

**S.P.D.C.**

**SERVIZIO PSICHIATRICO  
DI DIAGNOSI E CURA**

# COSA E'?

REPARTO SPECIALISTICO INSERITO NELL' AMBITO  
DI UN OSPEDALE GENERALE PUBBLICO ADIBITO  
AL RICOVERO DI CHIUNQUE ESPRIMA  
PROBLEMATICITA' DI TIPO PSICHICO NON  
GESTIBILE NEL PROPRIO CONTESTO DI VITA  
ABITUALE

# FUNZIONI

- ❑ GESTIONE DI ACUZIE, ESORDI, URGENZA ED EMERGENZA PSICHIATRICA
- ❑ VALUTAZIONE CLINICO-DIAGNOSTICA
- ❑ IMPOSTAZIONE TERAPIE FARMACOLOGICHE
- ❑ CONSULENZA PSICHIATRICA AL PRONTO SOCCORSO E AI REPARTI

E' IL LUOGO CHE ACCOGLIE IL SOGGETTO IN  
**CRISI**, INTESA COME ACCADIMENTO CHE  
SPEZZA TEMPORANEAMENTE LA CONTINUITA'  
DEL FLUIRE DELLA SUA ESISTENZA E LO  
INTRODUCE O RICONDUCE ALLA DIALETTICA  
DELLA CURA

# CRISI

E' UN CAMBIAMENTO DEL COMPORTAMENTO CHE DETERMINA LA ROTTURA DI UN EQUILIBRIO PSICOLOGICO

SI TRATTA DI UN EVENTO ACUTO NELLA CUI EVOLUZIONE SI RICONOSCONO TRE DIVERSE FASI: PRECRISI, PICCO, SOLUZIONE

# COME FRONTEGGIARLA ?

- ❑ ELABORANDO UNA SCALA DI PRIORITA' D'INTERVENTO (PIANIFICAZIONE)
- ❑ VALUTANDO LE NECESSITA' DEL PAZIENTE (VALUTAZIONE CLINICA/FUNZIONALE)
- ❑ VALUTANDO I BISOGNI DEL SISTEMA DI SUPPORTO (ASCOLTO DEI SOGGETTI COINVOLTI)

# IL RICOVERO IN SPDC

**E' NECESSARIO CHE SI CONFIGURI  
COME UN PRODUTTIVO INCONTRO  
DI SOGGETTI:**

- IL SOGGETTO DA CURARE
- IL SOGGETTO FAMILIARE
- IL SOGGETTO SOCIALE
- IL SOGGETTO ISTITUZIONALE  
PREPOSTO ALLA CURA

**...AFFINCHE'NON SIA VISSUTO COME IL  
CONTROPRODUCENTE LUOGO E TEMPO**

- DEL CONTROLLO
- DELL'ETICHETTAMENTO
- DELL'ISOLAMENTO
- DELLA NORMALIZZAZIONE

# L'ACCESSO AL RICOVERO

- DIRETTO
- INVIO DA SPECIALISTA TERRITORIALE
- INVIO DA M.M.G
- INVIO DA FORZE DELL'ORDINE

# REGIME DI RICOVERO

## T.S.V. TRATTAMENTO SANITARIO VOLONTARIO

- STATISTICAMENTE LA MAGGIORANZA DEI RICOVERI
- INDICE QUALITATIVO RISPETTO A:  
SOGGETTO CON SE STESSO

SOGGETTO CON ISTITUZIONI



**CONSAPEVOLEZZA  
DEL PROPRIO  
DISAGIO**



**FIDUCIA NEI  
CONFRONTI DEI  
SERVIZI**

# D.H. DAY HOSPITAL

COSTITUISCE UN REGIME DI ASSISTENZA SEMI-RESIDENZIALE PER PRESTAZIONI DIAGNOSTICHE E TERAPEUTICHE A BREVE E MEDIO TERMINE

 **T.S.O.** TRATTAMENTO SANITARIO  
OBBLIGATORIO (L.833/78 ART. 33 – 35)  
ATTO COMPOSITO DI TIPO MEDICO E GIURIDICO

# CONDIZIONI

- ❑ PRESENZA DI ALTERAZIONI PSICHICHE TALI DA RICHIEDERE URGENTI INTERVENTI TERAPEUTICI
- ❑ RIFIUTO DELLE CURE (ART. 32 COST. E ART. 54 C.P.)
- ❑ ASSENZA DI CONDIZIONI E DI CIRCOSTANZE CHE PERMETTANO DI ADOTTARE TEMPESTIVE E IDONEE MISURE SANITARIE EXTRA-OSPEDALIERE.

# SALTO CULTURALE

□ VALUTAZIONE DI  
GRAVITA' CLINICA E DI  
URGENZA  
**FINALIZZATA ALLA  
TUTELA DELLA  
SALUTE E DELLA  
SICUREZZA DEL  
PAZIENTE**

□ SOSTITUISCE IL  
«RICOVERO COATTO»  
BASATO SU CONCETTI  
DI PERICOLOSITA' PER  
SE E PER GLI ALTRI E/O  
PUBBLICO SCANDALO  
**FINALIZZATO E  
ORIENTATO ALLA  
DIFESA SOCIALE**

# PROCEDURA

- ❑ PROPOSTA MOTIVATA DI UN MEDICO
- ❑ CONVALIDA DI UN SECONDO MEDICO APPARTENENTE A STRUTTURA PUBBLICA
- ❑ ORDINANZA DEL SINDACO DEL COMUNE IN CUI VIENE EFFETTUATA LA PROPOSTA (ENTRO 48h DALLA CONVALIDA)
- ❑ NOTIFICA DELL'ORDINANZA (ENTRO 24h) AL GIUDICE TUTELARE DI COMPETENZA ,AUTORITA' DELLA CONVALIDA DEFINITIVA DEL PROVVEDIMENTO (PREVIA RICHIESTA DI RELAZIONE CLINICA DETTAGLIATA)

- ❑ HA UNA DURATA MASSIMA DI SETTE GIORNI
- ❑ PUO' ESSERE REVOCATO O PROROGATO NEL CASO CESSINO O PERMANGANO LE NECESSITA' CLINICHE MOTIVATE

**IL TRATTAMENTO SANITARIO  
OBBLIGATORIO PUO' TALORA  
ESSERE PRECEDUTO DA UN  
INTERVENTO PRETTAMENTE  
TERRITORIALE:**

# **A.S.O.** ACCERTAMENTO SANITARIO OBBLIGATORIO

- PROVVEDIMENTO VALUTATIVO DA EFFETTUARSI ANCHE CONTRO LA VOLONTA' DEL PAZIENTE**
- PERMETTE DI ENTRARE IN CONTATTO CON UNA SITUAZIONE ALTRIMENTI INAVVICINABILE E PER LA QUALE VI E' IL FONDATO SOSPETTO DELLA PRESENZA DELLA PRIMA CONDIZIONE DI LEGGE PREVISTA PER IL TSO**
- E' AVVIATO DA UNA SINGOLA CERTIFICAZIONE MEDICA**

# PROCEDURA

- ❑ INVIO DELLA **PROPOSTA MOTIVATA** DEL MEDICO ALL'AUTORITA' SANITARIA LOCALE
- ❑ EMISSIONE DELL'**ORDINANZA** D'INTERVENTO DA PARTE DEL **SINDACO** CON SPECIFICATI TEMPI, MODI E LUOGO DI ESECUZIONE
- ❑ NON SONO RICHIESTE NE' LA **CONVALIDA** DI UN MEDICO DEL SSN, NE' L' ESAME DEL GIUDICE TUTELARE
- ❑ **NON** CI SONO **LIMITI TEMPORALI**
- ❑ L'**ASO** NON PREVEDE IMPOSIZIONI TERAPEUTICHE

# L'INFERMIERE IN SPDC E IL LAVORO D'EQUIPE

- E' UNO DEI SOGGETTI CURANTI CHE APPORTANO RISORSE UTILI AD OGNI PERCORSO DI CURA DIVERSIFICANDOLO E IMPEDENDONE IL RIDUZIONISMO
- RISPONDE ALL'ESIGENZA DI VALORIZZAZIONE DELLE DIFFERENZE PROFESSIONALI E INDIVIDUALI
- INTEGRA IL PROPRIO SAPERE E LE PROPRIE COMPETENZE RISPONDENDO RESPONSABILMENTE ALLA DOMANDA D'AIUTO
- SI ARRICCHISCE PROFESSIONALMENTE
- CONDIVIDE RESPONSABILITA' E VISSUTI

# REQUISITI DESIDERABILI

- ❑ COMPETENZA NEL FORNIRE AIUTO
- ❑ CAPACITA' DI ACCOGLIERE
- ❑ CAPACITA' DI RICONOSCERE I BISOGNI
- ❑ CAPACITA' DI OSSERVARE
- ❑ CAPACITA' DI ASCOLTARE
- ❑ MODALITA' EMPATICHE DI INTERAZIONE
- ❑ SINTONIA E SINCRONIA
- ❑ ARMONIA TRA I MEMBRI
- ❑ STABILITA' TRA I MEMBRI
- ❑ NON INTRUSIVITA'
- ❑ COERENZA DELLE RISPOSTE FORNITE

# IL SOGGETTO DI CURA INFERMIERE:

E' RESPONSABILE DELL'ASSISTENZA VOLTA AL RIPRISTINO DELL'AUTONOMIA SECONDO IL MODELLO CONCORDATO E RITENUTO PIU' CONSONO AL CONTESTO OPERATIVO DI APPARTENENZA

# COME ? (D.M. 739/94)

- ❑ IDENTIFICANDO I BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA
- ❑ FORMULANDO I RELATIVI OBIETTIVI
- ❑ PIANIFICANDO, GESTENDO E VALUTANDO GLI INTERVENTI
- ❑ GARANTENDO CORRETTA APPLICAZIONE DELLE PROCEDURE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICHE

# CARATTERISTICHE DELL'INFERMIERE IN S.P.D.C.

- ❑ GESTIONE DELLE PROPRIE EMOZIONI
- ❑ COMPETENZE RELAZIONALI
- ❑ MATURITA' PERSONALE/PROFESSIONALE
- ❑ CAPACITA' DI LAVORO IN EQUIPE  
MULTIPROFESSIONALE

# A QUALE SCOPO?

- INSTAURARE **RELAZIONI** CHE ASSUMANO VALENZE **TERAPEUTICHE** E CHE RAPPRESENTINO VALIDI **STRUMENTI DI LAVORO**

# IL MODELLO DELLE PRESTAZIONI IN S.P.D.C.

(M.Cantarelli)

E' UN MODELLO MANAGERIALE CHE SI FONDA SU AUTONOMIA E MOTIVAZIONE E SEGNA IL PASSAGGIO DA UN'ASSISTENZA SPESSO TECNICA E STANDARDIZZATA AD UNA PER PRESTAZIONI PIU' PERSONALIZZATA E PROFESSIONALE CON IL VANTAGGIO DI POTER ESSERE DOCUMENTATA E MISURATA CON PRECISIONE ED ACURATEZZA

# FINALITA' DEGLI INTERVENTI ASSISTENZIALI

INDIRIZZO

GUIDA

SOSTEGNO

COMPENSAZIONE

MONITORAGGIO

# INDIRIZZO

- ❑ INTERVENTO EDUCATIVO TEORICO  
INDIRIZZATO AL PAZIENTE E/O FAMILIARI.
- ❑ ORIENTAMENTO ALL'ACQUISIZIONE DI  
CONOSCENZE.
- ❑ LA PERSONA, ACQUISITE DETERMINATE  
CONOSCENZE, E' IN GRADO DI SODDISFARE I  
PROPRI BISOGNI

# GUIDA

- ❑ INTERVENTO EDUCATIVO PRATICO  
INDIRIZZATO AL PAZIENTE E/O FAMILIARI
- ❑ ACQUISIZIONE ABILITA'
- ❑ LA PERSONA, ACQUISITE SPECIFICHE ABILITA',  
E' IN GRADO DI AGIRE EFFICACEMENTE PER  
SODDISFARE I PROPRI BISOGNI

# SOSTEGNO

- LA PERSONA, MESSA NELLE CONDIZIONI PER POTERLO FARE, MANTIENE O METTE IN ATTO LE CONOSCENZE E LE ABILITA' ACQUISITE PER SODDISFARE IL BISOGNO

# COMPENSAZIONE

- PARZIALE SOSTITUZIONE NELLO SVOLGERE LE ATTIVITA' COLLEGATE AL SODDISFACIMENTO DEL BISOGNO

# SOSTITUZIONE

- ❑ TOTALE SOSTITUZIONE ALLA PERSONA ANCHE MEDIANTE L'IMPIEGO DI AUSILI, PRESIDI...
- ❑ ESPLETAMENTO DI UNA O PIU' FUNZIONI IN VECE DELLA PERSONA

# MONITORAGGIO

- ❑ FINALITA' TRASVERSALE
- ❑ ASPETTO PIU' TECNICO E INDIPENDENTE DAL LIVELLO DI AUTONOMIA DELLA PERSONA

# BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

1. RESPIRARE
2. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE
3. ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE
4. IGIENE
5. MOVIMENTO
6. RIPOSO E SONNO
7. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA
8. AMBIENTE SICURO
9. INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

# DISAGIO PSICHICO E ASSISTENZA

IL DISAGIO PSICHICO E' CAUSA NEL SOGGETTO  
DI CARENZE E INCAPACITA' DI FAR FRONTE AI  
COMPITI LEGATI ALLA QUOTIDIANITA'.

DAI PIU' SEMPLICI:

A QUELLI RICHIESTI DAL  
RUOLO OCCUPATO:

PRENDERSI CURA DI  
SE'  
AUTOCONSERVARSI

FAMIGLIA LAVORO  
SCUOLA  
CONTESTO SOCIALE

**PRIMO PASSO**

**RACCOLTA DATI  
E  
IDENTIFICAZIONE  
DEI BISOGNI**

# IN S.P.D.C. L'INFERMIERE DEVE FARE I CONTI CON

- ❑ LA DIFFICOLTA' DEL PAZIENTE A RICONOSCERE, COMPRENDERE E MANIFESTARE IL BISOGNO
- ❑ LA POSSIBILITA' DI UNA DISLOCAZIONE DEI BISOGNI CORPORALI RISPETTO A QUELLI DI ALTRA NATURA
- ❑ LA DIFFICOLTA' A FAR ACCETTARE L'INTERVENTO
- ❑ LA CRONICITA'

# ASSICURARE LA RESPIRAZIONE

**TABAGISMO**

**ISTERIA**

**SOFFOCAMENTO**

**FARMACI**

**ANSIA**

# ASSICURARE L'ALIMENTAZIONE E L'IDRATAZIONE

- ALIMENTAZIONE SCORRETTA**
- FARMACI**
- INAPPETENZA**
- DELIRIO**
- DISTURBI AFFETTIVI**
- D.C.A.**

# ASSICURARE L'ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE

## FARMACI

(STIPSI, RITENZIONE, POLIURIA, E  
NURESI...)

## INCONTINENZA URINARIA DA SEDAZIONE

# ASSICURARE L'IGIENE

- MANCANZA/DIMINUITA/ECCESSIVA  
CURA DI SE'**
- DELIRIO E/O ALLUCINAZIONI**
- DISTURBI AFFETTIVI**
- COMPORAMENTI  
FOBICI/OSSESSIVI**
- SCARSA AUTOSTIMA**

# ASSICURARE IL MOVIMENTO

- FARMACI**
- RALLENTAMENTO PSICO-MOTORIO, CATATONIA**
- ANSIA E AGITAZIONE PSICO-MOTORIA**
- MANIACALITA'**
- POSTUMI DA T.S.**
- RITIRO AUTISTICO**

# ASSICURARE IL RIPOSO E IL SONNO

- ❑ **DISTURBI DEL SONNO** (insonnia, ipersonnia, alterazioni ritmo sonno/veglia)
- ❑ **AGITAZIONE PSICO-MOTORIA**
- ❑ **FATTORI AMBIENTALI**
- ❑ **FARMACI**

# ASSICURARE LA FUNZIONE CARDIO-CIRCOLATORIA

**FARMACI**

**ANSIA, ANGOSCIA PSICOTICA,  
ATTACCHI DI PANICO**

**TABAGISMO**

**ALIMENTAZIONE DISORDINATA**

# ASSICURARE UN AMBIENTE SICURO

- RISCHIO DI SUICIDIO**
- AUTOLESIONISMO**
- AGGRESSIVITA' ETERODIRETTA  
(COSE, PERSONE)**
- DISCONTROLLO DEGLI IMPULSI**
- RISCHIO CADUTE ACCIDENTALI  
(SCALA DI CONLEY)**
- RISCHIO D'ABUSO SOSTANZE**

# URGENZA IN PSICHIATRIA

IMPROVVISA INSORGENZA O ESACERBAZIONE  
DI UNA SINTOMATOLOGIA PSICHIATRICA  
SI RICONOSCONO TRE ELEMENTI DISTINTIVI:

- ❑ ACUZIE
- ❑ GRAVITA'
- ❑ NECESSITA' DI UN TRATTAMENTO IMMEDIATO

# URGENZA IN S.P.D.C.: MODALITA' DI INTERVENTO

## ESACERBAZIONE SINTOMI DEPRESSIVI

EVITARE TENTATIVI SUICIDARI

DECOLPEVOLIZZARE IL PAZIENTE

RITIRARE OGGETTI POTENZIALMENTE  
PERICOLOSI

MODIFICAZIONI AMBIENTALI

.

# □ ESACERBAZIONE SINTOMI ANSIOSI

MANTENERE TRANQUILLITA'

ESSERE RASSICURANTI

NON SVALUTARE IL VISSUTO DEL PAZIENTE

CONTROLLARE I PARAMETRI VITALI

SMORZARE LA TENSIONE PRESENTE

NELL'AMBIENTE

## □ ESACERBAZIONE SINTOMI PSICOTICI (DELIRIO, ALLUCINAZIONI...)

ASCOLTO

NON OPPORSI NE' CONTRASTARE IL DELIRIO MA  
ACCETTARE LA SOFFERENZA CHE VI SOTTENDE

DISTRARRE DAL MONDO ALLUCINATORIO

ADOTTARE ATTEGGIAMENTI CHIARI, LINEARI, PRIVI DI  
CONTRADDIZIONI E AMBIGUITA'

FAVORIRE LA RICOSTRUZIONE DEL CONTATTO CON IL  
REALE SOLLECITANDO L'ADESIONE ALLA REALTA'

# CRISI DI AGITAZIONE PSICOMOTORIA

ESSERE CALMI, ASSERTIVI

- RISPETTARE LO SPAZIO DEL PAZIENTE
- ASCOLTARE LE SUE MOTIVAZIONI
- EVITARE CONFUSIONE

# AGGRESSIVITA': CHE FARE?

## PREVENIRE E' MEGLIO CHE CURARE!

- CONOSCERE LA STORIA DEL PAZIENTE
- IDENTIFICARE I SOGGETTI A RISCHIO
- VALUTARE TEMPESTIVAMENTE LA PRESENZA DI SEGNI E SINTOMI DI ECCITAZIONE/STIMOLAZIONE
- INTERVENIRE SULL'AMBIENTE

- ❑ EVITARE ATTEGGIAMENTI CHE POSSANO ESSERE FRAINTESI
- ❑ PARLARE CON TONO PACATO, CALMO, RASSICURANTE E RISPETTANDO LA DISTANZA SPAZIALE
- ❑ ACCOGLIERE LA RABBIA E LE CRITICHE DEL PZ.
- ❑ DARE RINFORZI AI COMPORTAMENTI POSITIVI
- ❑ ACCETTARE I PROPRI LIMITI E CHIEDERE AIUTO

# QUANDO LA PREVENZIONE NON BASTA

SE IL RISCHIO E' SIGNIFICATIVO:

- ATTUARE MISURE DI AUTOPROTEZIONE
- INFORMARE IL PAZIENTE CHE LA VIOLENZA NON E' ACCETTABILE
- PROPORRE FARMACI
- INFORMARLO CHE, SE NECESSARIO, SI RICORRERA' A MEZZI DI CONTENZIONE

# CONTENZIONE

RELAZIONALE

FARMACOLOGICA

FISICA

# CONTENZIONE FISICA

- ❑ INTERVENTO ECCEZIONALE E TEMPORANEO RESTRITTIVO DELLA LIBERTA' E DELLA DIGNITA' PERSONALE
- ❑ MAI TOLLERABILE COME MISURA PUNITIVA O PER SOPPERIRE A CARENZE ORGANIZZATIVE
- ❑ OGNI MEZZO DI COSTRIZIONE FISICA DELLA LIBERTA' DI MOVIMENTO DELLA PERSONA O DEL NORMALE ACCESSO AL PROPRIO CORPO

# ATTO TERAPEUTICO

LA RESPONSABILITA' DELLA PRESCRIZIONE E' DI  
COMPETENZA MEDICA

L'APPLICAZIONE DELLA PRESCRIZIONE E IL  
MONITORAGGIO DI COMPETENZA  
INFERMIERISTICA

# ASSISTENZA AL PAZIENTE CONTENUTO

**IL PAZIENTE CONTENUTO NON  
DOVREBBE TRANQUILIZZARE  
L'EQUIPE BENSÌ' INNALZARE IL  
LIVELLO DI ATTENZIONE**

**SI TRATTA DI UN PAZIENTE AD ALTO RISCHIO,  
SIA PER LE RAGIONI CHE HANNO RESA  
NECESSARIA LA CONTENZIONE, SIA PER LA SUA  
ESPOSIZIONE A POTENZIALI PERICOLI (FISICI  
DIRETTI, INDIRETTI, PSICOLOGICI)**

**E' DA CONSIDERARSI TOTALMENTE INDIFESO E  
TOTALMENTE DIPENDENTE NEI BISOGNI DI  
ASSISTENZA**

**LE FINALITA' DEGLI INTERVENTI SONO DI  
COMPLETA SOSTITUZIONE E DI MONITORAGGIO**

# MONITORAGGIO

E' PREVISTO IL MONITORAGGIO INTENSIVO (OGNI TRENTA MINUTI) CON COMPILAZIONE DI SCHEDE DI RILEVAZIONE

- ❑ ASPETTO: STATO DELLA CUTE, COLORITO, IGIENE
- ❑ PARAMETRI VITALI: PA, FC, TC, RESPIRO
- ❑ FUNZIONE DI ELIMINAZIONE: ALVO, DIURESIS
- ❑ RIVALUTAZIONE DELLE CONDIZIONI PSICOFISICHE CHE HANNO PORTATO ALLA CONTENZIONE

# ASSICURARE L'INTERAZIONE NELLA COMUNICAZIONE

L'INTERAZIONE E' IL LUOGO DOVE I VARI BISOGNI POSSONO EPRIMERSI E ALLO STESSO TEMPO IL MODO PER DAR LORO UNA RISPOSTA

- INTERAZIONE CON L'EQUIPE**
- INTERAZIONE CON L'AMBIENTE FAMILIARE E SOCIALE**
- FORMA E CONTENUTO DELLA COMUNICAZIONE**
- STATO EMOTIVO**

**E ORA SI PIANIFICA... E SI VERIFICA**

**SECONDO IL MODELLO DELLE  
PRESTAZIONI LA FASE CHE SUCCEDE  
ALL'IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI E' LA  
PIANIFICAZIONE DEGLI INTERVENTI CON  
LE RELATIVE VERIFICHE DI EFFICACIA  
(MIGLIORAMENTO NEL CONTINUUM  
DIPENDENZA-AUTONOMIA  
DELL'ASSISTITO)**

# ASSICURARE LE PROCEDURE TERAPEUTICHE E DIAGNOSTICHE

- ❑ TERAPIE: PSICOFARMACI (OTTENERE COMPLIANCE)
- ❑ GARANTIRE SOMMINISTRAZIONE SICURA
- ❑ INDIVIDUARE LA MODIFICAZIONE DEL SINTOMO E GLI EFFETTI COLLATERALI
- ❑ RIFIUTO DELLE CURE, T.S.O, CONTENZIONE FISICA
- ❑ FARMACODIPENDENZA (IDENTIFICARE E CONTROLLARE L'ABUSO)

# FINALMENTE FUORI!!! MA DOVE?

- AL DOMICILIO
- TRASFERIMENTO IN ALTRO SPDC
- INSERIMENTO IN STRUTTURA RIABILITATIVA
- INSERIMENTO IN RSA

# NON E' ANCORA FINITA

- SCHEDA DIMISSIONE INFERMIERISTICA
- RILEVAZIONE BISOGNI ASSISTENZA ANCORA PRESENTI
- INDICAZIONI E CONSIGLI A FAMIGLIARI O CARE GIVERS
- APPUNTAMENTO CONTROLLO AMBULATORIALE
- VERIFICA COMPrensIONE SCHEMA TERAPEUTICO E COMPLIANCE
- RELAZIONE INFERMIERISTICA D'INVIO A STRUTTURA RIABILITATIVA

**GRAZIE PER  
L'ATTENZIONE**