esprimere la sua visione di quello che sta accadendo. <b>Volevo fare una chiacchierata con lei per vedere come crede che le cose stiano andando? oppure Cosa crede che le stia succedendo?</b>	0 1 6
22.	Se il paziente conosce la verità – passare al punto 27. Se il paziente non conosce la verità o ha una conoscenza incompleta della sua condizione medica, continuare come segue. Esplorare la sua volontà di scoprire qualcosa in più della sua malattia. <b>È soddisfatto delle informazioni che ha ricevuto riguardo la sua malattia?</b>	0 1 4
23.	Se la risposta del paziente è SI significa che non è il momento giusto per interrompere la congiura del silenzio.	0 1 4
	Se la risposta del paziente è NO significa che il paziente desidera ulteriori informazioni. Pianificare un altro appuntamento per discutere la diagnosi. <b>Cercherò nei risultati delle analisi e nella restante documentazione medica e la prossima volta tornerò con ulteriori informazioni</b>	
24.	Esplorare le altre esigenze del paziente ( <i>dolore, appetito, mobilità ecc.</i> ) e offrire suggerimenti per la gestione di queste esigenze. <b>Ha problemi connessi alla malattia?</b>	0 1 4
25.	Informare il familiare circa i desideri del paziente e offrirsi di agire di conseguenza. <b>Il suo parente vuole conoscere la diagnosi. Sono disposto a rompere il silenzio. È d'accordo?</b>	0 1 4
26.	Comunicare la diagnosi al paziente ( <i>procedura della comunicazione di cattive notizie</i> ).	0 1 4
27.	Se il paziente conosce la verità, ma il familiare / amico / prossimo del paziente non ne è a conoscenza. Ad esempio: ho sempre saputo quello che mi hanno detto, cioè che si trattava di un'ulcera precancerosa. Ora è	0 1 5



	il momento di confermare tutto: “ho paura che lei abbia ragione”.		
28.	Chiedere al paziente il permesso di comunicare al suo familiare il livello che lui stesso ha della sua malattia. <b>Posso dire a sua moglie il suo livello di conoscenza della malattia? Cioè che lei è consapevole della sua situazione medica.</b>		0 1 5
29.	Riconoscimento dei sentimenti espressi dal paziente. <b>Sembra che lei ritenga inutile parlarne con il suo familiare perché ritenete che questo non comporterà alcuna differenza alla sua situazione.</b>		0 1 5
30.	Discutere con il paziente il suo futuro coinvolgimento nella cura <b>La può aiutare se parliamo di come si sente e di quello che la preoccupa? È abbastanza probabile che ci sia qualcosa che io possa fare per aiutarla sia per la sofferenza fisica che per quella emotiva.</b>		0 1 5
31.	Mettersi d'accordo su un piano di gestione e mettere per iscritto istruzioni precise per il paziente. Controllare la capacità di comprensione del paziente. <b>Ecco le istruzioni scritte. Le capisce? Me le può ripetere gentilmente?</b>		0 1 5
32.	Chiusura dell'intervista. Invito al paziente a porre domande <b>Ha altre domande?</b>		0 1 3
33.	Definire un appuntamento preciso per l'incontro successivo <b>Suggerisco che l'infermiera la chiami tra due giorni per vedere come ha funzionato il trattamento. E noi ci incontreremo ancora in una settimana. Che le sembra? Arrivederci e a presto</b>		0 1 3
34.	Scrivere un rapporto della discussione con il paziente e con il suo familiare nella cartella clinica del paziente ( <i>in questo modo tutti i membri dello staff medico saranno informati e agiranno di conseguenza</i> ).		0 1 3

<b>Punteggio totale: 100</b>	<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
	<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
	<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

#### Riferimenti:

Peter Maguire,  
Ann Faulkner

Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974

Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care. Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297-303

Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth? J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175-7.

[James Alvin Low](#), [Sim Lai Kiow](#), [Norhisham Main](#), [Koh Kim Luan](#), [Pang Weng Sun](#), [May Lim](#), Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11-15.

[Santosh K. Chaturvedi](#), [Carmen G. Loisel](#), [Prabha S. Chandra](#), Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care. 2009 Jan-Ju



## CONGIURA DEL SILENZIO – MANEGGIARE LA COMPLICITÀ

### Introduzione

**Familiarizza con la terminologia di quest' unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

congiura del silenzio	rivelare	ansia	consapevolezza
algoritmo	validare	contatto visivo	solievo

### Definizioni:

Sensazione dovuta all'ascoltare parole che possano farmi sentire meglio, quando sono triste e preoccupato.

Una strategia che implica qualsiasi informazione (circa la diagnosi, la prognosi e i dettagli medici del malato) che venga trattenuta o non condivisa tra gli individui coinvolti.

Conoscenza o comprensione di una situazione attuale basata su informazioni o esperienze.

Una situazione in cui due persone si guardano contemporaneamente. contatto visivo

Far conoscere, divulgare, dire.

Accettare e approvare dopo aver esaminato una data situazione.

Sensazione di disagio, nervosismo o preoccupazione dovuta a qualcosa che sta accadendo o che potrebbe accadere in futuro.

Un insieme di istruzioni matematiche o regole che consentono di calcolare una risposta a un problema logico.

### Guarda e Ascolta

**Nel video sono presentate una serie di azioni svolte dal medico. Eppure, alcuni passaggi della procedura di cateterizzazione uretro-vescicale sono stati omessi. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina e rilascia con il mouse. Guarda il video e verifica.**

*Il medico saluta il paziente e il suo caregiver, chiedendo a quest'ultimo di specificare che rapporto intercorre con il paziente.*

*Il medico accetta la congiura e ne esplora le ragioni con il parente del paziente.*

*Il medico chiede il permesso di parlare con il paziente per vedere quanto quest'ultimo sa della sua diagnosi.*

Il medico prepara la stanza per la discussione con il parente del paziente e organizza lo spazio esatto in cui si svolgerà la conversazione: sedie vicine, allo stesso livello, senza oggetti in giro.

Il medico assume una posizione che incoraggia la comunicazione: piedi piantati sul pavimento, espressione facciale amichevole, mani sul ginocchio.

Il medico inizia la discussione chiarendo lo scopo della sua visita (perché il parente è venuto a parlare con il medico).

Il medico non interrompe il parente del suo paziente e usa il linguaggio verbale, il linguaggio non verbale e le tecniche di ascolto attivo per incoraggiare la comunicazione.



Il medico ascolta le preoccupazioni del parente, mostra di comprendere le ragioni della collusione e le convalida.

Il medico rivede le preoccupazioni relative alla collusione e suggerisce eventuali soluzioni.

Il medico parla con il paziente in merito ai successivi step del trattamento e pianifica la data della prossima visita.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Cos'è la congiura del silenzio?

Una strategia che implica qualsiasi informazione (circa la diagnosi, la prognosi e i dettagli medici del malato) che venga trattenuta o non condivisa tra gli individui coinvolti.

L'uso di parole funzionali a far sentire meglio un interlocutore triste o preoccupato.

2. Che cos'è un algoritmo?

Un insieme di istruzioni matematiche o regole che consentono di calcolare una risposta a un problema logico.

Una sensazione di disagio, nervosismo o preoccupazione dovuta a qualcosa che sta accadendo o che potrebbe accadere in futuro.

3. Qual è la posizione del dottore durante una conversazione con il parente di un paziente?

Il medico assume una posizione che incoraggia la comunicazione: piedi piantati sul pavimento, espressione facciale amichevole, mani sul tavolo.

Il medico assume una posizione che incoraggia la comunicazione: piedi piantati sul pavimento, espressione facciale amichevole, mani sul ginocchio.

4. Che cosa fa il dottore se il paziente non conosce la verità in merito alla sua malattia?

Se il paziente non conosce la verità, il medico non parlerà con il paziente.

Se il paziente non conosce la verità, il medico parlerà con il paziente per vedere quanto vuole essere informato sulla sua malattia.

### Scegli se le affermazioni seguenti sono vere o false

Il medico chiede al parente che tipo di rapporto sussiste con il paziente. V/F

Il medico siede a una distanza di 1 m dal parente. V/F

Il medico non è interessato allo scopo della visita del parente. V/F

Il medico usa domande chiuse per scoprire i motivi della congiura. V/F

Dall'inizio della conversazione il medico dimostra di non capire il motivo della congiura. V/F

Il medico chiede il permesso di parlare con il paziente. V/F

Il medico chiede al paziente se ha altre necessità legate alla sua malattia. V/F

Se il paziente conosce la verità, il medico non conferma che ha ragione. V/F



**Trascina e abbinare le domande del medico con le risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
Può dirmi lei chi è e qual è la sua relazione con il paziente?	Sono venuta a parlare di mio marito, il Sig. Dumitrescu.
Può dirmi perché è venuto a trovarmi oggi?	Perché non sapevo come dirglielo.
Perché crede che il Sig. Dumitrescu non dovrebbe conoscere la verità riguardo la sua malattia?	Sì, perché sospetta qualcosa ed è molto preoccupato.
Non ha rivelato le informazioni al paziente, ma che effetto ha avuto questo su di lei?	Mi chiamo Paula Dumitrescu. Sono la moglie del paziente, che non sa nulla della sua malattia. I'm the patient's wife.
Stà vivendo altri problemi a causa della decisione di non dirgli/le tutta la verità?	Sì, può chiederglielo.
Mi autorizza a parlare con il Sig. Dumitrescu?	Sono molto confusa.
Posso chiedergli cosa sa della sua malattia?	Sì, sono d'accordo.

**Trascina e abbinare le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

rivelare	accettare
ansia	approvare ufficialmente
validare	compiaciuto
formare	far conoscere
ammettere	programma
costo	mostrare
soddisfatto	amministrazione
tabella di marcia	formare
indicare	paura
gestione	prezzo



## Grammatica

### Click on the best version:

Se il paziente non conosce la verità, il medico parlerà con lui./ Se il paziente non conobbe la verità, il medico parlerà con lui.

Il dottore non rivela la verità, se il paziente sarà soddisfatto della sua condizione attuale. / Il dottore non rivelerà la verità, se il paziente sarà soddisfatto della sua condizione attuale.

Se il paziente volesse maggiori informazioni, il medico potrebbe fissare un nuovo incontro. / Se il paziente vorrebbe maggiori informazioni, il medico potrebbe fissare un nuovo incontro.

Se il paziente conosce la diagnosi, il dottore avrebbe chiesto il suo permesso nel condividere le informazioni con il parente. / Se il paziente fosse stato a conoscenza della diagnosi, il dottore avrebbe chiesto il suo permesso nel condividere le informazioni con il parente.

Se non capisce le istruzioni, mi chiedo pure. / Se non capisti le istruzioni, mi chiedo pure.

### Clicca sulla forma condizionale corretta:

*Suggerirei / suggerirò / suggerisco* che l'infermiera mi chiami in merito al trattamento di domani.

*Mi piacerebbe / Mi piace / Mi piacque* parlare con lui della sua situazione.

*Sarà d'accordo / è d'accordo / Sarebbe d'accordo* con questa diagnosi?

*Mi piacerebbe / Mi piace / Mi piacque* suggerirle come parlare con lui.

*Può / Potrebbe / Potrà* avere ragione, dal momento che lo conosce meglio.

## Parlare

**Scrivi un dialogo medico / paziente che si svolge in un contesto etico. Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.**

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua parlata effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**



## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....

.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

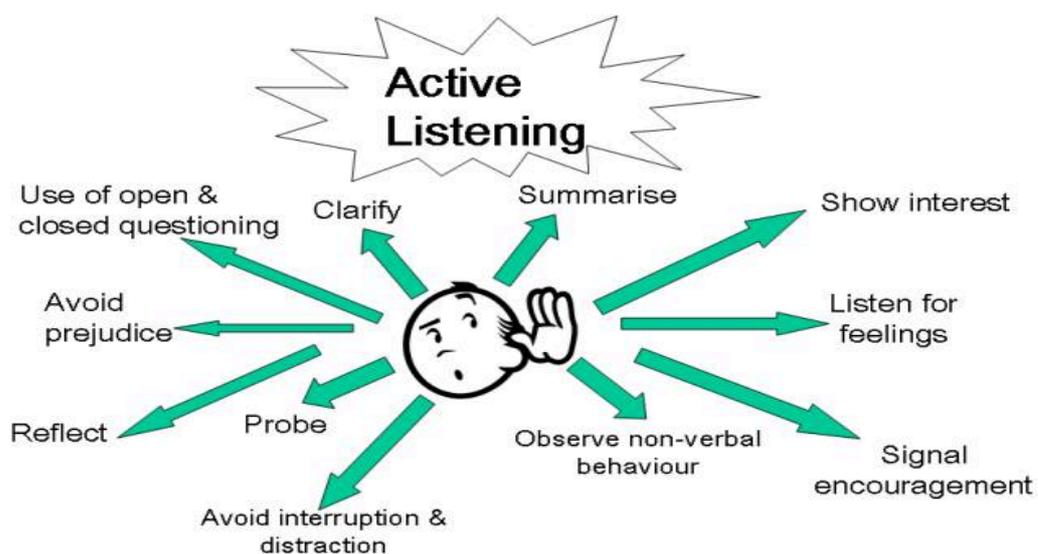
*Quello che vorrei fare è parlare con lui in modo da poter vedere cosa pensa della sua condizione attuale. Questo ci può dire quello che sa della sua malattia.*



## ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA

L'ascolto attivo è il processo di ascolto degli altri funzionale a comprendere le loro idee, le loro opinioni e i loro sentimenti, nonché a dimostrare di aver capito. L'ascolto attivo è un'abilità preziosa perché ci permette di dimostrare di capire cosa dice un'altra persona e, attraverso l'empatia, di comprendere come si sente il paziente.

○	◐	●	P
---	---	---	---

1.	Presentarsi al paziente. <b>Salve, sono il dottor....e lei è la mia collega, l'infermiera.....Lei è?</b> Lasciare al paziente il tempo di presentarsi <i>(È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. / la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi).</i>	ESSENZIALE		
2.	Se il paziente si presenta con un parente / amico, scoprire chi accompagna il paziente e quale relazione sussiste tra i due. <b>Mi fa piacere vedere che lei accompagna il signor / la signora ... (dire il nome del paziente). Puoi dirmi chi è e qual è la sua relazione con il paziente?</b> <i>(Evitare di fare ipotesi come "Lei è la moglie?" - Potrebbe essere la figlia o altro e creare situazioni imbarazzanti).</i>			0 1 3
3.	Stringere la mano (se il paziente lo vuole). <i>(In primo luogo, va stretta la mano del paziente, e poi dell'accompagnatore. Questa comunicazione non verbale mostra che il paziente ha la priorità)</i>			0 1 3
4.	Assicurare la privacy della conversazione. Chiudere la porta, dopo aver segnalato che vi è una valutazione in corso. Se il paziente è a letto, chiudere le tendine attorno al letto <i>(Attraverso una corretta comunicazione si costruirà un rapporto di fiducia, mostrando rispetto per la persona che si ha di fronte).</i>			0 1 4
5.	Ridurre gli elementi di disturbo. Spegnerne la radio, la TV, il cellulare (o chiedere alla segretaria di tenere le chiamate). <i>(Chiedere al personale e agli altri pazienti di non entrare nella stanza quando si svolge una valutazione di carattere spirituale).</i>			0 1 3
6.	Disposizione spaziale a. Invitare il paziente (e il caregiver) a sedersi. <b>Vuole sedersi?</b> <i>(C'è una diversa percezione del lo spazio da parte del paziente se è seduto. La stessa quantità di tempo a disposizione è percepita come più lunga quando si è seduti)</i>			0 1 3
7.	b. Sedersi. Se il paziente è a letto, prendere una sedia e sedersi vicino al letto: <i>ad una distanza comoda dal paziente (circa 1m), gli occhi del medico devono essere alla stessa altezza degli occhi del paziente (eccezione: quando il paziente piange o si arrabbia, gli occhi del medico dovrebbero essere ad un'altezza inferiore rispetto agli occhi del paziente), se il paziente è accompagnato da un parente / amico, sedersi in modo da trovarsi di fronte al paziente, e comunque ad una distanza inferiore di quella che c'è tra paziente ed accompagnatore.</i>			0 1 5
8.	c. Rimuovere le barriere tra il medico e il paziente - Spostare la sedia in modo da essere vicino al paziente - Fare spazio sulla porzione di scrivania più vicina al paziente <i>(Non sedersi dietro la scrivania o dietro il computer: generalmente questo determina</i>			0 1 5

	<i>un blocco nella comunicazione)</i>				
9.	d. Essere preparati alla possibilità che il paziente o l'accompagnatore piangano. Avere a disposizione una scatola di cleenex da offrire nell'eventualità che il paziente o l'accompagnatore comincino a piangere.				0 1 3
10.	Linguaggio del corpo: Assumere una posizione neutrale e rilassata; Piedi piantati sul pavimento; Spalle rilassate; Espressione del volto amichevole; Mani sulle ginocchia. <i>(Quando si parla di argomenti difficili, è naturale sentirsi a disagio, ma è importante allenare il corpo in modo che il linguaggio non verbale risulti calmo e offra rassicurazione al paziente).</i>				0 1 3
11.	Richiedere l'autorizzazione a leggere/scrivere i dati dalla / nella cartella clinica del paziente durante l'intervista. <b>- Va bene se prendo appunti durante la nostra conversazione?</b> <i>(Va bene avere la cartella clinica davanti a sé, ma è vietato parlare con il paziente durante la lettura. È meglio prepararsi prima della consultazione, leggendo anticipatamente i documenti medici / documenti del paziente. Laddove il paziente si presentasse al colloquio con nuovi documenti, è consigliabile leggerli dopo la consultazione).</i>				0 1 3
12.	Avviare l'intervista. Chiarire lo scopo per cui il paziente si è presentato al colloquio. <b>Può dirmi perché è venuto alla consultazione odierna?</b>				0 1 3
13.	Capacità di ascolto. a. Utilizzare dichiarazioni esplorative <b>Mi può dire di più riguardo la sua malattia?</b> <i>(qualunque sia il motivo della consultazione)</i>				0 1 3
14.	b. Utilizzare domande aperte (cosa ...? come ...? perché ...? ecc.) cui è possibile rispondere in maniera ugualmente aperta. Qualche esempio: <b>Quale pensa sia la causa del suo dolore? Come si è sentito quando il medico le ha parlato della sua diagnosi? Perché ha evitato di parlare con la sua famiglia della malattia? ....</b> <i>(Parti obbligatorie del dialogo terapeutico)</i>				0 1 5
15.	La tecnica più importante per facilitare il dialogo c. Restare in silenzio e non interrompere il paziente Ascoltare ciò che il paziente dice a parole <i>(contenuto, tono)</i> ma anche attraverso la comunicazione non verbale <i>(gesti, espressione del viso, posizione del corpo ...)</i>	ESSENZIALE			
16.	d. Tollerare i brevi periodi di silenzio che il paziente prende per riorganizzare i propri pensieri. <b>Che cosa la spinge a prendersi delle pause?</b> <i>(Domanda da fare se si sente il bisogno di rompere il silenzio, che può anche avere molteplici significati: il paziente sta pensando o sentendo qualcosa che si rivela troppo intenso da esprimere a parole).</i>				0 1 5
17.	e. Incoraggiare il paziente attraverso il proprio linguaggio non verbale o attraverso brevi frasi che servono a supportare le idee del paziente <i>(annuire, sorridere, utilizzare risposte quali "sì", "mi dica di più")</i> .				0 1 3
18.	Ripetizione e reiterazione: <b>"Da quando ho iniziato a prendere quelle nuove compresse, mi sento sempre assonnato" – "Quindi sente sempre una sensazione di sonno da quando ha iniziato a prendere le nuove compresse?"</b> <i>(Confermare al paziente di aver ascoltato ciò che è stato detto).</i>				0 1 3
19.	Precisazioni <b>Quando lei dice che...? intende dire che...?</b> <i>Dare al paziente l'opportunità di chiarire quanto detto o di sottolineare alcuni aspetti nel momento in cui il medico mostra interesse per l'argomento</i>				0 1 4
20.	Mantenere il contatto visivo senza essere invadente Fare attenzione, non si dovrebbe fissare il paziente troppo spesso, ma non si				0 1 5

	deve nemmeno evitare troppo spesso il contatto visivo È utile evitare il contatto visivo quando il paziente è arrabbiato o piange		
21.	Riconoscimento delle emozioni: risposta empatica a. Identificare l'emozione che il paziente sta vivendo <b>Vedo che lei è furioso ...</b> (nominare l'emozione principale che il paziente sta vivendo) <i>L'empatia è definita come la capacità di comprendere razionalmente ciò che il paziente sta vivendo emozionalmente. Si differenzia dalla simpatia.</i>	ESSENZIALE	
22.	a. Identificare l'origine di quell'emozione <b>... perché la diagnosi è arrivata in ritardo (nominare la causa che genera l'emozione)</b>	ESSENZIALE	
23.	b. Rispondere in modo da informare il paziente in merito all'avvenuta connessione tra i punti 21 e 22. <b>Questo deve essere terribile per lei. È importante accettare come normali sia le emozioni negative che le emozioni positive espresse dai pazienti in stato terminale</b>	ESSENZIALE	
24.	NON utilizzare l'espressione: "Capisco come si sente!" <i>Non attraversiamo la stessa esperienza del malato, quindi questa è una rassicurazione superficiale!</i>		0 1 5
25.	Contatto È possibile toccare la mano o l'avambraccio del paziente, ma occorre tenere presente che: Questo deve avvenire in maniera del tutto naturale, Gli stessi pazienti potrebbero non sentirsi a proprio agio con il contatto fisico.		0 1 3
26.	Strategia di gestione: Riepilogare gli aspetti principali / i problemi ai quali il paziente ha fatto riferimento. <b>Mi permetta di fare un breve riepilogo di ciò che ho capito per quanto concerne le sue preoccupazioni principali: il dolore che sente alle gambe, la difficoltà di respirazione e la paura di dormire perché teme che il respiro possa fermarsi durante il sonno; le preoccupazioni relative alla capacità di sua figlia nel far fronte alle nuove responsabilità ...</b> (Includere nel riepilogo tutte le preoccupazioni di natura fisica, emotiva, sociale, spirituale)		0 1 5
27.	Verificare con il paziente il riepilogo stilato. <b>Ho sintetizzato tutto quello che mi ha detto?</b>		0 1 3
28.	Se il paziente è soddisfatto del riepilogo, proporre una strategia di gestione. <b>Suggerisco di fare quanto segue: per il dolore le prescrivo degli antidolorifici più specifici e dei massaggi, il nostro assistente sociale contatterà sua figlia per descriverle i suoi diritti legali....</b>		0 1 3
29.	Valutare la risposta del paziente. <b>Che ne pensa di questa strategia? Vedo che è preoccupato per la sonnolenza che il nuovo farmaco le indurrà, con piccole dosi che andremo gradualmente ad aumentare</b>		0 1 3
30.	Mettersi d'accordo su un piano di gestione e mettere per iscritto istruzioni precise per il paziente. Controllare la capacità di comprensione del paziente. <b>Ecco le istruzioni scritte. Le capisce? Me le può ripetere gentilmente?</b>		0 1 4
31.	Chiusura dell'intervista. Invito al paziente a porre domande. <b>Ha altre domande?</b>		0 1 4
32.	Definire un appuntamento preciso per l'incontro successivo <b>Suggerisco che l'infermiera la chiami tra due giorni per vedere come ha funzionato il trattamento. E noi ci incontreremo ancora tra una</b>		0 1



<b>settimana. Che ne pensa? Arrivederci e a presto</b>			4
<b>Punteggio totale: 100</b>	<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
	<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
	<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

## Riferimenti

- Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, Can we teach effective listening? An exploratory study, *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at: <http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
- Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. A model of empathic communication in the medical interview. *JAMA* 1997; 277(8):678-682.
- Fallowfield L, Jenkins V. - Effective communication skills are the key to good cancer care. *Eur. J. Cancer* 35(11) Oct. 1999 1592-1597
- Lam KK. Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors. *HKSPM Newsletter* 2006, Sep Issue 2, 13.
- Wittenberg-Lyles E. Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication. *Patient Educ Couns* 2012, 89(1), 31-37.
- Bylund CL, et al. Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center. *J Cancer Educ*. 2011, 26, 604-611.
- Brown RF. Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training. *Common Educ*. 2010, 59, 236-249.
- Lelorain S, et al. A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care. *Psychooncology* 2012, 21(12), 1255-64.
- Hack TF, Degner LF, Parker PA. The communication goals and needs of cancer patients: a review. *Psychooncology* 2005, 14(10), 831-845.
- Platt FW, Keller VF. Empathic communication: a teachable and learnable skill. *J Gen Intern Med* 1994, 9, 222-226.
- Mosoiu D. Comunicarea in cancer. 2009, 31-35.
- Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulskey JA. Approaching difficult communication tasks in oncology. *CA Cancer J Clin* 2005, 55, 164-177.

## Gioco di ruolo - medico

**Sei un dottore. Hai una paziente di 45 anni**, divorziata, con 2 figli di 11 e 14 anni. La paziente ha carcinoma mammario operato 2 anni fa, attualmente è sotto trattamento ormonale. La paziente non ha presentato sintomi specifici fino a qualche tempo fa; negli ultimi mesi ha accusato moderato dolore osseo e stanchezza. La scintigrafia ossea e la tomografia sono state eseguite 2 giorni prima. La paziente va dall'oncologo per i risultati.

Le analisi mostrano un'evoluzione della malattia (che rivelano metastasi ossee ed epatiche).

- Dovete comunicare in maniera empatica con il paziente per capire cosa riesce a comprendere della sua condizione attuale e per vedere quali sono le sue preoccupazioni.

## Gioco di ruolo - paziente

**Sei una paziente di 45 anni, divorziata**, con 2 figli di 11 e 14 anni. Ti è stato diagnosticato un cancro al seno, operato 2 anni fa, e sei attualmente sotto trattamento ormonale. Non hai avvertito alcun sintomo speciale fino a poco tempo fa, ma da alcuni mesi avverti un dolore osseo moderato e sei sempre stanca. Hai fatto nuove analisi 2 giorni fa e vai dall'oncologo per i risultati.

- Sospetti che ci sia qualcosa che non va, ma non sai esattamente cosa.
- Stai aspettando l'appuntamento dal medico con timore.
- Sei preoccupata per i bambini e per le questioni finanziarie



## ASCOLTO ATTIVO E RISPOSTA EMPATICA

### Introduzione

**Familiarizza con la terminologia di quest' unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

silenzio attivo      empatia      pregiudizio      linguaggio non verbale  
supposizione      percezione      prognosi      tranquillante

### Definizioni:

1. Comportamento che, oltre alle parole stesse, trasmette il significato attraverso voce, gesti, espressioni facciali, postura del corpo, vicinanza all'ascoltatore, contatto visivo.
2. Un processo di ascolto finalizzato a comprendere il messaggio inviato (idee, opinioni e sentimenti) e dimostrare che il medico lo ha compreso senza alcun giudizio critico. Il processo comprende chiarimenti, riflessioni, riassunti e feedback.
3. Il processo mentale che porta a diventare consapevoli o a riconoscere un oggetto o un'idea attraverso l'utilizzo dei sensi o della mente.
4. Medicina che promuove una tranquillità calma e lenitiva.
5. Un processo complesso (percettivo, intellettuale e affettivo) che consiste nell'identificazione del ricevente (medico o infermiere) con il mittente (il paziente o il parente del paziente); nonché la capacità di capire in modo razionale ciò che il paziente sta vivendo emozionalmente.
6. Un termine medico usato per prevedere l'esito probabile di un fenomeno o di un processo sullo studio del contesto, del suo aspetto e della sua evoluzione.
7. Una dichiarazione che si presume sia vera, reale o possibile senza alcuna prova.
8. Un parere o un'idea preconcepita e spesso erronea formatasi prima di una conoscenza diretta dei fatti.

### Guarda e Ascolta

**Nel video sono presentate una serie di azioni svolte dal medico. Eppure, alcuni passaggi della procedura di cateterizzazione uretro-vescicale sono stati omessi. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina e rilascia con il mouse. Guarda il video e verifica.**

*Il medico saluta il paziente e il suo caregiver, si presenta e identifica il paziente.*

*Il medico inizia la conversazione con il paziente ponendo domande aperte al fine di farlo parlare in modo confortevole e rilassato.*

*Il medico valuta la risposta del paziente alle soluzioni proposte, li aggiorna e pianifica un accordo chiaro per la prossima riunione.*



Il medico / infermiere prepara la stanza per la discussione medica con il paziente e il suo caregiver.

Il medico si assicura che il paziente sia comodo.

Il medico organizza lo spazio esatto in cui si svolgerà la conversazione: le sedie vicine, allo stesso livello, nessuna barriera tra lui e il paziente, nessun oggetto in giro.

Il medico prende una posizione che incoraggia la comunicazione: piedi piantati sul pavimento, espressione facciale amichevole, mani sulle ginocchia.

Il medico non interrompe il paziente, tollera brevi periodi di silenzio quando il paziente riflette o riorganizza il suo pensiero e usa un linguaggio verbale e non verbale per incoraggiare la comunicazione.

Il medico ascolta il paziente, identifica e accetta le emozioni negative e positive del paziente.

Il medico riesamina gli aspetti principali / i problemi che i pazienti riferiscono e suggerisce soluzioni.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

#### 1. Che cos'è il silenzio attivo?

Un processo di ascolto finalizzato a comprendere il messaggio inviato (idee, opinioni e sentimenti) e dimostrare che il medico lo ha compreso senza alcun giudizio critico. Il processo comprende chiarimenti, riflessioni, riassunti e feedback.

Un processo di ascolto degli altri finalizzato a comprendere un messaggio inviato e a fornire un giudizio critico. Il processo comprende chiarimenti, riflessioni, riassunti e feedback in forma di una rappresentazione parafrasata di ciò che è stato detto.

#### 2. Che cos'è l'empatia?

Un fenomeno naturale (percettivo, intellettuale e affettivo) che consiste nell'individuazione del destinatario (il medico o l'infermiere) con il mittente (il paziente o il parente del paziente).

Un processo complesso (percettivo, intellettuale e affettivo) che consiste nell'identificazione del ricevente (medico o infermiere) con il mittente (il paziente o il parente del paziente); nonché la capacità di capire in modo razionale ciò che il paziente sta vivendo emozionalmente.

#### 3. Come il medico prepara la stanza in cui si svolgerà la discussione paziente / medico?

Il medico appone il segno "Consultazione in corso" sulla porta, tira le tende intorno al letto e riduce i fattori inquietanti dell'ambiente (radio, TV, cellulari).

Il medico appone il segno "Consultazione in corso" sulla porta, tira le tende intorno al letto ma non riduce i fattori inquietanti dell'ambiente (radio, TV, cellulari).

#### 4. Come si conclude la discussione?

Il medico riesamina e chiarisce gli aspetti principali / i problemi cui i pazienti si riferiscono e suggerisce soluzioni.



Il medico riesamina e chiarisce gli aspetti principali / i problemi cui i pazienti si riferiscono e pianifica l' incontro successivo.

**Scegli se le affermazioni seguenti sono vere o false:**

1. Quando il medico inizia a parlare con il paziente, accende il suo cellulare. V/F
2. Quando il paziente piange o si arrabbia, gli occhi del medico dovrebbero essere ad un livello inferiore rispetto agli occhi del paziente. V/F
3. Il medico chiede l'autorizzazione a leggere i documenti e a scrivere nella cartella clinica del paziente durante l'intervista. V/F
4. Il medico chiede al paziente perché ha evitato di parlare con la propria famiglia circa la sua malattia. V/F
5. Quando il paziente si ferma nel suo parlare, il medico gli chiede immediatamente domande per chiarire la situazione. V/F
6. Il medico identifica l'emozione che il paziente sta vivendo. V/F
7. Il medico deve dire al proprio paziente di capire quello che lui / lei sta vivendo. V/F
8. Il medico chiede al paziente se ha altre domande da chiedere. V/F

**Trascina e abbinare le domande del medico con le risposte del paziente:**

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Puoi dirmi chi è e qual è la sua relazione con il paziente?	Mio marito ha un dolore tremendo alle gambe.
Vuole sedersi?	No, nessun problema.
Va bene se prendo appunti durante la nostra conversazione?	Mi chiamo Johanna Hoffmann. Sono la moglie del paziente.
Può dirmi perché è venuto alla consultazione odierna?	Si, grazie.
Quale pensa sia la causa del suo dolore?	Non può dormire di notte a causa del suo dolore e sente sonnolenza durante il giorno.
Quando dice sonnolenza, cosa intende?	Si, corretto.
Mi permetta di fare un breve riepilogo di ciò che ho capito per quanto concerne le sue preoccupazioni principali: il dolore che sente alle gambe, la difficoltà di respirazione e la paura di dormire perché teme che il respiro possa fermarsi durante il sonno; le preoccupazioni relative alla capacità di sua figlia nel far fronte alle nuove responsabilità ...	Questo può essere genetico poichè la madre ha avuto lo stesso problema.

**Trascina e abbinare le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

sonnolento	predizione
staff medico	opportunità
prognosi	assonnato



reiterazioni	grande
opportunità	preoccupazione
maggiore	antidolorifico
preoccupazione	tocco
tranquillizzante	trattamento
terapia	ripetizione
contatto fisico	team medico

## Grammatica Integrata

**Controllare il dialogo paziente – medico e clicca sul corretto atteggiamento attivo che il medico presenta in ciascuna situazione:**

1. Ho un dolore tremendo nelle gambe.  
Sto ascoltando. E.....  
a. incoraggiamento b. chiarimento c. sintesi
2. Ho difficoltà nel respirare.  
Sembra che questo sia importante per lei.  
a. chiarimento b. feedback c. riflessione
3. Temo di addormentarmi.  
Cosa teme che le possa succedere?  
a. sondaggio b. reindirizzamento c. parafrasi
4. Sono preoccupato che mia figlia non possa far fronte alla situazione.  
Perché stappensando a questo? La vedo preoccupato.  
a. feedback b. identificazione di un'emozione c. parafrasi
5. Questo può essere genetico.  
Cosa intende dire?  
a. chiarimento b. riflessione c. incoraggiamento

**Fare domande. Scegli la risposta del medico alla dichiarazione del paziente. Per ogni risposta clicca sulla frase corretta:**

1. Ho dolore alla gamba.  
a. *Mi dispiace. So come ti sente.*  
b. *Potrebbe dirmi che tipo di dolore ha?*
2. Sento una sorta di intorpidimento.  
a. *Non capisco di cosa si tratta. Potrebbe darmi alcuni dettagli?*



- b. *Dovrebbe andare da un ortopedista.*
3. Ero ancora a letto a pensare a quello che avrei fatto quella mattina. Poi ho capito che dovevo andare al mercato. E .....
- a. *Non ho bisogno di questi dettagli. Non sono rilevanti per il suo problema medico.*
- b. *Potrebbe dirmi quando ha sentito il dolore?*
4. Ero al supermercato e sono inciampato in una pietra.
- a. *Quindi ... mi corregga se sbaglio ... Il dolore è iniziato a causa di quella pietra.*
- b. *Dovrebbe stare più attento nel camminare la prossima volta.*
5. Ho avuto un infortunio, ma anche un dolore che ho sentito per dieci giorni.
- a. *Perché non è venuto qui prima?*
- b. *Mi lasci vedere se ho capito quello che ha detto. È inciampato in una pietra e il suo dolore è iniziato quel momento.*

## Parlare

**Scrivi un dialogo tra un medico e un paziente con un problema medico. Utilizza espressioni di ascolto attivo e di empatia. Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi coetanei.**

**Valuta 1 o 2 compiti effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

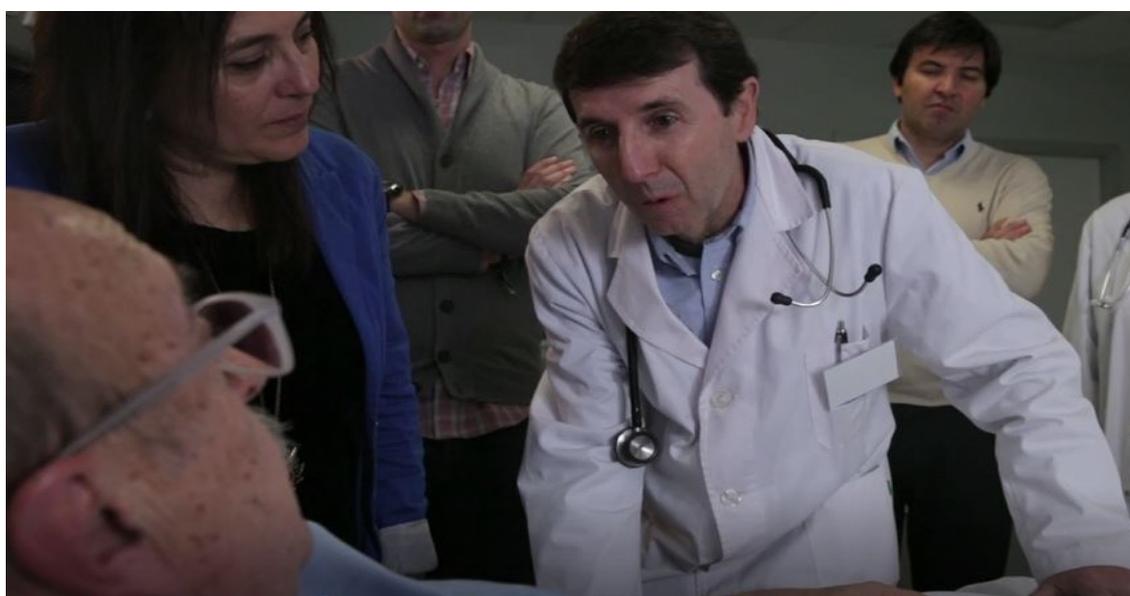
*Il medico deve prendere posto a una distanza comoda dal paziente (circa 1m). Se il paziente è accompagnato da un parente o da un amico, il medico deve sedersi a una distanza più prossima al paziente rispetto all'amico o al parente.*



## COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA GRAVE

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA  
MALATTIA GRAVE

## COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA GRAVE

Comunicare cattive notizie ai pazienti e offrire loro tutte le informazioni necessarie per agevolare processi decisionali all'interno del percorso di cure palliative. (Definizione di "cattive notizie ed esempi di cattive notizie nell'ambito delle cure palliative).



P

1	Entrare nella stanza e presentarsi in maniera educata e cordiale: <b>Buongiorno. Sono il Dottor XXX, il suo YYY (ematologo, oncologo o qualsiasi altra mansione). Come si sente oggi?</b> ( <i>Dare del tempo al paziente affinché risponda alla domanda</i> )... <b>le spiace se parliamo un pò?</b> In caso di risposta negativa: <b>Quando preferisce parlare?</b> ( <i>Simili domande sono poste per comprendere l'umore del paziente e per valutare l'adeguatezza del processo di informazione</i> ).	0 1 3
2	Chiedere al paziente se preferisce essere solo o in compagnia durante il colloquio. Se la risposta fornita è la seconda, chiedere chi vuole che partecipi al colloquio. Fissare una data che vada bene a tutti i partecipanti al colloquio stesso. Promuovere un'atmosfera rilassata e rilassante ( <i>in modo da evitare qualsiasi forma di ansia nel paziente</i> ).	0 1 3
3	Assicurare uno spazio privato e confortevole in cui avverrà il colloquio ( <i>uno spazio del genere proteggerà la riservatezza del paziente e contribuirà a creare un'intimità adeguata per comunicare le informazioni, evitando interruzioni e altri elementi di disturbo</i> ).	0 1 3
4	Prestare particolare attenzione alla comunicazione non verbale durante il colloquio: eliminare le barriere fisiche; cercare di rimanere alla stessa altezza del paziente. Se ci sono altre persone, facilitare uno spazio comunicativo aperto sistemando le sedie in cerchio.	0 1 3
5	Scoprire cosa sa il paziente riguardo la sua situazione (è importante sapere quanto grave il paziente valuta la sua patologia, al di là di una conoscenza prettamente nozionistica della malattia stessa). <b>Cosa pensa riguardo il suo dolore toracico, la sua perdita di peso ecc.? Cosa le hanno detto della sua malattia? Quanto grave o importante lei pensa che sia?</b> Prestare particolare attenzione allo stato emotivo del paziente: <b>c'è qualcosa che la preoccupa? Cosa la preoccupa di più?</b>	0 1 3
6	Chiedere specificatamente il livello di informazioni che il paziente è disposto a ricevere: <b>cosa vuole sapere della sua malattia? Vuole che le spieghi ...</b> (la diagnosi, le opzioni di cura, la prognosi e tutti i contenuti relativi al processo di informazione)? Lasciare al paziente la possibilità di scegliere ( <i>questo è necessario per rispettare l'autonomia del paziente e promuovere un piano di cura condiviso</i> )	ESSENZIALE
7	Attraverso il linguaggio verbale e non verbale, far capire al paziente che le informazioni non saranno delle migliori... <b>I risultati della sua TC non sono buoni. Vuole che le parli del trattamento cui sarà sottoposto/a?</b> <i>Questo permetterà al paziente di decidere se è emotivamente preparato a ricevere la notizia.</i>	0 1 6
8	Fornire al paziente informazioni graduali, a partire dalla sua situazione attuale. Sintetizzare il processo diagnostico e offrire opzioni di cura o informazioni prognostiche se il paziente è disposto a riceverle. Utilizzare un linguaggio	0 1 3

	semplice e chiaro. Evitare il gergo medico. <i>(Il processo di informazione graduale è importante per rispettare la volontà del paziente di conoscere tutte le informazioni disponibili).</i>			
9	Utilizzare l'ascolto attivo e la risposta empatica, facendo riferimento alla procedura specifica ... <i>(Provare a comprendere i desideri e i valori del paziente)</i>		0 1 3	
10	Adattare il linguaggio al livello sociale e culturale del paziente, pur veicolando messaggi reali e comprensibili. <i>(In questo modo il paziente può elaborare le informazioni ed essere consapevole delle conseguenze, dei rischi e dei benefici del piano di cura. È importante seguire una strategia proattiva per promuovere l'autonomia del paziente)</i>		0 1 3	
11	Dare del tempo, anche in silenzio se necessario. Chiedere al paziente se desidera avere più tempo per pensare o per consultare altri membri della famiglia. Prestare attenzione alla comunicazione (mantenere il contatto visivo e mostrare empatia, comprensione e rispetto verso le necessità o le opinioni del paziente).		0 1 3	
12	Controllare se il paziente ha compreso o meno le informazioni fornite. Aiutarlo a ricapitolare. Chiedere se ha altre domande o dubbi. <i>(In questo modo possiamo valutare la capacità del paziente e considerare l'eventualità di coinvolgere un parente nei processi decisionali)</i>		0 1 5	
13	Chiedere al paziente se vuole condividere le informazioni con qualcun altro (ad esempio, qualcuno che non sia presente in camera) <i>(questo consente di tenere in considerazione le preferenze del paziente e di coinvolgere la persona giusta nel piano di cura)</i>	ESSENZIALE		
14	Mostrare la propria disponibilità a qualsiasi ulteriore richiesta e informare il paziente su come potersi mettere nuovamente in contatto con il medico. Il paziente deve percepire un senso di continuità nella cura.		0 1 3	
15	Riepilogare le questioni più importanti relative al futuro piano di cura del paziente, che deve poter vedere come la situazione è gestita in maniera seria e professionale.		0 1 3	
16	Valutare lo stato emotivo dopo il colloquio: <b>come si sente adesso?</b> Chiedere nuovamente al paziente se ha domande o preoccupazioni finali. <i>(questo aiuterà ad aggiungere ulteriori informazioni o a ripeterne altre)</i>		0 1 3	
17	Lasciare la stanza in maniera cordiale		0 1 3	
<b>Punteggio totale: 50</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

Buckman R. Communication skills in palliative care. A practical guide. Neurologic Clinics 2001; 19(4)

Finset A, Ekeberg O, et al. Long term benefits of communication skills training for cancer doctors. Psycho-Oncology 2003; 12:686-693

Deschepper R, Vander Stichele R, et al. Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium. British Journal of General Practice 2006

Treece PD. Communication in the intensive care unit about the end of life. AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414



## COMUNICARE LA DIAGNOSI DI UNA MALATTIA GRAVE

### Introduzione

**Familiarizza con la terminologia di quest' unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

linguaggio comprensibile emotivamente carico	gergo medico fraintendimento	piano di monitoraggio strategia proattiva	educazione terapeutica del paziente reazione
--	------------------------------	---	--

### Definizioni:

1. Una terminologia utilizzata da specialisti in medicina che non è capita da persone che lavorano in un altro campo.
2. Mancata comprensione o interpretazione non corretta di un messaggio
3. Termini che descrivono un problema complesso o tecnico affinché un individuo medio (senza formazione professionale in materia) possa capire.
4. Stato mentale caratterizzato da forti sentimenti o tensioni.
5. Il modo in cui una persona o un gruppo di persone reagisce a qualcuno o qualcosa.
6. La continuazione o la ripetizione di qualcosa che è già stato avviata o fatta. Un ulteriore esame o osservazione di un paziente per monitorare il successo di un trattamento precedente.

Modificare la comprensione del paziente attraverso un processo graduale nel quale si osservano le risposte del paziente, si rafforzano quelle che lo portano più vicino ai fatti medici e si sottolineano le relative informazioni mediche.

Agire anticipatamente per affrontare una difficoltà prevista.

### Guarda e Ascolta

**Nel video sono presentate una serie di azioni svolte dal medico. Eppure, alcuni passaggi della procedura di cateterizzazione uretro-vescicale sono stati omessi. Dove inseriresti i passaggi mancanti? Trascina e rilascia con il mouse. Guarda il video e verifica.**

*Il medico prende posto e presta particolare attenzione alla comunicazione non verbale durante l'intervista: elimina le barriere fisiche e cerca di essere allo stesso livello del paziente. Se ci sono altre persone che partecipano alla discussione, le sedie sono poste in cerchio.*

*Il medico fornisce gradualmente le informazioni al paziente, usando la comunicazione verbale e non verbale, anticipando che le notizie saranno negative. Il medico riesamina la situazione medica e offre alternative di trattamento, utilizzando un linguaggio chiaro ed evitando il gergo medico.*

*Il medico valuta lo stato emotivo del paziente e gli chiede se ha altre domande da chiedergli. Il medico presta attenzione alla comunicazione, mostrando empatia, comprensione e rispetto.*



- Il medico crea un ambiente che incoraggia una comunicazione efficace e organizza lo spazio esatto in cui si svolgerà la conversazione: sedie vicine, allo stesso livello, senza oggetti in giro.
- Il dottore valuta la percezione che il paziente ha della sua malattia, in particolare quanto pensa che sia grave e quanto possa influire sul suo futuro.
  
- Il medico scopre quanto il paziente voglia sapere meglio della sua malattia (diagnosi, trattamento, prognosi): ciò aiuta il medico a capire quanto vicino alla realtà medica sia la comprensione del paziente.
  
- Il medico usa strategie attive ed empatiche di comunicazione. Il medico risponde ai sentimenti del paziente senza esprimere giudizi critici. Il medico offre supporto empatico al proprio paziente.
  
- Il medico adegua e adatta il suo discorso in relazione al livello sociale e culturale del suo paziente, mantenendo il realismo del suo messaggio. Offre un quadro concreto della situazione, che comprende un'evoluzione positiva o negativa. In questo modo il paziente può elaborare le informazioni ed ipotizzare le conseguenze, i rischi e i benefici del piano terapeutico.
  
- Il medico chiede al paziente se ha bisogno di più tempo per pensare alla propria situazione o per parlare con altri membri della famiglia. Rassicura il paziente e la famiglia affinché possano contare sul suo impegno attivo e dimostra la sua disponibilità nell'offrire loro il suo aiuto e supporto.
- Il dottore controlla se il paziente ha compreso tutto e lo aiuta a rivedere il piano da seguire. In aggiunta, gli chiede se ha altre domande e gli fa sapere come può contattarlo.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Che cos'è il linguaggio medico?
  - a. Una terminologia utilizzata da specialisti in medicina che non è capita da persone che lavorano in un altro campo.
  - b. Terminologia utilizzata da uno specialista della medicina che è pienamente compresa da persone che lavorano in un altro campo.
  
2. Che cosa si intende per educazione terapeutica del paziente?
  - a. Modificare la comprensione del paziente attraverso un processo repentino nel quale si osservano le risposte del paziente, si rafforzano quelle che lo portano più vicino ai fatti medici e si sottolineano le relative informazioni mediche.
  - b. Modificare la comprensione del paziente attraverso un processo graduale nel quale si osservano le risposte del paziente, si rafforzano quelle che lo portano più vicino ai fatti medici e si sottolineano le relative informazioni mediche.
  
3. Perché il medico valuta la percezione che il paziente ha della sua malattia??
  - a. Il medico valuta la percezione del paziente per scoprire quanto il paziente sa della sua malattia.



b. Il medico valuta la percezione del paziente per conoscerlo meglio.

4. Come risponde il medico alle emozioni del paziente?

a. Il dottore risponde in modo empatico ai sentimenti del paziente esprimendo giudizi critici.

b. Il dottore risponde in modo empatico ai sentimenti del paziente senza esprimere giudizi critici.

### Scegli se le affermazioni seguenti sono vere o false

1. Il medico valuta la percezione del paziente per scoprire quanto il paziente sa della sua malattia. V/F

2. Scoprendo quanto il paziente vuole sapere sulla sua malattia, il medico può valutare quanto vicino alla realtà medica sia la comprensione del paziente. V/F

3. I pazienti hanno il diritto di non conoscere e quello di desiderare di ascoltare informazioni sulla propria condizione. V/F

4. Il medico non esamina la situazione medica utilizzando una semplice lingua chiara ed evitando il gergo medico. V/F

5. Il medico adegua e adatta il suo discorso in relazione al livello educativo, sociale e culturale del suo paziente, evitando il realismo del suo messaggio. V/F

6. Il medico chiede al paziente se ha bisogno di più tempo per pensare alla sua situazione o per parlare con altri membri della famiglia. V/F

7. Il medico controlla se il paziente ha compreso e lo aiuta a rivedere il piano da seguire. V/F

8. Il medico valuta la condizione di salute del paziente per l'ultima volta. V/F

### Trascina e abbinia le domande del medico con le risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Come descriverebbe la sua situazione medica?	È sicuro che il risultato è corretto?
È preoccupato per la sua malattia e per i sintomi che sta avvertendo? C'è qualcosa che la preoccupa?	Realizzo quanto sia seria la mia condizione.
Se le condizioni dovessero diventare più serie, vorrebbe saperlo? Cos'altro vorrebbe sapere della sua malattia?	Grazie di tutto. La contatterò quando tutto sarà più chiaro.
Sfortunatamente ho cattive notizie. I risultati della sua TC non sono buoni. Vuole che le parli del trattamento cui sarà sottoposto/a?	Sono preoccupato. Al momento non realizzo se c'è qualcosa che mi preoccupa davvero.
Sì, il risultato è corretto. Ci sono cattive notizie. Mi può dire cosa sta provando?	Grazie. Lei mi è stato sempre vicino.
Proverò ad aiutarla il più possibile.	Sono sopraffatto. sento che sta cambiando tutto nella mia vita.
Mi contatti pure per qualsiasi dubbio o domanda. Ecco il mio numero.	Sì, vorrei sapere la mia condizione reale.

**Trascina e abbinata le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

Gergo medico	Cumplimento
Precisione	Lingua specializzata
CT	Cooperazione, reciprocità
Intimità	Tomografia
Solidarietà	Gestione del dolore
Comunicare cattive notizie	Rifiuto di accettare la malattia
Smentita della malattia	Familiarità
Fase terminale	Per trasmettere notizie negative
Controllo del dolore	Fine della vita
Frustrazione	Precisione / esattezza

## Grammatica Integrata

**Clicca sulla versione migliore:**

1. Mi può dire se ha mal di testa?  
Ho ancora un terribile mal di testa / No, ho cambiato idea / No, me ne sono dimenticato.
2. Ricorda quando ha preso la medicina?  
È vero / No, ho dimenticato di prenderla / Eccola!
3. Potrebbe dirmi perché dovrò seguire questa terapia?  
Perché è risultata essere efficace. / Potremmo ricorrere a questa terapia. / Naturalmente.
4. Quando inizia l'operazione?  
È certo che l'operazione inizierà a 9. / È corretto. / Non è così.
5. Mi dica se ha problemi di salute.  
Naturalmente / Dovrà fare una radiografia / Non sono sicuro, ma dovrò fare i miei test.

**Clicca sul verbo alla forma condizionale:**

1. Fare domande riguardo la condizione di salute  
Mi potrebbe dire se ha ancora mal di testa? / Ha cambiato idea riguardo la terapia da seguire?
2. Rispondere a domande riguardo la condizione di salute  
Non sono sicuro di aver fatto tutti i test / No, me ne sono dimenticato.
3. Dichiarare una condizione specifica:



Sento di avere la febbre / Mi piace avvertirla che lei soffre di una malattia grave.

4. Dare una cattiva notizia:

Mi sembra che lei abbia la febbre / Temo di avere cattive notizie per lei

5. Considerare una situazione come vera:

È innegabile che debbano essere fatti dei controlli / È possibile affrontare la lunghezza del trattamento. It's possible to envisage the length of the treatment.

6. Chiedere spiegazioni:

Non mi dica quando ha cominciato ad avere mal di testa / Mi può dire perchè dovrò affrontare questa terapia?

## Parlare

**Scrivi un dialogo medico / paziente che si svolge in un contesto etico** (usa come esempio la finestra delle esercitazioni di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

Valuta 1 o 2 compiti effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”.

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Cosa pensa riguardo il suo dolore toracico, la sua perdita di peso ecc.? Cosa le hanno detto della sua malattia? C'è qualcosa che la preoccupa?*



## VALUTAZIONE SPIRITUALE

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## VALUTAZIONE SPIRITUALE

La dimensione spirituale è parte fondamentale nella valutazione di un nuovo paziente, così come lo è nelle visite di controllo successive. Tale valutazione consente di individuare quelle persone che soffrono nella loro dimensione più intima e spirituale, così come permette di individuare gli strumenti necessari per sostenere la fede del paziente. Per la valutazione della dimensione spirituale si utilizza la scala FICA, sviluppata dal Dr. Puchalski e da un team di medici con l'intento di dotare i medici e gli altri operatori sanitari di uno strumento utile ad affrontare con i pazienti questioni prettamente spirituali.

**F** *aith*  
**I** *mportance*  
**C** *hurch*  
**A** *pply/Address*

P

1.	<p>Presentarsi al paziente  <b>Salve, sono il Dottor... e lei è la mia collega, l'infermiera...Lei è?</b>                      Chiedere al paziente di dire il suo nome  <i>È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi).</i></p>	ESSENZIALE		
2.	<p>Se il paziente si presenta con un parente / amico, scoprire chi accompagna il paziente e quale relazione sussiste tra i due.  <b>Mi fa piacere vedere che lei accompagna il signor / la signora ... (dire il nome del paziente). Puoi dirmi chi è e qual è la sua relazione con il paziente?</b><i>Evitare di fare ipotesi come "Lei è la moglie?" - Potrebbe essere la figlia o altro e creare situazioni imbarazzanti).</i></p>			0 1 3
3.	<p>Stringere la mano (se il paziente lo vuole). <i>(In primo luogo, va stretta la mano del paziente, e poi dell'accompagnatore. Questa comunicazione non verbale mostra che il paziente ha la priorità)</i></p>			0 1 3
4.	<p>Assicurare la privacy della conversazione. Chiudere la porta, dopo aver segnalato che vi è una valutazione in corso. Se il paziente è a letto, chiudere le tendine attorno al letto <i>(Attraverso una corretta comunicazione si costruirà un rapporto di fiducia, mostrando rispetto per la persona che si ha di fronte).</i></p>			0 1 6
5.	<p>Ridurre gli elementi di disturbo.                      Spegner la radio, la TV, il cellulare (o chiedere alla segretaria di tenere le chiamate).  <i>(Chiedere al personale e agli altri pazienti di non entrare nella stanza quando si svolge una valutazione di carattere spirituale).</i></p>			0 1 3
6.	<p>Disposizione spaziale                      a. Invitare il paziente (e il caregiver) a sedersi.  <b>Vuole sedersi?</b>  <i>(C'è una diversa percezione dello spazio da parte del paziente se è seduto. La stessa quantità di tempo a disposizione è percepita come più lunga quando si è seduti)</i></p>			0 1 3
7.	<p>b. Sedersi. Se il paziente è a letto, prendere una sedia e sedersi vicino al letto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>ad una distanza comoda dal paziente (circa 1m)</i></li> <li>- <i>gli occhi del medico devono essere alla stessa altezza degli occhi del paziente (eccezione: quando il paziente piange o si arrabbia, gli occhi del medico dovrebbero essere ad un'altezza inferiore rispetto agli occhi del paziente)</i></li> <li>- <i>se il paziente è accompagnato da un parente / amico, sedersi in modo da trovarsi</i></li> </ul>			0 1 6

	<i>di fronte al paziente, e comunque ad una distanza inferiore di quella che c'è tra paziente ed accompagnatore.</i>		
8.	c. Rimuovere le barriere tra il medico e il paziente - Spostare la sedia in modo da essere vicino al paziente - Fare spazio sulla porzione di scrivania più vicina al paziente <i>(Non sedersi dietro la scrivania o dietro il computer: generalmente questo determina un blocco nella comunicazione)</i>		0 1 6
9.	d. Essere preparati alla possibilità che il paziente o l'accompagnatore piangano. Avere a disposizione una scatola di cleenex da offrire nell'eventualità che il paziente o l'accompagnatore comincino a piangere.		0 1 3
10.	Linguaggio del corpo - Assumere una posizione neutrale e rilassata - Piedi piantati sul pavimento - Spalle rilassate - Espressione del volto amichevole - Mani sulle ginocchia <i>(Quando si parla di argomenti difficili, è naturale sentirsi a disagio, ma è importante allenare il corpo in modo che il linguaggio non verbale risulti calmo e offra rassicurazione al paziente).</i>		0 1 6
11.	È il momento giusto per fare una valutazione di carattere spirituale? <b>Prima di iniziare la nostra discussione, vorrei essere sicuro che lei si senta a suo agio. Può dirmi se c'è un sintomo grave o una particolare paura che la preoccupa?</b> Se <b>SI</b> , rinviare la valutazione spirituale e fare una valutazione mirata del sintomo, determinando la causa della sofferenza e individuando un trattamento adeguato Se <b>NO</b> continuare la valutazione		0 1 6
12.	Chiedere il permesso di effettuare la valutazione <b>Per valutare la sofferenza che la malattia le sta causando su diversi livelli, le farò alcune domande che riguardano la sua condizione spirituale. Posso procedere?</b> Se <b>NO</b> chiedere il permesso di tornare più tardi Se <b>SI</b> continuare la valutazione		0 1 6
13.	Iniziare con una domanda generale. <b>Si sente in pace con se stesso?</b>	ESSENZIALE	
14.	Se la risposta al punto 13 è NO <b>Quali preoccupazioni ha? Può dirmi di più?</b>		0 1 6
15.	Se la risposta al punto 13 è SI <b>Mi direbbe cosa contribuisce alla sensazione di pace nella sua vita? Il suo lavoro, la sua famiglia o altro?</b>		0 1 6
16.	Utilizzare tecniche per facilitare il dialogo <i>(tacere e non interrompere il paziente).</i> Ascoltare ciò che dice il paziente attraverso le parole <i>(contenuto, tono)</i> ma anche attraverso la comunicazione non verbale <i>(gestualità, espressione del viso, posizione del corpo ...)</i>		0 1 3



17.	Tollerare i brevi periodi di silenzio che il paziente prende per riorganizzare i propri pensieri. <b>Che cosa la spinge a prendersi delle pause?</b> (Domanda da fare se si sente il bisogno di rompere il silenzio, che può anche avere molteplici significati: il paziente sta pensando o sentendo qualcosa che si rivela troppo intenso da esprimere a parole).				0 1 6
18.	Incoraggiare il paziente attraverso il proprio linguaggio non verbale o attraverso brevi frasi che servono a supportare le idee del paziente (annuire, sorridere, utilizzare risposte quali “sì”, “mi dica di più”).				0 1 3
19.	Ripetizione e reiterazione "La mia famiglia è stata sempre molto unita e ora che i miei familiari sanno della mia malattia mi aiutano in maniera costante" – “Quindi sente il supporto della sua famiglia?”. (Confermare al paziente di aver ascoltato ciò che è stato detto).				0 1 3
20.	Precisazioni <b>Quando lei dice che...? intende dire che...?</b> Dare al paziente l'opportunità di chiarire quanto detto o di sottolineare alcuni aspetti nel momento in cui il medico mostra l'interesse per l'argomento				0 1 6
21.	<b>La fede è importante nella sua vita? Crede sia un fonte di supporto per la situazione che sta vivendo attualmente?</b> Questa domanda consente al paziente di discutere di quelli che ritiene strumenti di supporto, ma anche di esprimere le proprie preoccupazioni esistenziali	ESSENZIALE			
22.	<b>Appartiene ad una specifica comunità spirituale?</b> (I membri della famiglia possono fornire informazioni utili). <b>Come possiamo sostenerla nel suo percorso di fede? Chi possiamo contattare per aiutarla?</b> Contattare la persona specifica / appropriata (esempi: qualcuno della comunità di fede del paziente o un consigliere morale).	ESSENZIALE			
23.	Chiusura del colloquio Fare una sintesi degli argomenti principali che sono stati discussi e stilare un breve rapporto che andrà accluso alla cartella clinica del paziente.				0 1 6
24.	<b>Se ha ulteriori domande, non esiti a contattarci.</b> (invitare il paziente a fare altre domande)				0 1 6
25.	Definire in maniera chiara quando avverrà il prossimo incontro .				0 1 4
<b>Punteggio totale: 100</b>		<input type="radio"/>	critero non soddisfatto		%
		<input type="radio"/>	critero parzialmente soddisfatto		%
		<input type="radio"/>	critero completamente soddisfatto		%

## VALUTAZIONE SPIRITUALE

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

Valutazione spirituale	benessere	fedè	sintomo
pace interiore	facilitare	acronimo	sofferenza

### Definizioni:

1. Un approccio alla comprensione della sofferenza spirituale e religiosa del paziente che identifica i modi per aiutare i pazienti a trovare il sostegno e il senso attraverso la fede.
2. Segno o indicazione caratteristica di uno stato patologico.
3. Fede / credo nell'esistenza di Dio; confessione di una fede nel rispetto delle prescrizioni religiose.
4. Mancanza di conflitti, accordo, armonia, comprensione.
5. Parola costituita dalle prime lettere delle parole che costituiscono una frase o un titolo.
6. Rendere un'azione o un fenomeno possibile, semplificare.
7. Spiacevolezza, dolore o sofferenza.
8. Sentirsi sano e felice.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*Il medico prepara la stanza dove si svolgerà la valutazione spirituale e organizza lo spazio esatto in cui si svolgerà la conversazione: sedie vicine, allo stesso livello, senza oggetti in giro.*

*Il medico chiede il permesso del paziente di avviare la conversazione sulla valutazione spirituale.*

*Il medico riesamina gli aspetti principali / problemi, chiede al paziente se ha ulteriori domande e pianifica un accordo per l'incontro successivo.*

Il medico saluta il paziente e il caregiver, chiedendo a quest'ultimo di presentarsi e di dire qual è il loro rapporto con il paziente.

Il medico prende una posizione che incoraggia la comunicazione: piedi piantati sul pavimento, espressione facciale amichevole, mani sulle ginocchia.

Il medico controlla se il momento è adatto alla valutazione spirituale, assicurandosi che il paziente si senta bene.



Il dottore chiede al paziente quali sono le sue preoccupazioni e ciò che porta pace nella sua vita.

Il medico non interrompe il suo paziente e usa il linguaggio verbale, non verbale nonché tecniche attive di ascolto per incoraggiare la comunicazione.

Il medico chiede al paziente se la fede è importante per lui e se è un sostegno.

Il medico chiede al paziente se appartiene ad una comunità di fede e come può essere sostenuto in questa situazione.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

- Che cos'è la valutazione spirituale?
  - Un approccio alla comprensione della sofferenza spirituale e religiosa del paziente che identifica i modi per aiutare i pazienti a trovare il sostegno e il senso attraverso la fede.
  - Uno stato di salute e felicità.
- Che cos'è la pace interiore?
  - Rendere un'azione o un fenomeno possibile, semplificare.
  - Mancanza di conflitti, accordo, armonia, comprensione.
- Che permesso chiede il dottore quando inizia la conversazione?
  - Il medico chiede il permesso del paziente di avviare la conversazione sulla valutazione spirituale.
  - Il medico chiede il permesso di prendere appunti.
- Qual è il controllo medico correlato alla conversazione e al benessere del paziente?
  - Il medico controlla se il momento è adatto alla valutazione spirituale, assicurandosi che il paziente si senta bene.
  - Il medico controlla se è troppo tardi per la valutazione spirituale e non è interessato allo stato di salute del paziente.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

- Il medico spegne la radio e il suo cellulare prima della discussione con il paziente. V/F
- Il medico non invita il paziente a sedersi. V/F
- Il medico ha una scatola di cleenex nelle vicinanze, nel caso in cui il paziente o i parenti ne abbiano bisogno. V/F
- Il medico effettua la valutazione spirituale anche se il paziente non si sente bene. V/F
- Il medico effettua la valutazione spirituale solo con l'autorizzazione del paziente. V/F
- Il medico usa tecniche attive di ascolto per facilitare la comunicazione. V/F
- Il medico deve continuare a parlare quando il paziente si ferma. V/F
- Alla fine della discussione il medico invita il paziente a fargli ulteriori domande. V/F

**Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
È bello vederla qui oggi. Vuole sedersi?	No, nulla.
Può dirmi se c'è qualcosa che la preoccupa in questo momento?	Si, la mia famiglia è molto importante per me.
Posso farle alcune domande sul suo benessere spirituale?	Felice di vederla, grazie. Mi siederò.
É in pace? Quali preoccupazioni ha?	Si, è un supporto importante.
Mi direbbe cosa contribuisce alla sensazione di pace nella sua vita? Il suo lavoro, la sua famiglia o altro?	Si, appartengo ad una comunità e sono pronto a qualsiasi forma di supporto.
La fede è importante nella sua vita? Crede sia un fonte di supporto per la situazione che sta vivendo attualmente?	Sto bene ma parlare con lei mi fa sentire meglio.
Appartiene ad una specifica comunità spirituale? Come possiamo sostenerla nel suo percorso di fede?	Sono d'accordo con lei.

**Trascina e abbinia le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

iniziale	senso
supporto	finire
significato	all'inizio
progresso	stop
barriera	vita
finalizzare	comodo
adeguato	espressione facciale
espressione facciale	ostacolo
interruzione	aiuto
esistenza	evoluzione

## Grammatica Integrata

**Clicca sulla risposta corretta:**

Sono *felice* / *ripugnato* di incontrarla oggi.

Sono *deluso* / *Sono orgoglioso* che si sia trovata una buona soluzione.

*Ho paura* / *Sono felice* che il paziente non capisca la procedura.

*Mi spiace* / *Sono felice* che il paziente non abbia preso il farmaco.



*Mi spiave / Sono sorpreso* che si sia ripreso così velocemente.

**Clicca sulla parola che meglio descrive l'atteggiamento / la reazione del medico:**

Mi piace ascoltare le sue spiegazioni.

*Piacere/ sorpresa / speranza*

Sono preoccupato per la reazione del paziente a questa notizia.

*Mancanza di interesse / preoccupazione / rassegnazione*

È arrivato troppo tardi per l'ospedale. Non posso fare niente.

*Rammarico / fiducia / rassegnazione*

Vorrei alleviare il suo dolore con questo medicinale.

*Speranza/ Interesse/ Gioia*

Credo che abbia preso la scelta migliore

*Fiducia /speranza / interesse*

**Parlare**

**Scrivi un dialogo tra un medico e un paziente che sta eseguendo una valutazione spirituale** (usa come esempio la finestra di dialogo degli esercizi di lettura e vocabolario).

Registra l'audio, caricalo seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

**Scrivere**

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*La mia famiglia mi è sempre stata vicino. Ora ho scoperto la mia malattia e sono venuti ad aiutarmi con i lavori di casa.*



## NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO

Garantire un'adeguata assunzione di sostanze nutritive e di fluidi necessari all'organismo del paziente a letto.

La nutrizione mira a sostenere il funzionamento ottimale del corpo del paziente, nonché una migliore qualità della sua vita. Nello specifico, la nutrizione di ogni paziente ha un potenziale terapeutico paragonabile alla somministrazione farmacologica. Naturalmente deve essere individuata una nutrizione che soddisfi le capacità intellettuali, lo stile di vita, la cultura e lo status economico del paziente. La famiglia di quest'ultimo e i caregiver sono parte fondamentale nel processo di individuazione e somministrazione della nutrizione più adeguata.

		Concetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
1.	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ) <b>Buon pomeriggio, mi chiamo.....Sono il suo dottore e adesso la visiterò.</b>	- iniziare la discussione -				0 3 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sulla paziente sbagliata, dal momento che ci sono spesso diverse pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è la Sig.ra Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratte dai loro stessi sintomi</i> ).	Conformità con la cartella clinica in termini di: Nome: Data di nascita: <b>PAZIENTE CORRETTO – CI</b>	ESSENZIALE			
3.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici dei mobili con i quali ci sarà contatto durante la procedura. Lavaggio medico delle mani ± Disinfettare le mani o indossare guanti medici ( <i>solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente</i> ) quali precauzioni standard.	- precauzioni standard -				0 1 3
4.	Assicurare uno spazio privato in modo, se necessario, da poter facilmente cambiare la posizione del paziente ( <i>tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc</i> ). Misurazione della pressione arteriosa, dell'ossimetria e della temperatura - se non è stata effettuata una valutazione recente	Pressione arteriosa: ...../..... mmHg; SaO2 ..... %; T ..... °C				0 3 6
5.	Valutare eventuali ostacoli alla nutrizione del paziente: • pianificazione di procedure mediche - in un periodo immediatamente successivo - che richiedono per il paziente una condizione di "fame" • esistenza di una raccomandazione NPO ( <i>nihil per os</i> - niente per bocca) • paziente comatoso	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• presenza di nausea / vomito</li> <li>• presenza di uno strumento per l'aspirazione gastrica</li> <li>• se possibile, esame obiettivo dell'addome: suoni intestinali diminuiti / assenti</li> </ul>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
6.	Sistemare il paziente in posizione seduta, preferibilmente nella posizione di Fowler alta. Valutazione della cavità orale del paziente (denti, aspetto delle gengive, presenza di lesioni che potrebbero interferire con l'alimentazione)	<i>Se, per motivi medici, il posizionamento di Fowler non è possibile, il paziente può essere sistemato nella posizione di decubito laterale che facilita la deglutizione rispetto alla posizione supina</i>		0 5 9
7.	<b>Sente il bisogno di urinare? O di defecare?</b>			0 3 5
8.	Valutare la cartella clinica del paziente in merito a disturbi di odore o di gusto: <b>Sente ancora il gusto del cibo? O ha notato dei problemi in tal senso?</b> (gli anziani, a causa dell'atrofia dei germogli gustativi, sperimentano una diminuzione della percezione del dolce e del salato; in tal senso, per favorire il senso del gusto, aggiungere spezie nel cibo). <b>Cosa mi dice dell'odore del cibo?</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		0 3 5
9.	Valutare la cartella clinica del paziente in riferimento a: età, eventuali diagnosi di demenza, presenza di disfagia, manovre di aspirazione faringee nella sua recente storia clinica. <b>Le capita di tossire quando mangia, o di provare una sensazione di soffocamento? Difficoltà di deglutizione? Qualche dolore mentre mangia? Improvvisa raucedine della voce?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	<i>Necessaria valutazione per la prevenzione della polmonite da aspirazione che può verificarsi nei pazienti con disfagia. Se si verifica una situazione di questo tipo, dovrebbe esserci uno sforzo comune del nutrizionista, del dietista, del medico, dello specialista della deglutizione, del terapeuta del linguaggio, del medico di famiglia ...</i>		0 5 9
10.	SI <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assicurare un ambiente rilassante, silenzioso, senza elementi che possano distrarre il paziente dall'attività di alimentazione</li> <li>• Utilizzare musica di sottofondo – soprattutto per i pazienti affetti da demenza (riduzione dei sintomi comportamentali durante l'alimentazione - Liao et al., 2004).</li> <li>• Sistemare il paziente il più possibile in posizione verticale sul letto o su una sedia</li> <li>• <b>Inserisca in bocca soltanto piccoli pezzi di cibo che possono essere facilmente masticati.</b></li> <li>• <b>Mastichi bene prima di inghiottire.</b></li> </ul>			0 5 9

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Introduca un altro pezzo di cibo solo dopo che il precedente è stato completamente ingerito.</b></li> <li>• <b>Dopo aver terminato la masticazione, controlli che in bocca non ci siano pezzi di cibo non masticati e non inghiottiti</b></li> <li>• <b>Mantenga una posizione alta del corpo per almeno 20-30 minuti dopo il pasto</b></li> <li>• <b>Se si manifestano segni clinici di aspirazione laringo-tracheo-bronchiale (tosse, dispnea-soffocamento, disfonia, raucedine, ecc.) rimuovere immediatamente dalla bocca del paziente qualsiasi pezzo di cibo rimanente.</b></li> </ul>				
11.	<b>Vuole provare a mangiare?</b>	<i>Spiegare le AZIONI CHE VERRANNO EFFETTUATE</i>			0 1 3
12.	<b>Dovrà masticare e deglutire pezzi di cibo. Riesce a tagliare il cibo da solo o ha bisogno del mio aiuto? Le chiedo, inoltre, di bere i liquidi che le sono stati preparati</b>	<i>Spiegare al paziente IN CHE COSA CONSISTE LA PROCEDURA</i>			0 1 3
13.	<b>È consigliabile che rimanga seduto in posizione verticale o laterale, in modo da impedire che il cibo venga immesso in maniera sbagliata, causando il soffocamento. Se ha difficoltà a tagliare il cibo, posso aiutarla. Oppure la aiuterò versando i liquidi nel suo bicchiere. Mi dica in che modo e l'aiuterò. In alternativa, posso servirle i piatti, come desidera. Mi siederò accanto a lei e ci prenderemo tutto il tempo necessario. Possiamo iniziare con il piatto a sua scelta.</b>	<i>Spiegare al paziente in che modo potrà CONTRIBUIRE alla procedura</i>			0 1 3
14.	<b>L'alimentazione fornisce al suo corpo energia e risorse per funzionare bene.</b>	<i>Spiegare al paziente in che modo potrà CONTRIBUIRE alla procedura</i>			0 1 3
15.	<b>Sono riuscito a spiegarle la procedura? Le piacerebbe forse chiedermi qualcos'altro?</b>				ESSENTIAL
16.	<b>In generale, ha un sano appetito?</b> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
17.	NO <input checked="" type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Crede sia un buon momento per mangiare? Oppure ha un qualche dolore che possiamo provare a trattare farmacologicamente?</b> <i>(Analgesici in caso di dolore, antipiretici in caso di febbre ecc.)</i></li> <li>• <b>C'è qualcosa che la preoccupa particolarmente? Qualcosa di cui le piacerebbe discutere?</b> <i>(Stress psicologico associato all'anoressia - mancanza di appetito)</i></li> </ul>	<i>Si raccomanda di coinvolgere i medici del paziente, che possono fornire informazioni sulle preferenze alimentari del paziente e sulle modalità in cui dovrebbero essere cucinati /serviti</i>			0 1 9

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Che cosa le piace mangiare di solito?</b></li> <li>• Sono preferibili piccole porzioni di cibo. Questo non scoraggierà un paziente con perdita d'appetito.</li> <li>• Per gli anziani, evitare cibi secchi, croccanti, duri o appiccicosi (ad es. banane) a causa della diminuzione della secrezione delle ghiandole salivari associata all'età più anziana.</li> <li>• Immediatamente prima e dopo la nutrizione del paziente, evitare procedure mediche che possono essere tollerate con difficoltà.</li> <li>• Creare un ambiente piacevole per il processo di nutrizione a letto</li> <li>• <b>Prima di mangiare, una migliore cura orale aumenterà l'appetito e renderà il cibo più gradevole. Procediamo alla spazzolatura dei denti? Vuole lavare la faccia prima di mangiare? Se vuole, posso aiutarla.</b></li> </ul>				
18.	In riferimento alla cartella clinica, selezionare il tipo di cibo più appropriato da somministrare. Ricordarsi di:	<i>Convalidare la conformità del cibo selezionato con la prescrizione presente nella cartella clinica</i>			
19.	• convalidare il calendario prescritto per la somministrazione di cibo ( $\pm$ 30 minuti)	<b>MOMENTO GIUSTO – C2</b>			
20.	• convalidare il percorso di somministrazione prescritto ( <i>ad esempio la tipologia di cibo: semisolido o liquido; la corretta temperatura: in patologie alimentari è controindicato sollecitare troppo la mucosa - caldo / freddo o semplicemente cibo servito alla temperatura desiderata dal paziente e precedentemente valutata da chi effettua la procedura</i> )	<b>CORRETTO ITER DI SOMMINISTRAZIONE – C3</b>			ESSENTIAL
21.	• verificare la conformità con la data di scadenza	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>			
22.	Posizionare il vassoio al livello del letto per consentire al paziente di vedere facilmente il cibo offerto.				0 1 3
23.	Fare riferimento alla cartella clinica, disimballare il cibo e posizionarlo sul vassoio – Check II	<i>Convalidare la conformità del cibo selezionato con la prescrizione presente nella cartella clinica</i>			0 5 9
24.	Presentazione degli alimenti dal menu. <b>Allora, oggi abbiamo.....</b> ( <i>ad esempio, zuppa di pomodoro, purè di patate con bocconcini di pollo, succo d'arancia, acqua naturale, budino</i> ) <b>Quale preferisce che le venga servito per primo?</b>	<b>CIBO CORRETTO – C5</b>			0 2 5
25.	• preparazione di alimenti solidi e liquidi a seconda delle quantità prescritte	<b>DOSE CORRETTA – C4</b>			ESSENZIALE
26.	Riesce a mangiare utilizzando posate normali?	<i>Utilizzare posate e</i>			

	<p>Valutare la cartella clinica del paziente, relativamente a tutte le diagnosi che comportano tremolio delle mani, astenia estrema, impotenza funzionale dell'arto superiore (limitazioni nella portata del movimento della mano, del polso, dei gomiti, della spalla, del collo):</p> <p><b>Le sue mani tremano quando tiene il cucchiaino o la forchetta, rendendo più complesso il gesto del mangiare?</b></p> <p><b>Oppure le risulta difficile inclinare la testa all'indietro quando beve da bicchieri normali?</b></p> <p><b>Lo chiedo perché possiamo aiutarla, se necessario, fornendole posate o stoviglie modificate che ridurrebbero lo sforzo nella gestione del cibo.</b></p> <p><b>È forse difficile portare il cucchiaino o la forchetta alla bocca? Oppure è difficile piegare il pugno ed il gomito?</b></p>	<p><i>stoviglie indicate per pazienti in difficoltà</i></p>  <p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>		0 5 9
27.	Riporre nel gabinetto medico i contenitori utilizzati per la conservazione dei medicinali - Check III	<p><i>Convalidare la conformità del cibo selezionato con la prescrizione presente nella cartella clinica</i></p>		0 5 9
28.	Valutare l'eventuale intolleranza al cibo che verrà somministrato: <b>È allergico ai seguenti nutrienti alimentari? .....</b>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE	
29.	C'è qualche incompatibilità di somministrazione tra il cibo prescritto e i parametri vitali determinati in precedenza? ( <i>ad esempio pressione arteriosa, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria</i> )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
30.	Valutare la situazione medica attuale del paziente in relazione alla sintomatologia e alla condizione che ha generato la prescrizione di nutrizione a letto ( <i>eventuale presenza di edemi, livello di dolore, livello di zucchero nel sangue ecc.</i> )	<b>VALUTAZIONE PRE-NUTRIZIONE</b>		0 5 9
31.	<b>Ora le chiedo di deglutire questo pezzo di .....</b> <b>Vuole bere un pò d'acqua? Oppure un succo?</b> ( <i>Offrire un liquido su richiesta del paziente o per ogni 3-4 bocconi inghiottiti</i> )	<i>Se necessario, aiutare il paziente sollevando il bicchiere contenente il liquido</i>		0 5 9
32.	Selezionare un argomento di conversazione confortevole per il paziente ( <i>soprattutto nel caso di pazienti con predisposizione al dialogo, in modo da creare un'atmosfera piacevole e favorevole al processo di nutrizione</i> ) Nutrizione del paziente			0 3 6
33.	Riportare nella cartella clinica: • il nome del cibo somministrato	<p><i>Se il paziente rifiuta il cibo o se il responsabile omette di somministrare il cibo - prendere nota della situazione nella cartella clinica del paziente, spiegandone la</i></p>		0 3 6
34.	• la quantità somministrata, secondo la prescrizione			0 3 6
35.	• la modalità di somministrazione			0 3 6
36.	• data, ora e minuto in cui il cibo è stato somministrato ( <i>se c'è un ritardo di più di mezz'ora rispetto all'esatto tempo di somministrazione, menzionare i motivi del ritardo</i> )			0 3 6

# PROCEDURA MEDICA



37.	<ul style="list-style-type: none"> <li>parametri clinici e biologici rilevanti valutati prima del trattamento (<i>ad esempio pressione arteriosa, frequenza cardiaca, intensità del dolore, valore glucosio</i>)</li> </ul> Firmare le osservazioni sulla somministrazione alimentare che sono state inserite nella cartella clinica del paziente	<i>ragione. Informare il medico curante / l'infermiere</i>			0 3 6
38.	Rimuovere dal letto il vassoio con qualsiasi alimento non consumato				0 1 3
39.	<b>Ha bisogno di aiuto per lavare i denti dopo aver mangiato? E per lavare le mani, il viso o la bocca?</b>				0 1 3
40.	Dopo un periodo di tempo realistico, valutare i parametri clinici e biologici rilevanti e / o l'effetto atteso ( <i>pressione arteriosa, frequenza cardiaca, intensità del dolore, ecc.</i> )	<b>VALUTAZIONE POST-NUTRIZIONE</b>			0 1 3
41.	Riportare nella cartella clinica del paziente <ul style="list-style-type: none"> <li>i parametri clinici e biologici rilevanti e l'effetto atteso valutato dopo la nutrizione (<i>ad esempio pressione arteriosa, frequenza cardiaca, intensità del dolore, valore di glucosio, facilità nell'addormentarsi, ecc</i>)</li> </ul>				0 1 3
42.	<ul style="list-style-type: none"> <li>il verificarsi o il non verificarsi di incidenti e/o o effetti collaterali (<i>nausea, vomito, difficoltà nel masticare cibo o di deglutire - apportando migliorie nei menu futuri, anche in termini di preparazione secondo altre modalità e/o di utilizzo di posate speciali</i>)</li> </ul>				0 1 3
43.	<ul style="list-style-type: none"> <li>eventuali osservazioni fatte dal paziente, che potrebbero essere rilevanti per la nutrizione futura (<i>accettazione del menu proposto, livello di tolleranza</i>)</li> </ul> Firmare le annotazioni sulla nutrizione inserite nella cartella clinica del paziente.				0 1 3
44.	Risistemare il paziente in posizione comoda, abbassando il letto ad altezza minima.). Assicurarsi che la paziente possa facilmente raggiungere gli oggetti personali ( <i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba ecc.</i> ), posizionare il bicchiere d'acqua ed il telecomando per chiamare assistenza medica in modo che siano facilmente raggiungibili.				0 5 9
45.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici di mobili con i quali c'è stato contatto durante la procedura. Smaltire i guanti utilizzati nel contenitore rifiuti infetti non taglienti. Procedere ad un lavaggio medico delle mani. <b>La lascio riposare un pò. Tornerò tra...(ad esempio 2 ore) per...(illustrare il trattamento successivo).</b> Rimuovere i cibi non consumati e lasciare la stanza.				0 5 9
<b>Punteggio totale: 200</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto		%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto		%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto		%

## NUTRIZIONE DEL PAZIENTE A LETTO

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

alimentazione  
atrofia

astenia  
antipiretico

deglutizione  
disfagia

analgesico  
glicemia

### Definizioni:

Fatica intensa e prolungata accompagnata da mancanza o perdita di forza e di energia.

Garantire un'adeguata assunzione di nutrienti e fluidi necessari all'organismo.

Qualsiasi medicinale che abbassa la temperatura corporea.

La presenza / quantità di glucosio nel sangue.

Una diminuzione delle dimensioni e/o perdita di una cellula o di un organo a causa dell'inattività (mancanza di esercizio fisico) o del cattivo nutrimento.

Medicina / agente che calma e allevia il dolore.

L'atto fisiologico del corpo umano o animale che fa passare il bolo dalla bocca alla faringe e poi ancora nell'esofago e nello stomaco.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*Il medico assicura uno spazio riservato e tranquillo per effettuare la nutrizione a letto e valuta qualsiasi eventuale inadeguatezza all'alimentazione orale.*

*Il medico spiega al paziente quale sia la sua corretta posizione durante l'alimentazione, come deve mangiare, perché è necessario mangiare correttamente e gli assicura supporto se ha bisogno di aiuto.*

*Il medico riporta nella cartella medica medico del suo paziente il cibo somministrato, la quantità, il metodo di somministrazione, la data, l'ora e il minuto di somministrazione del cibo, i relativi parametri clinici e biologici valutati prima del trattamento e dopo l'alimentazione e il verificarsi o il non verificarsi di incidenti o effetti collaterali.*

Il medico saluta il paziente, si presenta e fa una rapida valutazione della presenza dei segni vitali del paziente.

Il medico posiziona il paziente nel suo letto preferibilmente in posizione di Fowler alta (seduto in posizione verticale), quindi valuta la cavità orale del paziente, la dentizione, le gengive, la presenza di eventuali lesioni che potrebbero interferire con la sua alimentazione.

Il medico esamina la cartella clinica del paziente per vedere se ci sono problemi di vista, gusto o odore.

Il medico assicura che il paziente abbia un ambiente privato con uno sottofondo musicale rilassante senza che qualcosa possa distrarre l'attenzione del paziente dalla sua alimentazione.

Il medico convalida la corrispondenza tra il cibo scelto e la prescrizione dell'alimentazione nella cartella clinica del paziente, e poi inizia la nutrizione del paziente.



Il medico riposiziona il paziente regolando il letto ad un livello inferiore, colloca i suoi oggetti personali sul comodino, decontamina gli arredi con un tampone immerso in soluzione alcolica e poi lascia il reparto con il resto del cibo che il paziente non ha mangiato.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda:

1. Cosa succede quando viene eseguita dal medico l'aspirazione laringo-tracheobronchiale (tosse, dispnea, soffocamento, disfonia, raucedine, ecc.)?
  - a. Eventuali residui di cibo vengono rimossi immediatamente e completamente dalla bocca.
  - b. Al paziente viene data acqua da bere.
2. Perché è opportuno che il paziente sia seduto in posizione verticale o laterale durante la nutrizione?
  - a. È consigliabile che il paziente sia seduto in posizione verticale o laterale durante la nutrizione in modo da impedire al cibo di andare storto e causare soffocamento.
  - b. Consigliabile che il paziente sia seduto in posizione verticale o laterale durante la nutrizione in modo che il paziente mangi comodamente.
3. Perché è necessaria una corretta alimentazione?
  - a. L'alimentazione corretta soddisfa l'appetito.
  - b. L'alimentazione fornisce al nostro corpo abbastanza energia e risorse per funzionare bene.
4. Perché le persone anziane evitano cibi secchi, croccanti, duri o appiccicosi?
  - a. Le persone anziane dovrebbero evitare cibi secchi, cibi croccanti, duri o appiccicosi (ad esempio banane) a causa dei loro problemi di dentizione.
  - b. Le persone anziane dovrebbero evitare cibi secchi, croccanti, duri o appiccicosi (ad es. banane) a causa della diminuzione della secrezione delle ghiandole salivari associate all'età che avanza.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. Assicurare un'adeguata assunzione di sostanze nutritive e fluidi necessari all'organismo del paziente a letto favorisce il funzionamento ottimale del corpo del paziente e in particolare una migliore qualità della vita. V/F
2. Non sempre la nutrizione del paziente ha un potenziale terapeutico paragonabile alla somministrazione di farmaci. V/F
3. La nutrizione del paziente deve essere individuata in modo da soddisfare le capacità intellettuali, la motivazione, lo stile di vita, la cultura, e lo stato economico del paziente. V/F
4. La famiglia del paziente e le persone vicine a lui / lei non devono essere coinvolte nel processo della nutrizione. V/F



5. A causa dell'atrofia dei gusti, gli anziani sperimentano una diminuzione della percezione di dolce e salatio; per sentire il gusto, delle spezie extra devono essere aggiunte al loro cibo. V/F
6. Immediatamente prima o dopo la nutrizione del paziente, dovrebbero essere evitate procedure mediche che possono essere tollerate con difficoltà. V/F
7. Il paziente può bere liquidi ogni volta che vuole o comunque dopo 3-4 bocconi inghiottiti. V/F
8. Non è consigliabile che il medico parli con il paziente mentre quest'ultimo mangia. V/F
9. Se il paziente rifiuta il cibo, il dottore fa notare la situazione nella cartella clinica del paziente, spiegando le sue ragioni. V/F

**Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
Vede bene? Ad esempio, il cibo sul piatto.	No, non ho simili problemi.
Il cibo ha un sapore definito? Oppure ci sono problemi?	Sì, sono allergico al glutine.
Le capita di tossire quando mangia, o di provare una sensazione di soffocamento? Difficoltà di deglutizione? Qualche dolore mentre mangia? Improvvisa raucedine della voce?	No, non sento il gusto del cibo. Non posso assaporare nulla.
È allergico ai seguenti nutrienti alimentari?	No, non riesco a vedere molto bene. Non riesco a vedere il cibo sul piatto.
Generalmente, come definirebbe il suo appetito? Che cosa le piace mangiare di solito?	Vorrei cominciare con la zuppa di pomodoro e poi vediamo
Vuole provare a mangiare?	Potrebbe aiutarmi per favore?
Allora, oggi abbiamo..... (ad esempio, zuppa di pomodoro, purè di patate con bocconcini di pollo, succo d'arancia, acqua naturale, budino) Quale preferisce che le venga servito per primo?	Sì perché no?
Vuole che l' aiuti? Posso aiutarla o posso servirle i piatti.	Non ho molto appetito

**Trascina e abbinna le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

alimentazione	desiderio
ingerire	difficoltà a deglutire
disfagia	deglutizione
dispnea	bocca
disfonia	spazzatura
incompatibilità	raucedine



residui	inadeguatezza
analgesico	soffocamento
cavità orale	tranquillizzante
appetito	nutrizione

## Grammatica

### Clicca sulla risposta corretta:

1. Non gli ho dato niente da mangiare / Gli ho dato niente da mangiare.
2. Non ha controllato nè le funzioni vitali né lo stato di coscienza / Ha controllato nè le funzioni vitali né lo stato di coscienza.
3. Ci occupiamo di pazienti che non presentano alcuna incompatibilità per la somministrazione orale./ Ci occupiamo di pazienti che non presentano né incompatibilità per la somministrazione orale.
4. Non ti è per niente consentito prendere la medicina se il medico non è presente./ Ti è consentito per niente prendere la medicina se il medico non è presente.
5. Lei mostra una certa anti-intolleranza alimentare che dovrebbe essere presa in considerazione.. / Lei mostra una certa intolleranza alimentare che dovrebbe essere presa in considerazione.

### Clicca sulla risposta corretta:

1. Non vuole lavare la faccia prima del pasto?  
Si, no.  
Si.
2. Non ho vomitato.  
Si.  
Nemmeno io.
3. Vorrebbe cominciare con la zuppa?  
No, grazie.  
Si, lo faccio.
4. È difficile o impossibile usare il cucchiaino?  
Né difficile né impossibile.  
È difficile né impossibile..
5. Devo rispettare questa raccomandazione?  
Si, non deve rispettare questa raccomandazione.  
Si, deve rispettare questa raccomandazione.



## Parlare

**Scrivi un dialogo medico / paziente nel momento in cui il medico sta eseguendo la nutrizione del paziente a letto. Utilizza le frasi di cui sopra.** Registra il dialogo, facendo le dovute raccomandazioni, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

La nutrizione fornisce al corpo abbastanza energie e risorse per funzionare bene. Inoltre, mangiare può essere un momento piacevole.



## IGIENE ORALE

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## IGIENE ORALE

Per igiene orale s'intende: promuovere, organizzare e, nei pazienti impossibilitati, eseguire per conto loro l'igiene quotidiana dei denti (filo interdentale, spazzolatura), delle gengive (stimolazione meccanica), della bocca (risciacquo); promuovere / organizzare controlli dentistici regolari; ispezionare la zona orale e, di conseguenza, i problemi individuati nella fase di valutazione in modo da promuovere / organizzare ulteriori consultazioni con specialisti per la cura orale (dentisti, chirurghi orali, ecc).

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	Valutare le condizioni del paziente ( <i>stato cosciente, mobilità, capacità di parola, respirazione</i> ) <i>tato delle funzioni vitali</i> □; <i>arresto cardiopolmonare (in caso affermativo, procedere al protocollo cardiorespiratorio)</i> <b>Buongiorno / buonasera. Mi chiamo.....Sono il suo dottore / infermiere</b>				0 2 5
2.	<b>Può dirmi gentilmente il suo nome..... E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Questo si fa per evitare l'esecuzione della procedura sul paziente sbagliato, dal momento che ci possono essere pazienti con lo stesso nome. Si consiglia di tralasciare domande del tipo "E' lei il sig. Rossi?" in maniera tale da evitare una falsa conferma da parte di un paziente che può essere distratto dai propri sintomi o da altre ragioni</i> ). Per i pazienti con difficoltà di comunicazione ( <i>stato confusionario, comatoso, ecc.</i> ) verificare i dati relativi all'identità sulla cartella clinica o sul braccialetto. I pazienti in stato confusionale, comatoso o depressivo e i pazienti che necessitano di sondini naso-gastrici, ossigenoterapia o assistenza a lungo termine sono maggiormente a rischio problemi del cavo orale. E, di conseguenza, sono coloro che beneficiano maggiormente delle procedure di igiene del cavo orale.	ESSENZIALE			
3.	Siate certi di garantire una condizione di privacy ( <i>stanza con un solo letto, tende, ecc.</i> ). <b>Abbiamo bisogno di lavare la sua bocca e i suoi denti</b>				0 1 3
4.	<b>Tale procedura prevede l'ispezione della bocca per verificare l'eventuale presenza di carie, depositi, secrezioni, nonché per controllare la condizione delle gengive..... Spazzoleremo i suoi denti, passeremo il filo interdentale, sciacqueremo la bocca. Si tratta di una procedura semplice da eseguire, che non comporta tagli o punture, quindi non dovrebbe far male</b> ( <i>in che cosa consiste la procedura</i> )				0 1 3
5.	<b>Sarà messo/a in posizione da seduto/a (o disteso/a su un lato). Sarà difficile per lei sostenere una tale posizione per – diciamo - 20 minuti? È molto importante che lei resti rilassato/a e tranquillo/a durante la procedura. Quando le chiederò di farlo, dovrà sputare il liquido dalla bocca in un contenitore apposito che sarà a portata di mano</b> ( <i>come contribuire alla procedura</i> )				0 1 3
6.	<b>Una buona igiene della bocca è un elemento importante per la sua condizione medica. Il fallimento nel raggiungere una buona igiene della bocca comporterà un alto rischio di infezioni del tratto orale e dell'intero sistema respiratorio, con conseguenze come la polmonite. E, di conseguenza, una cattiva igiene orale comporterà un prolungamento nel processo di guarigione o anche il fallimento delle cure</b> ( <i>il beneficio della procedura</i> )				0 1 3
7.	<b>Tutto chiaro riguardo la procedura? Vorrebbe farmi delle domande?</b>	ESSENZIALE			
8.	<b>Ha già subito procedure di igiene orale? Mi può dire quante volte, quando e come lava denti e bocca?</b> ( <i>Valutare la percezione del paziente e il suo coinvolgimento nei propri problemi di salute. La mancanza di conoscenze</i> )				0 1 3

	<i>nel mantenimento di una corretta igiene orale predispone a problemi di natura orale).</i>			
9.	<b>La sua assicurazione medica include l'igiene orale? Quante volte si è sottoposto/a a controlli dentali negli ultimi tre anni?</b>			0 1 3
10.	<b>Riesce ancora a sentire il gusto dei cibi e preferisce i cibi salati o i cibi dolci? Ad esempio?</b> <i>(un'alta assunzione di sale e zuccheri raffinati comporta un maggiore rischio di erosione dello smalto dentale)</i>			0 1 3
11.	<b>Sente spesso una sensazione di secchezza delle fauci? Si sveglia durante la notte per bere acqua?</b> <i>(la diminuzione delle secrezioni salivari comporta una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate)</i>			0 1 3
12.	<b>Quanti liquidi beve nell'arco di una giornata? Con l'aggiunta di zuppa, tè e qualsiasi altro liquido raggiunge un totale di 2000 ml al giorno? O meno?</b> <i>(una bassa assunzione di liquidi comporta una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate)</i>			0 1 3
13.	<b>Fuma? Quante sigarette al giorno? Per quanto tempo?</b> <i>(la cronicità di un fumatore = calcolo: numero di pacchetti fumati ogni giorno moltiplicato per il numero di anni di fumo = comporta una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate)</i>			0 1 3
14.	<b>Che tipologia di alcolici preferisce? Cognac, vino, birra, vodka.....?</b> <b>Quanti alcolici consuma in una settimana</b> <i>(i bevitori cronici, definiti da un consumo di &gt;14 unità alcoliche a settimana sono più soggetti ad una mucosa orale sottile e secca che favorisce la comparsa di lesioni localizzate).</i>			0 1 3
15.	Consultando la tabella clinica, verificare l'eventuale somministrazione di farmaci che possono comportare secchezza della fauci come effetto collaterale (es. diuretici, lassativi, tranquillanti - soprattutto se utilizzati in grande quantità). Al tempo stesso verificare se il paziente è stato sottoposto a radioterapia della testa o del collo <i>(eventuale processo di fibrosi delle ghiandole salivari, sviluppato come conseguenza delle radiazioni stesse)</i>			0 1 3
16.	Se non sono stati recentemente valutati, procedere alla misurazione della pressione, delle pulsazioni e della temperatura. Lavarsi le mani. Applicare guanti medicali puliti come componente fondamentale delle precauzioni standard.			0 1 3
17.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici dei mobili con i quali ci sarà contatto durante la procedura			0 1 3
18.	Valutare la cartella clinica del paziente per verificare l'eventuale presenza di condizioni che possono portare a controindicazioni a seguito della posizione Fowler alta (ad esempio la sindrome di ipoperfusione cerebrale) o del decubito laterale (malattie reumatologiche ortopediche).			0 1 3
19.	Smaltire i guanti utilizzati nel contenitore dei rifiuti infetti non taglienti. Lavarsi le mani. Applicare un nuovo paio di guanti medicali come parte essenziale di precauzioni standard <i>(in modo da evitare infezioni dal e per il paziente)</i> . Sistemare il paziente in posizione Fowler alta <i>(posizione semi-ortopedica o di Fowler è la posizione a letto in cui la testa e il tronco sono sollevati con le ginocchia flesse o dritte tra 60° - 90°)</i> o - se questo non è possibile - in posizione di decubito laterale <i>(seduto/a a letto su un lato. Queste posture impediscono al paziente di aspirare nell'albero bronchiale i liquidi utilizzati nella procedura di igiene orale)</i> . Sollevare il letto del paziente al livello della vita del personale che esegue la procedura di igiene orale <i>(in modo da evitare il sovraccarico dei muscoli paravertebrali, altrimenti abusata nelle attività mediche effettuate a letto)</i>			0 1 3

20.	Consultando la cartella clinica: <b>Ha dentiere o ponti quali risultato di interventi dentali precedenti?</b> Utilizzando una luce, procedere all'esame del cavo orale per identificare eventuali carie, denti rotti, edentazioni parziali, depositi di denti, odori, secrezioni. Al tempo stesso analizzare l'aspetto delle gengive, l'esistenza di ponti o protesi. In caso di protesi artificiali, queste devono essere pulite regolarmente e devono essere utilizzate costantemente, al fine di mantenere la conformazione facciale, prevenire l'atrofia gengivale, permettere una buona potenza masticatoria .... Per la pulizia del cavo orale, invece, esse devono essere rimosse dalla bocca <i>(dal paziente stesso o, se non è in grado di farlo, dai professionisti medici che eseguono la procedura: i denti superiori della parte anteriore devono essere presi attraverso una garza. Le protesi inferiori possono essere estratte dalle gengive mandibolari, sollevandole prima su un lato e poi sull'altro. Le protesi parziali possono essere rimosse esercitando pressione sui denti )</i> .			0 1 3
21.	<b>È allergico a qualcosa? Prodotti in gomma, dentifrici, collutori per la pulizia delle protesi dentarie?</b> <i>(valutazione di possibili allergie dovute ai materiali comunemente utilizzati nella procedura)</i>	ESSENZIALE		
22.	<b>Quando ha mangiato l'ultima volta? È consigliabile prendersi cura della propria igiene orale prima e dopo ogni pasto</b> <i>(secondo condizioni orali locali, l'igiene orale può essere necessaria da tre volte al giorno fino ad un massimo di procedure da svolgere ad intervalli di 2 ore)</i>			0 1 6
23.	Posizionare sotto il mento del paziente un dispositivo in grado di trattenere i liquidi che possono derivare dalla zona orale durante l'esecuzione della procedura stessa (es. asciugamano, panno assorbente, lavabo curvo)			0 1 5
24.	Selezione dei dispositivi più adatti da utilizzare nell'igiene della bocca. <b>Si sente a suo agio con l'uso dello spazzolino per l'igiene della bocca? O le risulta sgradevole o addirittura le provoca dolore? Le sue gengive sanguinano facilmente quando usa uno spazzolino da denti?</b> Consultando la cartella clinica, verificare la presenza di problemi orali che possono controindicare l'uso di uno spazzolino da denti (diagnostica, interventi locali vecchi o recenti.....). <b>Se è così, possiamo utilizzare uno spazzolino a setole morbide o addirittura sostituirlo con un tampone orale. In questo caso, però, non saremo in grado di rimuovere il tartaro dalla superficie dei denti. Lo stesso se utilizzeremo una garza imbevuta con soluzione salina, che è un altro possibile dispositivo da utilizzare per la sua igiene orale</b> <i>(tamponi impregnati di glicerina e aromatizzati al limone, che rappresentano un'opzione per l'igiene orale, devono essere evitati a causa del loro effetto irritante sulla mucosa orale, che può diventare secca, e sui denti, che possono essere decalcificati)</i> .			0 1 5
25.	Utilizzare acqua di rubinetto o soluzione salina, bagnare la testa dello spazzolino. Applicare il dentifricio al bicarbonato di sodio sulle setole <i>(una saliva acida favorirà la crescita della flora orale; una diminuzione dell'acidità si tradurrà in una diminuzione del carico microbico a livello della bocca. In aggiunta il bicarbonato di sodio aiuterà il processo di pulizia, sciogliendo il muco)</i> .			0 1 3
26.	<b>Preferisce lavare i denti da solo/a, sotto la mia guida, o preferisce che lo faccia io per lei?</b>	ESSENZIALE		
27.	Assicurarsi che ci sia una giusta illuminazione per effettuare la visita <i>(l'uso di una luce potrebbe essere appropriato)</i>			0 1 3
28.	Posizionarsi al lato destro del paziente <i>(sinistro se chi effettua la procedura dovesse essere mancino/a)</i>			0 1 3

29.	<b>La pregherei di aprire leggermente la bocca, in modo che io possa dare un'occhiata ai suoi denti e possa inserire lo spazzolino. Non apra troppo la bocca, anche perchè dovrà tenere questa posizione per alcuni minuti.</b>			0 1 3
30.	Posizionare le setole dello spazzolino a stretto contatto con due o tre denti, quelli superiori dalla parte anteriore della bocca (incisivi) a livello di inserimento del dente nella gengiva (solco gengivale) con un angolo di 45 gradi con la superficie dei denti stessi.			0 1 3
31.	Premere delicatamente le setole nel solco gengivale e ruotare la testa dello spazzolino per spazzolare la superficie dei denti dalla base del dente alla sua estremità con un movimento deciso (dall' inserzione gengivale fino alle corone) con l'intento di rimuovere qualsiasi deposito presente all'interno del solco gengivale e sulla superficie dei denti.			0 1 3
32.	<b>In qualsiasi momento, ogni volta che lo considera necessario, mi segnali, alzando la mano, se è necessario sciacquare la bocca dal dentifricio. Un buon risciacquo eliminerà dalla sua cavità orale tutte le particelle rimosse nel processo di spazzolatura.</b>			0 1 3
33.	Riposizionare le setole dello spazzolino sul solco gengivale a 45 gradi e ripetere il movimento finché i denti e le gengive non avranno ottenuto un aspetto pulito.			0 1 3
34.	<b>Risciacqui ora la bocca con un pò di questo liquido.</b> Offrire al paziente una tazza con il liquido di lavaggio scelto o, nel caso in cui sia debole per bere dal bicchiere o giaccia in una posizione di decubito laterale, offrire il liquido con l'aiuto di una cannuccia. <b>A questo punto le chiederai di sputare il liquido in questa bacinella.</b> Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Sputi tutto fuori, per favore.</b> Per pazienti in coma che devono essere sistemati in posizione di decubito laterale, i liquidi vengono somministrati con l'aiuto di una siringa da 10 ml e rimossi con l'uso di un dispositivo di aspirazione. Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano.			0 1 3
35.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie esterna della mascella superiore.			0 1 9
36.	Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>La prego di lavarsi nuovamente la bocca. Sputi adesso nella bacinella..... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area di dentatura o protesi che è stata appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
37.	<b>Ora le chiedo di rilassare le labbra e aprire la bocca un pò di più in modo da permettermi di dare un'occhiata più approfondita al lato interno dei denti e inserire lo spazzolino. In ogni caso, non apra troppo la bocca, perché dovrebbe mantenere questa posizione per qualche minuto.</b>			0 1 3
38.	Ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica, ma ora sulla superficie interna della mascella superiore			0 1 3
39.	Ripetere i movimenti nell'intera area finché i denti non acquistano un aspetto pulito. Finalizzare la pulizia dell'intera superficie interna della mascella superiore.			0 1 9

40.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
41.	<b>Ora le chiederai di aprire nuovamente le labbra e di tenere la bocca leggermente aperta. Spazzoleremo ora la punta dei denti. Non apra troppo la bocca, perché le chiederò di mantenere questa posizione per qualche minuto.</b>			0 1 3
42.	Posizionare le setole dello spazzolino sul lato tagliente dei denti superiori dalla parte anteriore della bocca, perpendicolare all'arcata dentale, per muovere lo spazzolino all'interno e all'esterno della bocca, spazzolando gli apici.			0 1 3
43.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie tagliente della mascella superiore.			0 1 9
44.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
45.	<b>Ora le chiederai di aprire nuovamente la bocca, in modo da permettermi di dare un'occhiata più approfondita ai denti e inserire lo spazzolino. Non apra troppo la bocca, perché le chiederò di mantenere questa posizione per qualche minuto.</b>			0 1 3
46.	Posizionare le setole dello spazzolino a contatto con due o tre denti, quelli inferiori dalla parte anteriore della bocca (incisivi) al livello dell'intersezione tra i denti e le gengive (cavità gengivali) con un angolo di 45 gradi con la superficie dei denti.			0 1 3
47.	Premere delicatamente le setole nel solco gengivale e ruotare la testa dello spazzolino per spazzolare la superficie dei denti ( <i>in questo modo l'angolo di intersezione delle setole con i denti cambierà dai 45 gradi precedenti, andando verso il basso fino ad una posizione perpendicolare e poi verso l'alto superando i 45 gradi</i> ) dalla base del dente alla sua estremità con un movimento deciso con l'intento di rimuovere qualsiasi deposito presente all'interno del solco gengivale e sulla superficie dei denti.			0 1 3
48.	Riposizionare le setole dello spazzolino sul solco gengivale a 45 gradi e ripetere il movimento finché i denti e le gengive non avranno ottenuto un aspetto pulito.			0 1 3
49.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie esterna della mandibola.			0 1 9
50.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
51.	Ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica, ma			0 1

	ora sulla superficie interna della mandibola. <b>Le chiederai di rilassare le labbra e di aprire la bocca un pò di più, in modo che io possa guardare meglio la parte inferiore dei denti e inserire lo spazzolino. Ancora una volta, non apra troppo la bocca, dal momento che dovrà tenere la stessa posizione per alcuni minuti.</b>			3
52.	Ripetere i movimenti nell'intera area finché i denti non acquistano un aspetto pulito. Finalizzare l'intera superficie interna della mandibola.			0 1 9
53.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
54.	<b>Ora le chiedo di aprire nuovamente le labbra e di tenere la bocca leggermente aperta. Spazzoleremo la punta dei denti. Ancora una volta, non apra troppo la bocca, dal momento che dovrà tenere la stessa posizione per alcuni minuti.</b>			0 1 3
55.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia di tutta la superficie tagliente della mandibola			0 1 9
56.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della dentatura e delle protesi appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative.			0 1 3
57.	<b>Ora le chiedo di aprire per bene la bocca. Puliremo la lingua. Non apra troppo la bocca, perché le chiederò di tenere questa postura per alcuni secondi. Grazie.</b>			0 1 3
58.	Posizionare la testa dello spazzolino con il lato opposto a quello delle setole, appositamente progettato per la pulizia della lingua ( <i>se lo spazzolino non dovesse avere questa parte, si possono ugualmente utilizzare le setole</i> ). Spazzolare delicatamente la superficie superiore della lingua, prestando molta attenzione a non indurre nausea o vomit.			0 1 9
59.	Posizionare la bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Le chiederai di lavare di nuovo la bocca. Sputi adesso nella bacinella. .... Grazie.</b> Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano. Controllare l'area della lingua appena spazzolata. Continuare a spazzolare la stessa zona se il risultato non soddisfa le vostre aspettative			0 1 3
60.	Utilizzando un asciugamano, pulire le labbra del paziente. <b>Ecco, cerchiamo di pulire un pò la bocca</b>			0 1 3
61.	<b>Al fine di rimuovere i detriti che potrebbe essersi accumulati nel piccolo spazio tra i denti è possibile utilizzare il filo interdentale. Quest'ultima parte non rientra nell'igiene di base della bocca ma è l'unico modo logico per pulire quei lati dei denti e le relative zone gengivali.</b>			0 1 3
62.	Prendere 45 cm di filo interdentale cerato ( <i>migliore di quello non cerato che è più incline a sfilacciarsi e ad attaccare i residui tra i denti</i> ) e avvolgere i bordi intorno al terzo dito di ogni mano: due o tre giri sono sufficienti per tenere ben stretto il filo, lasciando 15 cm di filo libero tra le dita.			0 1 3
63.	Ridurre questi 15 cm di lunghezza libera di filo a circa 2,5 cm e tendere il filo, posizionando il pollice di una mano che punta verso l'alto e l'indice			0 1 3

	dell'altra che punta anch'esso verso l'alto per una pulizia dei denti della mascella superiore.			
64.	Inserire i 2,5 cm di filo nello spazio tra gli incisivi superiori, con l'indice che tiene un'estremità all'interno della bocca e il pollice che sostiene l'altra estremità dall'esterno.			0 1 3
65.	Avanzare, con un movimento ascendente e con l'aiuto di indice e pollice, fino a quando il filo raggiunge la gengiva: fare un movimento leggero e gentile, senza danneggiare la gengiva stessa. Posizionare il filo tra i denti nel solco gengivale e piegarlo intorno alla parte laterale di uno o dell'altro dei denti.			0 1 3
66.	Da questa posizione, spostare il filo verso il basso con l'intento di rimuovere i potenziali residui nel solco gengivale e nella parte laterale del dente.			0 1 3
67.	Ripetere questo movimento in su e giù del filo più volte fino ad ottenere il livello di igiene desiderato. Piegare successivamente il filo interdentale verso l'altro dente dello spazio interdentale, per pulire anche la parte restante di tale spazio.			0 1 3
68.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica. Finalizzare la pulizia degli interstizi dentali della mandibola superiore.			0 1 9
69.	<b>Risciacqui ora la bocca con un pò di questo liquido.</b> Offrire al paziente una tazza con il liquido di lavaggio scelto o, nel caso in cui sia debole per bere dal bicchiere o giaccia in una posizione di decubito laterale, offrire il liquido con l'aiuto di una cannucchia. <b>A questo punto le chiederai di sputare il liquido in questa bacinella.</b> Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Sputi tutto fuori, per favore.</b> Per pazienti in coma che devono essere posizionati in posizione di decubito laterale, i liquidi vengono somministrati con l'aiuto di una siringa da 10 ml e rimossi con l'uso di un dispositivo di aspirazione. Rimuovere la bacinella dal lato del paziente e tenerla a portata di mano.			0 1 3
70.	Prendere altri 45 cm di filo interdentale cerato e girare i bordi intorno al terzo dito di ogni mano: due o tre giri dovrebbero essere sufficienti per tenere bene il filo, lasciando 15 cm di filo libero tra le dita.			0 1 3
71.	Ridurre questi 15 cm di lunghezza libera di filo a circa 2,5 cm e tendere il filo, posizionando il pollice di una mano che punta verso l'alto e l'indice dell'altra che punta anch'esso verso l'alto per una pulizia dei denti della mandibola.			0 1 3
72.	Inserire i 2,5 cm di filo nello spazio tra gli incisivi superiori, con l'indice che tiene un'estremità all'interno della bocca e il pollice che sostiene l'altra estremità dall'esterno.			0 1 3
73.	Avanzare, con un movimento ascendente e con l'aiuto di indice e pollice, fino a quando il filo raggiunge la gengiva: fare un movimento leggero e gentile, senza danneggiare la gengiva stessa. Posizionare il filo tra i denti nel solco gengivale e piegarlo intorno alla parte laterale di uno o dell'altro dei denti.			0 1 3
74.	Da questa posizione, spostare il filo verso il basso con l'intento di rimuovere i potenziali residui nel solco gengivale e nella parte laterale del dente.			0 1 3
75.	Ripetere questo movimento in su e giù del filo più volte fino ad ottenere il livello di igiene desiderato. Piegare successivamente il filo interdentale verso l'altro dente dello spazio interdentale, per pulire anche la parte restante di tale spazio.			0 1 3

76.	Spostarsi alla successiva associazione di due – tre denti da pulire e ripetere le manovre di spazzolamento utilizzando la stessa tecnica.			0 1 9
77.	<b>Risciacqui ora la bocca con un pò di questo liquido.</b> Offrire al paziente una tazza con il liquido di lavaggio scelto o, nel caso in cui sia debole per bere dal bicchiere o giaccia in una posizione di decubito laterale, offrire il liquido con l'aiuto di una cannucchia. <b>A questo punto le chiederai di sputare liquido in questa bacinella.</b> Posizionare una bacinella curva sotto il mento del paziente. <b>Sputi tutto fuori, per favore.</b>			0 1 3
78.	Applicare della crema idratante idrosolubile sulle labbra del paziente ( <i>tipologie quali olio di crema idratante espongono i pazienti, in caso di aspirazione all'interno dei polmoni, al rischio di polmonite lipidica. Il loro utilizzo è, quindi, controindicato</i> )			0 1 3
79.	Applicare sostituti della saliva in caso di secchezza della bocca causata da una carente secrezione salivare			0 1 3
80.	Smaltire guanti utilizzati nel contenitore rifiuti infetti non taglienti. Procedere ad un lavaggio medico delle mani.			0 1 3
81.	<b>Ricordo che, per la sua salute, è importante spazzolare i denti almeno quattro volte al giorno, dopo i pasti e prima di coricarsi, mentre il filo interdentale dovrebbe essere utilizzato almeno una volta al giorno. Se la spazzolatura e il filo interdentale non fossero disponibili, ricordi almeno di sciacquare vigorosamente la bocca con acqua. Non è la stessa cosa, ma potrebbe aiutare a mantenere l'igiene della bocca.</b>			0 1 3
82.	Utilizzare un tampone di alcool per decontaminare le superfici di mobili con i quali c'è stato contatto durante la procedura. Smaltire guanti utilizzati nel contenitore rifiuti infetti non taglienti. Procedere ad un lavaggio medico delle mani.			0 1 3
83.	Compilare la cartella clinica del paziente con tutti i dettagli relativi alla realizzazione della procedura, comprese eventuali criticità e complicazioni. Annotare data e ora dell'esecuzione della procedura.	ESSENZIALE		
84.	Assicurarsi di tenere in considerazione tutte le misure per la sicurezza del paziente ( <i>regolare il letto ad un livello di altezza inferiore e sollevare i limitatori laterali</i> ). Assicurarsi che il paziente possa raggiungere facilmente gli oggetti personali ( <i>ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba, bicchiere d'acqua e telecomando per chiamare aiuto medico</i> ). Fornire informazioni circa il calendario medico da seguire e il momento in cui il paziente sarà riesaminato/a.			0 1 3
<b>Punteggio totale: 300</b>		<input type="radio"/>	critero non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	critero parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	critero completamente soddisfatto	%

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

Centers for Disease Control and Prevention. Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections. Available at URL: <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>  
<http://www.smokingpackyears.com/>

UK Chief Medical Officers Low risk drinking guidelines, August 2016

[www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)

<http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/>, 2 August 2016

<https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>

## IGIENE ORALE

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

igiene orale  
collutorio

dentiera  
ponte

tartaro  
incisivi

mandibola  
passare il filo  
interdentale

### Definizioni:

1. Un insieme di denti artificiali per la mascella superiore o inferiore.
2. Una protesi dentale che ripristina uno o più denti naturali.
3. Organizzazione dell'igiene quotidiana dei denti per i pazienti con difficoltà, che comprende la cura delle gengive (stimolazione meccanica), e della bocca (risciacquo); Consiste nel controllare l'area orale e, in base ai problemi individuati nella valutazione, promuovere / organizzare ulteriori consultazioni con specialisti di cura orale (dentisti, chirurghi orali ecc.).
4. Deposito giallastro al di sotto del margine gengivale dei denti.
5. Denti con una corona a scalpello e una sola radice conica. Ci sono quattro di questi denti nella parte anteriore di ciascuna mascella.
6. Un osso a forma di U che forma la mascella inferiore.
7. Una tecnica di pulizia dei denti che utilizza un piccolo pezzo di filo, chiamato interdentale, per pulire le placche e le particelle di cibo dai denti interni, dove lo spazzolino non può realmente arrivare.
8. Liquido che viene utilizzato per risciacquare le particelle di cibo e la placca dai denti. Viene usato dopo aver spazzolato i denti e può far parte di una routine quotidiana di cura orale.

### Guarda e ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*Il medico assicura un ambiente privato e informa il paziente circa lo scopo della sua visita: la cura orale del paziente (controllo delle cavità, depositi di cibo, odori, secrezioni, aspetto delle gengive).*

*Il medico chiede al paziente se ha precedentemente subito una procedura di cura orale, se la sua assicurazione sanitaria include la cura dentale e quanto spesso ha effettuato controlli dentistici negli ultimi tre anni.*

*Il medico valuta la cartella clinica del paziente in termini di condizioni associate che potrebbero controindicare sia la posizione alta di Fowler sia il decubito laterale, chiede se il paziente è allergico ai prodotti per la cura dentale (prodotti in gomma, dentifricio, prodotti per la pulizia delle denti o collutori).*

- Il medico saluta il paziente, si presenta e valuta la condizione del paziente (coscienza, movimenti, respirazione).
- Il medico pone il paziente in posizione seduta o sdraiata da un lato e gli dice anche come contribuire alla procedura.
- Il medico chiede al paziente se ha capito chiaramente la procedura e se ha domande da fare.
- Il medico vuole sapere dal paziente se il cibo ha ancora gusto per lui, se ha frequenti sensazioni di secchezza della fauci, quanti liquidi beve al giorno e se fuma.  
Poi insegna al paziente come spazzolare i denti, pulendone due o tre alla volta.  
Dopo aver spazzolato i denti, il medico assicura che il paziente rimuova i detriti di cibo raccomandandolo di risciacquare la bocca.  
Infine il medico compila la cartella clinica del paziente con tutti i dettagli, gli incidenti o le complicazioni legate al completamento della procedura.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Che cos'è l'igiene orale?

- a. L'organizzazione dell'igiene quotidiana dei denti per i pazienti con difficoltà, che comprende la cura delle gengive (stimolazione meccanica), e della bocca (risciacquo); Consiste nel controllare l'area orale e, in base ai problemi individuati nella valutazione, promuovere / organizzare ulteriori consultazioni con specialisti di cura orale (dentisti, chirurghi orali ecc.).
- b. La cura orale comporta regolari controlli dentali, ispezione della zona orale e, secondo i problemi identificati nella valutazione, programmazione di ulteriori consultazioni con specialisti di cura orale (dentisti, chirurghi orali ecc.).

2. Perché la procedura di cura orale prevede l'ispezione delle gengive del paziente?

- a. La procedura prevede anche l'ispezione delle gengive in modo che il medico possa rilevare cavità o altri segni di decadimento dei denti.
- b. La procedura prevede anche l'ispezione delle gengive in modo che il medico possa rilevare eventuali segni di gengivite e malattie periodontali.

3. Perché è necessario il filo interdentale?

- a. Il filo interdentale è necessario per rimuovere le particelle di cibo dalle cavità, in cui lo spazzolino non può arrivare,
- b. *Il filo interdentale è necessario per pulire le placche e le particelle di cibo dai denti interni, dove lo spazzolino non può realmente arrivare.*

4. Come procede la spazzolatura dei denti del paziente da parte del medico?

- a. *Quando si lavano i denti del paziente il medico si concentra su gruppi di due o tre denti alla volta e ripete la procedura di spazzolatura per ogni gruppo di denti.*
- b. Il dottore spazzola la superficie di tutti i denti del paziente in avanti e indietro, strofinandoli in maniera decisa.

**Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:**

1. Il paziente è posto in posizione sdraiata in modo da contribuire alla procedura. V/F
2. Il medico chiede al paziente se ha precedentemente subito una procedura di cura orale. V/F
3. Non è importante che il paziente abbia la cura dentale nella sua assicurazione sanitaria. V/F
4. Il medico vuole sapere quanti liquidi il paziente beve ogni giorno o se fuma. V/F
5. È consigliabile eseguire l'igiene della bocca prima e dopo ogni pasto. V/F
6. In nessuna condizione il paziente può spazzolare i denti da solo. È il medico che deve spazzolare i denti del paziente. V/F
7. Il medico chiede al paziente se ha frequenti sensazioni di secchezza delle fauci. V/F
8. Il filo interdentale è necessario per rimuovere la placca tra i denti almeno una volta alla settimana. Il filo è necessario per rimuovere la placca tra i denti almeno una volta alla settimana, in cui lo spazzolino da denti non raggiunge. V/F
9. Si consiglia al paziente di risciacquare la bocca e di sputare il liquido in una bacinella. V/F
10. Infine l'infermiera compila la cartella medica del paziente con tutti i dettagli, gli incidenti e le complicazioni legate al completamento della procedura. V/F

**Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
Ciò che dobbiamo fare è lavare la bocca e i denti. È tutto chiaro riguardo procedura? Vuole chiedermi altro?	No, non sono allergico.
Ha già subito procedure di igiene orale?	Solitamente spazzolo i denti tre volte al giorno dopo ogni pasto.
Mi può dire quante volte, quando e come lava denti e bocca?	Sì, ho già subito la procedura di igiene orale.
La sua assicurazione medica include l'igiene orale? Quante volte si è sottoposto/a a controlli dentali negli ultimi tre anni?	Preferirei che lo facesse per me. Grazie.
È allergico a qualcosa? Prodotti in gomma, dentifrici, collutori per la pulizia delle protesi dentarie?	Sì, la mia assicurazione sanitaria comprende anche la cura dentale. Vado al dentista ogni sei mesi.
Le sue gengive sanguinano facilmente quando usa uno spazzolino da denti?	Sì, so cosa faremo. Non ho domande in questo momento.
Preferisce lavare i denti da solo/a, sotto la mia guida, o preferisce che lo faccia io per lei?	No, non sanguinano per niente.

Trascina e abbinata le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:

Comatoso	Spazio tra un dente e una gengiva
Profumo	In coma
Diminuire	Quantità
Ammontare	Mascella
Schiacciare	Gengiva
Ganascia	Spugna
Sloggiare	Ridurre
Impregnare	Introdurre
Inserire	Masticare
Solco gengivale	Odore
Interdentale	Rimuovere
Area gengivale	Tra i denti

## Grammatica integrate

**Clicca sulla risposta corretta:**

1. Il medico insiste sul fatto che il paziente beve molta acqua *in modo che non sia disidratato / per vedere se la radice del dente è fissa.*
2. Devi dargli un bicchiere di glucosio *per non essere in ritardo per l'appuntamento con il suo dentista / per aumentare la sua energia.*
3. I raggi X dentali sono necessari per ridurre le cavità */ per vedere se la radice del dente è sana.*
4. È andato via di casa presto *per non prendere la sua cartella clinica dal suo medico di famiglia / in modo da non lavare i denti.*
5. Eseguirà questa procedura *affinché gli incisivi non ne siano affetti / affinché non venga perso liquido.*

**Clicca sulla risposta corretta**

1. Ho preso alcune pastiglie ..... il mio mal di denti.
  - a. per curare
  - b. curare
  - c. curando
2. Bevo camomilla prima di andare a letto ....bene.
  - a. per
  - b. dormendo
  - c. per dormire



3. Mi sottoporro a dei raggi X .....il dottore possa capire perchè mi sanguina la gengiva.  
a. per  
b. in modo che  
c. che
4. Riduci il consumo di dolci e i tuoi denti ..... più sani.  
a. saranno  
b. sono  
c. per
5. Va dal dentista ogni sei mesi....non avere carie.  
a. affinché  
b. per  
c. in modo da

## Parlare

**Scrivi un dialogo medico / paziente parlando della cura orale del paziente** (consulta le esercitazioni di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Preferisce lavare i denti da solo/a, sotto la mia guida, o preferisce che lo faccia io per lei?*



## **BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE**

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



**BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE**

## BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE

La cura della pelle è fondamentale per il benessere dei pazienti terminali e costituisce uno dei capisaldi della pratica infermieristica. Il lavaggio tradizionale con acqua e sapone rappresenta ancora uno standard di cura. Tuttavia, il bagno monouso è sempre più praticato negli ospedali.

		Concetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARATION</b>						
1	Esaminare la cartella clinica del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Convalidare l'orario previsto per la cura igienica</li> <li>• Controllare eventuali controindicazioni per il bagno a letto e per l'uso di sapone o di qualsiasi altro prodotto igienico comune (ad es. allergia al sapone)</li> <li>• Controllare la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare un bagno a letto o che richiedano un personale supplementare per garantire la sicurezza del paziente</li> </ul>					0 4 9
2	Disinfettare le mani o indossare guanti medici <i>(solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente)</i> quali precauzioni standard	<i>precauzioni standard</i>				0 1 3
3	Raccogliere tutto il materiale necessario <i>(2 asciugamani, 2 salviette, disinfettante per le mani, bacinella, garze di cotone, 2 guanti medici puliti, occorrente per la rasatura della barba, spazzolino da denti, dentifricio, biancheria pulita)</i> e portarlo nella stanza del paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
4	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato per effettuare il bagno a letto <i>(tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc)</i>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
5	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali <i>(stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro)</i> <b>Salve, mi chiamo.....Sono un infermiere e adesso le farò un bagno a letto</b>	<i>Funzioni vitali preservate <input type="checkbox"/>; arresto cardiorespiratorio <input type="checkbox"/> - dare il via alla discussione con il paziente</i>				0 2 5
6	<b>Mi potrebbe dire il suo nome? E la sua data di nascita? Grazie</b>	<i>Conformità con la cartella clinica in termini di: Nome: Data di nascita:</i>	<b>ESSENZIALE</b>			
7	Sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e abbassare le guide laterali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
8	<b>Ora andrò ad effettuarle un bagno a letto</b>	Spieghiamo al paziente COSA FAREMO Diciamo al paziente COSA DOVRÀ FARE	<b>ESSENZIALE</b>			
<b>PROCEDURA</b>						
9	Mettere l'acqua nella vasca, dopo aver chiesto al paziente la temperatura desiderata	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3

# PROCEDURA MEDICA



10	Se disponibile, sistemare una sedia accanto all'estremità del letto	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Disporre l'asciugamani sul paziente, togliere lo strato superiore della biancheria da letto e posizionarla all'estremità del letto o sulla sedia. Rimuovere i cuscini, lasciandone solo uno	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Rimuovere l'abbigliamento del paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Mettere il telo da bagno sul cuscino sotto la testa del paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Lavare e asciugare gli occhi del paziente, dal lato dell'orecchio nella direzione del naso. Non usare sapone.	ESSENZIALE				
15	Utilizzando acqua e sapone, lavare, sciacquare e asciugare il viso del paziente, dietro le orecchie e il collo.	ESSENZIALE				
16	Piegare il telo da bagno e sistemare l'asciugamano sul petto del paziente. Lavare, sciacquare e asciugare il petto e le ascelle, piegando nuovamente l'asciugamano.	ESSENZIALE				
17	Sistemare l'asciugamano sotto il braccio più lontano per poi lavare, risciacquare e asciugare il braccio fino alla mano, e tra le dita.	ESSENZIALE				
18	Sistemare l'asciugamano sotto il braccio più vicino per poi lavare, risciacquare e asciugare il braccio fino alla mano, e tra le dita.	ESSENZIALE				
19	Coprire la parte superiore del corpo con il telo da bagno, piegandone la parte inferiore fino alle ginocchia	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
20	Sistemare l'asciugamano per il lavaggio intimo sotto la gamba più lontana, lavare, risciacquare e asciugare dal ginocchio fino al piede e tra le dita dei piedi.	ESSENZIALE				
21	Sistemare l'asciugamano per il lavaggio intimo sotto la gamba più vicina, lavare, risciacquare e asciugare dal ginocchio fino al piede e tra le dita dei piedi.	ESSENZIALE				
22	Riempire la bacinella con acqua. Tenere presente la temperatura desiderata dal paziente.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
23	Piegare l'asciugamano in su e posizionarlo sull'addome inferiore e sull'area pubica.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9
24	Disinfettare le mani ( <i>seguendo l'immagine riportata in basso</i> )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3



Fonte: [www.2care.be](http://www.2care.be)

25	Indossare i guanti	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
26	Mettere sapone su ciascun lato del telo da bagno da utilizzare nella fase di lavaggio	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 5 9
27	Lavare, sciacquare e asciugare: Per le pazienti donne: – Partire dall'addome inferiore (ombelico), per poi	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 4 9

	<p>procedere dalla coscia più lontana fino al ginocchio, e poi l'altra coscia e l'inguine</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Girare il telo da bagno e lavare con il sapone l'area pubica, con movimento dall'alto verso il basso</li> </ul> <p>Per i pazienti uomini:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Partire dalla parte inferiore dell'addome (ombelico), per poi procedere dalla coscia più lontana fino al ginocchio, e poi l'altra coscia e l'inguine</li> <li>- Girare il telo da bagno e lavare lo scroto e il pene</li> <li>- La pelle anteriore viene spinta indietro per essere lavata e asciugata, quindi spingere la pelle anteriore indietro</li> </ul>						
28	Togliere i guanti						0 1 3
29	Disinfettare le mani ( <i>punto 24</i> )						0 1 3
30	Risistemare le guide protettive del letto						0 1 3
31	Prendere nuovamente acqua pulita						0 4 9
32	Girare il paziente sul fianco						0 2 5
33	Piegare il lenzuolo fino alla parte posteriore del paziente						0 1 3
34	Sistemare la parte superiore dell'asciugamano sul retro e la parte inferiore sulla parte posteriore del paziente						0 1 3
35	Lavare, sciacquare e asciugare con l'asciugamano la superiore della schiena per poi giungere alla parte inferiore	<b>ESSENZIALE</b>					
36	Disinfettare le mani ( <i>punto 24</i> )						0 1 3
37	Indossare i guanti						0 1 3
38	Spargere il sapone sulla parte inferiore dell'asciugamano						0 4 9
39	Lavare la parte bassa della schiena, la parte posteriore delle cosce fino alla parte posteriore del ginocchio. Aprire la piega dei glutei con l'altra mano e lavare con l'asciugamano la parte posteriore dal basso verso l'alto. Sciacquare e asciugare nello stesso ordine.	<b>ESSENZIALE</b>					
40	Togliere i guanti						0 1 3
41	Disinfettare le mani ( <i>punto 24</i> )						0 1 3
42	Il paziente può adesso girarsi o, in alternativa, aiutare il paziente a girarsi						0 1 3
43	Vestire il paziente e posizionarlo in posizione seduta						0 1 3



44	Posizionare la parte superiore dell'asciugamano dietro la testa del paziente e pettinare i capelli. Quindi rimuovere l'asciugamano					0 1 3
45	Posizionare la bacinella, la tazza con acqua pulita, lo spazzolino da denti, il dentifricio, il materiale per la rasatura e della carta assorbente sul tavolo. Sistemare tutto in prossimità del paziente. Se necessario, assistere il paziente nella pulizia dei denti.					0 1 3
46	Rimuovere nuovamente l'attrezzatura, pulire e disinfettare nuovamente il tavolo					0 1 3
<b>POST-CURA</b>						
47	Sistemare il paziente in una posizione confortevole					0 1 3
48	Abbassare nuovamente il letto					0 3 6
49	Assicurarsi che il campanello (o qualsiasi altro sistema di contatto) sia a portata di mano.					0 1 3
50	Riordinare la stanza, aprire le finestre, rimuovere qualsiasi copertura					0 1 3
51	Spegnere il segnale di "stanza occupata"					0 1 3
52	Pulire l'intera apparecchiatura					0 1 3
53	Annotare la procedura sulla cartella clinica del paziente					0 1 3
54	Fare rapporto sulla cartella clinica del paziente					0 3 6
55	Fare rapporto verbalmente					0 1 3

<b>Punteggio totale: 200</b>	<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>

Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. Cost-consequence analysis of "washing without water" for nursing home residents: A cluster randomized trial. *International Journal of Nursing Studies*. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001

Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.

## BAGNO A LETTO – LAVARE UN PAZIENTE ALLETTATO UTILIZZANDO ACQUA E SAPONE

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

bagno a letto	igiene personale	controindicazioni	inguine
disinfettare	articoli da toeletta	tegumento	pannolone per l'incontinenza

### Definitions:

1. Un sintomo o una condizione che rende sconsigliabile un particolare trattamento o procedura.
2. Il complesso dei tessuti di rivestimento di un organo o di un organismo.
3. Area dell'addome inferiore, dove l'addome si unisce alle cosce.
4. La pulizia di un paziente a letto, che può essere completa quando l'infermiera lava il paziente o parziale quando il paziente ha bisogno di aiuto per lavarsi.
5. Purificare in modo da distruggere o impedire la crescita di microrganismi che trasportano malattie.
6. Mantenere la pulizia e la cura del corpo come mezzo per mantenere una buona salute.
7. Articoli (dentifricio, spazzolino, sapone, shampoo, deodorante, ecc.) Utilizzati per la cura personale.
8. Prodotto utilizzato da pazienti affetti da diverse disfunzioni quali incontinenza urinaria e fecale.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*L'infermiera esamina la documentazione medica del paziente, convalida il calendario prescritto per la cura igienica, controlla eventuali controindicazioni (uso di sapone o qualsiasi altro prodotto igienico comune a fronte di un'allergia al sapone) e controlla anche la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare un bagno da letto.*

*Dopo aver posizionato il paziente in posizione supina, l'infermiera riempie la vasca con acqua calda; poi chiede al paziente se la temperatura dell'acqua è buona.*

*Prima di lavare l'area genitale del paziente, l'infermiera cambia l'acqua nella vasca. L'area genitale è l'ultima area da lavare. L'infermiera indossa guanti puliti. Durante il lavaggio di questa zona, i pazienti di sesso femminile devono essere lavate dalla parte anteriore alla schiena. Tutte le parti del corpo devono essere lavate, sciacquate, asciugate e coperte.*



- L'infermiera lava le mani e indossa guanti medicali puliti (lesioni tegumentarie sulle sue mani o alto rischio di infezione da parte dei pazienti), come parte delle precauzioni standard. Questo passo è inteso a prevenire la trasmissione di patogeni.
- L'infermiera porta tutti gli strumenti per realizzare il bagno a letto del paziente; poi assicura uno spazio privato per il bagno del paziente e solleva il letto ad un' altezza comoda.
- L'infermiera dice al paziente che sta per eseguire un bagno di letto e spiega come contribuire ad essa. L'infermiera pone il paziente in posizione supina.
- L'infermiera aiuta il paziente a togliersi i vestiti e posiziona un asciugamano sul cuscino sotto la testa del paziente.
- L'infermiera inizia la procedura con gli occhi per poi passare alle orecchie, senza utilizzare il sapone. Successivamente lava il viso, le orecchie e il collo del paziente usando acqua e sapone.
- Dopo aver lavato il viso del paziente, l'infermiera continua con la parte superiore del corpo: le spalle, le braccia, le mani e le dita, che lava, asciuga e copre con un asciugamano.
- Poi lava, risciacqua, asciuga e copre i fianchi, le gambe, i piedi e le dita dei piedi. Tutte le aree che non vengono lavate devono rimanere coperte.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Che cosa comprende il bagno parziale del paziente?
  - a. Il bagno del paziente è parziale quando il paziente ha bisogno di aiuto per lavare se stesso.
  - b. Il bagno del paziente è parziale quando l'infermiera lo / la lava.
2. Quali sono gli articoli da toeletta?
  - a. Gli articoli da toeletta sono prodotti (dentifricio, spazzolino, sapone, shampoo e deodorante) utilizzati per la cura personale.
  - b. Gli articoli da toeletta sono prodotti (dentifricio, spazzolino, sapone, shampoo e deodorante) utilizzati per pulire il bagno.
3. Perché l'infermiera lava le mani e indossa guanti medici?
  - a. L'infermiera lava le mani e indossa guanti medici per eseguire delicatamente il bagno del paziente.
  - b. L'infermiera lava le mani e indossa guanti medici per impedire la trasmissione di agenti patogeni.
4. Cosa fa l'infermiera prima di lavare l'area genitale del paziente?
  - a. Lava e asciuga le orecchie del paziente.
  - b. Prima di lavare la zona genitale l'infermiera cambia l'acqua.

## Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. In un primo momento l'infermiera esamina la cartella clinica del paziente. V/F
2. L'infermiera non controlla alcuna controindicazione relativamente all' uso di sapone o di qualsiasi altro prodotto igienico comune. V/F
3. L'infermiera porta tutti gli strumenti di cui ha bisogno per il bagno a letto del paziente. V/F
4. L'infermiera dice al paziente che sta per fare un bagno da letto e che non può contribuire ad esso. V/F
5. L'infermiera controlla la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare un bagno da letto. V/F
6. Dopo aver posizionato il paziente in posizione supina, l'infermiera riempie la vasca con acqua. V/F
7. L'infermiera aiuta il paziente a togliersi i vestiti e posiziona un asciugamano sul cuscino sotto i suoi piedi. V/F
8. L'infermiera inizia innanzitutto a lavare gli occhi del paziente dall'orecchio al naso con acqua e sapone. V/F
9. Tutte le parti del corpo devono essere lavate, sciacquate, asciugate e coperte. V/F
10. Dopo aver lavato il viso del paziente, l'infermiera continua con la parte superiore del paziente: le spalle, le braccia, le mani e le dita, che lava, asciuga e copre con un asciugamano. V/F

## Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Diceva che non è sicuro di voler essere lavato oggi?	L'acqua va bene, ma forse è il caso di togliere il pigiama prima.
Dato che ha recuperato, credo che sia necessario. Va bene per lei?	l'odore mi va bene.
Vuoi che l'aiuti con il bagno o vuole piuttosto che sia io a lavarla?	Grazie per l'aiuto. Altrimenti sarebbe stato difficile per me.
Abbiamo bisogno di vasca, asciugamani e sapone. Le piace questo sapone?	Sono reduce da una febbre, e quindi non sono sicuro di dover fare il bagno oggi.
Ora mi lasci riempire la vasca con acqua calda. Come trova l'acqua? È abbastanza calda per lei?	È difficile per me. Preferirei che lo facesse lei.
Certamente! Prima di fare il bagno dobbiamo togliere il pigiama! La aiuterò.	Sì è vero. Mi sento meglio dopo il bagno.
Sembra che lei sia pronto per il bagno. Possiamo iniziare?	Certamente. È il caso di iniziare, prima che l'acqua si freddi.

**Trascina e abbinata le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

Tegumento	Extra
Lesione	Pulizia
Precauzione	Inguine
Disinfettare	Sistemare
Area genitale	Sterilizzare
Igiene	Macchia
Supplementare	Ferita
Assistere	Aiutare
Sporco	Pelle
Luogo	Misura preventiva

## Grammatica integrate

**Clicca sulla risposta corretta:**

1. *Prima dell' / Dopo* l' inizio del bagno del paziente, l'infermiere deve portare tutti gli strumenti necessari per il bagno al letto del paziente.
2. *Innanzitutto / Dopo* aver verificato la temperatura dell'acqua, possiamo iniziare.
3. L'infermiere inizia la procedura del bagno a letto ma *innanzitutto / dopo* deve portare con sè tutti gli strumenti necessari.
4. Controlliamo la temperatura dell'acqua, *poi / una volta che* iniziamo con la procedura.
5. *Allora / Dopo aver* portato tutti gli strumenti necessari, l'infermiera comincia la procedura del bagno a letto.

**Clicca sulla parola mancante:**

1. Al fine di preparare il bagno del paziente, l'infermiera deve compiere una serie di azioni: ..... l'infermiera esamina la cartella clinica del paziente; in secondo luogo valida il calendario previsto per la cura igienica.

*innanzitutto*

*in secondo luogo*

*in terzo luogo*

2. Al fine di preparare il bagno del paziente, l'infermiera deve svolgere una serie di azioni: in primo luogo, l'infermiera esamina la cartella clinica del paziente; in secondo luogo convalida il calendario previsto per la cura igienica; ..... controlla eventuali controindicazioni al bagno a letto e all'utilizzo del sapone o di altri prodotti igienici comuni.

*innanzitutto*



*in secondo luogo*

*in terzo luogo*

3. .... il paziente è in posizione supina, l'infermiera riempie la vasca con acqua.

*Una volta che*

*Prima*

*Dopo che*

4. .... aver lavato il viso del paziente, l'infermiera continua con la parte superiore del paziente: le spalle, le braccia, le mani e le dita, che lava, asciuga e copre con un asciugamano.

*In terzo luogo*

*Dopo*

*Dopo che*

5. .... l'infermiera prepara l'acqua del bagno, il paziente toglie i vestiti.

*Innanzitutto*

*Mentre*

*Allora*

**Parlare**

**Scrivi un dialogo in cui un medico parla con un paziente riguardo il bagno a letto** (usa come esempio la finestra di dialogo degli esercizi di lettura e vocabolario). Registra e carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

**Scrivere**

**Ascolta e scrivi quello che senti**

.....  
(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

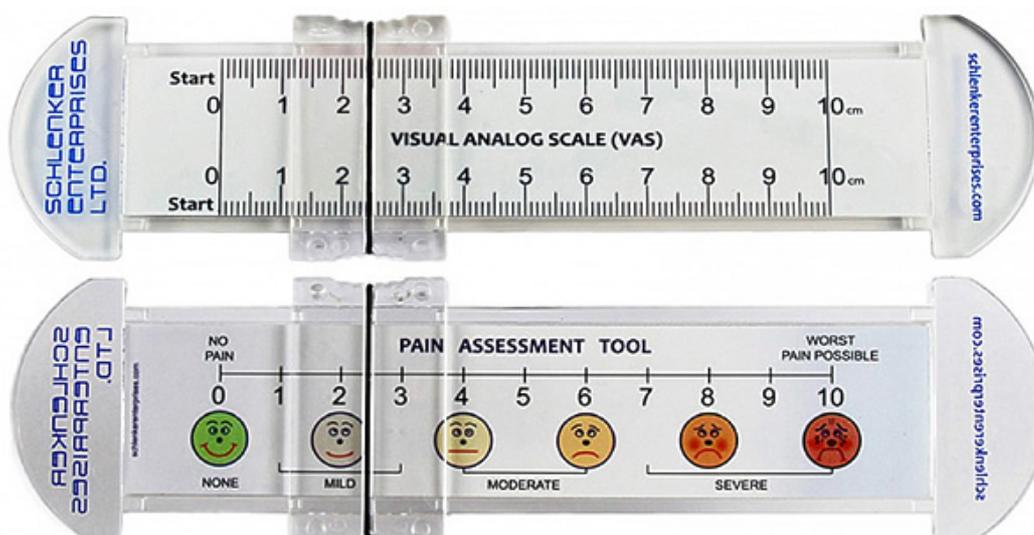
*Che cosa pensa dell'acqua? È abbastanza calda per lei?*



## VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA

## VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA

La scala analogica visiva (VAS) è una misura unidimensionale dell'intensità del dolore, che viene ampiamente utilizzata nella popolazione adulta [5].

		Concept	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARAZIONE</b>						
1	Esaminare la cartella clinica del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Esaminare i risultati di analisi pregresse</li> <li>• Esaminare la cura associata al dolore</li> </ul>					0 1 3
2	Disinfettare le mani o indossare guanti medici ( <i>solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente</i> ) quali precauzioni standard	<i>precauzioni standard</i>				0 1 3
3	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato in modo, se necessario, da poter facilmente cambiare la posizione del paziente ( <i>tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc</i> )	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
4	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ) <b>Salve, mi chiamo.....Sono un infermiere e adesso misurerò il livello del suo dolore</b>	<i>Funzioni vitali preservate</i> <i>arresto cardiorespiratori</i> <i>- dare il via alla discussione con il paziente</i>				0 2 5
5	<b>Mi potrebbe dire il suo nome? E la sua data di nascita? Grazie</b>	<i>Conformità con la cartella clinica in termini di:</i> <i>Nome: <input type="checkbox"/></i> <i>Data di nascita:</i>	<b>ESSENZIALE</b>			
6	Se necessario, sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e abbassare le guide laterali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>VALUTAZIONE DEL DOLORE</b>						
8	Spiegare la scala VAS: <div style="text-align: center;"> </div>	Spieghiamo al paziente COSA FAREMO  Diciamo al paziente COSA DOVRÀ FARE	<b>ESSENZIALE</b>			
9	Chiedere al paziente di attribuire un punteggio alla sua sensazione del dolore secondo la scala VAS	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
10	Se necessario, risistemare il letto e riposizionare le protezioni laterali	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>POST-TERAPIA</b>						
11	Risistemare il segnale di allarme a portata di mano del/della paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Spegnere il segnale di "occupato"	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2

2						5
1 4	Misurare il punteggio VAS utilizzando un righello, segnando in cm o mm la misurazione del dolore. Documentare il punteggio relativo al dolore nella cartella clinica del paziente.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 4 9
1 5	Se lo screening viene effettuato per la prima, la VAS misura il dolore come segue: dolore lieve (5– 44 mm), dolore moderato (45–74 mm), o dolore grave (75– 100 mm). In quest'ultimo caso, informare immediatamente il medico curante, chiedendo la somministrazione di farmaci per la gestione del dolore.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 2 5
1 6	In caso di cambiamento / evoluzione in negativo del valore attribuito al dolore, informare immediatamente il medico curante, chiedendo di rivedere la somministrazione di farmaci per la gestione del dolore. È consigliabile utilizzare il metodo SBAR per comunicare il messaggio.	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/>			0 2 5

<b>Punteggio totale: 50</b>	<input type="radio"/>	critero non soddisfatto	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	critero parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
	<input type="radio"/>	critero completamente soddisfatto	<b>%</b>

### Interpretazione del punteggio VAS

Un punteggio più alto indica una maggiore intensità del dolore. Sulla base della distribuzione dei punteggi VAS nei pazienti in fase post-operatoria (isterectomia o miomectomia laparoscopica) che hanno descritto l'intensità del loro dolore - all'indomani di un'operazione - come inesistente, lieve, moderato o grave, sono stati raccomandati i seguenti punteggi in merito alla valutazione del dolore sulla scala VAS: nessun dolore (0-4 mm), dolore lieve (5- 44 mm), dolore moderato (45-74 mm) e dolore grave (75-100 mm) [4].

### Riferimenti:

- Huskisson, E. C. (1974). Measurement of pain. *Lancet*, 2, 1127-1131
- Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP). *Arthritis Care & Research*, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
- Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. Assessment of pain. *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
- Jensen MP, Chen C, Brugger AM. Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain. *J Pain*, 2003;4:407–14.
- McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. Clinical applications of visual analogue scales: a critical review. *Psychol Med* 1988;18:1007–19.



## VALUTAZIONE DEL DOLORE – MISURARE IL DOLORE IN PAZIENTI ADULTI COSCIENTI UTILIZZANDO LA SCALA ANALOGICA VISIVA

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

isterectomia	miomectomia	metodo SBAR	decadimento cognitivo
laparoscopia	dolore	screening	scala analogica visiva (VAS)
	postoperatorio		

### Definizioni:

1. La rimozione dei fibromi dalla parete dell'utero.
2. Esplorazione addominale con un endoscopio.
3. Rimozione chirurgica parziale o totale dell'utero.
4. Sofferenze corporee che si verificano nel periodo successivo ad un'operazione chirurgica.
5. Strumento standardizzato che fornisce un quadro per la comunicazione con il team medico circa la condizione di un paziente (Situation-Background-Assessment-Recommendation).
6. Misura unidimensionale dell'intensità del dolore, ampiamente utilizzata in diverse popolazioni adulte.
7. Condizione in cui si riducono le abilità cognitive abituali (es. memoria, funzioni linguistiche, ragionamenti).
8. Processo di esame atto ad identificare la possibile presenza di una malattia ancora non diagnosticata in soggetti senza segni o sintomi.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*Dopo aver esaminato la cartella clinica del paziente, il medico disinfetta le mani o indossa guanti medici puliti (solo in caso di lesioni tegumentari delle mani o di alto potenziale infettivo del paziente) come parte delle precauzioni standard.*

*Dopo che il paziente ha terminato la valutazione del suo dolore attuale sulla scala VAS, il medico risistema il letto nella sua posizione iniziale.*

*Il medico interpreta il punteggio. Se lo screening viene eseguito per la prima volta e dimostra dolore lieve (5- 44 mm), dolore moderato (45-74 mm) o dolore grave (75-100 mm), il medico informa immediatamente la sua squadra, chiedendo di prescrivere una cura per la gestione del dolore*



1. In un primo momento, il medico esamina la cartella clinica del paziente e controlla la relazione sui risultati di screening precedenti
2. Il medico assicura uno spazio privato per cambiare la posizione del paziente.
3. Il medico fa una rapida valutazione della presenza di segni vitali (presenza di coscienza, movimenti, respirazione). Se necessario, mette il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) per effettuare la procedura.
4. Il medico spiega la scala VAS al paziente.
5. Il medico istruisce il paziente su come individuare la sua attuale sensazione di dolore sulla scala VAS.
6. Il medico misura il punteggio VAS utilizzando un righello e scrive il punteggio di dolore nella cartella clinica del paziente.
7. In caso di cambiamento / evoluzione negativa dei punteggi di dolore, il medico informa immediatamente il suo team e chiede loro di rivedere l'attuale trattamento del dolore per il paziente. È consigliabile utilizzare il metodo SBAR per comunicare il proprio messaggio.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

#### 1. Che cos'è il metodo SBAR?

- a. Strumento standardizzato che fornisce un quadro per la comunicazione con il team medico circa la condizione di un paziente (Situation-Background-Assessment-Recommendation).
- b. Strumento standardizzato che fornisce un quadro per la comunicazione con i parenti del paziente circa la condizione del paziente stesso (Situation-Background-Assessment-Recommendation).

#### 2. Che cos'è la VAS?

- a. Una misura pluridimensionale dell'intensità del dolore, ampiamente utilizzata in diverse popolazioni adulte
- b. Una misura unidimensionale dell'intensità del dolore, ampiamente utilizzata in diverse popolazioni adulte.

#### 3. Che cosa valuta il medico come prima cosa?

- a. In un primo momento, il medico esamina la cartella clinica del paziente e controlla la relazione sui risultati di screening precedenti
- b. Il medico fa una rapida valutazione della presenza di segni vitali (presenza di coscienza, movimenti, respirazione).

#### 4. Quali sono le istruzioni fornite dal medico?

- a. Il medico istruisce il paziente su come individuare la sua attuale sensazione di dolore sulla scala VAS.
- b. Il medico istruisce il paziente su come individuare la sua attuale sensazione di dolore attraverso il metodo SBAR.



## Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. il medico disinfetta le mani o indossa guanti medici puliti. V/F
2. Il medico non deve assicurare uno spazio privato per cambiare la posizione del paziente. V/F
3. Il paziente interpreta il punteggio. V/F
4. Se lo screening viene eseguito per la prima volta e dimostra la presenza di dolore, il medico informa immediatamente la sua squadra, chiedendo di prescrivere una cura per la gestione del dolore. V/F
5. Il medico non spiega la scala VAS al paziente. V/F
6. Il medico misura il punteggio VAS con l'aiuto della famiglia del paziente e annota il punteggio nella cartella clinica. V/F
7. In caso di cambiamento / evoluzione negativa dei punteggi di dolore, il medico informa immediatamente il suo team e chiede loro di rivedere l'attuale trattamento del dolore per il paziente. V/F
8. Quando il paziente comincia a valutare il suo dolore sulla scala SAV, il medico mette il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) per la procedura. V/F
9. In caso di lesioni tegumentarie delle proprie mani il medico indossa i guanti medici puliti. V/F
10. Il punteggio può mostrare dolore lieve (5- 44 mm), dolore moderato (45-74 mm) o dolore forte (75-100 mm).V/F

## Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
È d'accordo riguardo la possibilità di misurare il suo dolore?	No, non l'ho mai usata.
Per farlo usiamo la scala analogica VAS. L'ha già utilizzata prima?	Grazie. Attenderò la decisione del suo team.
Allora le spiego in che cosa consiste. È una linea orizzontale di 10 cm, caratterizzata da 2 descrittori verbali, uno per ogni sintomo estremo: "nessun dolore" e "dolore forte". Ha capito?	Tutto chiaro. Segnerò una linea.
Inoltre, la VAS viene trattata come un punteggio segnato su carta con matita. È semplice, non è vero?	Sono d'accordo. Nessun problema.
Deve disegnare una linea perpendicolare alla linea della VAS che rappresenta l'intensità del suo dolore. È chiaro?	Vedrò quando mi dirà cosa dovrò effettivamente fare.
Ora determinerò il suo punteggio misurando la distanza (in mm) sulla linea tra il punto "nessun dolore" e il suo contrassegno. Mi segue?	Si Ho capito. È una linea orizzontale.
Ecco il suo punteggio. Lo comunicherò al mio team medico affinché si proceda a definire il trattamento farmacologico.	Si, la sto seguendo attentamente.



**Trascina e abbinata le seguenti parole / frasi informali con il loro equivalente nel linguaggio medico / formale:**

Intollerabile	Differenziare
Deterioramento	Insopportabile
Massimale	Rilevazione
Unidimensionale	Più grande
Distinguere	Decadimento
Etirpazione	Rimozione
Screening	Limite
Degenerazione	Post-operatorio
Ancora	Ad una sola dimensione
Postoperatorio	Declino

## Grammatica integrata

**Scegli la parola mancante:**

1. Questo medico interpreta la scala VAS .....del suo collega.  
il più accuratamente  
accuratamente  
più accuratamente
2. L'interno spiega ..... il suo professore.  
tanto chiaramente quanto  
chiaramente  
molto chiaramente
3. Effettua l'interpretazione della VAS ..... degli altri medici.  
rapidamente  
più rapidamente  
meno rapidamente
4. Ti sei preso cura del paziente ..... di me.  
bene  
molto bene  
meglio
5. In caso di evoluzione negativa del punteggio di dolore il medico informa il suo team.....  
.  
il meno prontamente possibile  
meno prontamente  
prontamente



**Clicca sulla versione corretta :**

1. Il medico raccomanda che il paziente deve avere lunghe passeggiate *all'aperto/ alla stessa maniera*.
2. Il paziente ha preso la medicina all'ora prevista *rapidamente/ ieri pomeriggio*.
3. Il dottore ha *prontamente/ abbastanza* deciso di iniziare la procedura.
4. Il paziente non ha *mai/ circa* seguito questa procedura prima di adesso.
5. *Ieri /Senza dubbio* è il miglior professionista in questo campo.

**Parlare**

**Scrivi un dialogo in cui un medico sta parlando con un paziente per misurare il suo dolore utilizzando la Scala visiva analogica** (usa come esempio la finestra di dialogo delle esercitazioni di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

**Scrivere**

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

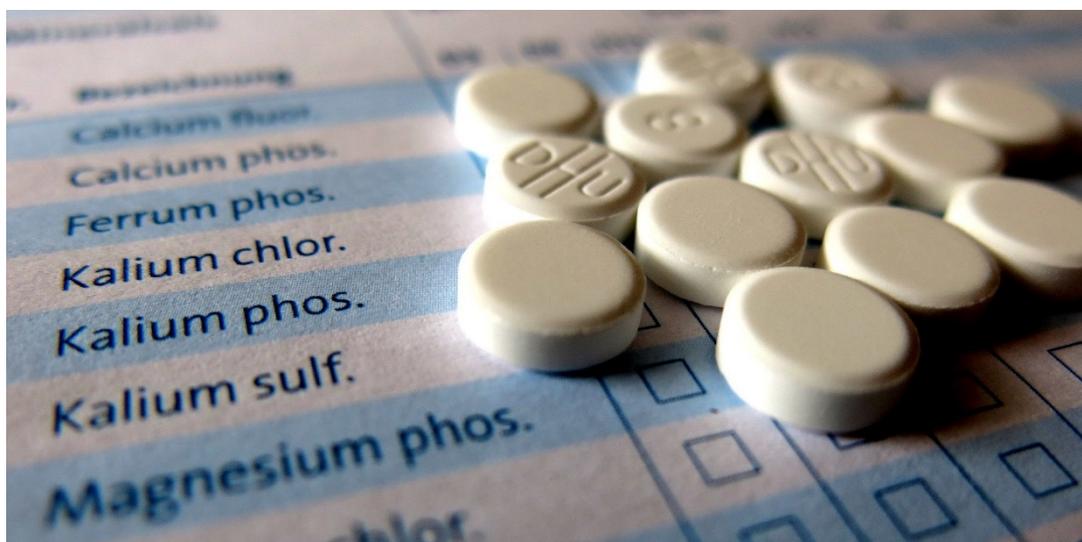
*Ecco il suo punteggio. Lo comunicherò al mio team medico affinché si proceda a definire il trattamento farmacologico.*



## PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE SECONDO LA SCALA PAINAD

**Procedura medica**

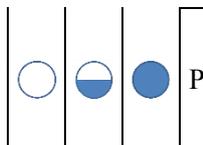
**Unità linguistica**



PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE  
SECONDO LA SCALA PAINAD

## PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE SECONDO LA SCALA PAINAD

I principi per la cura del dolore nei pazienti terminali sono stati definiti dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in un modello chiamato scala PAINAD



PREPARAZIONE					
1.	Esamina la cartella clinica del paziente: <ul style="list-style-type: none"> <li>Controllare il rapporto corrente sui risultati dello screening per il dolore</li> <li>Controllare la gestione del dolore corrente</li> <li>Controllare eventuali allergie a farmaci</li> </ul>	ESSENZIALE			
2.	Disinfettare le mani				0 1 3
3.	Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato ( <i>tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc</i> )				0 1 3
4.	Rapida valutazione della presenza dei segni vitali ( <i>stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro</i> ) <b>Salve, mi chiamo.....Sono il suo dottore e adesso misurerò il suo dolore in modo da prescriverle una cura adeguata.</b>				0 1 3
5.	<b>Innanzitutto, mi può dire il suo nome....? E la sua data di nascita? .... Grazie.</b>				0 1 3
6.	Se necessario, sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e far scorrere le guide laterali				0 1 3
PRESCRIVERE UNA CURA CONTRO IL DOLORE					
7.	Chiedere al paziente se ha delle allergie particolari ai farmaci e registrare tali informazioni nella cartella clinica del paziente: <b>Dalla sua esperienza finora, soffre di allergie ai farmaci? (Effetti indesiderati potrebbero essere arrossamento della pelle, prurito o gonfiore ...)</b>	ESSENZIALE			
8.	Stabilire se il paziente sta assumendo oppioidi (= paziente "naive agli oppioidi") e correlare la risposta ai dati relativi ai farmaci per la gestione del dolore in uso o precedentemente utilizzati <b>Prende farmaci per il dolore?</b> ( <i>Potrebbero essere deboli oppioidi - tramadolo, codeina - o oppioidi forti - morfina, metadone, ossicodone, fentanil ...</i> ) Risultati: <ul style="list-style-type: none"> <li>paziente "naive agli oppioidi" – andare al punto 10</li> <li>paziente "non naive agli oppioidi" – andare direttamente al punto 16</li> </ul>	ESSENTIAL			
9.	Valutare l'intensità del dolore del paziente – <i>si faccia riferimento alla procedura della "Misurazione del dolore nei pazienti adulti consapevoli utilizzando la Scala Analogica Visiva"</i>				0 1 3
10.	Classificare l'intensità del dolore in base alla Scala Analogica Visiva come dolore lieve, moderato o grave.				0 1 3
11.	Stabilire un farmaco per il dolore adeguato in base all'intensità del dolore ( <i>fare riferimento alla Scala Painad</i> ): <ul style="list-style-type: none"> <li>Lieve: non oppioidi (FASE 1)</li> <li>Moderato: oppioidi deboli (FASE 2)</li> </ul>	ESSENZIALE			

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Grave: oppioidi forti (FASE 3)</li> </ul> <p>E prescriberlo considerando:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- allergie ai farmaci da parte del paziente (se esistono)</li> <li>- percorso di somministrazione</li> <li>- insufficienza renale / epatica (se presente)</li> <li>- preferenze del paziente</li> <li>- fattori socio-economici (disponibilità di farmaci, prezzo ...)</li> <li>- dosi giornaliere massime (ad eccezione di oppioidi forti che non hanno una dose massima giornaliera, ma una dose ottimale)</li> </ul>							
12.	<p>Monitorare attentamente il paziente! (Cercare segni di sedazione o altri effetti collaterali, valutare il livello del dolore) e regolare la somministrazione degli oppiacei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se la prima dose / dosi di oppioidi produce una sedazione intensa - ridurre la dose del 50% e fare una titolazione più lenta</li> <li>Se la dose / dosi iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva verrà aumentata del 50%</li> </ul> <p>Aumentare la dose quotidiana di oppioidi (30-50-100%) per ottenere un'analgesia ottimale</p>	ESSENZIALE						
13.	Prescrivere farmaci per la cura degli effetti collaterali (antiemetici, lassativi ...)	ESSENZIALE						
14.	<p>È possibile combinare i farmaci secondo la scala analgesica dell'OMS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>FASE 1 + FASE 2</li> <li>FASE 1 + FASE 3</li> <li>ANALGESICI + qualsiasi altra FASE</li> </ul> <p>MAI: FASE 2 + FASE 3</p>	ESSENZIALE						
15.	<p>Paziente "non naive agli oppioidi": Controllare il farmaco corrente (tipo, dosi, frequenza e percorso di somministrazione); valutare il dolore del paziente e la sua capacità di adattamento (ad esempio: cambiare da una somministrazione per via orale ad una somministrazione sottocutanea in caso di nausea / vomito / disfagia totale)</p>	<table border="1"> <tr> <td></td> <td>0</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1</td> </tr> <tr> <td></td> <td>3</td> </tr> </table>		0		1		3
	0							
	1							
	3							
16.	<p>Valutare il dolore e regolare il farmaco in base a quanto segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Aumentare le dosi dei farmaci non oppioidi e gli oppiacei deboli fino alla massima dose giornaliera (per la FASE 1 e la FASE 2)</li> <li>Passare dalla FASE 2 agli oppiacei forti (FASE 3) in caso di dolore incontrollato</li> <li>Ruotare l'utilizzo degli oppioidi forti (FASE 3) in caso di dolore incontrollato</li> </ul>	ESSENZIALE						
17.	Prescrivere farmaci per la cura degli effetti collaterali (antiemetici, lassativi ...)	ESSENZIALE						
18.	<p>Monitorare attentamente il paziente (Cercare segni di sedazione o altri effetti collaterali, valutare il livello del dolore) e regolare la somministrazione degli oppiacei:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se la prima dose / dosi di oppioidi produce una sedazione intensa - ridurre la dose del 50% e fare una titolazione più lenta</li> <li>Se la dose / dosi iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva verrà aumentata del 50%</li> </ul>	ESSENZIALE						

	Aumentare la dose quotidiana di oppioidi (30-50-100%) per ottenere un'analgesia ottimale			
19.	È possibile combinare i farmaci secondo la scala analgesica dell'OMS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• FASE 1 + FASE 2</li> <li>• FASE 1 + FASE 3</li> <li>• ANALGESICI + qualsiasi altra FASE</li> </ul> MAI: FASE 2 + FASE 3	ESSENZIALE		
<b>MONITORARE IL TRATTAMENTO DEL DOLORE</b>				
20.	Riesaminare il dolore e la condizione del paziente e regolare il trattamento del dolore di conseguenza: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Somministrazione a frequenza oraria / più volte al giorno - per un trattamento iniziale a base di oppioidi o per un dolore incontrollato - fino ad ottenere il controllo stabile del dolore</li> <li>• Somministrazione giornaliera - per i pazienti ricoverati</li> <li>• Somministrazione settimanale / mensile - per i pazienti in ambienti ambulatoriali / in cura domestica / per i pazienti stabili</li> </ul>		0 1 3	
21.	Una volta ottenuto il controllo stabile del dolore attraverso trattamento oppioidale, prescrivere il farmaco (preferibilmente lo stesso oppioide) <ul style="list-style-type: none"> <li>• in forme di rilascio rapido - per aumento transitorio dell'intensità del dolore: 1/6 della dose giornaliera di oppioide</li> <li>• in forme di rilascio lento - per farmaci a lungo termine / trattamento di stati cronici - se possibile</li> </ul>		0 1 3	
<b>Punteggio totale: 30</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	%
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	%

### Algoritmo per la somministrazione orale di morfina in fase iniziale di trattamento farmacologico:

Età	Funzionale renale	Dosi
< 65	Normale	10 mg ogni 4 ore
> 65	Normale	5 mg ogni 4 ore
< 65	Bassa	10 mg ogni 6-8 ore
> 65	Bassa	5 mg ogni 6-8 ore

## PRESCRIVERE UNA CURA DEL DOLORE SECONDO LA SCALA PAINAD

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

percorso di somministrazione oppioidi	scala del dolore dell'OMS dosaggio	dolore intenso analgesico	dose insufficienza renale
---------------------------------------	------------------------------------	---------------------------	---------------------------

### Definizioni:

1. Modello di gestione del dolore proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in base a una serie di principi, intesi a curare il dolore nei pazienti palliativi.
2. Un gruppo di farmaci narcotici (come la morfina) usati per trattare il dolore.
3. Una determinata quantità di medicinale, prescritta per essere presa a intervalli prestabiliti.
4. Medicina utilizzata per ridurre o eliminare il dolore.
5. Somministrazione di un farmaco medicina in quantità prescritte.
6. Il percorso con cui la medicina viene assunta dal corpo.
7. Improvviso aumento del dolore che può verificarsi nei pazienti che già hanno dolore cronico da cancro o artrite.
8. Una condizione medica pericolosa per la vita che consiste nel rapido deterioramento della funzione renale.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*Dopo un breve esame dei segni vitali del paziente, il medico chiede al paziente se è allergico a qualcosa e, nel caso, lo registra nella cartella clinica del paziente.*

*Il medico controlla attentamente il paziente cercando segni di sedazione o di altri effetti collaterali (in questo caso prescrive farmaci secondari), valutando il livello del dolore e adeguando il trattamento degli oppiacei. Se la prima dose di oppioidi produce una sedazione intensa, il dottore riduce la dose del 50%; se la dose iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva è aumentata del 50%. Normalmente il dottore aumenta le dosi quotidiane di oppioidi (30-50-100%) al fine di ottenere un'analgesia ottimale.*

*Una volta che si ottiene un controllo stabile del dolore attraverso trattamento oppioidale, il medico prescrive il farmaco, preferibilmente lo stesso oppioide.*

- In un primo momento, il medico esamina la cartella clinica del paziente e controlla la condizione attuale del paziente, individua le eventuali allergie documentate e si informa sulla gestione del dolore del paziente.
- Il medico chiede se il paziente sta assumendo o no oppioidi. Il medico correla le risposte del paziente con i dati relativi ai farmaci presenti nella cartella clinica.

- Se il paziente è “naive agli oppioidi”, il medico valuta l'intensità del dolore del paziente e prescrive il farmaco in base all'intensità del dolore del paziente.
- Il medico monitora attentamente il paziente, prescrive farmaci a effetti secondari e aumenta le dosi quotidiane di oppioidi (30-50-100%) per ottenere un'analgia ottimale.
- Se il paziente è “non naive agli oppioidi”, il medico controlla i farmaci utilizzati: tipo, dosi, frequenza e percorso di somministrazione; quindi valuta il dolore del paziente e adatta la modalità di somministrazione (ad esempio: passare da via orale a via sottocutanea in caso di nausea).
- Il medico valuta il dolore e modifica il farmaco in base alle dosi aumentate per i non oppiacei e gli oppiacei deboli fino alla massima dose giornaliera (STEP 1 e STEP 2) o in caso di dolore incontrollato passando da STEP 2 a oppioidi forti (STEP 3).
- Il medico controlla il trattamento del dolore del paziente: riesamina il dolore e la condizione del paziente e regola il trattamento del dolore ogni volta che è necessario, combinando gli analgesici secondo le regole della scala analgesica dell'OMS.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Che cos'è la scala del dolore dell'OMS?
  - a. Modello di gestione del dolore proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in base a una serie di principi, intesi a curare il dolore nei pazienti palliativi
  - b. Modello di gestione delle malattie proposto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità basata su una serie di principi, intesi a curare i pazienti palliativi.
2. Cosa sono gli oppioidi?
  - a. Gli oppioidi sono farmaci, come il paracetamolo, usati per trattare il dolore.
  - b. Gli oppioidi sono farmaci, come la morfina, usati per trattare il dolore.
3. Quali sono gli oppioidi più forti?
  - a. Gli oppioidi più forti sono: morfina, metadone, oxicodone, fentanyl ecc.
  - b. Gli oppioidi più forti sono: Tramadol, Codeina, ecc.
4. Che cosa deve fare il medico se la dose iniziale / le dosi iniziali non producono alcuna analgesia?
  - a. Se la dose iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva è aumentata del 50%.
  - b. Se la dose iniziale non produce alcuna analgesia, la dose successiva è aumentata del 20%.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. Un dolore intenso è un dolore permanente che può verificarsi nei pazienti che già hanno dolore cronico da cancro, artrite o altre malattie. V/F
2. Il medico chiede al paziente se ha allergie ai farmaci e le registra nel cartella clinica del paziente. V/F
3. Il medico vuole sapere se il paziente sta assumendo o no oppioidi V/F
4. I pazienti “naive agli oppioidi” e “non naive agli oppioidi” seguono lo stesso trattamento analgesico. V/F
5. Il medico controlla attentamente il paziente e prescrive il farmaco indicato V/F
6. Il medico può cambiare il percorso di somministrazione dei farmaci da via orale a via sottocutanea in caso di nausea. V/F





2. Sono preoccupato perchè questo oppioido .....nel gruppo degli oppioidi.  
*il più debole / più debole / debole quanto*
3. Il farmaco produce.....effetti collaterali in questo gruppo di analgesici.  
*il maggior numero di / il minor numero di / tanti quanti*
4. Se non senta alcun dolore se prende questa medicina.....  
*più forte / meno forte / forte quanto*
5. La condizione del paziente è .....oggi di quanto non lo fosse ieri notte.  
*stabile / più stabile / molto stabile*

### Clicca sulla versione corretta:

1. Questo analgesico è *il migliore/ il meglio* di tutti.
2. Sentirà *il minore/ meno* dolore rispetto ad ora se prende questa medicina.
3. La condizione del paziente è *peggiore/ la peggiore* rispetto ad una settimana fa.
4. Questo trattamento è *migliore/ il migliore* per lei.
5. Questo paziente è *il meno/ meno* visitato di tutti in questo ospedale.

### Parlare

**Scrivi un dialogo in cui un medico sta parlando con un paziente circa la prescrizione del farmaco del dolore secondo la scala del dolore dell'OMS** (usa come esempio la gli esercizi di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

### Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)

! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>

*Le darò questo analgesico non oppioido. Mi chiami se il dolore persiste o aumenta*



## SINDROME DA BURNOUT

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## SINDROME DA BURNOUT

La conseguenza di un'esposizione cronica ad uno stress sul lavoro (avere a che fare con persone sofferenti / pazienti cronici) si manifesta come una reazione empatica di esaurimento emozionale, con sentimenti di inefficacia, nonché con la perdita di interesse per la realizzazione di attività professionali.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1.	<b>Buon giorno / pomeriggio. Il mio nome è ..... Sono medico / infermiera ....</b>				0 2 5
2.	<b>Puoi dirmi il suo nome, per favore ..... e la sua data di nascita ..... Grazie.</b>	ESSENZIALE			
3.	Assicurare un ambiente privato per realizzare la consultazione ( <i>ufficio / camera in un ambiente tranquillo e senza distrazioni / casa ecc.</i> ) <b>Ciò faremo oggi è stabilire se il suo ambiente professionale di lavoro può essere o meno fonte di burnout per lei e per i suoi colleghi (<i>cosa faremo</i>)</b>				0 1 3
4.	<b>Questa valutazione si concentrerà su tre fasi principali: valutare la presenza di fattori di rischio personali e / o professionali che possano sviluppare una sindrome da burnout, completare il questionario professionale di qualità della vita (PROQOL) al fine di quantificare l'impatto negativo della sindrome da burnout e trovare possibili strategie di debriefing da burnout (<i>in che cosa consiste la valutazione</i>)</b>				0 2 5
5.	<b>È molto importante che lei rimanga rilassato e calmo durante la valutazione. Risponda con estrema sincerità perchè non ci sono risposte sbagliate. Se ha un dubbio, non esiti a fare domande. Può terminare la valutazione in qualsiasi momento e può ignorare le domande cui preferisce non rispondere. (<i>Come contribuire alla valutazione</i>)</b>				0 1 3
6.	<b>Prima di procedere ulteriormente, è necessario che lei sappia che tutte le informazioni fornite saranno trattate in maniera confidenziale e riservata. Non divulgheremo i suoi dati personali a terzi senza il suo consenso.</b>				0 1 3
7.	<b>Accetta di prendere parte a questa valutazione?</b> ( <i>Valutazione delle convinzioni personali riguardanti la sindrome del burnout e accettazione del consenso</i> )	ESSENZIALE			
8.	Valutare la condizione professionale del caregiver <b>Qual è la sua mansione?</b> <b>Qual è la specialità dell'unità medica in cui svolge la sua attività?</b> <b>Descriva brevemente i suoi doveri e le sue responsabilità nel suo attuale lavoro.</b> <b>Quanti anni di esperienza ha nella sua posizione attuale?</b> <b>I suoi lavori precedenti facevano parte della medesima specialità medica?</b>				0 4 9
9.	<b>Ha un contratto di lavoro a tempo determinato o indeterminato?</b> ( <i>I contratti temporanei possono portare ad un'insicurezza sul posto di lavoro / sovraccarico di lavoro per completare le attività e dimostrare il proprio valore</i> )				0 1 3

10.	<b>Quante ore lavora per settimana? Meno / più di 40 ore di lavoro a settimana?</b>			0 2 5
11.	<b>Di quanti pazienti si prende cura di solito (per settimana)?</b>			0 2 5
12.	<b>É soddisfatto delle sue responsabilità professionali?</b>			0 1 3
13.	<b>Quanto è soddisfatto della sua prestazione lavorativa fin ad ora?</b>			0 1 3
14.	<b>Cosa trova più frustrante sul suo lavoro? Può darmi un esempio?</b>			0 1 3
15.	<b>Ha familiarità con il termine "stress secondario traumatico"? (lo stress traumatico vissuto dai pazienti in cura ha un impatto negativo sulla salute e sullo stato mentale del caregiver) Quanto si senti influenzato dalle condizioni mediche dei pazienti? La prego di farmi un esempio</b>			0 4 9
16.	<b>É soddisfatto delle sue condizioni salariali? (Lo squilibrio tra sforzo-ricompensa rappresenta una possibile causa di insoddisfazione professionale)</b>			0 3 6
17.	<b>Ritiene che i membri del suo team / i suoi colleghi la supportino?</b>			0 1 3
18.	<b>C'è qualcosa che vorrebbe cambiare al lavoro?</b>			0 1 3
19.	Valutare la condizione personale del caregiver ( <i>stato civile, numero di bambini, tempo dall'ultima vacanza - l'impatto della sindrome di burnout sulla vita personale è correlato a questi aspetti</i> )			0 1 3
	<b>É sposato / divorziato / vedovo? Se sposato, da quanto tempo?</b>			
20.	<b>Ha figli? Quanti? Ha qualcuno che l'aiuti con il suo/i bambino/i?</b>			0 1 3
21.	<b>Ritiene che il suo lavoro stia influenzando negativamente il tempo trascorso con la sua famiglia?</b> <i>(tempo limitato con la famiglia, pensiero costante al lavoro e ai pazienti, difficoltà di rilassarsi a casa, sensazione di mancato apprezzamento da parte dei membri della famiglia)</i>			0 2 5
22.	<b>Quante ore dorme per notte? C'è qualcosa / qualcuno che interrompe costantemente il suo sonno? Si sveglia riposato?</b>			0 1 9
23.	<b>Pensa di avere abitudini alimentari sane? Il suo lavoro interferisce in qualche modo con i suoi pasti?</b>			0 1 3
24.	<b>I suoi amici e i suoi parenti sono parte attiva della sua vita? Trova il tempo per incontrarli? (il burnout sociale è un effetto collaterale da esposizione eccessiva a stress)</b>			0 1 3
25.	<b>Quando ha fatto l'ultima vacanza?</b>			0 1 3
26.	<b>Cosa fa per distrarsi dal lavoro? Mi può dare qualche esempio, per favore?</b>			0 1 3
27.	<b>Può darmi degli esempi di situazioni / condizioni stressanti non correlate al lavoro che incontra ogni giorno?</b>			0 1 3
28.	<b>Si è mai sentito depresso o non motivato?</b>			0 1 3
29.	<b>Allo scopo di stabilire la presenza di elementi di burnout, le</b>			

	saranno fatte diverse domande, tutte incluse nel questionario professionale sulla qualità della vita (PROQOL)	ESSENTIAL
30.	Questo questionario valuta tre caratteristiche principali: il livello di compassione, il burnout e lo stress secondario traumatico.	0 4 9
31.	Queste tre caratteristiche riflettono l'impatto che situazioni potenzialmente stressanti e critiche che incontra a lavoro possono avere sulla sua vita.	0 1 3
32.	È necessario selezionare una sola risposta tra le 5 possibilità offerte, quella che ritiene più vicina al suo ambiente di lavoro quotidiano	0 1 3
33.	Ogni risposta avrà un punteggio: Mai - 1 punto Raramente - 2 punti A volte - 3 punti Spesso - 4 punti Molto spesso - 5 punti	0 1 3
34.	Selezioni il numero che in maniera del tutto onesta riflette quanto frequentemente ha riscontrato le situazioni presentate nel questionario negli ultimi 30 giorni	0 1 3
35.	Non occorreranno più di 15 minuti per completare il questionario	0 1 3
36.	Vuole chiedermi altro riguardo questa valutazione?	ESSENZIALE
37.	Buona fortuna: ritornerò tra 15 minuti. Dopo aver completato il questionario, calcoleremo il punteggio totale e le daremo il risultato finale in circa 10 minuti.	ESSENZIALE
38.	Se, secondo il punteggio totale, calcoliamo un basso livello di esaurimento o di stress secondario traumatico, non c'è bisogno di continuare la valutazione. Grazie per la sua partecipazione a questa valutazione. Le sue risposte sono molto preziose per i nostri sforzi nel migliorare la corretta gestione delle persone a rischio di burnout.	ESSENZIALE
39.	Se il punteggio conferma la presenza di burnout, proseguire la valutazione e analizzare brevemente le condizioni patologiche mediche esistenti e responsabili di manifestazioni cliniche simili al burnout (disturbi del sonno / disturbi psichiatrici primari / disturbi della tiroide) Le è mai stata diagnosticata prima una qualsiasi malattia medica? È sotto trattamento specifico? Se è così, la preghiamo di indicare il nome del farmaco	0 4 9
40.	Valutare le strategie di debriefing da burnout Crede di avere bisogno di aiuto per controllare gli effetti dello stress correlato al lavoro? Cosa pensa risulterebbe più efficiente?	0 1 6
41.	Ritiene utile una discussione con colleghi in situazioni simili / o con uno psicologo? È una persona religiosa? La partecipazione a gruppi di lavoro, o a gruppi sociali e religiosi può aiutare a far fronte a esperienze negative.	0 2 5
42.	Quali rimedi ha utilizzato per far fronte ad esperienze stressanti?	0



	<i>(Tecniche di rilassamento, farmaci, alcol, droghe illecite)</i>			1 6
43.	<b>Crede che corsi di formazione e seminari possano essere utili</b> <i>(Trovare tecniche efficienti per migliorare le capacità di comunicazione tra i membri del team o tra caregiver e paziente)</i>			0 1 3
44.	<b>Quante volte viene interrotto durante le attività quotidiane? In che modo questo influisce sulla qualità del suo lavoro?</b> <i>(Evitare attività che richiedono tempo e assegnare priorità ai compiti secondo la loro importanza).</i>			0 4 9
45.	<b>Quali misure adotta per migliorare la sua salute fisica e mentale? Qualità del sonno, attività sociali, attività fisica, abitudini alimentari sane?</b>			0 4 9
46.	<b>Grazie per la sua partecipazione a questa valutazione. Le sue risposte sono molto utili per i nostri sforzi nel migliorare la corretta gestione delle persone che sviluppano burnout.</b>	<b>ESSENZIALE</b>		
<b>Punteggio totale: 180</b>		<input type="radio"/>	critério non soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	critério parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	critério completamente soddisfatto	<b>%</b>

**Riferimenti:**

Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, 2001 *Job Burnout* Annu. Rev. Psychol. 52:397–422

Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL)

Version 5 (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)

## SINDROME DA BURNOUT

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

syndrome da burnout	soddisfazione della compassione	stress traumatico secondario	PROQOL
stanchezza da compassione	condizioni patologiche	tecniche di rilassamento	abitudini alimentari

### Definizioni:

1. Conseguenza dell'esposizione cronica allo stress sul lavoro (persone sofferenti, pazienti critici) che si manifesta come reazione empatica a: un esaurimento emozionale travolgente, sentimenti di inefficacia, nonché perdita di interesse per la realizzazione di attività professionali.
2. Stress traumatico sperimentato dai pazienti in cura, che ha un impatto negativo sulla salute e sullo stato mentale del caregiver.
3. Aspetto negativo del lavoro come aiutanti, esaurimento emotivo e fisico profondo che può svilupparsi nel tempo.
4. Il piacere che deriva dall'essere in grado di fare bene il proprio lavoro.
5. Condizioni anatomiche o fisiologiche anomale e manifestazioni oggettive o soggettive di malattia, non classificate come malattia o sindrome.
6. Varietà di metodi o attività (respirazione profonda, meditazione, esercizio ritmico e yoga) che aiutano con la gestione dello stress.
7. Perché e come la gente mangia, così come i modi in cui le persone ottengono, conservano, usano e scartano il cibo.
8. Un questionario che quantifica l'impatto negativo della sindrome di burnout e trova possibili strategie di miglioramento.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascinare e rilasciare. Guarda il video e controlla.**

*Il dottore dice al professionista che ciò che devono fare è stabilire se l'ambiente professionale di lavoro rappresenta una possibile fonte di burnout per lui e per i suoi colleghi. La procedura avrà tre fasi principali: la valutazione della presenza di fattori di rischio personali e / o professionali che favoriscono una sindrome da burnout, il completamento del questionario professionale sulla qualità della vita (PROQOL) che quantifica l'impatto negativo della sindrome di burnout e l'individuazione di strategie di miglioramento.*

*Dopo aver completato il questionario, il medico calcola il punteggio totale e dà al professionista il risultato finale. Se, secondo il punteggio totale, esiste un basso livello di esaurimento o uno stress secondario traumatico, non è necessario che il professionista*

*continui la valutazione.*

*Il medico ringrazia il professionista per la sua partecipazione a questa valutazione. Il dottore riferisce al professionista che le sue risposte contribuiscono ad una migliore gestione della sindrome da burnout.*

- Il medico chiede il consenso del caregiver / professionista prima di intraprendere la procedura di valutazione e gli dice che è molto importante che rimanga rilassato e calmo durante la procedura di valutazione e che dia risposte sincere. Il professionista può ritirarsi in qualsiasi momento e può saltare domande cui non vuole rispondere.
- Il medico valuta la condizione professionale del caregiver: la posizione, i doveri e le responsabilità, gli anni di occupazione nella posizione attuale, i lavori precedenti, il tipo di contratto di lavoro (temporaneo o permanente), l'orario di lavoro in una settimana, il numero di pazienti a settimana, la soddisfazione, le eventuali frustrazioni, lo stress traumatico secondario, la condizione salariale ed il rapporto con i colleghi.
- Il medico valuta la condizione personale del caregiver: stato civile, numero di bambini, periodo dall'ultima vacanza. Così il medico può scoprire se l'impatto della sindrome di burnout sulla vita personale è correlato a questi aspetti.
- Per stabilire la presenza di elementi di burnout, il professionista / caregiver deve completare un questionario sulla qualità della vita (PROQOL) in 15 minuti.
- Se il punteggio conferma la presenza di burnout, il caregiver continua la valutazione che brevemente passa ad esaminare le eventuali manifestazioni cliniche del burnout: disturbi del sonno / disturbi psichiatrici primari / disturbi della tiroide.
- Il medico inizia a suggerire metodi per risolvere il burnout professionale, chiedendo se il caregiver crede di avere bisogno di aiuto per controllare gli effetti dello stress da lavoro e cosa pensa sarebbe più efficace tra una discussione con i colleghi in situazioni simili o corsi di formazione sulle abilità di comunicazione.
- Il medico chiede al professionista quanto spesso le sue attività quotidiane vengono interrotte e se ciò influisce sulla qualità del suo lavoro. Il dottore vuole anche sapere quali tipi di rimedi utilizza il caregiver per far fronte alle esperienze stressanti e quali misure intende adottare per migliorare la propria salute fisica e mentale.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. Che cos'è la sindrome da burnout?

a. È la conseguenza dell'esposizione cronica a problemi familiari. Si manifesta come un esaurimento emozionale travolgente, sentimenti di inefficacia e perdita di interesse per la realizzazione di attività professionali.

b. Conseguenza dell'esposizione cronica allo stress sul lavoro (persone sofferenti, pazienti critici) che si manifesta come reazione empatica a: un esaurimento emozionale travolgente, sentimenti di inefficacia, nonché perdita di interesse per la realizzazione di attività professionali.

2. In che cosa consiste il test di valutazione?

a. La procedura consiste in tre fasi principali: la valutazione della presenza di fattori di rischio personali e / o professionali che favoriscono una sindrome da burnout, il completamento del



questionario professionale sulla qualità della vita (PROQOL) che quantifica l'impatto negativo della sindrome di burnout e l'individuazione di strategie di miglioramento.

b. La procedura consiste in tre fasi principali: la valutazione della presenza di fattori di rischio personali e / o professionali che favoriscono una sindrome da burnout, il completamento del questionario professionale sulla qualità della vita (PROQOL) che quantifica l'impatto negativo della sindrome di burnout e l'individuazione di tecniche di rilassamento.

3. Che cosa fa il professionista / caregiver se, secondo il punteggio totale, c'è un basso livello di esaurimento o di stress traumatico secondario?

a. Se, secondo il punteggio totale, esiste un basso livello di esaurimento o uno stress secondario traumatico, è necessario che il professionista continui la valutazione.

b. Se, secondo il punteggio totale, esiste un basso livello di esaurimento o uno stress secondario traumatico, non è necessario che il professionista continui la valutazione.

4. Quali sono le caratteristiche che il questionario professionale sulla qualità della vita (PROQOL) valuta?

a. Le tre caratteristiche principali valutate dal questionario sono: soddisfazione della compassione, burnout e stress traumatico secondario.

b. Le tre caratteristiche principali valutate dal questionario sono: stanchezza della compassione, condizioni patologiche e stress traumatico secondario.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. All'inizio della procedura il medico racconta al caregiver che ha bisogno di stabilire se l'ambiente professionale di lavoro è fonte di burnout per lui e per i suoi colleghi. V/F

2. Il medico dice al caregiver che è molto importante che sia rilassato, calmo e sincero durante la procedura di valutazione. V/F

3. Il dottore dice al caregiver che deve rispondere a tutte le domande. V/F

4. Il medico non ha bisogno del consenso del caregiver per iniziare la procedura. V/F

5. Il medico chiede al caregiver di sentirsi libero di fare domande, ma gli dice che non può lasciare nessuna domanda del questionario senza risposta. V/F

6. La sindrome di burnout non ha alcun impatto sulla vita personale del caregiver. V/F

7. Lo stress traumatico sperimentato dai pazienti in cura ha un impatto negativo sulla salute e lo stato mentale del caregiver. V/F

8. I caregiver hanno bisogno di aiuto per controllare il loro stress correlato al lavoro. V/F

9. Il medico non chiede al caregiver quanto spesso viene interrotto durante le attività quotidiane e se questo influisce sulla qualità del suo lavoro. V/F

10. L'adesione a gruppi lavorativi, sociali o religiosi funzionanti non aiuta il caregiver a far fronte ad esperienze negative. V/F

### Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del caregiver:
Crede di avere bisogno di aiuto per controllare gli effetti dello stress correlato al lavoro?	Di solito faccio lunghe passeggiate con il mio cane.
Ritiene utile una discussione con colleghi in situazioni simili?	Cerco di dormire di notte, di mangiare sano e di restare calmo.
Quali rimedi ha utilizzato per far fronte ad esperienze stressanti?	Sì. Recentemente ho avuto un sacco di stress.



Crede che corsi di formazione e seminari possano essere utili?	È più che benvenuto, sono contento di poterla aiutare.
Quante volte viene interrotto durante le attività quotidiane? In che modo questo influisce sulla qualità del suo lavoro?	Si perché no? Possono essere più esperti di me.
Quali misure adotta per migliorare la sua salute fisica e mentale?	Si. Li trovo molto utili perché le tecniche che ho imparato hanno migliorato la comunicazione tra me e il paziente.
Grazie per la sua partecipazione a questa valutazione. Le sue risposte sono molto utili per i nostri sforzi nel migliorare la corretta gestione delle persone che sviluppano burnout.	Molto spesso ed è irritante. Cerco di dare priorità ai compiti secondo la loro importanza.

**Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:**

Conseguenza	Tasso di importanza
Sindrome	Cura, soluzione
Impatto	Concorrente
Traumatico	Responsabilità, dovere
Secondario	Effetto
Responsabilità	Rammarico, malcontento
Squilibrio	Doloroso
Insoddisfazione	Sproporzione
Clinico	Influenza
Concomitante	Sintome, condizione
Remedio	Minore
Priorità	Obiettivo, freddo

## Integrated Grammar

**Clicca sulla corretta parola mancante:**

- ..... le posizioni di alto livello sono a volte piuttosto stressanti, i professionisti possono talvolta sviluppare sindromi di burnout.
  - Dal momento che
  - A causa di
  - Come risultato di
- Ha lavorato duramente e non ha avuto il sostegno della sua famiglia. .... ha sviluppato una sindrome da bruciore.
  - perché
  - di conseguenza
  - dato che
- ..... il suo punteggio totale rivela un basso livello di burnout, non è necessario continuare la valutazione.
  - Come risultato di



- b. Conseguentemente
- c. Dal momento che
- 4. Tutti amano questa infermiera ..... è molto gentile e amichevole.
  - a. come risultato di
  - b. perchè
  - c. a causa di
- 5..... al trattamento ricevuto, si è ripresa velocemente.
  - a. perché
  - b. dal momento che
  - c. grazie a

### Clicca sulla versione corretta:

1. *Poichè si sentiva stanca / Poiché la sindrome da burnout non influenzava direttamente la sua vita personale, ha iniziato a praticare tecniche di rilassamento che le hanno aiutato a gestire lo stress.*
2. *Dal momento che hai bisogno di aiuto per controllare gli effetti causati dalla sindrome da burnout / Poiché il suo punteggio totale rileva un basso livello di burnout, non è necessario continuare la valutazione.*
3. *La famiglia non poteva aiutarla a casa. Di conseguenza, l'hanno mandata in una clinica di cure palliative. / Perciò deve essere calma e rilassata.*
4. *A causa degli step seguiti / A causa di una esposizione cronica allo stress da lavoro ha sviluppato una seria sindrome da burnout.*

### Parlare

**Scrivi una conversazione medico / professionista in cui si parli della sindrome del burnout** (usa come esempio le esercitazioni di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

### Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Crede di avere bisogno di aiuto per controllare gli effetti dello stress correlato al lavoro?*



## **DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA (LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR)**

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



**DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA  
(LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR)**

## DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA (LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR)

La pianificazione della cura è uno degli aspetti più importanti delle cure di fine vita per i pazienti, i parenti e gli operatori sanitari. Questa procedura consente di rispettare i desideri e la libertà del paziente e rispondere alle esigenze dei caregivers.



				P
1	Entrare nella stanza e presentarsi in maniera cordiale: <b>Buongiorno, come si sente oggi?</b> ( <i>Dare del tempo al paziente affinché risponda alla domanda</i> ). <b>Le spiace se parliamo un pò?</b>			0 1 3
2	Assicurare uno spazio privato e confortevole in cui avverrà il colloquio ( <i>assicurare un ambiente confidenziale e confortevole per il paziente. Verificare se ci sono appropriate condizioni di tempo e di spazio</i> ).			0 1 3
3	Prestare particolare attenzione alla comunicazione non verbale durante il colloquio: eliminare le barriere fisiche; cercare di rimanere alla stessa altezza del paziente. Se ci sono altre persone, facilitare uno spazio comunicativo aperto sistemando le sedie in cerchio. ( <i>Questo consentirà una condivisione da parte di tutte le persone che partecipano alla pianificazione della cura</i> )			0 1 3
4	Chiedere al paziente come si sente: <b>ha qualche dolore o preoccupazione specifica?</b> ( <i>Identificare i bisogni del paziente e le condizioni cliniche per pianificare la cura</i> )			0 1 4
5	Chiedere al paziente se ha delle domande riguardanti la sua malattia, il piano di cura e la prognosi generale (ad esempio, <b>quali sono i suoi piani dopo che verrà dimesso?</b> ) ( <i>Presentare la possibilità di una sistematica perdita di autonomia e la necessità di pianificazione in anticipo</i> )			0 1 3
6	Utilizzare l'ascolto attivo e la comunicazione empatica ( <i>prestare attenzione alla partecipazione del paziente e del caregiver nella pianificazione della cura</i> )			0 1 3
7	Adattare il proprio linguaggio al livello sociale e culturale del paziente, pur veicolando messaggi veri e comprensibili. ( <i>Prendere in considerazione i valori del paziente, i suoi interessi e i suoi desideri e assicurarsi che le informazioni fornite siano corrispondenti alle sue condizioni.</i> )			0 1 3
8	Spiegare gli obiettivi del colloquio: <b>oggi vorrei parlare del suo futuro piano di cura..coinvolgere il paziente nel processo decisionale: come sa, è molto importante per noi ascoltare le sue opinioni e le sue preferenze, in modo da prendere assieme le decisioni migliori. È d'accordo?</b> ( <i>Le pratiche cliniche devono essere condivise e consensuali</i> )	ESSENZIALE		
9	Informare il paziente su quali opzioni di cura saranno / potrebbero essere possibili da questo momento in poi, e su quali opzioni non saranno possibili ( <i>Il piano di cura dovrebbe identificare tutte le strategie disponibili per assicurare il comfort del paziente in base alla sua autonomia</i> )			0 1 3
10	Chiedere al paziente quali cure preferirebbe, considerando la situazione attuale e la diagnosi ( <i>Discutere i rischi, i benefici e le conseguenze per pazienti e caregiver</i> )			0 1 3
11	Se pertinente: chiedere al paziente dove vorrebbe essere curato da questo momento in poi (assistenza domiciliare, unità di cure palliative, ecc.) ( <i>È importante discutere questi aspetti con pazienti e caregiver, in modo da comprendere la</i>			0 1 5

	<i>sostenibilità del piano di cura)</i>		
12	Dare al paziente del tempo per poter formulare delle domande		0 1 3
13	Se previsto dalla legislazione nazionale, informare il paziente in merito alla possibilità di indicare le proprie preferenze di cura in un documento scritto, da utilizzare nel caso non fosse più in grado di esprimere le proprie volontà ( <i>ad esempio, per quanto riguarda la scelta sulla non rianimazione o sull'ingresso in terapia intensiva</i> ) ( <i>in questo modo sarà garantita la volontà del paziente e ci sarà un argomento valido per negoziare con i caregivers in caso di vedute diverse</i> )	<b>ESSENZIALE</b>	
14	Dare del tempo, anche in silenzio se necessario. Chiedere al paziente se desidera avere più tempo per pensare o per consultare altri membri della famiglia. Prestare attenzione alla comunicazione ( <i>mantenere il contatto visivo e mostrare empatia, comprensione e rispetto verso le necessità o le opinioni del paziente</i> ).		0 1 3
15	Chiedere al paziente se vuole condividere le informazioni con qualcun altro ( <i>ad esempio, qualcuno che non sia presente in camera</i> )		0 1 5
16	Mostrare la propria disposizione a qualsiasi ulteriore richiesta e informare il paziente su come potersi mettere nuovamente in contatto con il medico. Il paziente deve percepire un senso di continuità nella cura. ( <i>Il piano di cura può essere modificato in qualsiasi momento se richiesto dal paziente, il professionista del settore sanitario è disponibile per ridefinire le strategie se queste non sono rispondenti ai desideri correnti del paziente</i> )		0 1 3
17	Riepilogare le questioni più importanti relative al futuro piano di cura del paziente, che deve poter vedere come la situazione è gestita in maniera seria e professionale. ( <i>L'incertezza e la complessità delle circostanze cliniche vengono gestite in modo coerente</i> )		0 1 5
18	Valutare lo stato emotivo dopo il colloquio: <b>come si sente adesso?</b> Chiedere nuovamente al paziente se ha domande o preoccupazioni finali. ( <i>se sì, discutere tutti gli aspetti che creano preoccupazioni o ansie e proporre una strategia per gestirle</i> ).		0 1 5
19	Lasciare la stanza in maniera cordiale		0 1 3
<b>Punteggio totale: 60</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto %

### Selective references

Thomas K, Lobo B. Advance care planning in end of life care. Oxford University Press, 2010  
 Randall F, Downie R. End of life choices. Oxford University Press, 2009

## DISCUSSIONE CURE DI FINE VITA (LUOGO DI CURA, TRATTAMENTO AGGRESSIVO, DNR)

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

piano di cura  
autonomia

cure di fine vita  
consenso

riservatezza  
PCU

DNR  
ICU

### Definizioni:

1. Il principio etico per cui un medico non può rivelare informazioni divulgate nel corso dell'assistenza medica.
2. Piano di cura accuratamente preparato che mostra tutte le esigenze del paziente. È uno degli aspetti più importanti della cura di fine vita per i pazienti, i parenti e gli operatori sanitari. Questa procedura consente di rispettare i desideri e la libertà del paziente e risponde alle esigenze dei caregiver.
3. La capacità di essere autonomi / capacità di prendere decisioni in modo indipendente da altri.
4. Un impianto per la cura dei pazienti con malattia progressiva e in stato avanzato (unità di cura palliativa).
5. Ordine scritto nelle cartelle cliniche che, negli Stati Uniti, esplicitamente stabilisce che il paziente non deve essere rianimato in presenza di arresto cardiaco.
6. Un documento in cui il medico fornisce tutte le informazioni pertinenti circa l'intervento medico al paziente che deve fornire la sua volontà.
7. Unità ospedaliera in cui si concentra l'attrezzatura speciale e specializzata per la cura di pazienti gravemente malati che richiedono un'attenzione immediata e continua
8. Periodo finale (ore, giorni, settimane, mesi) nella vita di una persona, in cui è evidente che la morte è imminente.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascina e rilascia. Guarda il video e controlla.**

*Il medico pone un'attenzione particolare alla comunicazione non verbale durante il colloquio: elimina le barriere fisiche, cerca di sedersi alla stessa altezza del paziente, tiene un contatto visivo con lui e mostra empatia, comprensione e rispetto verso le esigenze o le opinioni del paziente.*

*Il medico spiega gli obiettivi dell'intervista (il piano di trattamento futuro del paziente) e coinvolge il paziente nel processo decisionale utilizzando l'ascolto attivo e le strategie di comunicazione empatica.*

*Il medico rivede le questioni più importanti riguardanti il futuro piano di cura del paziente. È importante che il paziente sappia che la sua situazione è gestita seriamente e professionalmente.*

- Il medico saluta il paziente, si presenta e assicura uno spazio privato e confortevole per il colloquio.
- Il medico chiede al paziente come si sente; poi chiede al paziente se ha delle domande riguardanti la sua malattia, il piano di trattamento o la prognosi generale.
- sulle sue opzioni diagnostiche e di trattamento e gli chiede quale tipo di cura vorrebbe considerare in funzione della situazione attuale / della diagnosi / delle circostanze. Vengono discussi anche i rischi, i benefici e le conseguenze del piano.
- Il medico chiede al paziente come vorrebbe essere curato (assistenza domiciliare, unità di cura palliativa, altra istituzione specializzata, ecc.). E se ha bisogno di più tempo per pensare alla sua situazione o discutere questi problemi con altri membri della famiglia. Se stabilito dalla legislazione nazionale, il medico informa il paziente sulla possibilità di indicare le proprie preferenze di cura in un documento scritto che può essere utilizzato nel caso in cui non possa più esprimere le proprie opinioni o desideri.
- Il medico chiede al paziente se desidera condividere le informazioni con qualcun altro (ad esempio, qualcuno che non sia ancora in camera).
- Il medico incoraggia il paziente a fare ulteriori domande o a esprimere qualsiasi preoccupazione riguardo la propria malattia, informandolo di poterlo contattare in qualsiasi momento. Il medico informa inoltre il paziente che il piano di cura potrebbe essere modificato in qualsiasi momento se richiesto dal paziente e che gli operatori sanitari sono disponibili per ridefinire le strategie se queste non soddisfano le attuali esigenze e i desideri del paziente.
- Il medico valuta lo stato emotivo del paziente dopo l'intervista e chiede se il paziente ha altre domande o preoccupazioni. Se è così, discutono tutti quegli aspetti che producono preoccupazioni o ansia e il medico propone una strategia per gestirli.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

#### 1. Che cos'è un piano di cura?

- a. Periodo finale (ore, giorni, settimane, mesi) nella vita di una persona, in cui è evidente che la morte è imminente.
- b. Piano di cura accuratamente preparato che mostra tutte le esigenze del paziente. È uno degli aspetti più importanti della cura di fine vita per i pazienti, i parenti e gli operatori sanitari. Questa procedura consente di rispettare i desideri e la libertà del paziente e risponde alle esigenze dei caregiver.

#### 2. Che cos'è un ICU?

- a. Unità ospedaliera in cui si concentra l'attrezzatura speciale e specializzata per la cura di pazienti gravemente malati che richiedono un'attenzione immediata e continua
- b. Una stanza di ospedale per la cura di un particolare gruppo di pazienti che soffrono di una stessa malattia e che non richiedono un'attenzione immediata e continua da parte del personale specializzato.

### 3. Quando può essere modificato il piano di cura?

- Il piano di cura potrebbe essere modificato in qualsiasi momento se richiesto dal paziente e che gli operatori sanitari sono disponibili per ridefinire le strategie se queste non soddisfano le attuali esigenze e i desideri del paziente.
- Il piano di cura non può essere modificato in qualsiasi momento a meno che non sia richiesta dagli assistenti del paziente e dagli operatori sanitari.

### 4. Dove può essere curato un paziente con una malattia terminale?

- Un paziente con una malattia terminale può essere curato solo in un'unità di cura palliativa.
- Un paziente affetto da una malattia terminale può essere curato a casa (cura domestica), in un'unità di cura palliativa o in un'altra istituzione specializzata.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

- Il medico presta particolare attenzione alla comunicazione non verbale durante il colloquio. V/F
- Il medico mostra empatia, comprensione e rispetto verso le esigenze o le opinioni del paziente. V/F
- Il medico spiega gli obiettivi del colloquio (il piano di trattamento futuro del paziente). V/F
- Il medico non coinvolge il paziente nel processo decisionale al fine di non peggiorare lo stato emotivo del paziente. V/F
- Il medico e il paziente discutono anche i rischi, i benefici e le conseguenze del piano di cura. V/F
- Il medico informa il paziente sulla possibilità di indicare le sue preferenze di cura in un documento scritto che può essere utilizzato nel caso in cui non possa più esprimere le proprie opinioni o desideri. V/F
- Una malattia progressiva è una malattia il cui corso naturale tipico è il peggioramento. V/F
- Il medico e il paziente parlano della malattia, ma il medico non rivela la prognosi. V/F
- Il medico impone al paziente gli aspetti più importanti del futuro piano di cura. V/F
- Il medico evita di discutere con il paziente tutti quegli aspetti che producono preoccupazioni o ansia. V/F

### Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Buongiorno, come si sente oggi?	Si, lo sono.
Ha qualche dolore o preoccupazione specifica?	Si, mi piacerebbe pensarci.
Come sa, è molto importante per noi ascoltare le sue opinioni e preferenze, per prendere assieme le decisioni migliori. È d'accordo?	Buongiorno. Non mi sento troppo bene.
Quali sono i suoi progetti per il prossimo periodo di tempo?	Ho una costante sensazione di ansia.
Parliamo del suo futuro piano di cura. Dove vorrebbe essere curato d'ora in avanti?	mi fa piacere che abbiamo avuto questa conversazione.
Vuole più tempo per pensarci su o per consultarsi con altri membri della famiglia?	Mi piacerebbe compilare questo documento
Vorrei informarla della possibilità di indicare le	Non so. Vorrei parlare di questo piano

sue preferenze di cura in un documento scritto (direttive avanzate) da utilizzare se non potrà più esprimere le sue opinioni o i suoi desideri. Cosa ne pensa a riguardo?	di cura.
Come si sente ora alla fine della nostra discussione?	Non ho ancora deciso.

**Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:**

Consensuale	Tendenza, inclinazione
Autonomia	Finale
Circostanza	Trattamento aggressivo
Palliativa	Reciproco
Consenso	Indipendenza
Terminale	Accordo
Predisposizione	Impossibile da invertire
Trattamento di cura intensiva	Malattia in stato avanzato
Malattia progressiva	Lenitivo
Irreversibile	Situazione

## Grammatica integrate

### Clicca sulla versione migliore

1. Voglio che lei sia in grado di parlare apertamente con me, in modo da poterla aiutare meglio / iniziare a discutere di un argomento importante sulla sua condizione di salute.
2. Voglio essere sicuro che questa malattia migliori / di aver chiaramente spiegato la tua situazione medica.
3. Ci sono alcune circostanze in cui le sue paure e preoccupazioni per il futuro sono / il trattamento prolungato finisce per essere non auspicabile.
4. Come suo medico, devo sapere quali sono le cose più importanti per lei, data la sua malattia / se ho capito le sue idee.
5. Non abbiamo bisogno di prendere la decisione oggi, in questo momento / eseguire il trattamento ora.

### Clicca sulla versione migliore:

1. Riconoscere lo stress che la malattia impone a un paziente e alla famiglia.  
*So che è un momento molto difficile per lei e per la sua famiglia / Vorrei trascorrere qualche tempo con lei e cominciare a discutere un argomento importante relativamente alla sua condizione di salute.*
2. Avviare una discussione sul fine vita con un malato terminale  
*Facciamo le analisi del sangue prima / Voglio che lei sia in grado di parlare apertamente con me, in modo da poterla aiutare meglio*
3. Chiarire una prognosi



*Voglio essere sicuro di aver chiaramente spiegato la sua situazione medica. Cos'ha capito a riguardo? / Vorrei parlare con lei della sua prognosi.*

4. Sviluppare una migliore comprensione dei valori e delle preferenze del paziente per l'assistenza di fine vita

*In prossimità della fine della sua vita, come immagina una giornata positiva? / Voglio essere sicuro di aver chiaramente spiegato la sua situazione medica. Cos'ha capito a riguardo?*

5. Processo decisionale condiviso

*Quindi quello che propongo è che lei parli con la sua famiglia sul luogo in cui vorrebbe essere curato e poi vedremo cosa fare. Come è suona? / Può dirmi perché dovrò seguire questo trattamento?*

6. Sviluppare un piano di cura

*Come suo medico, devo sapere quali sono le cose più importanti per lei, data la sua malattia / Abbiamo parlato della sua malattia e mi ha detto come preferisce trascorrere i prossimi mesi. Devo anche conoscere cosa ne pensa dell'uso della rianimazione cardiopolmonare.*

## Parlare

**Scrivi un dialogo tra un medico e un paziente coinvolti nella discussione sull'assistenza di fine vita** (usa come esempi gli esercizi di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio” del forum.**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Il medico spiega gli obiettivi di colloquio e coinvolge il paziente nel processo decisionale. È molto importante che i medici conoscano le opinioni e le preferenze dei loro pazienti, al fine di prendere le decisioni migliori.*



## **GESTIONE DELLA FASE TERMINALE**

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## GESTIONE DELLA FASE TERMINALE

Anche se non oggetto di una diagnosi precisa, il periodo di fine vita (ultimi giorni di vita) può essere pianificato con alta probabilità nel follow-up clinico dei pazienti. In una simile situazione, la cura principale, che deve essere assicurata in modo multidisciplinare, è la seguente: fornire comodità al paziente (igiene personale, controllo del dolore) e preservarne la dignità e l'autovalutazione (promuovere una prospettiva di mantenimento del controllo, anche se le scelte sono limitate) in modo da minimizzare la depressione, la solitudine e la paura.

○	◐	●	P
---	---	---	---

1.	Verificare le funzioni vitali del paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <b>Buongiorno / buon pomeriggio. Mi chiamo.....sono il suo medico / infermiere e la visiterò a breve.</b>			0 2 5
2.	<b>Mi può dire il suo nome, per favore.....</b> (in alternativa, verificare il nome dal braccialetto della paziente) <b>E la sua data di nascita .....</b> <b>Grazie.</b> ( <i>Queste domande vengono poste in maniera da evitare che la procedura venga fatta sul paziente sbagliato, dal momento che ci sono spesso diversi pazienti con lo stesso nome. Allo stesso tempo è sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. / la Sig.ra Rossi?"; in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi</i> ). In alternativa, in particolar modo nei pazienti con difficoltà di comunicazione (in stato confuso o comatoso, ecc.) verificare la conformità tra i dati della cartella clinica e quelli del braccialetto (se al polso del paziente) in termini di identità del paziente.	ESSENZIALE		
3.	Valutare le abilità del paziente nel parlare ( <i>debolezza e difficoltà di respirazione associate allo sforzo nel parlare suggeriscono una morte clinica imminente</i> )			0 1 3
4.	Ispezionare la pelle del paziente alla ricerca di chiazze, così come ispezionare le estremità per eventuale presenza di cianosi e/o freddezza ( <i>il rallentamento della circolazione suggerisce una morte clinica imminente</i> )			0 1 3
5.	Valutare i segni vitali ( <i>se non sono stati recentemente valutati o se lo ritenete opportuno a causa di cambiamenti nella condizione clinica del paziente</i> : Frequenza cardiaca, misurazione BP ± ossimetria: HR ..... battiti / min, BP ... ..... mmHg ± SaO2 .....%). ( <i>Un impulso debole, una bassa pressione sanguigna e una diminuita saturazione dell'ossigeno suggeriscono una morte clinica imminente</i> ). Decidere se la somministrazione di ossigeno è appropriata ( <i>mantenere un buon livello di ossigenazione può ridurre i sintomi</i> ).			0 1 3
6.	Valutare la capacità respiratoria del paziente ( <i>un respiro irregolare / rumoroso suggerisce una morte clinica imminente</i> ).			0 1 3
7.	<b>Ha difficoltà nel respirare?</b> ( <i>Posizionare il paziente in posizione seduta - Fowler lo aiuta a respirare più facilmente; posizionandolo su un lato - decubito laterale, si favorisce il drenaggio gravitazionale delle secrezioni orali</i> ).			0 1 3
8.	Auscultare la respirazione del paziente e, se si individua una respirazione umida, rassicurare la famiglia che il paziente non corre pericolo di soffocare, ma ha semplicemente difficoltà nell'eliminazione delle secrezioni. Se possibile, fare domande dirette al paziente: <b>Ha difficoltà respiratorie associate a abbondanti secrezioni di cui preferirebbe liberarsi?</b> ( <i>Gli sforzi per l'idratazione e l'alimentazione di un paziente in questo periodo di fine vita possono generare minore qualità della vita a causa delle eccessive secrezioni bronchiali</i> ). <b>Possiamo aiutarla a sbarazzarsi di queste</b>			0 1 3

	<b>secrezioni.</b> <i>(Di solito i medici prescrivono sostanze che asciugano le secrezioni. Raramente vi è la necessità di rimuoverle meccanicamente usando sonde di aspirazione).</i>			
9.	Valutare la cavità orale in termini di presenza di membrane mucose <i>(un segno indiretto di respirazione via bocca suggerisce una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
10.	<b>Vuole che la finestra venga aperta o vuole che la stanza venga un pò ventilata in modo da rinfrescare l'aria?</b> <i>(Questi semplici interventi possono aumentare la qualità della vita di un paziente nella sua fase di fine vita).</i>			0 1 3
11.	Valutare la disponibilità del paziente e la capacità di moto a letto <i>(movimenti ridotti suggeriscono una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
12.	Assicurarsi che almeno a intervalli di due ore il paziente cambi la sua posizione a letto, da solo o con assistenza sanitaria <i>(per evitare lo sviluppo di piaghe da decubito)</i> - fare riferimento alla procedura di trasferimento del paziente a letto.			0 1 3
13.	Valutare il processo di deglutizione durante il consumo di alimenti solidi o liquidi <i>(disturbi di deglutizione suggeriscono una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
14.	Valutare la presenza di manifestazioni digestive quali nausea, perdita di appetito, costipazione, distensione addominale <i>(la presenza di tali manifestazioni suggerisce una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
15.	Assicurare il comfort nutrizionale del paziente <i>(offrendo il cibo desiderato e contrastando la nausea con antiemetici, se necessario)</i> - fare riferimento alla procedura di nutrizione del paziente. Rassicurare i familiari riguardo i problemi di nutrizione del paziente. <i>(Assicurando loro che in questa fase di malattia la mancanza di nutrizione non produce sofferenza)</i>			0 1 3
16.	Valutare se sono presenti perdite urinarie o fecali <i>(l'incontinenza degli sfinteri anali o urinari suggerisce una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
17.	<b>Potremmo aiutarla con l'igiene personale, se lo desidera. La prego di indicarci in quale giorno preferisce che venga eseguito il bagno a letto</b> <i>(Chiedere al paziente laddove le attività mediche da svolgere rientrano nel suo potere di decisione, di prendere delle scelte, di ripristinare una parte della suo controllo sulla sua vita e di rafforzare la sua dignità: mantenere il paziente pulito anche se è in stato comatoso in modo da mantenere la sua dignità).</i>			0 1 3
18.	<b>Ogni volta che lo ritenga adeguato, ci informi e la aiuteremo a mantenere un buon livello di igiene.</b> - fare riferimento alle procedure di bagno a letto del paziente, cura orale, sostituzione della biancheria da letto, gestione delle ferite <i>(mantenere l'igiene del paziente lo aiuterà a sentirsi più a suo agio con la sua condizione di fine vita e a rafforzare la sua dignità)</i>			0 1 3
19.	Valutare la presenza di disturbi sensoriali <i>(le percezioni sensoriali si riducono progressivamente. L'udito è generalmente l'ultimo senso che viene perso, suggerendo una morte clinica imminente)</i>			0 1 3
20.	Valutare l'affiliazione culturale e religiosa del paziente <i>(questi aspetti potrebbero influenzare decisioni quali: individuazione della persona più idonea ad essere informata sulla condizione medica del paziente, che poi possa informare gradualmente anche il paziente e gli altri membri della famiglia; sepoltura / cremazione; prolungamento della vita attraverso dispositivi medici; donazione degli organi; riti di fine vita).</i>			0 1 3
21.	Cercare documenti legali contenenti volontà precedentemente elaborate dal paziente per quanto riguarda la gestione del fine vita <i>(es.: assistenza sanitaria, accordo di donazione di organi)</i> . Inserire una copia di queste istruzioni all'interno della cartella clinica in modo che siano facilmente			0 1 3

	utilizzabili dagli altri membri del personale sanitario.			
22.	Coinvolgere i membri della famiglia ( <i>valutare la capacità di comprensione dei familiari stessi</i> ): <b>Avete già un'esperienza precedente di un familiare morto prematuramente?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
23.	<b>Avete domande su ciò che accadrà durante questo periodo o al momento della scomparsa del vostro caro?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 2 5
24.	<b>Forse è il caso che cominciate a pensare all'eventualità di salutare vostro...come immaginate che questo accadrà?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
25.	<b>Durante questo periodo difficile siete riusciti a prendervi cura di voi stessi? Avete qualcuno a disposizione che possa aiutarvi in questo momento difficile?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
26.	<b>Ci sono, nella sua famiglia, riti specifici che potreste ritenere importanti per il vostro caro? Potete delegare una persona capace di prendersi cura di tutti gli aspetti desiderati che coinvolgono gli ultimi riti?</b> ( <i>Chiedere queste informazioni ai membri della famiglia del paziente o alle persone care diventa utile per ottimizzarne il supporto durante il periodo di fine vita del paziente</i> ).			0 1 3
27.	<b>Ci dica, per favore, quando vuole essere visitato dai suoi parenti più stretti e da chi di loro in particolare. Se lo desidera, possiamo organizzarci in modo da portare qui il suo animale domestico.</b> ( <i>Chiedere al paziente laddove le attività mediche da svolgere rientrano nel suo potere di decisione, di fare delle scelte, di ripristinare una parte del suo controllo sulla sua vita e di rafforzare la sua dignità</i> ).			0 1 3
28.	<b>Dove preferisce essere curato? Casa, ospedale, ospizio? È una sua decisione</b> ( <i>Discutere con il paziente e con la famiglia il posto migliore per le cure terminali, consegnando al paziente stesso un potere di decisione, di fare delle scelte, di ripristinare una parte del suo controllo sulla sua vita e di rafforzare la sua dignità</i> ).			0 1 3
29.	Posizionarsi in modo da avere contatto visivo con il paziente ( <i>In termini di comunicazione non verbale tale posizionamento incoraggia il paziente ad essere più aperto alle discussioni</i> ). <b>Mi sembra preoccupato. Ne vuole parlare? Mi piacerebbe capire meglio le sue preoccupazioni per essere in grado di aiutarla il più possibile.</b> ( <i>La disponibilità del paziente a discutere le sue preoccupazioni può essere facilitata dal contatto tattile – tenere la mano del paziente, anche fornendo un massaggio alla parte posteriore, potrebbe essere di aiuto</i> ).			0 1 3
30.	<b>Sarebbe interessato a discutere della sua condizione medica con me o con qualcun altro?</b>			0 1 3
31.	<b>Potremmo aiutarla a controllare il dolore, se lo desidera. La prego di dirci quando sente dolore e le prescriveremo il trattamento appropriato</b> - fare riferimento alle procedure del controllo del dolore ( <i>il controllo del dolore aiuta il paziente a sentirsi più a suo agio con la sua condizione di fine vita e a rinforzare la sua dignità</i> )			0 1 3

# PROCEDURA MEDICA



32.	Compilare la cartella medica con tutti i particolari relativi alla realizzazione della procedura. Indicare data e orario.	ESSENZIALE	
33.	Tutti gli step devono essere seguiti nell'ottica della sicurezza del paziente ( <i>sistemare il letto ad un'altezza inferiore, sollevare le barriere laterali</i> ), risistemare gli oggetti personali del/della paziente ( <i>e.g. cellulare, libro, ecc.</i> ), posizionare il telecomando per l'assistenza medica in maniera che possa essere a portata di mano.		0 2 6
<b>Punteggio totale: 100</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto %
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto %

### Riferimenti:

Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009

## GESTIONE DELLA FASE TERMINALE

### Introduction

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

atropina	cianosi	morte clinica	necropsia
ossigenazione	antiemetico	periodo di fine vita	incontinenza urinaria

### Definizioni:

1. Medicina utilizzata per prevenire la nausea e il vomito.
2. Sbiancamento bluastrò della pelle e delle mucose causato da una mancanza di ossigeno nel sangue.
3. L'esame di un corpo dopo la morte, autopsia.
4. Sostanza utilizzata per dilatare le pupille degli occhi e per arrestare gli spasmi.
5. Termine medico utilizzato per indicare la cessazione della circolazione sanguigna e della respirazione, due criteri necessari per sostenere la vita umana.
6. Condizione derivante da varie cause, tra cui lesioni o età, in cui la minzione non può essere controllata volontariamente. Può essere temporanea o permanente.
7. Intervento che fornisce una maggiore quantità di ossigeno ai polmoni. ossigenazione
8. Periodo di vita compreso gli ultimi sette giorni. In una simile situazione, la cura medica è assicurata in modo multidisciplinare e si concentra su: fornire comfort al paziente (igiene personale, controllo del dolore e disturbi respiratori) e mantenere integra la sua dignità, al fine di minimizzare la depressione, la solitudine e la paura.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascina e rilascia. Guarda il video e controlla.**

*In un primo momento, il medico valuta le abilità di parola del paziente, ispeziona la pelle, la respirazione e la cavità orale in termini di presenza di membrane mucose, in quanto segni che suggeriscono una morte clinica prossima.*

*Dopo aver esaminato la capacità motoria del paziente, il medico analizza il processo di deglutizione mentre mangia cibi solidi o beve liquidi, dlla momento che disordini di deglutizione suggeriscono una morte clinica imminente. Il medico identifica la presenza di manifestazioni digestive come nausea, perdita di appetito, costipazione o distensione addominale e controlla che venga assicurato il comfort nutrizionale del paziente.*

*Dopo aver parlato dell'igiene personale del paziente, il medico esamina il paziente per identificare la presenza di disturbi sensoriali: le percezioni sensoriali si riducono progressivamente.*

- Il medico esamina la disponibilità del paziente e la capacità motoria a letto. Garantisce che, almeno a intervalli regolari di due ore, il paziente cambi la sua posizione a letto, da solo o

- con un aiuto medico, per evitare lo sviluppo di piaghe da decubito. Se possibile, è consigliabile che il paziente cammini dentro e fuori la stanza.
- Il medico valuta se sono presenti perdite urinarie o fecali: l'incontinenza dello sfintere anale o urinario suggerisce una morte clinica imminente. Il medico chiede al paziente come possono aiutarlo a mantenere un buon livello di igiene.
  - Il medico si informa riguardo le credenze culturali e religiose del paziente, in quanto questi aspetti potrebbero aiutare il personale medico con: individuazione della persona più idonea ad essere informata sulla condizione medica del paziente, che poi possa informare gradualmente anche il paziente e gli altri membri della famiglia; sepoltura / cremazione; prolungamento della vita attraverso dispositivi medici; donazione degli organi; riti di fine vita).
  - Il medico sistema una copia dei documenti legali contenenti le istruzioni precedentemente elaborate dal paziente riguardo la gestione del fine vita all'interno della cartella clinica del paziente, in modo che sia a disposizione del personale sanitario.
  - Il medico parla con il paziente riguardo le esperienze precedenti legate alla morte di una persona vicina e chiede se ci sono riti specifici di cui si dovranno prendere cura.
  - Il medico parla con il paziente riguardo il luogo in cui vorrebbe essere curato; chiede al paziente se conosce la sua condizione medica e se ne vuole discutere; domanda se ha un desiderio particolare che il medico o qualcun altro della famiglia possa soddisfare. Inoltre gli assicura che lo aiuteranno a controllare il dolore, dandogli il trattamento appropriato.
  - Il medico compila la cartella clinica del paziente con tutti i dettagli relativi alla realizzazione della procedura (data, durata), incidenti, complicazioni, volume e aspetto (colore, chiarezza ecc.) delle urine. Tutte le misure sono adottate per la sicurezza del paziente.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. *Che cos'è la necropsia?*

- a. È l'esame di un corpo dopo la morte per determinare la causa della morte o le modifiche prodotte dalla malattia.
- b. È l'esame di un corpo dopo la morte per determinare le modifiche prodotte dalla malattia.

2. *Che cosa si intende per incontinenza urinaria?*

- a. Condizione derivante da varie cause, tra cui lesioni o età, in cui la minzione può essere controllata volontariamente. Può essere temporanea o permanente.
- b. Condizione derivante da varie cause, tra cui lesioni o età, in cui la minzione non può essere controllata volontariamente. Può essere temporanea o permanente.

3. *Come sono assicurate le cure mediche nel periodo di fine vita?*

- a. La cura medica è assicurata in modo multidisciplinare e si concentra su: fornire comfort al paziente (igiene personale, controllo del dolore e disturbi respiratori) e mantenere integra la sua dignità, al fine di minimizzare la depressione, la solitudine e la paura.
- b. La cura medica non è assicurata in modo multidisciplinare ma si concentra su: fornire comfort al paziente (igiene personale, controllo del dolore e disturbi respiratori) e mantenere integra la sua dignità, al fine di minimizzare la depressione, la solitudine e la paura.

4. *Quanto spesso il paziente deve cambiare la sua posizione a letto?*

- Il paziente deve cambiare posizione a letto almeno ogni due ore, da solo o con un aiuto medico.
- Il paziente deve cambiare ogni giorno la sua posizione a letto, da solo o con un aiuto medico per evitare lo sviluppo di piaghe da decubito.

**Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:**

- All'inizio della procedura il medico valuta le abilità di parola del paziente e ispeziona la pelle alla ricerca di macchie. V/F
- La presenza mucose è uno dei segni che suggeriscono la morte clinica imminente. V/F
- Il paziente non deve cambiare la sua posizione a letto per evitare lo sviluppo di piaghe da decubito. V/F
- Se possibile, è consigliabile che il paziente cammini dentro o fuori la stanza. V/F
- I disturbi della deglutizione non suggeriscono la morte clinica imminente. V/F
- Il medico identifica la presenza di manifestazioni digestive come nausea, perdita di appetito, costipazione o distensione addominale. V /F
- L'esame dei disturbi sensoriali del paziente non è importante. V/F
- Il medico parla con la famiglia di esperienze precedenti relative alla morte di una persona vicina. V/F
- Il medico parla con il paziente solo del luogo in cui vorrebbe essere curato. V/F

**Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:**

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
Ha difficoltà respiratorie associate a abbondanti secrezioni di cui preferirebbe liberarsi? Possiamo aiutarla a sbarazzarsi di queste secrezioni.	Si, mi aiuta mia sorella.
Vuole che la finestra venga aperta o vuole che la stanza venga un pò ventilata in modo da rinfrescare l'aria?	Preferirei restare a casa.
Potremmo aiutarla con l'igiene personale, se lo desidera. La prego di indicarci in quale giorno preferisce che venga eseguito il bagno a letto	Sono preoccupato per la mia condizione, ma vedo che fate tutto quello che è possibile per farmi sentire a mio agio.
Durante questo periodo difficile è riuscito a prendersi cura di se? Ha qualcuno a disposizione per aiutarla?	Grazie mille. Nel caso la informerò.
Dove preferisce essere curato? Casa, ospedale, ospizio? È una sua decisione	È una buona idea.
Mi sembra preoccupato. Ne vuole parlare? Mi piacerebbe capire meglio le sue preoccupazioni per essere in grado di aiutarla il più possibile.	Grazie. Preferirei alle 8, dopo cena.
Potremmo aiutarla a controllare il dolore, se lo desidera.	Giusto. Respiro con difficoltà. Preferirei l'atropina.

**Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:**

Palpabile	Ristabilire
Ottimizzare	Rinforzo
Antiemetico	Migliorare
Imminente	Tattile
Motorio	Riempire
Rituale	Cremazione
Cremazione	Cerimonia
Ripristinare	Movimento
Consolidare	Anti-malattia
Saturare	Vicina

## Grammatica

### Clicca sulla versione migliore

1. La sua posizione a letto .....ogni due ore.  
*cambia / viene modificata*
2. le sue cavità .....ogni sei mesi.  
*vengono controllare / controllò*
3. Lui.....dal suo dottore due volte al giorno.  
*non viene visitato / non vede*
4. È sicuro che le procedure ....correttamente  
*si eseguono / vengono eseguite*
5. I suoi vestiti .....un'ora fa.  
*lavarono/ sono stati lavati*

### Clicca sulla versione migliore

1. Lei.....all'ospedale tre ore fa.  
*è stata portata*  
*è portata*  
*verrà portata*
2. Loro .....domani pomeriggio  
*sono ricoverati*  
*saranno ricoverati*  
*sono stati ricoverati*
3. Lui .....a casa a partire dal prossimo mese.  
*è curato*  
*è stato curato*  
*sarà curato*
4. La sua temperatura .....da poco.  
*è monitorata*  
*è stata monitorata*  
*sarà monitorata*

5. Tutti i pazienti ..... per il trasferimento a partire da ieri  
*sono stati preparati*  
*sono preparati*  
*saranno preparati*

## Parlare

**Scrivi un dialogo medico / paziente in cui si parla della gestione del periodo di fine vita (vedi gli esercizi di lettura e vocabolario).** Registra l'audio, caricalo seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Mi sembra preoccupato. Ne vuole parlare? Mi piacerebbe capire meglio le sue preoccupazioni per essere in grado di aiutarla il più possibile.*



## **PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE - CAMBIO POSTURALE -**

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



**PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE  
- CAMBIO POSTURALE -**

## PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE - CAMBIO POSTURALE –

La prevenzione delle ulcere da pressione è indispensabile per il benessere dei pazienti terminali costretti a letto e costituisce uno dei temi fondamentali della pratica di infermieristica. La prevenzione efficace si prefigge l'eziologia delle ulcere da pressione. Ciò comporta quattro principi fondamentali di prevenzione:

- Prevenzione attraverso la riduzione dell'intensità delle forze di pressione e di taglio
- Prevenzione attraverso la riduzione della durata delle forze di pressione e di taglio
- Applicazione di materiali / utensili al fine di disperdere la pressione
- Nutrizione e idratazione

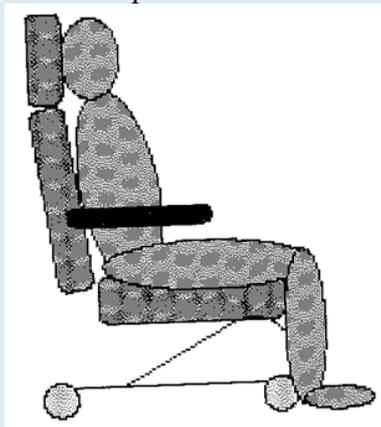
		Concetto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	P
<b>PREPARAZIONE</b>						
1	<p>Esaminare i file medici del paziente:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Controllare la relazione sul rischio di ulcere da pressione: punteggi sulla scala BRADEN o sulla scala NORTON1</li> <li>• Convalidare l'orario previsto per il cambio di posizione</li> <li>• Controllare eventuali controindicazioni al cambio di posizione</li> <li>• Verificare la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare i cambiamenti di posizione o che richiedano un personale supplementare per garantire la sicurezza del paziente</li> </ul>					0 4 9
2	<p>Disinfettare le mani o indossare guanti medici <i>(solo nel caso di lesioni tegumentari nelle mani di chi effettua la procedura o nel caso di un elevato potenziale infettivo da parte del paziente)</i> quali precauzioni standard</p>	<i>precauzioni standard</i>				0 2 5
3	<p>Chiudere la porta ed assicurare uno spazio privato in modo, se necessario, da poter facilmente cambiare la posizione del paziente <i>(tende, schermo, segnale di stanza occupata, ecc)</i></p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 2 5
4	<p>Rapida valutazione della presenza dei segni vitali <i>(stato di coscienza, movimenti, capacità di parlare, respiro)</i>  <b>Salve, mi chiamo.....Sono un infermiere e adesso misurerò il livello del suo dolore</b></p>	<p><i>Funzioni vitali preservate <input type="checkbox"/>;</i>  <i>arresto cardiorespiratorio <input type="checkbox"/></i>  <i>- dare il via alla discussione con il paziente</i></p>				0 2 5
5	<p><b>Mi potrebbe dire il suo nome? E la sua data di nascita? Grazie</b></p>	<p><i>Conformità con la cartella clinica in termini di:</i>  <i>Nome: <input type="checkbox"/></i>  <i>Data di nascita: <input type="checkbox"/></i></p>	<b>ESSENZIALE</b>			
6	<p>Sistemare il letto in posizione di lavoro (altezza appropriata) e abbassare le guide laterali</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3

8	<p><b>Ora cambierò la sua posizione a letto, in modo da prevenire eventuali ulcere da pressione</b>                  La posturazione, ovvero il cambiamento della postura del paziente, deve avvenire ogni 2 ore ed è utile solo quando è fatta in maniera rigorosa, giorno e notte, 7 giorni alla settimana!</p>	Spieghiamo al paziente COSA FAREMO  Diciamo al paziente COSA DOVRÀ FARE				0 2 5
<b>EFFETTUARE UN CAMBIO POSTURALE A LETTO</b>						
9a	<p>La procedura del cambio posturale punta a garantire delle posture in cui la pressione è il più possibile bassa. In pratica ciò significa che una posizione supina è quella migliore, mentre una postura laterale è decisamente quella peggiore<sup>2</sup>.                  È necessario cercare di evitare posizioni che aumentino la pressione, come la posizione laterale a 90° o la posizione semi-orizzontale poiché aumentano la pressione<sup>3</sup>.  <b>Posizione supina:</b>                  Evitare che la testa del letto sia posizionata ad un angolo superiore ai 30 ° e che l'individuo si abbassi troppo quando si siede sul letto. La posizione migliore da supini è quindi la cosiddetta posizione semi-fowler, in cui la testa è posizionata a 30° e le ginocchia sono leggermente piegate (30°)<sup>3</sup>.</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE			
<p><b>Semi-Fowler 30° - 30°</b></p>						
9b	<p><b>Posizione laterale</b>                  Nella posizione laterale il paziente è girato di 30° rispetto al materasso e la schiena è supportata da un cuscino che iscrive un angolo di 30°. È importante che la fessura anale non tocchi direttamente il materasso: in tal senso l'utilizzo di un cuscino può essere risolutivo. .</p>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	ESSENZIALE			
<p><b>Zijligging :</b></p>						
<b>EFFETTUARE UN CAMBIO POSTURALE DA SEDUTI</b>						
9c	La pressione in posizione da seduti è addirittura					

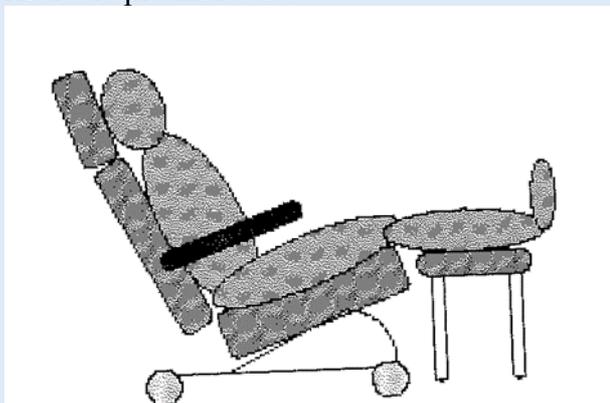
superiore a quella esercitata quando si è sdraiati. Il rischio di decubito è ancora maggiore, dal momento che la pressione viene distribuita su una superficie più piccola. Il cambio posturale, pertanto, deve essere effettuato con una frequenza più alta.

Non ci sono evidenze scientifiche su quanto spesso il cambio posturale debba essere effettuato, ma si consiglia di mantenere una frequenza oraria<sup>2</sup> e di limitare il tempo di seduta per i pazienti con un forte rischio di decubito.

Sistemare il paziente in una posizione in cui possa svolgere attività con minima pressione o taglio sui tessuti sottostanti. Assicurarsi che le gambe siano posizionate in modo da creare un angolo di 90 ° con supporto massimo delle ginocchia quando il paziente è seduto in posizione retta. Collocare uno sgabello sotto i piedi del paziente, laddove questi non dovessero toccare il pavimento<sup>3</sup>.



Quando il paziente è seduto con la parte posteriore del corpo appoggiata, assicurarsi che le gambe siano appoggiate e che i talloni possano muoversi<sup>3</sup>. Poiché la pressione è più bassa in caso di posizione da seduta con la parte posteriore appoggiata, tale posizione risulta la più indicata<sup>2</sup>.



SI  NO

ESSENZIALE

	L'uso di cuscini di pressione, così come di materassi di pressione, rende meno frequente l'esigenza di un cambio posturale. Sono pertanto consigliati cuscini ad aria, cuscini in gomma piuma e i cuscini in gel.					
<b>POST-TERAPIA</b>						
10	Assicurarsi che il campanello (o qualsiasi altro sistema di contatto) sia a portata di mano.	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
11	Riordinare la stanza, aprire le finestre, rimuovere qualsiasi copertura	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
12	Spegnere il segnale di "stanza occupata"	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
13	Annotare la procedura sulla cartella clinica del paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
14	Fare rapporto sulla cartella clinica del paziente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
15	Fare rapporto verbalmente	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>				0 1 3
<b>Punteggio totale: 50</b>		<input type="radio"/>	critero non soddisfatto			<b>%</b>
		<input type="radio"/>	critero parzialmente soddisfatto			<b>%</b>
		<input type="radio"/>	critero completamente soddisfatto			<b>%</b>

### Riferimenti:

Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review. J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.

Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen. 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.

Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE). KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.

## PREVENZIONE ULCERE DA PRESSIONE - CAMBIO POSTURALE –

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

attrito	debridement	eziologia	prevenzione
valutazione della pelle	scale Braden e Norton	idratazione	valutazione dell'ucera

### Definizioni:

1. Il processo di rimozione del tessuto devitalizzato da un'ulcera.
2. Metodo utilizzato per valutare lo stato della pelle in modo da identificare il potenziale rischio di sviluppo di piaghe da decubito.
3. Interventi antecedenti l'insorgenza di una condizione e funzionali alla riduzione dei fattori di rischio e alla valorizzazione dei fattori protettivi.
4. La forza che si oppone al moto di un oggetto.
5. Un ramo della scienza medica interessata alle cause e alle origini delle malattie.
6. La fornitura di un'adeguata assunzione di liquidi per soddisfare tutte le esigenze fisiche e sostituire eventuali perdite.
7. Un metodo utilizzato per determinare l'area, la profondità e il volume di un'ulcera da pressione.
8. Strumenti per valutare il rischio del paziente di sviluppare ulcere da pressione.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascina e rilascia. Guarda il video e controlla.**

*Dopo aver esaminato la cartella clinica del paziente, l'infermiera lava le mani e indossa guanti medicali puliti, chiude la porta e assicura uno spazio privato per cambiare la posizione del paziente.*

*Dopo aver sistemato il letto nella posizione di lavoro, l'infermiera indica al paziente che sta per cambiare la sua posizione in modo da prevenire ulcere da pressione. Inoltre spiega al paziente come può contribuire alla procedura di prevenzione.*

*Una volta terminato il riposizionamento del paziente, l'infermiera si assicura che il campanello (o qualsiasi altro sistema di contatto) sia a portata di mano del paziente.*

- Inizialmente l'infermiera controlla la cartella clinica del paziente: esamina i file medici del paziente; controllare la relazione sul rischio di ulcere da pressione; convalida l'orario previsto per il cambio di posizione; controlla eventuali controindicazioni al cambio di posizione; verifica la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono

- complicare i cambiamenti di posizione o che richiedano un personale supplementare per garantire la sicurezza del paziente.
- L'infermiera effettua una rapida valutazione della presenza di segni vitali e mette il letto in posizione di lavoro (altezza adeguata).
  - Se il paziente è in posizione supina, l'infermiera pone la testa del letto in posizione 30 ° e assicura che le ginocchia del paziente siano leggermente piegate (30 °).
  - Se il paziente è in posizione laterale, viene girato di 30 ° verso il materasso e la schiena è sostenuta con un cuscino che fa un angolo di 30 °.
  - Se il paziente è seduto su una sedia, l'infermiera cambia la posizione del paziente in modo che possa svolgere attività con una minima pressione sui tessuti sottostanti. L'infermiera assicura che le gambe siano in un angolo di 90 ° e mette i piedi su uno sgabello.
  - L'infermiera pulisce la stanza, apre le tende e rimuove il segno di stanza occupata. Poi si toglie i guanti e disinfetta le mani.
  - Infine, segna quando va nuovamente effettuata la procedura di riposizionamento a letto e annota la relazione sulla procedura di riposizionamento effettuata. L'annotazione viene fatta con precisione e chiarezza, facendo riferimento a come il paziente ha contribuito alla procedura.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

1. *In che cosa consiste il debridement?*

- a. Il processo di rimozione del tessuto devitalizzato da un'ulcera.
- b. La forza che si oppone al moto di un oggetto.

2. *Che cosa sono le scale Braden e Norton?*

- a. Metodi utilizzati per determinare l'area, la profondità e il volume di un'ulcera da pressione
- b. Strumenti per valutare il rischio del paziente di sviluppare ulcere da pressione.

3. *In che modo l'infermiera riposiziona un paziente in posizione supina?*

- a. Se il paziente è in posizione supina, l'infermiera pone la testa del letto in posizione 20 ° e assicura che le ginocchia del paziente siano leggermente piegate (30 °).
- b. Se il paziente è in posizione supina, l'infermiera pone la testa del letto in posizione 30 ° e assicura che le ginocchia del paziente siano leggermente piegate (30 °).

4. *Quali sono gli step che l'infermiera deve seguire al termine della procedura?*

- a. Alla fine della procedura, l'infermiera segna quando va nuovamente effettuata la procedura di riposizionamento a letto e annota la relazione sulla procedura di riposizionamento effettuata. L'annotazione viene fatta con precisione e chiarezza, facendo riferimento a come il paziente ha contribuito alla procedura. L'infermiera, inoltre, segna tutto ciò che il paziente ha detto.
- b. Alla fine della procedura, l'infermiera segna quando va nuovamente effettuata la procedura di riposizionamento a letto e annota la relazione sulla procedura di riposizionamento effettuata. L'annotazione viene fatta con precisione e chiarezza, facendo riferimento a come il paziente ha contribuito alla procedura. L'infermiera, inoltre, segna ciò che il paziente ha detto e che può avere una valenza significativa.

## Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. Le azioni preventive sono interventi successivi all'inizio di una condizione attraverso la riduzione dei fattori di rischio e la valorizzazione dei fattori protettivi. V/F
2. L'attrito è la forza che si oppone al moto di un oggetto. V/F
3. L'eziologia è un ramo della scienza medica interessata alle diagnosi delle malattie. V/F
4. L'idratazione consiste nel fornire un'adeguata assunzione di liquidi per soddisfare tutte le necessità del corpo e sostituire eventuali perdite. V/F
5. In un primo momento l'infermiera esamina la cartella clinica del paziente: controlla la relazione sul rischio di ulcere da pressione e convalida il calendario prescritto per il pasto del paziente. V/F
6. L'infermiera controlla eventuali controindicazioni nel cambiare la posizione e controlla la presenza di eventuali cateteri o altri dispositivi che possono complicare la modifica della posizione del paziente. V/F
7. Dopo aver esaminato la cartella clinica del paziente, l'infermiera lava le mani, indossa guanti medici puliti e apre la porta e le finestre. V/F
8. L'infermiera effettua una rapida valutazione della presenza di segni vitali. V/F
9. L'infermiera spiega al paziente cosa sta per fare: cambiare la sua posizione per prevenire ulcere da pressione. V/F
10. L'infermiera dice al paziente che non è autorizzato a contribuire alla procedura di prevenzione. V/F

## Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Come le ho già detto, sto per modificare la sua posizione a letto. È d'accordo?	Le 9.15.
Questa procedura è molto importante. Ricorda quante volte abbiamo cambiato la sua posizione ieri?	Non è difficile. Capisco che sia importante.
Sembra un numero grande ma il cambio posturale deve avvenire ogni 2 ore. Lo sapeva?	La prima posizione va bene per me.
Il cambio posturale è utile solo quando è fatto rigorosamente, giorno e notte, 7 giorni alla settimana! È difficile per lei?	Ne ho due: da sdraiato e su un fianco. lateral position.
Qual è la sua posizione preferita?	Sì. Abbiamo cambiato la posizione 6 volte.
Facciamo il cambio posturale, che rifaremo tra due ore. Va bene?	Sì, lo sapevo dal momento che in famiglia abbiamo avuto altre tre persone nelle stessa condizione.
Ora dovrò segnare quando abbiamo fatto il cambio posturale. Mi dice che ora è?	Sì, nessun problema.

**Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:**

Disidratazione	Consegna
Forza	Adatto
Magnitudine	Perdita di liquidi
Distribuzione	Schema
Incidenza	Severo
Rigoroso	Potere
Strategia	Rimozione
Diverso	Spargimento
Debridement	Dimensione
Adeguate	Frequenza

## Grammatica Integrata

**Clicca sulla versione migliore:**

1. Ho avuto altre *terzo/ tre* persone della famiglia nella stessa.
2. *Sessantadue/ primo* pazienti si sono lamentati dello stessa tipologia di dolore.
3. Ho *due/quinta* posizioni preferite: da steso sulla schiena e su un lato.
4. Il cambio posturale è utile solo quando è fatto rigorosamente, giorno e notte, *sette/settimo* giorno a settimana. .
5. Iniziamo con *la prima / ventidue* posizione, che cambieremo tra due ore.

**Clicca sulla versione migliore**

1. ....posizioni vanno bene per me.  
*Entrambe*  
*Doppia*  
*Tre volte*
2. Devi prendere .....di questa medicina.  
*Sette volte*  
*Divisa per due*  
*Un quarto*
3. ...., il medico, l'infermiere e il paziente hanno contribuito alla riuscita della procedura.  
*Entrambi*  
*Tutti e tre*  
*Triplo*



4. Il dottore si raccomanda affinché il paziente prenda una .....dose.  
*doppia*  
*un quaro*  
*la decima*
  
5. Il cambio posturale è stato fatto alle.....di oggi  
*il 4 April 2017*  
*9.15*  
*20%*

## Parlare

**Scrivi un dialogo in cui un medico parla con un paziente del cambio posturale** (usa come esempio gli esercizi di lettura e vocabolario). Registra l'audio, caricalo seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Il cambio posturale deve avvenire ogni 2 ore ed è utile solo quando viene effettuato rigorosamente, giorno e notte, 7 giorni alla settimana!*



## VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA SUA MALATTIA

**Procedura medica**

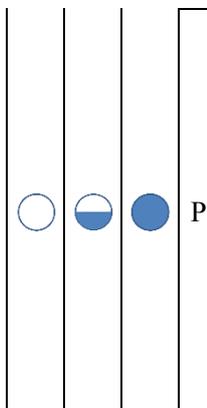
**Unità linguistica**



VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA  
SUA MALATTIA

## VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA SUA MALATTIA

"La comunicazione non vive di ciò che viene detto ma di ciò che è capito": per questo motivo non dovrebbe mai essere considerata come qualcosa "de facto", ma come qualcosa in continua evoluzione. I pazienti che affrontano malattie serie, benché informati della loro condizione, potrebbero non comprendere appieno la gravità della loro malattia. Questo non si riferisce unicamente alla diagnosi iniziale, ma è un processo in itinere che si evolve di pari passo con l'evoluzione della malattia. Valutare la consapevolezza della malattia è importante per stabilire come il paziente si occupa della sua situazione, dei suoi bisogni, della sua capacità di prendere decisioni e della sua ulteriore necessità di ricevere informazioni in modo da essere sempre coinvolto nel suo piano di cura. Il paziente deve essere consapevole e possedere le competenze cognitive necessarie per elaborare le informazioni e condividere le sue decisioni.



1.	Verificare le funzioni vitali del paziente ( <i>osservando, ad esempio, il livello di coscienza, i movimenti, il respiro e altri segni vitali</i> ) <i>funzioni vitali preservate</i> <input type="checkbox"/> ; <i>arresto cardiopolmonare</i> <input type="checkbox"/> ( <i>in tal caso, procedere al protocollo cardiorespiratorio</i> )				0 2 5
2.	Presentarsi al paziente <b>Salve, sono il Dottor... e lei è la mia collega, l'infermiera...Lei è?</b> Chiedere al paziente di dire il suo nome <i>È sconsigliato l'uso di formule come "Lei è il Sig. Rossi?", in modo da evitare una falsa conferma come risposta da parte di pazienti che possono essere distratti dai loro stessi sintomi).</i>	ESSENZIALE			
3.	Assicurare un ambiente privato in cui effettuare la procedura ( <i>stanza con un solo letto, tende, paraventi, ecc.</i> ). Utilizzare una comunicazione empatica - fare riferimento alla procedura di ascolto attivo e comunicazione empatica.				0 1 3
4.	Valutare la capacità del paziente nel parlare ( <i>in caso di debolezza o di respirazione difficile associata allo sforzo nel parlare, ridurre il più possibile lo sforzo del paziente, parlando al suo posto e chiedendo una semplice conferma</i> )				0 1 3
5.	Valutare le abilità cognitive del paziente. <b>Può dirmi che giorno è oggi? Che ore sono? Dove ci troviamo?</b> ( <i>La valutazione delle abilità cognitive del paziente è importante per capire se il paziente ha un orientamento adeguato in relazione al tempo, allo spazio e all'autopercezione. Questi aspetti sono rilevanti per valutare la capacità del paziente e la sua consapevolezza riguardo le sue condizioni cliniche).</i>				0 2 5
6.	Valutare la capacità del paziente nel prendere una decisione. <b>Cosa sa dirmi della sua malattia?</b> ( <i>Se una persona può spiegare esattamente cosa sta succedendo e le sue capacità di comprensione e di memoria sono sufficientemente preservate da permetterle di prendere una decisione</i> )				0 2 5
7.	Valutare gli atteggiamenti del paziente. <b>Tra le alternative terapeutiche disponibili ce ne sono alcune che preferisce?</b> ( <i>È fondamentale valutare la comprensione che il paziente ha delle sue condizioni cliniche in modo da bilanciare i rischi e i benefici e valutare le conseguenze della cura in modo da prendere una decisione consapevole</i> )				0 2 5
8.	<b>In merito alla sua condizione medica, è stato visitato da altri specialisti? Cosa le hanno detto della sua malattia?</b>				0 1 3
9.	<b>Sarebbe così gentile da descrivere su questo foglio la malattia di cui soffre, utilizzando le sue parole?</b>				0 1 3
10.	<b>Crede di aver bisogno di ulteriori informazioni per comprendere</b>				0 1

	<b>meglio la sua diagnosi? Sono disposto a fornirle tutte le informazioni necessarie - fare riferimento alla procedura per la comunicazione di diagnosi di malattie gravi</b>			3
11.	<b>Secondo quello che finora ha compreso, in che modo si evolverà la sua condizione medica?</b>			0 1 3
12.	<b>Negli ultimi tre giorni, quali dei disturbi che ha provato riuscirebbe a collegare alla diagnosi che mi ha descritto?</b>			0 1 3
13.	<b>È preoccupato o ha paura riguardo alle possibili evoluzioni legate alla diagnosi della sua malattia?</b>			0 1 3
14.	Compilare la cartella medica con tutti i particolari relativi alla realizzazione della procedura, facendo attenzione a menzionare ogni complicazione. Indicare data e orario.	<b>ESSENZIALE</b>		
15.	Tutti gli step devono essere seguiti nell'ottica della sicurezza del paziente ( <i>sistemare il letto ad un'altezza inferiore, sollevare le barriere laterali</i> ), risistemare gli oggetti personali del/della paziente ( <i>e.g. cellulare, libro, ecc.</i> ), posizionare il telecomando per l'assistenza medica in maniera che possa essere a portata di mano. Fornire dettagli riguardo l'iter medico da seguire. Informare il paziente in merito al momento in cui verrà nuovamente esaminato.			0 3 6
<b>Punteggio totale: 50</b>		<input type="radio"/>	critero non soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	critero parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	critero completamente soddisfatto	<b>%</b>

## Riferimenti:

1. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – Skills in clinical nursing, 6-th ed., Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
2. Baek SK, Kim S, et al. Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study. Support Care Cancer 2012; 20:1309-1316
3. Tang ST, Liu T, et al. Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study. Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.
4. Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. The impact of patients' awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014. Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.
5. Wallace CL. Family communication and decision making at the end of life: a literature review. Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825

## VALUTAZIONE DEL LIVELLO DI CONOSCENZA CHE IL PAZIENTE HA DELLA SUA MALATTIA

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

funzioni vitali	de facto	lamentela	Arresto cardiopolmonare
rischio	termometria	complicazione	ossimetria

### Definizioni:

1. Ramo della fisica che studia i metodi e gli strumenti utilizzati per la misurazione della temperatura.
2. Una frase latina che significa “infatti”, usata per descrivere qualcosa che esiste in realtà ma non necessariamente come risultato di un accordo.
3. Cessazione irreversibile dell'attività cardiaca.
4. Funzioni del corpo da cui la vita dipende, come la circolazione del sangue, la respirazione, ecc.
5. Un sintomo che provoca disagio, generalmente descritto dalla prospettiva di un paziente.
6. Un metodo non invasivo per indicare la saturazione arteriosa dell'ossigeno
7. Esposizione ad un danno desiderato o indesiderato.
8. Processo patologico che si verifica nel corso di una malattia che non è parte essenziale di questa malattia, anche se può derivare da essa o da cause indipendenti.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascina e rilascia. Guarda il video e controlla.**

*Il medico valuta la condizione del paziente (se è cosciente, può muoversi, parlare o respirare normalmente).*

*Dopo aver valutato le abilità del paziente, il medico gli chiede se ha bisogno di ulteriori informazioni sulla sua diagnosi. Il medico vuole sapere cosa il paziente capisce circa la sua malattia e la sua evoluzione.*

*Il medico si assicura che il paziente possa facilmente raggiungere i propri oggetti personali (ad esempio telefono cellulare, libri, cruciverba, bicchiere d'acqua e telecomando per chiamare assistenza medica). Poi fornisce dettagli sul piano medico da seguire e sul momento in cui verrà riesaminato.*



- Dopo aver valutato le funzioni vitali del paziente, il medico assicura un ambiente di esame privato e comunica al paziente lo scopo del loro colloquio: discutere la diagnosi.
- Il medico assicura al paziente che la procedura sarà facile da eseguire e che ci vorranno circa 20 minuti.
- La valutazione del modo in cui il paziente percepisce la sua malattia permetterà ai medici di aiutare il paziente a trattare la propria malattia. Pertanto, è importante che il paziente dia risposte sincere.
- Il medico chiede al paziente se è tutto è chiaro riguardo la procedura e se ha altre domande.
- Il medico valuta le abilità del paziente nel parlare e, in caso di debolezza o di respirazione difficile associata allo sforzo di parlare, riduce lo sforzo del paziente parlandogli e chiedendogli ogni volta di confermare.
- Il medico vuole sapere se il paziente è preoccupato o ha timori riguardanti la possibile evoluzione della sua malattia.
- Il medico compila la cartella clinica del paziente con tutti i dettagli relativi al completamento della procedura: data, durata ed eventuali complicazioni.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda:

#### 1. Che cos'è un arresto cardiopolmonare?

Una cessazione irreversibile dell'attività cardiaca.

Una cessazione irreversibile dell'attività digestiva.

#### 2. Che cos'è la termometria?

Un ramo della fisica che studia i metodi e gli strumenti utilizzati per la misurazione dell'impulso.

Un ramo della fisica che studia i metodi e gli strumenti utilizzati per la misurazione della temperatura.

#### 3. Cosa fa il medico all'inizio della procedura?

Il medico valuta la condizione del paziente (se è cosciente, può muoversi, parlare o respirare normalmente).

Il medico valuta il confort del paziente (se è cosciente, può muoversi, parlare o respirare normalmente).

#### 4. Quali sono i segni che indicano lo stato delle funzioni vitali del corpo?

Ci sono quattro segni primari: temperatura corporea, pressione sanguigna, impulso e frequenza respiratoria.

Ci sono quattro segni vitali primari: la temperatura corporea, la minzione e il tasso di respirazione (frequenza respiratoria).

## Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. Il medico assicura al paziente che la procedura sarà facile da eseguire e che ci vorranno circa 10 minuti. V/F
2. Valutare come il paziente percepisce la sua malattia non consentirà ai medici di aiutare il paziente a trattare la sua malattia. V/F
3. Il medico dice al paziente che deve essere sincero. V/F
4. Il medico valuta le abilità del paziente nel parlare. V/F
5. In caso di debolezza o di difficoltà respiratorie associate allo sforzo del parlare, il medico rimanda la procedura. VF
6. Il medico vuole sapere cosa il paziente capisce della sua malattia e della sua evoluzione. V/F
7. Il medico non chiede al paziente se è preoccupato per la sua malattia. V/F
8. Il medico chiede al paziente di descrivere la diagnosi a parole sue. V/F
9. Il medico compila la cartella clinica del paziente con i dettagli più importanti relativi al completamento della procedura T/F
10. Infine il medico fornisce dettagli sul piano medico da seguire e sul momento in cui verrà riesaminato. V/F

## Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
Stiamo per parlare della sua diagnosi. Ciò implica che dovrà rispondere ad alcune delle mie domande. Ci vorranno circa 20 minuti. È d'accordo?	No, grazie
Vorrei sapere come percepisce la sua malattia. Questo mi aiuterà molto. È importante che lei sia sincero. Ok?	Capisco che è una cosa seria.
È chiaro quello che faremo? Ha domande?	Sì, sono d'accordo.
Vuole maggiori informazioni sulla sua diagnosi in modo da comprenderla a pieno?	Sì, mi accorgo di non stare bene.
Cosa capisce della sua malattia e della sua evoluzione?	Sì, sarò sincero.
È preoccupato o ha paura riguardo l'evoluzione della sua malattia?	La chiamerò se ci dovessero essere dei problemi.
È disteso comodamente? I suoi oggetti sono a portata di mano? Se si dovesse verificare un problema, utilizzi il pulsante di emergenza e verremo il più presto possibile.	Al momento non ho altre domande.

**Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:**

De facto	Al contrario
Generare	Valutare
Rischio	Infatti
Termometria	Pericolo
Beneficio	Collegare
Programmare	Convenienza
Stimare	Pianificare
Conformità	Profitto
Per converso	Produrre
Associare	Misurazione della pressione

## Grammatica

**Clicca sulla versione migliore**

1. Il dottore stima che la procedura .....20 minuti.

*dura*

*durerà*

*sta per durare*

2. Come le ho detto, tra un'ora le.....un anestetico.

*sto per dare*

*darò*

*do*

3. Ok. Allora.....la pressione sanguigna

*sto per controllarle*

*le controllerò*

*le controllo*

4. Ho portato tutti gli strumenti perchè .....la procedura immediatamente.

*cominciamo*

*cominceremo*

*stiamo per cominciarci*

5. Il medico sa che la procedura .....facile da realizzare.

*non sono*

*non sarà*

*non sta per essere*



## Clicca sulla versione migliore

1. L'infermiera *le farà/le ha fatto* un'iniezione immediatamente.
2. Domani il medico *ha compilato/ compilerà* la cartella clinica del paziente con tutti i dettagli.
3. Il dottore *esaminerà/ ha esaminato* il paziente la prossima settimana.
4. *Stavate per realizzare/ State per iniziare* la procedura tra due giorni?
5. *Non essendo/Non sarò* disponibile domani pomeriggio.

## Parlare

**Scrivi un dialogo in cui un medico sta parlando con un paziente riguardo la sua consapevolezza della malattia** (usa come esempio gli esercizi di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”.**

## Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Stiamo per parlare della sua diagnosi. Questo significa che dovrà rispondere ad alcune delle mie domande.*



## MAPPATURA DELLA RETE DEL PAZIENTE

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



## MAPPATURA DELLA RETE DEL PAZIENTE

Contemporaneamente ad altri aspetti, come quelli fisici e psicologici, la rete sociale costituisce una risorsa importante per progettare il piano di cura e valutarne la sua sostenibilità.

I professionisti della sanità, i caregiver ed i parenti potrebbero essere considerati come un importante supporto all'attuazione e al successo della strategia terapeutica.

○ ● ●	P
-------	---

1	Entrare nella stanza del paziente e presentarsi in maniera educata e cordiale: <b>Buongiorno. Come si sente oggi?</b> (Dare del tempo per rispondere alla domanda)	0 1 3
2	Garantire uno spazio privato e confortevole per l'intervista. <i>(È importante evitare interruzioni e garantire il rispetto della riservatezza)</i>	0 1 3
3	Chiedere al paziente come si sente: <b>ha qualche dolore o preoccupazione specifica?</b> <i>(Identificare i bisogni del paziente aiuterà a valutarne la rete sociale e il suo potenziale beneficio per il paziente)</i>	0 1 3
4	<i>(Introdurre da subito il motivo dell'incontro in maniera tale da evitare qualsiasi malinteso da parte del paziente)</i> Spiegare gli obiettivi dell'intervista: <b>vorrei sapere qualcosa in più riguardo la sua famiglia e i suoi amici. Le spiace se parliamo di questi così come di altri aspetti di natura sociale?</b>	0 1 3
5	Utilizzare l'ascolto attivo e la comunicazione empatica <i>(l'ascolto attivo e l'approccio dialogico sono importanti per comprendere le preferenze del paziente)</i>	0 1 3
6	Adattare il proprio linguaggio al livello sociale e culturale del paziente, pur veicolando messaggi veri e comprensibili. <i>(i valori personali ed il background culturale svolgono un ruolo essenziale nell'analisi della rete sociale del paziente, perché aiutano a capire come la rete stessa possa contribuire all'attuazione del piano di cura)</i>	0 1 3
7	Informazioni relative al posto in cui il paziente vive: <b>Dove vive? Con chi?</b> <i>(Questa risposta sarà rilevante per selezionare la futura location per le cure al paziente e migliorare la partecipazione della sua rete sociale)</i>	0 1 3
8	Informazioni riguardanti la famiglia del paziente: <b>Mi dice qualcosa riguardo i membri della sua famiglia e il loro coinvolgimento e supporto durante la malattia? Ha un coniuge? Ha figli? Dove vivono? Che tipo di rapporto ha con loro?</b> <i>(La rete sociale può essere estesa a più persone, l'obiettivo dell'incontro aiuterà ad identificare dove e chi può contribuire nel migliore dei modi al percorso di cura del paziente).</i>	0 1 6
9	<b>Chi è il suo maggior caregiver?</b>	ESSENZIALE
10	Informazioni relative ai rapporti sociali del paziente: <b>ha buoni amici? Chi sono? Si sente sostenuto da loro in questi momenti?</b>	0 1 3
11	Informazioni sulla vita professionale del paziente: <b>lavorava quando le è stata diagnosticata la malattia? Di cosa si occupava e da quanto tempo? Le piace il suo lavoro? In che modo la malattia ha impattato sulla sua sicurezza economica?</b> <i>(verificare il contesto sociale del paziente e considerare le opzioni possibili, in modo da includere alcune attività ricreative al fine di creare un rapporto di</i>	0 1 3



	<i>fiducia e un contatto significativo con gli altri)</i>			
12	Informazioni sugli hobby: <b>cosa le piace fare nel tempo libero?</b> ( <i>Potrebbe essere un argomento per coinvolgere un amico e condividere alcune attività ricreative</i> )		0 1 3	
13	Informazioni sulle credenze spirituali: <b>crede o pratica una religione?</b> ( <i>Le esigenze culturali e religiose sono un aspetto significativo nell'assistenza palliativa sia per il paziente che per la sua famiglia. È importante considerare queste informazioni per facilitare l'accesso a qualsiasi rito o contatto con persone che rappresentano il sistema valoriale dei pazienti ed il loro background culturale. Fare riferimento alla procedura di valutazione spirituale</i> )		0 1 3	
14	Informazioni su altri interessi: <b>cos'altro le piace fare?</b> ( <i>Bisogna essere aperti a personalizzare il piano di assistenza</i> )		0 1 3	
15	Informazioni sullo stato emotivo dei parenti più vicini: <b>come pensa che sua moglie si stia occupando della sua malattia in questi momenti?</b> ( <i>Facilitare il rapporto sociale del paziente significa esplorare le esigenze dei parenti e facilitare l'interazione empatica e comunicativa con i parenti e con le persone più vicine</i> )		0 1 3	
16	Nella sua situazione attuale, <b>pensa di avere abbastanza supporto e assistenza nella sua vita quotidiana? Per essere il più autonomo possibile, ha bisogno di qualche supporto per quanto riguarda l'apparecchiatura e la predisposizione all'accoglienza del suo ambiente domestico?</b> ( <i>Valutare la situazione attuale per migliorare il supporto al paziente e trovare nuove soluzioni, se necessario</i> )		0 1 3	
17	<b>Cosa la preoccupa di più adesso? Qual è la sua maggiore preoccupazione in questo momento?</b>	ESSENZIALE		
18	<b>Si sente solo?</b> ( <i>Dopo la conversazione e tutte le informazioni raccolte, questa risposta aiuterà a capire se è necessario implementare un intervento strutturato per migliorare il comfort del paziente</i> )		0 1 3	
19	Valutare lo stato emotivo dopo l'intervista: <b>come si sente adesso?</b> Chiedere nuovamente al paziente se ha domande o preoccupazioni finali. ( <i>questo aiuta a verificare la consapevolezza del paziente riguardo la sua situazione attuale</i> )		0 1 3	
20	Scrivere il riepilogo della conversazione usando anche l'albero genealogico o menzionando almeno il caregiver principale		0 1 3	
21	Salutarsi in maniera cordiale.		0 1 3	
<b>Punteggio totale: 60</b>		<input type="radio"/>	criterio non soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/>	criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>

## Selective references

Jarret N, Porter K, et al. The networks of care surrounding cancer palliative care patients. *BMJ Supportive and Palliative Care* 2015; 5: 435-442.

Sallnow L, Richardson H, et al. The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review. *Palliative Medicine* 2015; 30(3): 200-211.

## MAPPATURA DELLA RETE DEL PAZIENTE

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

fornitore di assistenza sanitaria  
interazione

rete sociale  
obiettivo

lamentela  
mappatura

assistenza  
procedura

### Definizioni:

1. Azione o influenza reciproca, interscambio.
2. Struttura sociale composta da un insieme di attori (come individui o organizzazioni), protagonisti di legami e altre interazioni sociali.
3. Il processo di identificazione e individuazione degli accordi e delle relazioni tra i diversi componenti appartenenti ad una rete.
4. Un istituto / persona che fornisce qualsiasi forma di assistenza sanitaria, ad esempio il medico, l' infermiera, il dentista, ecc.
5. L'atto di assistere: aiuto; supporto; contributo all'adempimento di una necessità.
6. Un'espressione di dolore, insoddisfazione o risentimento.
7. Il risultato o il raggiungimento verso il quale è diretto uno sforzo; scopo; fine.
8. Il piano per l'esecuzione di una specifica cura medica.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascina e rilascia. Guarda il video e controlla.**

*Il medico chiede al paziente come si sente e spiega gli obiettivi del colloquio: desidera saperne di più sulla famiglia e sugli amici del paziente.*

*Il medico pone al paziente domande sulla sua casa, la sua famiglia, i parenti e gli amici.*

*Il medico vuole sapere quali sono le maggiori preoccupazioni del paziente e se si sente solo in quel dato momento.*

- Il medico saluta, si presenta e assicura uno spazio privato e confortevole per il colloquio.
- Il medico adatta il suo linguaggio al livello sociale, culturale ed educativo del paziente, pur veicolando messaggi veri e comprensibili.
- Il medico vuole conoscere la vita professionale del paziente, gli hobby e gli interessi principali.
- Il medico chiede informazioni riguardanti le convinzioni spirituali del paziente.
- Il medico vuole scoprire lo stato emotivo della famiglia del paziente.



- Il medico chiede al paziente se ritiene di avere abbastanza supporto e assistenza nella sua vita quotidiana.
- Il medico valuta lo stato emotivo del paziente dopo il colloquio.

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

#### 1. Che cos'è una rete sociale?

- a. Struttura sociale composta da un insieme di attori (come individui o organizzazioni), protagonisti di legami e altre interazioni sociali. La rete sociale di un paziente comprende familiari, amici, famiglia, servizi sociali, ospedali e chiese.
- b. Un istituto / persona che fornisce qualsiasi forma di assistenza sanitaria, ad esempio il medico, l'infermiera, il dentista, ecc.

#### 2. Che cos'è una procedura?

- a. Processo di individuazione delle relazioni esistenti tra i componenti appartenenti a una rete.
- b. Il piano per l'esecuzione di una specifica cura medica.

#### 3. Perché la mappatura della rete sociale del paziente è fondamentale per la sua cura?

- a. I pazienti non hanno bisogno unicamente di assistenza professionale, ma anche di assistenza fornita da famiglia e amici. La mancanza di una rete sociale aggiunge stress ai pazienti e li rende vulnerabili alla depressione e alla dipendenza. L'isolamento sociale aumenta anche il rischio di ictus e mortalità.
- b. I pazienti non hanno bisogno unicamente di assistenza professionale, ma anche di assistenza fornita da associazioni ecologiche. La mancanza di una rete sociale aggiunge stress ai pazienti e li rende vulnerabili alla depressione e alla dipendenza. L'isolamento sociale aumenta anche il rischio di ictus e mortalità.

#### 4. Qual è la funzione chiave della rete sociale di un paziente?

- a. La funzione chiave di una rete sociale è quella di fornire un sostegno economico, che è uno dei motivi principali per cui le reti sociali influenzano lo stato di salute fisica e mentale.
- b. La funzione chiave di una rete sociale è quella di fornire un sostegno sociale, che è uno dei motivi principali per cui le reti sociali influenzano lo stato di salute fisica e mentale.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. Identificare e comprendere le reti sociali dei pazienti è veramente importante per chi offre assistenza sanitaria. La discussione sulla mappatura delle può aiutare i pazienti riducendo la loro ansia e facendoli sentire più sicuri della loro vita. V/F
2. Reti sociali deboli attirano l'attenzione di medici e infermieri che quindi possono cominciare a connettere il paziente a gruppi di assistenza. V/F

3. La mappatura della rete sociale risolve i problemi di scarso aiuto di carattere sociale e aiuta i medici e gli infermieri a focalizzare il loro sostegno a quei pazienti che hanno più bisogno. V/F
4. Il sostegno sociale è associato alla gestione delle attività di vita quotidiana, alla possibilità di identificare un senso anche alla malattia, alla celebrazione del successo e al supporto dei progressi. V/F
5. La rete sociale del paziente, che è una mappa di connessioni, è statica e permanente. V/F
6. Il sostegno sociale fornisce il sostegno della dignità. Vivere con la malattia è spesso una sfida senza una prospettiva realistica di una completa ripresa. È quindi importante conoscere che gli sforzi di vivere con una malattia cronica sono rispettati dagli altri. V/F
7. La rete sociale fornisce un feedback al malato, incoraggiandolo e premiando i suoi sforzi. V/F
8. L'analisi delle reti sociali fa parte unicamente degli studi epidemiologici; non comprende ancora la comunicazione, l'educazione del paziente e il trattamento della salute mentale. V/F

### Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

<b>Domande del dottore:</b>	<b>Risposte del paziente:</b>
<i>Vorrei sapere qualcosa in più riguardo la sua famiglia e i suoi amici. Le spiace se parliamo di questi così come di altri aspetti di natura sociale?</i>	Mi piace leggere e trascorrere il mio tempo con la famiglia e gli amici.
<i>Dove vive? Con chi? Mi dice qualcosa riguardo i membri della sua famiglia e il loro coinvolgimento e supporto durante la malattia? Ha un coniuge? Ha figli? Dove vivono? Che tipo di rapporto ha con loro?</i>	Sono preoccupato perché non so come reagire alla mia malattia.
<i>Chi è il suo maggior caregiver?</i>	No, nessun problema.
<i>Ha buoni amici? Chi sono? Si sente sostenuto da loro in questi momenti?</i>	Lavoravo nella biblioteca comunale quando ho scoperto la mia malattia. Lavoravo da 20 anni e apprezzavo il mio lavoro.
<i>Lavorava quando le è stata diagnosticata la malattia? Di cosa si occupava e da quanto tempo? Le piace il suo lavoro? In che modo la malattia ha impattato sulla sua sicurezza economica?</i>	Mia moglie.
<i>Cosa le piace fare nel tempo libero?</i>	Vivo in un appartamento con mia moglie. I miei figli sono cresciuti e vivono con le loro famiglie.
<i>Cosa la preoccupa di più adesso? Qual è la sua maggiore preoccupazione in questo momento?</i>	Ho alcuni amici della mia adolescenza che mi aiutano quando ho bisogno di aiuto. Parliamo al telefono ogni giorno.

**Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:**

Assistenza	Dipendenza
Deliberato	Procedura
Cronico	Aiuto
Vulnerabile	Intenzionale
Protocollo	Occasione
Epidemiologia	In pericolo, non protetto
Morbosità	Persistente
Mortalità	Trasmissione di malattie
Assuefazione	Stato patologico
Opportunità	Morte

## Grammatica Integrata

**Clicca sulla forma verbale corretta:**

1. Ha chiamato la sua famiglia? (Quando arrivano?)  
a. evento del passato che ha una rilevanza nel presente  
b. evento che si è concluso nel passato  
c. qualcosa in divenire nel passato

2. Stava bene perchè gli avevano dato un antidolorifico prima della mia visita.  
a. evento del passato che ha una rilevanza nel presente  
b. evento accaduto precedentemente ad un'azione definita nel passato  
c. qualcosa in divenire nel passato

3. Il medico ha visitato il paziente ieri.  
a. qualcosa in divenire nel passato  
b. evento accaduto precedentemente ad un'azione definita nel passato  
c. evento che si è concluso nel passato

4. Il paziente ha subito il protocollo ieri.  
a. evento che si è concluso nel passato  
b. qualcosa in divenire nel passato  
c. evento accaduto precedentemente ad un'azione definita nel passato

5. Cosa stava facendo nel momento dell'incidente?  
a. evento che si è concluso nel passato  
b. qualcosa in divenire nel passato  
c. evento accaduto precedentemente ad un'azione definita nel passato



## Clicca sulla forma verbale corretta:

1. *Ho sentito / sento / ho* un dolore al braccio e ho capito che si trattava di un infarto.
2. È entrato nel panico perchè la sua famiglia *va via/è andata via/vanno via* senza avvisarlo.
3. Quando è arrivata l'ambulanza lui *stava sanguinando/ sanguina/ ha sanguinato*.
4. La sua famiglia è arrivata mentre lui *è/ era/ erano* in terapia intensiva.
5. Ieri mattina, quando sono entrato in reparto, lui *stava parlando /parlò /parla* con il medico.

### Parlare

**Scrivi un dialogo tra un paziente e il suo medico che sta mappando la rete sociale del proprio paziente** (usa come esempi esercizi di lettura e vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”.**

### Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
.....

*(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)*

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Stava lavorando al momento della diagnosi? Dove lavora? Per quanto tempo ha lavorato in questo campo? Le piaceva il suo lavoro?*



## RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER

**Procedura medica**

**Unità linguistica**



RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER

## RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER

Le cure palliative mirano a fornire supporto ai pazienti e alle loro famiglie durante la malattia e, per le famiglie, a fornire assistenza nei momenti del lutto. I bisogni dei caregiver devono essere valutati in maniera tale da procedere ad un supporto che possa essere davvero efficace. I caregiver sono spesso i membri della famiglia, ma in questa schiera è possibile includere ogni altra persona che il paziente considera significativa.

<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	P
-----------------------	-----------------------	----------------------------------	---

1	Entrare nella stanza e presentarsi in maniera cordiale: <b>Buongiorno, sono il Dottor XXX, il YYY (ematologo, oncologo o qualsiasi altra mansione) del suo parente. Mi potrebbe dire chi è lei e qual'è la sua relazione con il paziente?</b>				0 1 3
2	<b>Come si sente oggi?</b> (Lasciare abbastanza tempo per rispondere a questa domanda) <i>(Percepire lo stato emotivo del caregiver dal primo momento aiuta a capire se è il momento giusto per parlare della malattia del paziente)</i>				0 1 3
3	Fare domande aperte per creare da subito un rapporto con il caregiver: <b>Signor X, le spiace se parliamo un pò? Ci sono preoccupazioni specifiche di cui vorrebbe parlarci? In caso di risposta negativa: quando preferirebbe fare questa chiacchierata?</b> <i>(Lasciare l'opzione di scegliere qualsiasi altro momento in cui discutere dello stato di salute del paziente. La conversazione deve essere libera e volontaria ed il coinvolgimento del caregiver è essenziale)</i>				0 2 5
4	Nel caso in cui la conversazione avvenga a casa o in ospedale, in una stanza in cui paziente e caregiver sono assieme, osservare con attenzione l'ambiente in cui vive il paziente ed il suo comportamento con il caregiver: sembrano avere un rapporto intimo? In che modo interagiscono?				0 1 3
5	Chiedere al caregiver come si sente e se ha preoccupazioni specifiche relative al paziente su cui vorrebbe maggiori delucidazioni <i>(Identificare nella maniera più specifica possibile il ruolo che il caregiver ha nel processo di assistenza al paziente, evitando di caricarlo/a di un peso eccessivo dal punto di vista psicologico, sociale ed economico. I bisogni dei pazienti e dei caregiver sono ugualmente importanti per l'efficacia della cura).</i>				0 2 5
6	Offrire al caregiver l'opportunità di discutere le proprie preoccupazioni / i propri bisogni in privato <i>(Offriremo loro l'opzione di analizzare in modo oggettivo le reali condizioni di cura del paziente, discutendo delle risorse del caregiver nel supportare il paziente: risorse fisiche, psicologiche, sociali e finanziarie. In questo modo, all'interno del processo decisionale in merito all'assistenza verso il paziente, il caregiver si sentirà parte attiva).</i>				0 2 5
7	Se il caregiver non vuole parlare in privato, offrire la propria disponibilità nel discutere di eventuali preoccupazioni che potrebbe avere.				0 1 3
8	Se il caregiver è disposto a parlare in privato, assicurare uno spazio comodo in cui effettuare la conversazione <i>(evitare interruzioni, rispettare la riservatezza e discutere in modo confortevole il piano di assistenza)</i>				0 1 3

9	Utilizzare l'ascolto attivo e la comunicazione empatica <i>(promuovere una decisione condivisa in rispetto dei valori del paziente e del suo background culturale / rispondere a esigenze psicologiche o culturali)</i>		0 3 6
10	<b>Come si sente nel prestare assistenza al paziente X?</b> <i>(Verificare se il caregiver necessita di un supporto psicologico o spirituale)</i>		0 1 3
11	<b>C'è qualcosa di cui potrebbe avere bisogno e in cui noi possiamo aiutarla?</b> <i>(Verificare se le risorse disponibili nel servizio sanitario sono sufficienti per sostenere il caregiver nella cura del proprio caro)</i>		0 1 3
12	<b>Crede che la sua casa sia preparata ad assicurare una corretta cura per il paziente X? Crede che sia necessario un qualche cambiamento / adattamento? (porte, bagno, corridoi, rampa d'ingresso ...)?</b> <i>(Verificare se l'assistenza domiciliare è una soluzione possibile e giusta per il paziente e il caregiver)</i>		0 1 3
13	<b>È attualmente occupato/a? Crede che il suo lavoro attuale sia compatibile con la necessità di assistere il Sig. X? Se la risposta è no, cosa sarebbe necessario per rendere la sua occupazione compatibile con l'assistenza al paziente?</b> <i>(Le spese del caregiver possono influenzare la sua vita in termini di perdite economiche e incompatibilità con la sua vita professionale. Questo punto è importante per valutare la sostenibilità del piano di cura dal punto di vista del caregiver)</i>		0 1 3
14	<b>Crede che le sue attuali risorse economiche possano essere appropriate per prendersi cura del Sig. X? Ha dei dubbi sull'impatto che l'assistenza al Sig. X potrà avere sulle sue risorse economiche?</b> <i>(Questo aspetto deve essere valutato con precisione in modo da includere qualsiasi tipo di supporto sociale per i caregivers, laddove disponibile, o in modo da prendere decisioni appropriate sulla base delle limitate risorse economiche disponibili).</i>		0 1 3
15	<b>Riguardo le attuali cure riservate al Sig. X, crede che possa ricevere cure migliori in un altro posto?</b> <i>(le risorse sanitarie necessarie devono essere integrate in modo da migliorare la cura offerta dai caregivers in termini di tempo per lo spostamento, sostegno sociale, capacità di coordinare la cura domestica nel miglior interesse possibile del paziente).</i>		0 1 3
16	<b>Nel caso in cui il Sig. X dovesse avere bisogno di un intervento di emergenza o di un posto in un'altra struttura appropriata, sa quali sono gli step da seguire?</b> <i>(Questo aspetto offre il modo di capire se il caregiver può gestire qualsiasi cambiamento nel piano di cura a causa dell'evoluzione della malattia e come adeguare il proprio ruolo alla nuova situazione)</i>		0 1 3
17	<b>Crede di essere capace di prendersi cura del Sig. X? Se no, perché? In che modo potremmo aiutarla?</b> <i>(Il caregiver dovrebbe avere tutte le informazioni necessarie per prendere decisioni e offrire la migliore cura al paziente. Supporto psicologico e sociale devono essere sempre disponibile in caso di situazioni difficili. Alla stessa maniera, si dovrebbe discutere un percorso opzionale e alternativo in caso di dubbi persistenti da parte del caregiver).</i>		0 1 3
18	<b>Potremmo aiutarla in qualsiasi aspetto specifico della cura del Sig. X?</b> <i>(questa domanda aiuta a rilevare aspetti non considerati in precedenza)</i>		0 1 3



19	<b>Considerando l'evoluzione della malattia del Sig. X, e per come lo vede adesso, teme che, in qualsiasi momento, le necessità del paziente possano rivelarsi schiaccianti per lei? Se sì, di cosa ha paura e perché?</b> <i>(Una valutazione finale dell'intervista potrebbe contribuire a comprendere il livello di soddisfazione del caregiver riguardo il piano di cura e a superare eventuali barriere e ostacoli)</i>		0 1 3
20	<b>Nel caso in cui il Sig. X possa venire a casa sua, si sente preparato? Crede di avere risorse sufficienti nel prestare assistenza a casa in simili circostanze?</b> <i>(È davvero importante considerare la volontà del caregiver e la sua motivazione nel curare il paziente a casa. In caso di dubbi, pensare ad un supporto psicologico)</i>		0 1 3
21	<b>Si sente solo? Avrà un qualche supporto nel prendersi cura del Sig. X?</b>	<b>ESSENZIALE</b>	
22	Mostrare la propria disponibilità per qualsiasi ulteriore incontro e informare il caregiver su come poter essere ricontattati. Chiedere nuovamente al caregiver se ha domande o preoccupazioni finali.		0 2 5
23	Lasciarsi in maniera amichevole		0 1 3
24	Documentare il riepilogo della conversazione nel file del paziente		0 1 3
<b>Punteggio totale: 80</b>		<input type="radio"/> criterio non soddisfatto	<b>%</b>
		<input type="radio"/> criterio parzialmente soddisfatto	<b>%</b>
		<input checked="" type="radio"/> criterio completamente soddisfatto	<b>%</b>

### Selective references

Bee PE, Barnes P, Luker AL. A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer. *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18:1379-1393

## RISPONDERE AI BISOGNI DEI CAREGIVER

### Introduzione

**Familiarizza con i termini di quest'unità. Collega le parole del box con le definizioni sottostanti: trascina e rilascia con il mouse.**

geriatria                      emergenza                      ematologo                      programma di hospice  
terapista                      oncologo                      ospizio                      caregiver

### Definizioni:

1. Condizione del paziente che richiede un trattamento immediato.
2. Un medico esperto in ematologia, cioè esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie del sangue e del midollo osseo.
3. Un medico specializzato nello studio e nel trattamento delle malattie neoplastiche, in particolare il cancro.
4. Una persona specializzata in varie terapie mediche o psicologiche in grado di pianificare e implementare un programma di terapia appropriato per ogni paziente.
5. Un familiare o un assistente pagato che assume la responsabilità di prendersi carico delle esigenze fisiche ed emotive di un paziente non in grado di curarsi da solo.
6. Un stabilimento privato che fornisce alloggi e cura a cronici malati, di solito pazienti anziani.
7. Un programma che fornisce assistenza palliativa e attiva le esigenze emotive e spirituali dei pazienti affetti da malattia terminale in un impianto ospedaliero o presso la casa del paziente.
8. Il ramo della medicina che si occupa della diagnosi e del trattamento delle malattie e dei problemi specifici degli anziani.

### Guarda e Ascolta

**Ecco un insieme di azioni che il medico sta compiendo. Tuttavia, alcuni passaggi del protocollo mancano. Dove mettere i passaggi mancanti? Trascina e rilascia. Guarda il video e controlla.**

*Il dottore saluta, si presenta e pone domande aperte per costruire un buon rapporto iniziale con il paziente e il suo caregiver.*

*Il medico chiede al caregiver come si sente nel curare il paziente X e se c'è qualcosa di cui potrebbe avere bisogno in modo da garantire una corretta cura dei bisogni del paziente*

*Il medico dimostra la disponibilità ad effettuare ulteriori controlli e informa il paziente su come essere nuovamente contattato*

- Il medico osserva l'ambiente del paziente e il suo comportamento verso il suo caregiver, chiedendogli come si sente.

- Il medico offre al caregiver l'opportunità di discutere in privato le proprie preoccupazioni / esigenze e garantisce un comodo spazio per il colloquio.
- Il medico chiede al caregiver se sta attualmente lavorando e se il suo lavoro è compatibile con la cura del Sig. X.
- Il medico chiede al caregiver se le proprie risorse economiche potrebbero essere adeguate per curare il Sig. X e se pensa che il paziente possa ricevere una migliore assistenza in un altro luogo.
- Il dottore vuole sapere se il caregiver sa quali passi seguire se il Sig. X dovesse avere bisogno in caso di emergenza o se lo spostamento in un'altra struttura possa essere appropriato.
- Il dottore vuole sapere se il caregiver si sente da solo e se ha un supporto per la cura del Sig. X.
- Il medico chiede ancora se il caregiver ha domande o preoccupazioni finali e poi saluta amabilmente.
- 

## Letture e Vocabolario

### Clicca sulla risposta giusta ad ogni domanda

#### 1. Chi è un caregiver?

- a. Una persona specializzata in varie terapie mediche o psicologiche in grado di pianificare e implementare un programma di terapia appropriato per ogni paziente.
- b. Un familiare o un assistente pagato che assume la responsabilità di prendersi carico delle esigenze fisiche ed emotive di un paziente non in grado di curarsi da solo.

#### 2. Chi è un ematologo?

- a. Un medico esperto in ematologia, cioè esperto nella diagnosi e nel trattamento delle malattie del sangue e del midollo osseo
- b. Un medico specializzato nello studio e nel trattamento delle malattie neoplastiche, in particolare il cancro.

#### 3. Di che tipo di team medico ha bisogno un malato terminale?

- a. Un malato terminale ha bisogno di una squadra di medici che hanno la stessa specialità.
- b. Un malato terminale ha bisogno di un team interdisciplinare di professionisti e volontari che hanno diverse specialità e che assicurino le necessità del paziente (fisiche, sociali e spirituali).

#### 4. In che cosa consiste una cura palliativa?

- a. La cura palliativa assicura le necessità dei pazienti (fisiche, sociali e spirituali) in casa e in ambienti ospedalieri specializzati.
- b. La cura palliativa assicura solo le necessità materiali dei pazienti.

### Scegli se ciascuna frase è vera o falsa:

1. È importante che il medico costruisca un buon rapporto iniziale con il paziente e il suo caregiver. V/F
2. Il medico offre al caregiver l'opportunità di discutere in privato le proprie preoccupazioni / esigenze e garantisce un comodo spazio per il colloquio. V/F
3. La cura palliativa assicura solo le cure mediche del paziente. V/F

4. Un ospizio è anche un'istituzione che fornisce alloggi e cura per i malati cronici, di solito i pazienti anziani e le loro famiglie. V/F
5. Un team di assistenza palliativa interdisciplinare è un team di esperti e / o volontari con diverse specialità che assicurano la cura del paziente (dal punto di vista fisico, sociale e spirituale) nella fase terminale. V/F
6. Il medico chiede al caregiver se le proprie risorse economiche potrebbero essere adeguate per curare il Sig. X e se pensa che il paziente possa ricevere una migliore assistenza in un altro luogo. V/F
7. Il medico chiede al caregiver se sta attualmente lavorando e se il suo lavoro è compatibile con la cura del Sig. X. V/F
8. I malati terminali possono essere curati in ospedale o a casa. V/F

### Trascina e associa le domande del dottore alle risposte del paziente:

Domande del dottore:	Risposte del paziente:
<i>Come si sente nel prestare assistenza al paziente X?</i>	È difficile perché lo vedo soffrire molto.
<i>C'è qualcosa di cui potrebbe avere bisogno e in cui noi possiamo aiutarla?</i>	No, non mi sento solo. Ho la mia famiglia vicino a me e sento anche che posso contare su di lei
<i>È attualmente occupato/a? Crede che il suo lavoro attuale sia compatibile con la necessità di assistere il Sig. X?</i>	Non so ora se sono pronto per una situazione simile.
<i>Nel caso in cui il Sig. X dovesse avere bisogno di un intervento di emergenza o di un posto in un'altra struttura appropriata, sa quali sono gli step da seguire?</i>	Sì, sono stato istruito su come agire in queste circostanze.
<i>Nel caso in cui il Sig. X possa venire a casa sua, si sente preparato?</i>	Non lavoro più. Sono in pensione.
<i>Crede di essere capace di prendersi cura del Sig. X? Se no, perché? In che modo potremmo aiutarla?</i>	Posso gestirlo per come sta adesso.
<i>Si sente solo? Avrà un qualche supporto nel prendersi cura del Sig. X?</i>	Al momento sto cercando di gestire questa situazione da solo.

### Trascina e rilascia. Abbina le parole / frasi informali ai rispettivi equivalenti formali / medici:

Olistico	Comprensione
Compassione	Medici e infermieri in un ospizio
Staff di un ospizio	Chiedere un'azione immediata
Irresistibile	Che riguarda il tutto
Interdisciplinare	Impossibile da resistere
Urgente	Casa di cura che si occupa di malati terminali
Compatibile	Sforzo estremo e laborioso
Sforzo	Che coinvolge più discipline
Travolgente	Capace di una coesistenza armoniosa
Ospizio	Difficile da controllare

## Grammatica

### Clicca sulla versione corretta:

1. *Sa quando deve prendere la medicina?*

- a. Chiedere informazioni riguardo un fatto
- b. Chiedere l'opinione di una persona riguardo la veridicità di un fatto
- c. Chiedere un accordo con una persona riguardo la veridicità di un fatto

2. *Crede che il suo salario possa coprire le spese sanitarie del Sig. X?*

- a. Chiedere informazioni riguardo un fatto
- b. Chiedere l'opinione di una persona riguardo la veridicità di un fatto
- c. Chiedere un accordo con una persona riguardo la veridicità di un fatto

3. *Il Sig. X si sente bene con i suoi nuovi colleghi, non è così?*

- a. Chiedere informazioni riguardo un fatto
- b. Chiedere l'opinione di una persona riguardo la veridicità di un fatto
- c. Chiedere un accordo con una persona riguardo la veridicità di un fatto

4. *Secondo lei, posso aiutarla ad assicurare i bisogni del nostro paziente?*

- a. Chiedere informazioni riguardo un fatto
- b. Chiedere l'opinione di una persona riguardo la veridicità di un fatto
- c. Chiedere un accordo con una persona riguardo la veridicità di un fatto

5. *Mi dica: verrà oggi sua moglie?*

- a. Chiedere informazioni riguardo un fatto
- b. Chiedere l'opinione di una persona riguardo la veridicità di un fatto
- c. Chiedere se un fatto è vero

### Clicca sulla forma verbale corretta:

- 1. *È vero che/ Sa se* la sua attività lavorativa è compatibile con il piano di cura del paziente?
- 2. *Pensa che/ Sa quando* il suo salario possa coprire le spese mediche del Sig. X?
- 3. *Sa se / Sa dove* il Sig. X si trova bene all'ospizio?
- 4. *Mi dica che/ Mi dica se* sua moglie verrà oggi.
- 5. *Mi può dire che / Mi può dire quando* avrà bisogno di aiuto.

## Parlare

**Scrivi un dialogo tra un caregiver che si occupa di un paziente anziano e un medico che si interessa ai bisogni dei propri assistiti** (usa come esempio le esercitazioni di Lettura e Vocabolario). Registra, carica l'audio seguendo le istruzioni fornite e controlla il Forum per la valutazione effettuata da uno dei tuoi colleghi.

**Valuta 1 o 2 compiti di lingua effettuati da altri utenti nella sezione “Verifica il mio audio”**



Scrivere

**Ascolta e scrivi quello che senti:**

.....  
(Vedere sotto la trascrizione del passaggio di ascolto)

**! È possibile accedere all'unità online al seguente link: <http://medlang.eu/course/>**

*Se il signor X dovesse avere bisogno di cure di emergenza o se lo spostamento in un'altra struttura dovesse essere appropriato, sa quali step seguire?*

## RIFERIMENTI

1. Back LA, Arnold RM, Baile WF, Tulsy JA. **Approaching difficult communication tasks in oncology.** *CA Cancer J Clin* 2005, **55**, 164-177.
2. Baek SK, Kim S, et al. **Effect of advanced cancer patient's awareness of disease status on treatment decisional conflict and satisfaction during palliative chemotherapy: a Korean perspective cohort study.** *Support Care Cancer* 2012; 20:1309-1316
3. Bee PE, Barnes P, Luker AL. **A systematic review of informal caregivers' needs in providing home-based end of-life care to people with cancer.** *Journal of Clinical Nursing* 2008; 18:1379-1393
4. Beeckman, D., Matheï, C., Van Lancker, A., Van Houdt, S., Vanwalleghem, G., Gryson, L., Heyman, H., Thyse, C., Toppets, A., Stordeur, S. & Van den Heede, K. **Een nationale richtlijn voor decubituspreventie. Good Clinical Practice (GCP). Brussel: federaal kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE).** KCE Reports 2012, 193A.D/2012/10.273/95.
5. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina – **Skills in clinical nursing, 6-th ed.**, Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
6. Berman Audrey, Synder Shirlee, Jackson Chistina **Skills in clinical nursing, 6-th ed** - Pearson Prentice Hall, New Jersey, 2009
7. Breivik H, Borchgrevink PC, Allen SM, Rosseland LA, Romundstad L, Breivik Hals EK, Kvarstein G, Stubhaug A. **Assessment of pain.** *Br J Anaesth*, 2008; 101 (1): 17-24. DOI: <https://doi.org/10.1093/bja/aen103>
8. Brown RF. **Patient centered communication skills training for oncologists: describing the content and efficacy of training.** *Common Educ.* 2010, 59, 236-249.
9. Buckman R. **Communication skills in palliative care. A practical guide.** *Neurologic Clinics* 2001; 19(4): 989-1004
10. Bylund CL, et al. **Developing and implementing an advanced communication training program in oncology at a comprehensive cancer center.** *J Cancer Educ.* 2011, 26, 604-611.
11. Caspersz, Donella and Stasinska, Ania, **Can we teach effective listening? An exploratory study,** *Journal of University Teaching & Learning Practice*, 12(4), 2015. Available at:<http://ro.uow.edu.au/jutlp/vol12/iss4/2>
12. Centers for Disease Control and Prevention. **Overview of CDC Guidelines for the Prevention and Control of Nosocomial Infections.** <http://www.cdc.gov/ncidod/hip/Guide/overview.htm>
13. Deschepper R, Vander Stichele R, et al. **Communication on end-of-life decisions with patients wishing to die at home: the making of a guideline for GPs in Flandres, Belgium.** *British Journal of General Practice* 2006; 56:14-19

14. Fallowfield L, Jenkins V. - **Effective communication skills are the key to good cancer care.** Eur. J. Cancer 35(11) Oct. 1999 1592-1597
15. Fallowfield LJ, Jenkins VA, Beveridge HA. **Truth may hurt but deceit hurts more: communication in palliative care.** Palliat Med. 2002 Jul;16(4):297–303
16. Finset A, Ekeberg O, et al. **Long term benefits of communication skills training for cancer doctors.** Psycho-Oncology 2003; 12:686-693
17. Ghețu N., Huțanu I, Perțea Mihaela, Petriș O., Poroș V., Sîrbu P., Tamaș Camelia, Turliuc Dana Mihaela, **Abilități chirurgicale fundamentale.** Ed. “Gr. T. Popa” UMF Iași 2014,(editura acreditată CNCSIS cod 229), (ISBN 978-606-544-272-6)
18. Gillian A. Hawker, Samra Mian, Tetyana Kendzerska and Melissa French. **Measures of adult pain: Visual Analog Scale for Pain (VAS Pain), Numeric Rating Scale for Pain (NRS Pain), McGill Pain Questionnaire (MPQ), Short-Form McGill Pain Questionnaire (SF-MPQ), Chronic Pain Grade Scale (CPGS), Short Form-36 Bodily Pain Scale (SF-36 BPS), and Measure of Intermittent and Constant Osteoarthritis Pain (ICOAP).** Arthritis Care & Research, 2011; Volume 63, Issue Supplement S11: Pages S240–S252. DOI 10.1002/acr.20543
19. HackTF, Degner LF, Parker PA. **The communication goals and needs of cancer patients: a review.** Psychooncology 2005, 14(10), 831-845.
20. <http://www.cbsnews.com/news/a-big-problem-with-flossing/> 2 August 2016
21. <http://www.smokingpackyears.com/>
22. <https://www.youtube.com/watch?v=VVj-3R2Y9Ok>
23. Huskisson, E. C. **Measurement of pain.** 1974, Lancet, 2, 1127-1131
24. James Alvin Low, Sim Lai Kiow, Norhisham Main, Koh Kim Luan, Pang Weng Sun, May Lim, **Reducing Collusion Between Family Members and Clinicians of Patients Referred to the Palliative Care Team** Perm J. 2009 Fall; 13(4): 11–15.
25. Jarret N, Porter K, et al. **The networks of care surrounding cancer palliative care patients.** BMJ Supportive and Palliative Care 2015; 5: 435-442.
26. Jensen MP, Chen C, Brugger AM. **Interpretation of visual analog scale ratings and change scores: a reanalysis of two clinical trials of postoperative pain.** J Pain, 2003;4:407–14.
27. Lam KK. **Empathy - an essential tool for communication for palliative care doctors.** HKSPM Newsletter 2006, Sep Issue 2, 13.
28. Lelorain S, et al. **A systematic review of the association between empathy measures and patient outcomes in cancer care.** Psychooncology 2012, 21(12), 1255-64.
29. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP, **Job Burnout** Annu. Rev. Psychol. 2001 52:397–422

30. McCormack HM, Horne DJ, Sheather S. **Clinical applications of visual analogue scales: a critical review.** Psychol Med 1988;18:1007–19.
31. Ministry of Health. **Guidelines for Syringe Driver Management in Palliative Care in New Zealand. Wellington:**  
<https://www.health.govt.nz/system/files/documents/publications/syringe-guidelines-jul09.pdf>  
2009
32. Mosoiu D. **Comunicarea in cancer.** 2009, 31-35.
33. NHS Trust Oxford Radcliffe Hospital **Clinical protocol for the use of syringe drivers in palliative care (adults)**  
<http://www.palliativedrugs.com/download/SDprotocol.pdf>
34. Nøddeskou LH, Hemmingsen LE, Hørdam, B. **Elderly patients' and nurses' assessment of traditional bed bath compared to prepacked single units - randomised controlled trial.** Scandinavian Journal of Caring Sciences. June 2015, Vol. 29 Issue 2, p347-352. 6p. DOI: 10.1111/scs.12170.
35. Oleg Codreanu, Svetlana Plămădeală, Ovidiu Petriș **Ghid de manopere practice – Centrul Editorial-Poligrafic Medicina, Chișinău, 2013, Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie Nicolae Testemițanu;** (ISBN 978-9975-113-93-9)
36. Panagopoulou E, Mintziori G, Montgomery A, Kapoukranidou D, Benos A. **Concealment of information in clinical practice: is lying less stressful than telling the truth?** J Clin Oncol. 2008 Mar 1;26(7):1175–7.
37. Pancorbo-Hidalgo PL, Garcia-Fernandez FP, Lopez-Medina IM, Alvarez-Nieto C. **Risk assessment scales for pressure ulcer prevention: a systematic review.** J Adv Nurs. 2006 Apr;54(1):94-110.
38. Peter Maguire, Ann Faulkner **Communicate with cancer patients: Handling uncertainty, collusion, and denial** BMJ 1988 VOLUME 297 15 OCTOBER pg 972-974
39. Petriș Ovidiu Rusalim **Ghid de studiu - protocoale, evaluări – Abilități Clinice Fundamentale - Ed. a 2-a, rev. și adăug.** –Ed. Gr. T. Popa, 2014; (ISBN 978-606-544-276-4)
40. Petriș Ovidiu Rusalim **Guide d'étude - protocoles, évaluations: habiletés cliniques fondamentales,** Ed. Gr. T. Popa, 2012 (ISBN 978-606-544-103-3)
41. Petriș Ovidiu Rusalim **Note de curs. Modul integrativ pentru studiul rinichiului.,** Ed. "Gr. T. Popa" U.M.F. Iași, 2013, (editura acreditată CNCSIS cod 229), pg. 134-154,(ISBN 978-606-544-167-5).
42. Petriș Ovidiu Rusalim, **Study guide - protocols, assessments : basic clinical skills** Ed. Gr. T. Popa, 2012 , (ISBN 978-606-544-104-0),
43. Platt FW, Keller VF. **Empathic communication: a teachable and learnable skill.** J Gen Intern Med 1994, 9, 222-226.

44. Poot E, Mintjes-De Groot J, Weststrate J, Van Der Eerden, L. & Adriaansen M. **Decubitus te lijf. Handboek decubituspreventie voor verpleegkundigen.** 2008, Houten: Bohn stafleu van Loghum.
45. **Professional Quality of Life Scale (PROQOL), Compassion Satisfaction and Compassion fatigue (PROQOL) Version 5** (2009). Available at URL: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_5\\_English\\_Self-Score\\_3-2012.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_5_English_Self-Score_3-2012.pdf)
46. Randall F, Downie R. **End of life choices.** Oxford University Press, 2009
47. Sallnow L, Richardson H, et al. **The impact of a new public health approach to end-of-life care: a systematic review.** Palliative Medicine 2015; 30(3): 200-211.
48. Santosh K. Chaturvedi, Carmen G. Loiselle, Prabha S. Chandra, **Communication with Relatives and Collusion in Palliative Care: A Cross-Cultural Perspective Indian J Palliat Care.** 2009 Jan-Jun; 15(1): 2-9
49. Schoonhoven L, van Gaal B, Teerenstra S, Adang E, van der Vleuten C, van Achterberg T. **Cost-consequence analysis of “washing without water” for nursing home residents: A cluster randomized trial.** International Journal of Nursing Studies. January 2015 52(1):112-120. DOI 10.1016/j.ijnurstu.2014.08.001
50. Scott Finlayson C, Chen YT, Fu MR. **The impact of patients’ awareness of disease status on treatment preferences and quality of life among patients with metastatic cancer: a systematic review from 1997-2014.** Palliative Care Review 2014;17(10): 1-11.
51. Suchman AL, Markakis K, Beckman HB. **A model of empathic communication in the medical interview.** JAMA 1997; 277(8):678-682.
52. Tang ST, Liu T, et al. **Physician-patient end-of-life care discussion: correlates and associations with end-of-life care preferences of cancer patients- a cross-sectional survey study.** Palliative Medicine 2014; 28(10): 1222-1230.
53. The State of Queensland, Queensland Health, **2010 Guidelines for syringe driver management in palliative care’.** Second edition 2010 [https://www.health.qld.gov.au/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0029/155495/guidelines.pdf](https://www.health.qld.gov.au/__data/assets/pdf_file/0029/155495/guidelines.pdf)
54. Thomas K, Lobo B. **Advance care planning in end of life care.** Oxford University Press, 2010
55. Treece PD. **Communication in the intensive care unit about the end of life.** AACN Advanced Critical Care 2007; 18(4): 406-414
56. UK Chief Medical Officers **Low risk drinking guidelines,** August 2016 [www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/545937/UK\\_CMOs\\_report.pdf](http://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/545937/UK_CMOs_report.pdf)
57. Wallace CL. **Family communication and decision making at the end of life: a literature review.** Palliative and Supportive Care 2015; 13:815-825
58. Wittenberg-Lyles E. **Conveying empathy to hospice family caregivers: team responses to caregiver empathic communication.** Patient Educ Couns 2012, 89(1), 31-37.